Den Entwicklungspfad wieder aufnehmen bei frühkindlicher Fütterstörung und Sondenentwöhnung

Markus Wilken[1*], Maximilian Hesse[2], Stephan Echtermeyer[3] & Vanessa Cremer[1]

Zusammenfassung

In den letzten drei Dekaden ist ein signifikanter Anstieg von frühkindlichen Futterstörungen und Sondendependenz berichtet werden. Jenseits von Risikofaktoren ist bisher wenig über den Verlauf der Störungsgenese bekannt. Im Rahmen dieses Artikels werden vier Ebenen der Störungsgenese von Fütterstörung und Sondendependenz vorgestellt:

1. Der Pfad wird verlassen: Aufgrund von fehlenden Entwicklungsimpulsen, Entwicklungswiderständen oder traumatischen Zusammenbrüchen kommt es zur Entgleisung der Essentwicklung.
2. Das Nervensystem schlägt zurück: Aufgrund des daraus entstehenden Bedrohungserlebens, werden Nervus-Vagus-Schaltkreise aktiviert, die Flucht-Kampf und Erstarrungsverhalten aktiveren und damit die orale Funktion hemmen.
3. Der Erleben zerfällt: Das Erleben des Kindes organisiert sich auf fünf Ebenen: Sensumotorik, Wahrnehmung, Handlungsabfolge, Affekt und Rahmung . Diese sind in der Esssituation durch Abwehr, negative Affekte und Auseinderbrechen des Erlebens gekennzeichnet.
4. Nicht nährend Beziehung: Zwischen Eltern und Kind kommt es zu Fehlabstimmung, da das Verhalten des Kindes nicht dem intuitiven Elternprogramm entspricht und die Eltern häufig traumatisiert sind.

Die Therapie der Essstörung und der Sondendependenz setzt an diesen vier Störungsebenen an, um die Entwicklung wieder auf einen Pfad zu bringen, welcher zu einem adaptiven Essverhalten führt.

Schlüsselwörter: Fütterstörung, Sondendependenz, Sondenentwöhnung, Pathogonese

1. Einleitung

Die Nahrungsaufnahme ist die erste und wohl wesentlichste Entwicklungsaufgaben die das Neugeborene zu bewältigen hat. Dieser Aufgabe muss er sich mit Veränderung seiner Bedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten bis in das Erwachsenenalter stellen. Mit der Nahrungsaufnahme versorgt sich der Säugling sowohl mit dem physiologische als auch, zu einem wesentlichen Anteil, mit dem emotionalen Substrat für seine kognitive, motorische und soziale Entwicklung. Umso dramatischer ist die berichtete Zunahme von Störungen der Nahrungsaufnahme und vor allem der Sondendependenz zu bewerten (Lukens & Silvermann, 2014; Daveluy, et al., 2006). Durch die deutliche Zunahme sind SprachtherapeutInnen immer häufiger mit Kindern konfrontiert, die trotz gegebener Fähigkeit zur oralen Ernährung diese verweigern und somit auch mit verzweifelten Eltern (Wilken, 2012) die um Hilfe nachsuchen, um ihr Kind wieder auf einen Weg zu normalem Essverhalten zu führen.

Dabei hat sich in den letzten 25 Jahren das Klientel deutlich verändert. Waren es zu Beginn der 90er hauptsächlich Kinder mit neurologischen Grunderkrankungen und Schluckstörungen, die per Sonde ernährt wurden (Coughlin et al., 1991), sind es mehr und mehr Kinder mit kurzfristigen Indikationen, wie etwa Fehlbildungen des Herzens, der Speiseröhre oder extrem unreife Frühgeborene (Srinivasan et al., 2009; Wilken et al., 2013). Auch bei Kindern mit Fütterstörung lassen sich ähnliche Trends berichten (Wilken & Bartmann, 2004). Die Erwartung, dass Kinder nach der Korrektur der Fehlbildung oder nach Genese von der Grunderkrankung ein adaptives Essverhalten zeigen, ist zu einem Wesentlichen Anteil nicht zutreffend. Kommt es in Folge der Grunderkrankung zu einer Nahrungsaversion, so kann diese über Jahre bestehen bleiben, was mit einer Fortsetzung der Sondenernährung einhergeht (Daveluy et al.,

OPEN ACCESS
Originalbeitrag

*** Korrespondenz:**
Dr. Markus Wilken
mail@markus-wilken.de

Zitation: Wilken, M.; Hesse, M. Echtermeyer, S. & Vremer V. (2017) Den Entwicklungspfad wieder aufnehmen bei frühkindlicher Fütterstörung und Sondenentwöhnung. Sprachtherapie aktuell: Forschung - Wissen - Transfer: Schwerpunktthema: Intensive Sprachtherapie (4)1: e2017-11; doi: 10.14620/stadbs171111

2006). Basierend auf Studien zur Häufigkeit von Sondenernährung in z. B. in Frankreich oder Neuseeland, kann geschätzt werden, dass in Deutschland aktuell 5000 Kinder unterhalb 14 Jahren per Sonde ernährt schätzen, vor denen -selbst wenn man strenge Kriterien anlegt- etwa 25 % oder 1250 Kinder unmittelbar von der Sonde entwöhnt werden könnten.

Auch, wenn in Deutschland stationäre Einrichtungen bestehen, die Kinder und Eltern bei der Sondenentwöhnung oder Therapie frühkindlicher Futterstörungen begleiten, so ist die Anzahl der Therapieplätze nicht ausreichend, die stationäre Aufnahme aufgrund der Infektionsgefahr und der langen Anreise oft problematisch und die Wartezeiten oft zu lang. Von einer flächendeckenden Versorgung für Kinder mit Fütterstörung und Sondendependenz kann aktuell nicht gesprochen werden. Daher sind Praxen in der ambulanten Versorgung mehr und mehr damit konfrontiert therapeutische Angebote für diese Kinder anzubieten. Ein wesentliche Problematik bei der Entwicklung von Therapieprogrammen besteht, dass diese Störungen monodimensional betrachtet werden, in der Interventionen in einem Funktionsbereich zu einer Normalisierung des Essverhaltens führen sollen. So etwa, wenn die Sondenzufuhr eingestellt wird um Hunger zu provozieren (Kindermann, et al., 2009), das Essverhalten über Verstärkungslernen aufgebaut werden soll (Silvermann et al., 2013), oder die sensorische Integration in den Mittelpunkt gestellt wird (Toomey, & Ross, 2011).

Jedoch bringt die Komplexität von Fütterstörungen Interventionen, die nur an einem Thema des Komplexes arbeiten schnell an ihre Grenzen, sodass rein symptomatische Therapien wenig effektiv sind (Benoit, et al., 2000). Aus unser Sicht, sollte Nahrungsverweigerung weder als Störung betrachtet werden, noch kann diese kausal auf ein Thema begrenzt werden. Vielmehr kann die Nahrungsverweigerung als Ausdrucksverhalten eines gestörten Erlebens verstanden werden. Es ist daher erforderlich sich dem Entwicklungsprozeß mit seiner Komplexität zu stellen. Nur wenn wir das Kind mit seinen zugrundeliegenden körperlichen, funktionellen oder affektiven Störungen und Fähigkeiten sehen und verstehen, können wir diese gezielt verändern. Daher steht die Analyse des Störungsprozesses am Anfang der Therapie und ermöglicht es, das Kind mit korrektiven Erfahrungen zu versorgen und so einen Weg zum Thema Essen und Oralität zu bahnen.

Wie kommt es zur Störungen des Essverhaltens?

Betrachtet man die Literatur zur Entwicklung von Fütterstörung und Sondendependenz, so wird man zwangsläufig auf einzelne Störungsfaktoren stoßen, die in der Literatur als mögliche Auslöser benannt werden. So etwa Störungen in der Eltern Kind Beziehung, aversive Oralerfahrungen, Oromotorische Störungen, sensorische Störungen, zentralnervöse Störungen, körperliche Fehlfunktionen und viele mehr. Je nach Autor werden diese mit unterschiedlicher Gewichtung betrachtet.

- Welcher Faktor ist dabei der entscheidende?
- Wie jedoch wirken diese Faktoren zusammen?
- Gibt es Faktoren, die in der Bedeutung untergeordnet sind?
- Wie können die Faktoren in eine Reihenfolge gebracht werden?

Diese Fragen stellen sich mit dem Ziel nicht nur zu verstehen, wie es zur Störung kommt, sondern wie sich der Entwicklungsprozess wieder in Gang bringen lässt. An dieser Stelle beginnt häufig ein hohes Maß an therapeutischer Verunsicherung. Wie soll man zu dem gegebenen Zeitpunkt der Therapie auf das Kind mit seinen Störungen und Bedürfnissen reagieren, wenn das Kind nur ein Bedürfnis anzeigt nicht gefüttert werden zu wollen? Im Rahmen unseres Therapieprogrammes gehen wir davon aus, dass es spezifische Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen gibt, die dazu führen, dass der normale Entwicklungspfad verlassen wird. Durch Interventionen an den Stellen, an den der Pfad verlassen wurde, können wir dazu beitragen einen adaptiveren Pfad einzuschlagen. Im Folgenden werden wir vier Störungsbereiche analysieren und Interventionen auf Basis dieser vier Ebenen vorstellen.

Ebene 1: Der Pfad wieder verlassen

Jede Störung hat einen Anfang mit zum Teil spezifischen Auslösern. Das Wissen um diese Auslöser ist nur dann fruchtbar, wenn die Entwicklungsmechanismen betrachtet werden, die durch die Auslöser in Gang gesetzt werden. Es kann die Frage gestellt werden: Warum führt eine negative Erfahrungen, wie z. B. das Legen einer nasogastrischen Sonde, noch Monate später zur Verweigerung der oralen Aufnahme, auch wenn diese bereits wieder entfernt wurde? Aus unserer klinischen Erfahrung lassen sich drei Mechanismen unterscheiden:

Fehlender Entwicklungsimpuls:

Die Entwicklung des Kindes basiert Fähigkeiten die angelegt oder entwickelt wurden, sowie auf Reizen aus der Umwelt die die weitere Entwicklung stimulieren. Wenn die Fähigkeiten nicht angelegt sind oder nicht abgerufen werden können, oder die Stimulation der Entwicklung ausbleibt, so wird die Entwicklung gehemmt. So wird bei sehr unreifen Frühgeborenen der Schluckreflex noch nicht zuverlässig ausgelöst, so dass Versuche der oralen Ernährung an der Unreife scheitern. Parallel dazu kann es zu Komplikationen beim Aufbau des Stillens kommen, wenn der Säugling nicht an die Brust angelegt wird, und der angeborene Reflex zu Suchen und zu Saugen nicht ausgelöst wird. Gerade die

häufig darauf folgende künstliche Ernährung kann die Entwicklung des Essverhaltens weiter hemmen, wenn der natürliche Impuls zur Ko-Regulation unterdrückt wird und die beginnende Selbstregulationsfähigkeit nicht mehr entwickelt wird.

Intervention bei fehlendem Entwicklungsimpuls:

Fehlt der Impuls von innen oder aussen, so ist die Methode der Wahl, die Entwicklung zu initiieren. Dazu ist es hilfreich, den Vorgänger des Impulses oder den Auslöser genau zu betrachten: Was geht der Beikost voraus? was geht dem Stillen voraus? Darauf basierend können therapeutische Umwelten gestaltet werden, die den Impuls nachträglich auslösen. Möglich sind hier Interventionen mit Bezug auf intra- oder extraorale Stimulation, adaptives Still- oder Nahrungs-, sowie Sondenmanagement. Es beinhaltet ein behutsames Vorgehen, um keine Entwicklung auszulösen, die unter Umständen die Störung weiter verfestigt. Aber auch konkrete Hemmnisse müssen unter Umständen beseitigt werden, wie z. B. die Beendigung der Sondenernährung, oder des Füttern im Schlaf oder mit Zwang. Das therapeutische Vorgehen ist daher immer darauf zu überprüfen ob es am nächsten und nicht am übernächsten Schritt ansetzt um das Kind dort abzuholen wo es stehen geblieben ist.

Entwicklungswiderstand:

Die Entwicklung des Kindes wird ausgelöst, stößt jedoch im Verlauf auf einen Widerstand. Dieses können kleinere Störungen sein, wie etwa Blähungen, welche das Trinken mit unangenehmen Bauchschmerzen verbindet. Schwere Störungen wie etwa das Trinken bei angeborenen Herzfehlern, führen häufiger zu nachhaltigen Entgleisungen der Entwicklung. So hat das Kind mit angeborenen Herzfehler weniger Kraft durch eine dauerhaft niedrigere Sauerstoff-Sättigung, was bei Trinkversuchen zu schnellerer Erschöpfung und Hypoxie führt. Auch wenn der Säugling zunächst gut ansaugt, ist er nach wenigen Zügen erschöpft und braucht eine Pause, zum Teil bereits nach einer sehr kleinen Nahrungsmenge. Auf Dauer führt dieses zu einer Zunahme der Ablehnung, bis hin zur vollständigen Nahrungsverweigerung. Klinisch wirken diese Kinder oft ambivalent dem Trinken oder der Nahrungsaufnahme gegenüber. Sie würden gerne Trinken oder Essen, aber etwas hält sie daraus ab. Es findet eine Entwicklung des Essverhaltens am Widerstand vorbei statt. Diese ist selten adaptiv und folglich oft durch Symptome wie Würgen, Verweigerung oder Bizarrem Essverhalten gekennzeichnet.

Intervention bei Entwicklungswiderstand:

Wenn die Entwicklung aufgrund eines Widerstandes eine andere Richtung als hin zu einem adaptiven Essverhalten genommen hat, so ist das Ziel diesen Widerstand abzumildern, zu integrieren oder zu beseitigen. Bei dem bereits geschilderten Beispiel des Herzfehlers, wäre eine Möglichkeit diesen abzumildern, Pausen beim Trinken zuzulassen, um Sättigungsabfälle zu vermeiden. Dieses ermöglicht dem Säugling sich langsam an die Belastungen während des Saugens anzupassen. Bei sensorischer Überempfindlichkeit besteht die Möglichkeit neue Erfahrungen im Rahmen von Exposition mit therapeutischer Begleitung durchzuführen um dem Kind eine Erweiterung seines Nahrungsspektrums zu ermöglichen. Bei einem Gastroösophegalem Reflux kann mittels medikamentöser Therapie der Säuregehalt reduziert werden, so dass es nicht mehr zu Verätzungen der Speiseröhre kommt oder bei gravierenden Fehlabstimmungen zwischen Eltern und Kind können diese durch verbessertes gegenseitiges Verständnis aufgehoben werden. Dieses käme einer Beendigung des Widerstandes gleich.

So lange Entwicklungswiderstände bestehen kann davon ausgegangen werden, dass die Störung bestehen bleibt. Insofern sollte durchgängig darauf geachtet werden, dass diese Widerstände integriert werden.

Traumatischer Zusammenbruch:

Aufgrund eines traumatischen Ereignisses oder Prozesses bricht die Entwicklung in sich zusammen. Zum Teil zeigen Kinder bereits entwickelte Fähigkeiten nicht mehr. Erfahrungen wie Schmerzen, Atemnot, Erbrechen oder Eingriffe wie etwa das Legen einer nassgastrischen Sonde, Absaugen oder Intubation führen zu solchen Entwicklungszusammenbrüchen. In diesen Fällen löst bereits der Anblick der Flasche oder der Nahrung eine massive Aversion aus. Eine orale Ernährung ist in diesen Fällen nur noch selten möglich, so dass es zu meist zur Versorgung mit einer Nahrungssonde kommt. Für den traumatischen Zusammenbruch im Bereich des Essverhaltes wurde eine eigene diagnostische Klassifikation vorgenommen, wir sprechen von Posttraumatischen Fütterstörungen (PTFS; Chatoor, et al., 2001; Wilken & Bartmann, 2014).

Therapeutische Intervention:

PTFS gehören zu den komplexesten Fütterstörungen, welche eine therapeutische Herausforderung darstellen. Das Verhalten, auch wenn PFTS eine schwere Störung des Essverhaltnes darstellt, ist das Verhalten durchaus nachvollziehbar: Wer nimmt schon gerne etwas in seinen Körper auf, vor dem er unbeschreibliche Angst hat.

Es lassen sich einige grundsätzliche Empfehlungen abgeben, die die Situation verbessern können, jedoch nicht zwangsläufig zur Normalisierung des Essverhaltens führen. Um das Kind zu entlasten und einer Retraumatisierung zu vermeiden, sollten Hinweisreize gemieden werden,. Wenn diese an Orte gebunden sind, z. B. ein Krankenhaus ist es sinnvoll stationäre Aufenthalte auf ein Minimum zu reduzieren. In der Therapie, sind Überforderungen oder Stress zu vermeiden, denn auch

Entwicklungs-mechanismus	Erwartete Auswirkung	Risikofaktoren Faktoren	Symptoms
Fehlender Entwicklungs-impuls	Ausbleiben der Entwicklung	Frühgeburt Sondenernährung Depression Entwicklungsstörung Verpasste Zeitfenster	Kein Interesse an der Nahrungsaufnahme -Verzögerung beim Übergang zwischen den Konsistenzen
Entwicklungs-widerstand	Abweichen der Entwicklung	Stoffwechselstörungen Schwere Infektionen Unfreife - Dysphagia GÖR-K BPD Unsichere Bindung	Nahrungsverweigerung Ablehnung neuer Konsistenzen
Traumatischer Zusammenbruch	Zusammenbruch oder Regression in der Entwicklung	Absaugen Intubation Erbrechen Verschlucken Dauerhafter Entwicklungswiderstand Misshandlung	Posttraumatische Fütterstörung Entwicklungsregression Fight – Flight Reaktion -Aversion

diese Reaktivieren das Trauma. Positiv sollten dem Kind korrektive Erfahrungen vermittelt werden, in dem es in einem geschützten und sicherem Rahmen Annährungsversuche an das Thema „Essen“ machen kann. So kann es zur Ruhe kommen und Vertrauen in die Nahrungsaufnahme entwickeln. Grundsätzlich gilt, dass Trauma mit einem Flucht-Kampf-Erstarrungsverhalten einher geht, welchem wir uns im nächsten Kapitel zuwenden.

Ebene 2: Das Nervensystem schlägt zurück

Das Nervensystem steuert unsere Wahrnehmung und unser Handeln. Ein wesentlichen Anteil unser Verhaltensorganisation basiert auf der Einschätzung der Sicherheit in unserer Umgebung. Im Rahmen der Polyvagal-Theorie unterschied Portes (2010), drei Schaltkreise des Nervus Vagus die drei Verhaltens-systeme gekoppelt sind.

1. System sozialen Engagements: Wenn wir uns sicher fühlen, dann sind wir entspannt, sozial zugewandt und auf soziale Interaktion ausgerichtet. Wir vertrauen unserer Umgebung, lassen uns fallen und initiierten oder verstärken soziale Kontakte. Der ventral-vagale Komplex gibt jetzt den Ton an und aktiviert die sogenannte Vagusbremse, welche die sympathische Aktivierung hemmt. Wir befinden uns in einem Zustand ruhiger Aufmerksamkeit und der parasympathischen Aktivierierung.
2. Mobilisation/Flucht-Kampf: Wenn wir uns bedroht fühlen, dann ändert sich nicht nur unser Stimmung, sondern es wird auch die Vagusbremse gelöst und wir befinden uns in einem Zustand sympathischer Aktivierung. Übernimmt das sympathische Nervensystem die Kontrolle, so sind wir aufgebracht, der Tonfall ist durch distress gekennzeichnet. Wir versuchen eine Bedrohung abzuwehren, indem wir fliehen oder kämpfen. In diesem Zustand wird Energie für den Kampf bereitgestellt und das soziale Engagement nimmt rapide ab (van der Kolk, 2015).
3. Erstarrung: Ist die Bedrohung unabwendbar oder fühlen wir uns physisch oder psychisch in unser Existenz bedroht, so greift der primitivste Mechanismus: Wir erstarren. Die Erstarrung finden sich im Sprachgebrauch oft mit dem Titel „Schockstarre“ oder „Totstellreflex“. Der dorsal-vagale Komplex wird aktiviert und Stoffwechselaktivität, Herzrate, Mimik und Gestik werden dramatisch reduziert. Wir machen unseren Körper immun gegen die Empfindungen, indem wir die psychischen und physischen Funktionen aussetzen (van der Kolk, 2015).

Störungen der Füttersituation

Betrachten wir nun die Füttersituation, nachdem der Entwicklungspfad verlassen wird. Es kommt zu Überforderungen, zu Aversion und damit schnell zu einem Bedrohungserleben des Kindes. Statt die Nahrung aufzunehmen wird gegen die Aufnahme gekämpft. Das Kind überstreckt sich, dreht den Kopf weg, schlägt gegen den Löffel oder die Flasche. Es würgt und unter Umständen erbricht es. Ist das Kind erstarrt, so dämmert es beim Anblickt der Flasche weg, oder ist nicht ansprechbar. Es schließt die Augen und versucht sich

durch möglichst wenig Aktivität der Situation zu entziehen. Nahrung läuft aus dem Mund des Kindes. Zum Teil kommt es zum Erbrechen ohne, dass das Kind eine Regung zeigt. Diese erschwert das Füttern oder macht dieses unmöglich.
Die Aktivierung des Flucht-Kampf oder Erstarrungs-schaltkreise haben eine signifikante Auswirkung auf die oral-motorische und sensorische Funktion, denn die Aktivierung von Kehlkopf, Mund- und Gesichts-muskulatur und des Schluckaktes liegt im entral-vagale Komplex. Kurz gesagt, wird im Zustand der sympathisch oder der dorsal-vagalen Aktivierung die orale Funktion gehemmt. Das Kind will also nicht nur der Bedrohung entfliehen, die es beim Füttern erlebt sondern es kann die orale Aufnahme in diesem Zustand nicht organisieren.
Das Kind kämpft gegen die als bedrohlich empfundene Nahrungsaufnahme, und durch den Kampf wird die orale Funktion vollständig außer Kraft gesetzt. Wenn zusätzlich, gegen den Willen des Kindes Nahrung in den Mund gespritzt, gedrückt oder anderweitig verabreicht wird, dann wird das Bedrohungserleben verstärkt und die orale Funktion tiefgreifend gestört.

Therapeutische Intervention:

Aus dieser Theorie ergeben sich zahlreiche Implikationen für die Therapie. Im Grundsatz gilt, dass Erstarrung, Flucht-Kampf-Verhalten beendet werden muss, will man die Therapie erfolgreich durchführen. Der traumatische Prozess muss umgekehrt werden.

Stress vermeiden: Stress ist Bedrohung und Bedrohung ist zu vermeiden. Daher sollte die Therapie so gestaltet werden, dass möglichst wenig Stress auftritt. Dieses bezieht sich auf Traumatrigger, wie etwa bestimmte Positionen, Anforderungen oder Nahrungsmittel die Stress auslösen. Auch Hunger kann ein solcher Stressor sein, bei der Sondenentwöhnung ist immer darauf zu achten, dass das Kind zwar Appetit erlebt, jedoch nicht durch zu viel Hunger belastet wird. Mehr Hunger kann nicht gleichgesetzt werden mit: Mehr Essen! Vielmehr bedarf es der Sensitivität des Therapeuten, Stressäußerungen frühzeitig wahrzunehmen und Stressauslöser zu vermeiden.

Das Kind führt: Bedrohungserleben ist individuell. Wir können auf Stichworte oder Erlebnisse mit massiver Aggression reagieren, ohne zu wissen warum. Je kleiner das Kind ist, desto weniger ist es in der Lage die Situation kognitiv und rational unter seine Kontrolle zu bringen. Folglich reagieren kleine Kinder schneller mit Flucht oder Kampf. Wenn das Kind führt und wir folgen, dann ist es unwahrscheinlicher, dass wir das Kind auf die falsche Bahn lenken. Wir können aktiv mit dem Kind mitgehen und seine Initiativen aufnehmen (Stern et al., 2012). So lassen sich positive Erfahrungen mit dem Kind gemeinsam verwirklichen und wir bekommen mit größerer Wahrscheinlichkeit ein positives Therapie-ergebnis.

Beziehung: Die therapeutische und die Eltern-Kind-Beziehung ist Grundlage der Therapie, um das Kind und das System sozialen Engagements zu aktivieren und damit einhergehend, die orale Funktion zu ermöglichen. Nur wenn das Kind sich uns zuwendet, können wir eine positive Entwicklung erreichen. Nur wenn das Kind sein System des sozialen Engagements in der Füttersituation aktiviert wird, ermöglichen wir dem Kind seine Performanz in der oralen Funktion abzurufen.

Weitere Interventionen mit Bezug auf das Anforderungserleben, die Atmosphäre oder die Nahrungsauswahl lassen sich hier anschließen. Generell muss überprüft werden, ob die Therapie auf die Bedürfnisse des Kindes angepasst sind oder ob sie das Kind überfordern. Nur wenn das Kind sich sicher fühlt in der Situation kann es sein Erleben in der Situation verändern, was uns auf die dritte Ebene führt.

Ebene 3: Das Erleben zerfällt

Füttern folgt einem bestimmen Muster und Routine, welche auf den spezifischen Erleben in einem Kontext (z. B. einer Füttersituation, einer Spielsituation oder Wickelsituation) aufbaut. Aus diesen Erfahrungen im Kontext, baut das Kind Repräsentanzen auf, die zur Blaupausen des Erlebens und Verhaltens werden. Wenn wir die Symptome des Kindes als Antwortverhalten betrachten, so zeigen uns die Symptome des Kindes an, welche Repräsentanzen entstanden sind. Auch wenn diese aus therapeutischer Sicht nicht adaptiv sind. Jedoch kann das Kind diese verinnerlichten Muster, welche quasi-reflexiv zur Aktivierung von Flucht-Kampf und Erstarrung führen. Diese Muster haben eine zentrale Schutzfunktion im Erleben des Kindes gehabt und können folglich nicht einfach aufgegeben werden, ohne sich der Schutzlosigkeit Preis zu geben. Nahrungsverweigerung und Abwehr sollten als eine logische Folge des Erlebens des Kindes verstanden werden. Um eine Veränderung des Essverhaltens zu erreichen müssen wir dem Kind eine Veränderung des Erlebens ermöglichen. Das Erleben und Verhaltens des Kindes lässt sich auf fünf Ebenen aufspannen (Stern, 1998; Dornes, 1997):

1. Sensomotorik:

Die Bewegungen des Kindes welche im Normalfall auf den Löffel, oder die Flasche zugewandt sein sollten, sind von diesem abgewandt. Der Körper ist im Stress und auf Bedrohungsabwehr ausgerichtet. Diese zeigt das Kind durch wegdrehen oder wegschlagen von Flasche, Löffel, Becher oder Tasse. Psychische Belastung zeigt sich häufig im körpersprachlichen Ausdruck des Kindes

(Trautmann-Voigt & Moll, 2011). Die Bewegungen Wechseln bei Stress von weich und rhythmisch in hektische und umkoordinierte Bewegungen, auch wenn sie ihr Ziel nicht der Vermeidung erreichen. Die Aktivierung ist vollständig auf Vermeidung ausgerichtet und je mehr wir versuchen das Kind zu füttern, je mehr wird die Vermeidung aktiviert.

2. Wahrnehmung:

Die Wahrnehmung, die auf Annäherung an die Quelle der Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet sein sollte, ist auf Nicht-Wahrnehmung geprimet. Es soll nicht gesehen, gerochen, geschmeckt oder gespürt werden. Dieses führt dazu, dass statt eines Erleben ein „Nicht-Erleben" aufgebaut wird. Es geht um die Vermeidung von Unlust-Erfahrungen. Daher versucht das Kind den Löffel nicht zu sehen, die Ermunterung der Mutter nicht zu hören, nicht zu riechen oder zu schmecken. Auch hier gilt je mehr wir versuchen, das Essen in den Wahrnehmungsbereich des Kindes zu bringen, desto stärker die Abwehr.

3. Handlungsabfolge

Die Handlungsfolge in der gelingenden Füttersituation ist: Die Mutter nimmt den Löffel auf, das Kind bewegt sich auf den Löffel zu, beide öffnen den Mund und das Kind nimmt die Nahrung vom Mund ab. Dann nimmt die Mutter den Löffel wieder zurück und füttert den nächsten Löffel.

Die Handlungsabfolge im Falle einer Störung des Essverhaltens ist häufig chaotisch und für Kind und Mutter unvorhersehbar. Der Löffel bewegt sich auf den Mund zu und das Kind dreht den Kopf weg. Die Mutter versucht nun den Löffel doch zu füttern und folgt dem Kind es beginnt eine Abwehr- und Nachfolgeroutine. Diese ist jedoch nicht adaptiv und sowohl das Kind als auch die Mutter werden hektisch. Das Erleben wird nicht integriert und eine klare Handlungsabfolge wird nicht gebildet.

4. Affekt

Während in der gelingenden Füttersituation der Affekt durch beginnenden Hunger und der folgenden, zunehmenden Sättigung/Bedürfnisbefriedigung besteht. Nimmt im Fall der Störung des Essverhaltens Ersatzaffekte den Platz von Hunger und Bedürfnisbefriedigung ein. Statt Hunger erlebt das Kind Angst, Verzweiflung, Wut oder Traurigkeit. Diese Affekte haben eine organisatorische Wirkung. Generell lässt sich festhalten, dass das Affektsystem das Lernen koordiniert (LeDoux & Trunk 2002). Affekte haben eine organisatorische Wirkung, sie ermöglichen dem Kind zu unterscheiden, ob die Situation fortgeführt werden, vertieft oder vermieden werden sollte. Dabei muss dem Kind der eigene Affekt nicht bewusst sein: Je weniger der Affekt bewusst ist, desto stärker ist die Wirkung auf das Verhalten. Im Gegensatz zur normalen Füttersituation, haben die negativen Ersatzaffekte die Tendenz zu statt abzunehmen und das Kind in einem nahezu pathologischen Zustand der Affektüberflutung zu lassen. In der Konsequenz kommt es in der Füttersituation zu einer symmetrischen Eskalation der Affekte zwischen Kind und seinen Eltern. Der Zustand der Affektüberflutung wird häufig nur durch die Beendigung der Mahlzeit beendet.

5. Rahmung: Protonarrative Hülle

Die ersten vier Arten des Erlebens bilden die Grundlage eines integrierten Erlebens. Auch wenn die Darstellung hier getrennt erfolgt, so So laufen Sensomotorik, Wahrnehmung, Handlungsabfolge, Affekt parallel ab und bilden eine Gestalt. Jede einzelne Sequenz vom Aufnehmen bis zum Ablegen des Löffels bildet die Basis für eine implizite Erinnerung auf die das Kind zurückgreifen kann, wenn diese einheitlich und kohärent sind. Jedoch reist gerade bei einer Störung des Essverhaltens, dass Erleben auseinander. Die Erinnerungen füllen sich mit negativen Affekten und die Handlungsabfolge ist häufig chaotisch und wechselhaft. Die Sequenzen folgen keinem integrierten Skript, und wenn dann ist das Drehbuch von Abwehr und Vermeidung gekennzeichnet. Korrektive Erfahrungen werden, durch so nicht mehr gemacht und insgesamt bleibt am Ende nur noch die Flucht vor der nicht zu verarbeitenden Erfahrung.

Intervention: Die Kreise schließen

Das Erleben des Säuglings zu verändern beginnt mit der Veränderung unser Zeitwahrnehmung. Säuglinge und Kleinkinder organisieren ihr Erleben in kurzen Einheiten von 5-10 Sekunden (Stern, 2005). Eine Interaktion erlebt der Säugling, von Löffel zu Löffel. Erwachsene dagegen tendieren dazu am Ende einer Mahlzeit Bilanz zu ziehen. Das Ziel ist zu häufig, die Schüssel oder die Flasche leer gefüttert zu haben. Das führt zu Ungeduld, wenn das Kind in die Verweigerung geht. Wenn wir das Ziel umformulieren wollen, dann geht es darum eine gute Sequenz aufzubauen, die die Basis wird für eine nächste gute Sequenz ist. Im Rahmen dieser Sequenzen soll das Bedrohungsmonitoring deaktiviert werden und ein eine stabile Beziehung zur Nahrungsaufnahme und zur Fütternden Person aufgebaut werden. Wir erreichen dieses über eine Synchronisation von Erleben und Wahrnehmung. Das was ich fühle ist mit der Handlung in Übereinstimmung und hat eine befriedigende Wirkung. Auf den einzelne Ebenen lassen sich die Interventionen so zusammenfassen:

1. Sensomotorik: Die Bewegungen des Kindes können als Impuls aufgenommen werden und positiv umgedeutet werden, als Beziehungsangebot. Die

Hand die zum Löffel geht um diesen Wegzuschlagen, kann aufgenommen werden und im Körperkontakt wieder zur Mitte gebracht werden.

2. Wahrnehmung: Das Feld kann verändert werden, durch eine andere Position, eine andere Auswahl von Löffeln oder Bechern oder auch dadurch, dass der Löffel aus einer anderen Position heraus geführt wird.
3. Handlungsabfolge: Die Handlungsabfolge sollte klar und abgestimmt sein. Der Löffel wird aufgenommen, angeboten und wieder abgelegt, unabhängig davon ob das Kind etwas isst oder nicht. Die Sequenz wird langsam durchgeführt, damit sie für das Kind vorhersehbar wird.
4. Affekt: Die affektregulierende Wirkung des interaktiven Spiegels durch Markierung wird wieder auf ein adaptives Niveau gebracht (Fonagy et al., 2014). Wut und Angst werden so reguliert und führen zu einem niedrigeren Spannungsniveau und einer positiveren Organisationswirkung auf die gemachten Erfahrungen.
5. Die protonarrative Hülle: Gelingt es uns das Erleben des Kindes zu verändern, so schaffen wir korrektive Erfahrungen mit positiven Affekten. Dennoch sind mehre korrektive Sequenzen erforderlich, bevor eine Veränderung einsetzt. Solche Veränderungen sind innerhalb weniger Sequenzen festzustellen. Es kehrt wieder Ruhe und Beruhigen in die Füttersituation ein. Das Kind wendet sich wieder dem Essen zu und auch seinen Eltern. Diese spielen eine Entscheidende Rolle in der Therapie und die Eltern-Kind Beziehung ist folglich der letzte Bereich der Intervention.

Ebene 4: Nicht nährende Beziehung

Wie bereits Winnicott (2002) feststellte, gibt es keinen Säugling ohne seine Mutter. Ebenso gibt es keine Eltern ohne ihr Kind. Eltern und Kind sind zwar als Personen unterscheidbar, jedoch ihr Verhalten zu meist nur in der Beziehung zueinander zu verstehen. Die Abstimmung der Affekt und die gegenseitige Regulation der Bedürfnisse bilden dabei die Basis dieser nährende Beziehung (Satter, 1990). Ein zentrales Element der Eltern-Kind-Beziehung ist die nährende Fütterbeziehung. Eltern wirken dabei als Zeitgeber auf die Regulation der kindlichen Bedürfnisse auf der Ebene des Nervensystems, sowie auf die endokrinologische und immunologische Funktion des Kindes aus. Aus dieser Ko-Regulation der Bedürfnisse, des Wachstums und des Affektaustausches entwickeln Kinder ihre Selbstregulationsfähigkeit, welche eine zentrale Basis der Persönlichkeitsentwicklung ist (Dornes, 1997; 2001, Schore, 2007).

Eine ähnlich zentrale, wenn auch anders gelagerte Bedeutung hat die nährende Beziehung für die Eltern. Das Kind zu nähren und wachsen zu sehen ist eine Rückversicherung der eigenen Elternschaft (Stern, 1998). Wenn der Milcheinschuss nicht unmittelbar einstellt, der Übergang zur Beikost problematisch wird, hat dieses zum Teil eine nachhaltig, negative Auswirkung auf die Eltern. Wenn jedoch das Kind die Nahrung vollständig verweigert, dann fühlen sich Mütter in ihrer mütterlichen Identität bedroht (Wilken, 2012). Dieses drückt sich darin aus, dass über 50 % der Mütter von Kindern mit Sondendependenz die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen (Wilken, 2012a). Es sind nicht nur die Kinder sondern auch deren Mütter die an schweren Traumata leiden. Das Trauma verunsichert Eltern, so dass sie ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen nicht mehr trauen. Es fällt ihnen schwer ihr Kind zu lesen und zu verstehen.

> Viele Faktoren können die Mutter veranlassen, die Signale, durch die der Säugling seine Bedürftigkeit signalisiert, zu ignorieren. Die häufigste Ursache besteht vielleicht darin, dass der kindliche Distress bei der Mutter unerträgliche Angst hervorruft. Ihre Fähigkeit, über die Gefühle des Babys nachzudenken, versagt in dieser Situation vollständig, so dass ihre habituellen Abwehrmethoden gegen überwältigende Affekte aktiviert werden. (Fonagy et al., 2014, S. 378)

Auch Eltern wechseln in den einen Flucht-Kampf-Erstarrungs-Modus, welcher dadurch verstärkt wird, dass sie die Signale ihres Kindes nicht mehr lesen und verstehen können: „Warum möchtest Du denn nicht essen, du must doch Hunger haben! Warum lässt Du Dich nicht von mir füttern?“ Aus der Botschaft des Kindes: „Ich habe Angst vor dem Essen!“ Wird gedeutet: „Du hast Angst vor mir!“ Aus der Aussage: Du lehnst das füttern ab!“ wird fehlgedeutet: Du lehnst mich ab!“ Die Fähigkeiten aus dem Handeln, der Körpersprache und Bewegungen des Kindes seine Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche abzuleiten, leidet unter der gestörten Esssituation (Fonagy et al., 2014). Statt einer auf Sicherheit und einem stabilen Selbstgefühl basierenden Beziehungsgestaltung, werden Signale häufig falsch gedeutet und und entstehen folgende Beziehungsmuster:

Distanzierte Fütter-Beziehung: Die negativen Affekte des Kindes werden übergangen, um eine orale Ernährung zu erreichen. Statt den Affekt zu regulieren, wird von diesem z. B. mit Spielzeug oder Videos von der Füttersituation abzulenken. Die Eltern reagieren mit flachen Affekt oder Enttäuschung auf die Aversion des Kindes. Die Eltern versuchen mit Stärke durch die Situation zu gehen ,um sich vor Verletzungen zu schützen. Langfristig entsteht eine affektlose und wenig verbundene Füttersituation.

Ängstlich-verstrickte Fütter-Beziehung: Der Affekt des Kindes wird aufgenommen und direkt widergespiegelt. Die Eltern und das Kind teilen den Affekt der Furcht, Wut oder Traurigkeit während des Essens. In der Folge

eskaliert der negative Affekt, mit einer Wut-Wut oder Angst-Angst-Dynamik. Den Eltern fehlt in in dieser Situation die Möglichkeit als Regulator des Affektes zur Verfügung zu stehen. Das elterliche Verhalten ist gekennzeichnet durch Inkonsistenz und häufig wechselndes, schnelles und hektisches agieren. So bleibt die Füttersituation stark affektgeladen und ist ebenso wie die distanzierte Beziehung wenig adaptiv.

Intervention: Eine nährende Beziehung herstellen

Der letzte Interventionsbereich kann in seiner Bedeutung kaum überschätzt werden. Wenn wir Sicherheit herstellen und das Erleben des Kindes verändern wollen, bedarf es der sicheren Basis und damit der Kind-Eltern-Bindung. Wenn die Beziehung, aufgrund der Aversion, entgleist ist die Wiederherstellung der nährenden Beziehung von zentraler Bedeutung. Die Eltern haben einen tragende Rolle bei der Überwindung der Aversion. Ist eine Störung in der Beziehung die Ursache der Nahrungsaversion, so ist die Wiederherstellung der nährende Beziehung Grundvoraussetzung der Verhaltensänderung.

Mentalsierungsfähigkeit herstellen: Die Fähigkeit aus den Signalen des Gegenübers Schlüsse und damit eine adaptive Antwort auf die Anforderungen zu geben, basiert auf der gemeinsamen Erfahrung in der Beziehung, als auch auf unseren intuitiven Kompetenzen. Das intuitive Elternprogramm ist genetisch angelegt und ermöglicht die prompte und angemessene Reaktion auf die Anforderungen, die das Kind an uns stellt. Das Programm ist adaptiv bei kindlichen Verhaltensweisen an die Eltern aus ihrer eigenen Kindheit anknüpfen können oder die genetisch vorbereitet sind. Wenn Kinder diese Verhaltensweisen nicht zeigen, zerfällt das intuitive Elternprogramm. Die Versuche den Zustand des Kindes zu regulieren werden maladaptiv beantwortet. Um die Mentalisierung wieder zu aktivieren ist es notwendig, dass Kind mit seinem Verhalten zu verstehen. Eltern können nur begrenzt wissen, wie sich ihr Kind mit einer Sonde, einem Herzfehler oder einer Fütterstörung fühlt. Sie können das Trauma des Kindes unter Umständen sehen, wissen jedoch nicht wie sie darauf angemessen reagieren können. Je weiter sich das Kind von dem zu erwartenden Verhalten entfernt, desto mehr Unterstützung benötigen sie bei der Interpretation des kindlichen Verhaltens.
Wenn die Eltern wissen, dass das Kind auf eine empfundene Bedrohung reagiert, wenn es die Nahrung verweigert, dann ermöglicht dieses ihnen ihr Kind mit seinen Belastungen zu sehen. Aus dem nahrungsverweigernden Kind, welches die elterliche Intuition in Frage stellt, wird das ängstliche Kind welches Unterstützung braucht. Aus einer Beziehungsbotschaft, wird eine Selbstoffenbarung. Das Verstehen des Kindlichen Verhaltens ermöglicht adaptive Antworten auf das Verhalten des Kindes und die Interaktion verläuft fließender.

Übersetzen und Vermitteln: Wenn das Verhalten des Kindes für die Eltern missverständlich oder gar unverständlich ist, dann muss es in der Füttersituation online übersetzen werden, um den Eltern so den Zugang zu ihrem Kind zu erleichtern. Es können Deutung des Verhaltens angeboten werden, die sich direkt an das Kind richten: „Ich glaube jetzt hast du Angst!“ Oder, an die Eltern: „Ich glaube, das er den Löffel noch nicht mag!“ Ebenfalls online müssen Affekte die überschießend sind durch adaptives Spiegelverhalten des Therapeuten reguliert werden (Fonagy et al., 2014). Die Übernahme der elterlichen Aufgabe in kurzen Sequenzen und für einen kurzen Zeitraum ermöglicht es den Eltern zu sehen, dass sich ihr Kind auch in einer belastenden Füttersituation herunterregulieren kann. Auch hier gilt es die Interventionen zu erläutern und damit das Verhalten nachvollziehbar werden zu lassen. Parallel entstehen Kreisläufe des positiven Erlebens.

Arbeiten in der Triade: Das Thema „Essen“ ist ein sensibles Thema, bei dem gerade Mütter sich Ihre Mütterlichkeit in Frage stellen. Unter Umständen ist der mütterlichen Selbstwerte durch therapeutische Unachtsamkeit weiter unterminiert worden So etwa durch Äußerungen: „Bei mir hat er die Flasche leer getrunken! In der Therapie hat er gegessen, jetzt sollte es auch zuhause gehen!“ Oft stellt sich das unproblematische Verhalten nicht ein, was dazu führen kann, dass Eltern ihre Verantwortung an den Therapeuten abgeben und ihre eigenen Fähigkeiten keiner Bedeutung mehr beimessen (Stern, 1998). In der Triade Kind-Mutter-Therapeut ist daher zu achten, dass jeder oder jede in ihrer Rolle ist. So etwa in der Position, in der bei Säuglingen Mütter und Therapeuten einen gleich guten Blick auf das Kind haben. Optimal ist in diesem Fall eine Dreieck-Position. Therapeuten haben eine Brückenfunktion in der Triade, in der sie Sicherheit bereitstellen um eine stabile interaktive Routine aufzubauen.
Wenn die Eltern nicht weiterwissen, stellen Therapeuten das erforderliche Wissen zur Verfügung. Wenn die Eltern unsicher sind, geben Therapeuten Sicherheit. Wenn die Eltern Unterstützung beim Handling brauchen, so ist es die therapeutische Arbeit dieses Handling gemeinsam mit den Eltern zu entwickeln. Je mehr die Eltern in die Therapie einbezogen sind und je mehr sie in den Alltag übersetzen können, desto nachhaltiger ist das Therapieergebnis.

Diskussion

Im Rahen dieses Beitrags wurden vier Bereiche der Intervention basierend auf einem integrierten Störungskonzept vorgestellt. Dieses sollte als Ergänzung

zu anderen kindzentrierten und beziehungsorientierten Therapieansätzen verstanden werden. Viele Interventionen aus verschiedenen Disziplinen lassen sich einem oder mehreren Ebenen zuordnen. Der hier aufgespannte Rahmen soll die therapeutischen Möglichkeiten aufzeigen und einen Blick auf die Vielschichtigkeit von Störungen der Nahrungsaufnahme lenken. Aufgrund der häufig anzutreffenden Komplexität von Fütterstörung und Sondendependenz bedarf es einer besonderen Achtsamtkeit von Therapeuten in den Beziehungstriaden. Der Fokus sollte weniger auf der Suche nach der einen richtigen Interventionsform, die technisch korrekt angewandt wird liegen. Statt dessen sollten wir das Bedürfnis des Kindes in den Mittelpunkt stellen.

Die hier vorgestellten Intervention lassen sich sowohl in der ambulanten als auch stationären Alltag integrieren. Der Blick hinter die Symptome des Kindes eröffnet neue Möglichkeiten, in denen wir mehr auf den Grund als des Symptoms als auf das Symptom an sich reagieren. Wenn wir das Überstrecken des Kindes als sympathische Reaktion auf eine empfundene Bedrohung sehen, dann können wir uns auf die Suche nach der Bedrohung machen, diese nach Möglichkeit eliminieren und dem Kind die Sicherheit geben, die es braucht. Dem Kind in seinem Therapieprozess zu folgen, statt das Therapievorgehen zu bestimmen wird damit unmittelbar einsichtig. Jedoch setzt es ein hohes Maß an Flexibilität voraus, welche zum Teil in der therapeutischen Praxis schwer umsetzbar sind. Dennoch entspricht die Therapie, wenn wir uns auf einen flexibleren Verlauf einlassen mit größerer Wahrscheinlichkeit dem, was das Kind braucht.

Der Therapieeffekt der sich durch ein solches Vorgehen ergibt ist durchweg positiv. Im Rahmen von intensivtherapeutischen Maßnahmen lassen sich für 90 % der Patienten eine vollständige orale Ernährung erreichen. Diese Effekte konnten in mehreren Studien evaluiert werden und haben sich konsistent bestätigt. Die Kinder zeigten bei einem signifikant verbesserten Essverhalten, vollständig oraler Ernährung ein konstantes Wachstum, auch 1-3 Jahre nach Therapieabschluss (Wilken et al., 2013). Die Darstellung des Therapieprozesses würde den Rahmen des Artikels sprengen und findet sich an anderer Stelle (Wilken, Echtermeyer, Cremer, 2016; Wilken, et al., 2013).
Bei der aktuellen Zunahme von Sondendependenz gibt die hier vorgestellte Therapie eine Antwort, die dem Kind eine stabile orale Ernährung ermöglicht. Das therapeutische Vorgehen wurde in diesem Artikel in kurzer und konzentrierter Form dargestellt. Um diese in eigener Praxis umzusetzen bedarf es eines intensiv Trainings um die einzelnen Therapiemethoden besser kennenzulernen, und diese gerade bei schwer traumatisierten Kindern, anwenden zu können. Es sind Therapeuten gefordert sich auf den Weg zu machen. Betrachten wir an dieser Stelle, dass in den ersten drei Lebensjahren die Grundriss für die spätere Persönlichkeit gelegt wird. Die Daten bzgl. der Langzeitentwicklung von Kindern mit frühkindlichen Trauma sollten uns dazu motivieren so früh wie möglich ein Trauma aufzulösen, um langfristigen Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung zu vermeiden (Van der Kolk, 2015).

Literatur

Benoit, D., Wang, E. E. L. & Zlotkin, S. H. (1999). Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: A randomized controlled trial. Journal of Pediatrics, 137, 498-503.

Chatoor, I., Ganiban, J., Harrison, J. & Hirsch, R. (2001). Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 40, 595-602.

Coughlin, J. P., Gauderere, M. W., & Stellato, T. A. (1991). Percutaneous endoscopic gastrostomy in children under 1 year of age: indications, complications, and outcome. Pediatric surgery international, 6, 88-91.

Daveluy W, Guimber D, Uhlen S, et al. (2006). Dramatic Changes in Home-based Enteral Nutrition Practices in Children during an 11-year Period. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 43, 240-44.

Dornes, M. (1997). Die frühe Kindheit: Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Dornes, M. (2001). Die emotionale Welt des Kindes. Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta.

LeDoux, J. E., & Trunk, C. (2006). Das Netz der Persönlichkeit: wie unser Selbst entsteht. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Lukens, C. T., & Silverman, A. H. (2014). Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. Journal of Pediatric Psychology, 39, 903-917.

Porges, S. W. (2010). Die Polyvagal-Theorie. Paderborn: Jungfermann.

Satter, E. (1990). The feeding relationship: problems and interventions. The Journal of Pediatrics, 117, S181-S189.

Silverman, A. H., Kirby, M., Clifford, L. M., Fischer, E., Berlin, K. S., Rudolph, C. D., et al. (2013). Nutritional and psychosocial outcomes of gastrostomy tube–dependent children completing an intensive inpatient behavioral treatment program. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 57, 668-672.

Schore, A. N. (2007). Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.

Srinivasan, R., Irvine, T., & Dalzell, M. (2009). Indications for percutaneous endoscopic gastrostomy and procedure-related outcome. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 49, 584-588.

Stern, D. N. (1998). Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta.

Stern, D. N. (2005). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

Stern, D. N., & Boston Change Process Study Group. (2012). Veränderungsprozesse: ein integratives Paradigma. Brandes & Apsel.

Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2011). SOS approach to feeding. Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia), 20, 82-87.

Trautmann-Voigt, S., & Moll, M. (2011). Bindung in Bewegung: Konzept und Leitlinien für eine psychodynamisch fundierte Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie. Psychosozial-Verlag.

Van der Kolk, B. A. (2015). Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. Lichtenau: Probst.

Wilken, M. (2012). The impact of child tube feeding on maternal emotional state and identity: A qualitative meta-analysis. Journal of Pediatric Nursing, 27, 248–255.

Wilken M., (2012a) Psychosocial intervention for parents of tube fed children. Paper presented at the Long term tube (enteral) feeding: Exploring dilemmas and controversies conference 4-5-10.2012, Glasgow, United Kingdom.

Wilken, M. & Bartmann, P. (2014). Posttraumatic Feeding Disorder in Low Birth Weight Young Children: A Nested Case-Control Study of a Home-Based Intervention Program. Journal of Pediatric Nursing, 29, 466-473.

Wilken, M., Cremer, V., Berry, J., & Bartmann, P. (2013). Rapid home-based weaning of small children with feeding tube dependency: Positive effects on feeding behaviour without deceleration of growth. Archives of Disease in Childhood, 98, 856–861.

Wilken, M., Cremer, V., Echtermeyer, S. (2016). Sondenentwöhnung 2.0: Was sondendependente Kinder brauchen. Die Kinderkrankenschwester, 35, 410-416.

Winnicott, DW. (2002). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Studien zur Theorie der emotionalen Entwicklung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Institutszugehörigkeiten der Autorengruppe

1 Institut für pädiatrisches Sondenmanagement und -entwöhnung, Siegburg
2 Hochschule Fresenius, Köln
3 Sprachpuzzle, Hünfeld