

# Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit

Markus Wilken

**Im folgenden Artikel wird ein interdisziplinäres und interaktionszentriertes Konzept zur Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit vorgestellt. Ziel der Therapie ist ein selbstreguliertes und lustvolles Essen und Füttern, das eine Ernährung per Sonde überflüssig macht.**

& Glass, 1992). Die Fähigkeit des Kindes zu saugen, kauen und schlucken ohne zu aspirieren sollte abgeklärt werden. Die Diagnostik sollte spielerisch und non-invasiv erfolgen. Jede invasive Diagnostik kann für das Kind eine Re-Traumatisierung im Oralbereich gleichkommen, die nach Möglichkeit vermieden werden sollte. Des Weiteren ist eine mögliche orale Hyper- oder Hyposensibilität des Kindes abzuklären. Bei oraler Deprivation ist dieses ein häufiges Begleitsymptom von Sondenernährung. Bei fraglichem Schluckreflex sollten zunächst die primären Bezugspersonen befragt werden, ob sie beobachtet haben, ob ihr Kind Nahrung oder Flüssigkeit schlucken kann. Die Aussagen der Eltern sind völlig ausreichend. Sollte sich auf diesem Weg keine Klarheit einstellen, sollte eine Videofluoroskopie durchgeführt werden. Sollte eine oralmotorische Störung vorliegen, die eine Sondenentwöhnung behindern könnte, muss eine logopädische Behandlung der Sondenentwöhnung vorausgehen.

## ► Vorausgehende logopädische Therapie der Sondenentwöhnung bei

- Saug-, Kau-, Schluckstörung
- über- oder untersensibel im Mundraum

## ► Kontraindikation zur Sondenentwöhnung

- Fehlender Schluckreflex
- Zentralnervöse Störung der Hun-

ger-Sättigungswahrnehmung

## 3. Verfügt das Kind über kognitive und interaktive Kompetenzen, in der Esssituation Hunger und Sättigung zu signalisieren?

Dieser diagnostische Bereich sollte von Ergotherapeuten und/oder von Psychologen, die im Umgang mit vergleichbaren Kindern erfahren sind, durchgeführt werden. Unter kognitiver und interaktiver Kompetenz für die Fütterungssituation wird die Selbstwahrnehmung des Kindes bezüglich des aktuellen Zustandes (Hunger oder Sättigung) und der angemessenen Signalisierung an die Umwelt verstanden. Gerade bei Kindern mit Deprivationssyndromen und/oder tiefgreifender Entwicklungsstörung ist dieses nicht unbedingt gegeben.

In der Diagnostik sollte der Therapeut die Möglichkeit des Kindes untersuchen, Kontakt zu seiner Umwelt aufzunehmen und seine Bedürfnisse zu signalisieren. Die Kommunikation kann nonverbal und ungewöhnlich sein, z. B. Ausdruck über Farben von Bauklötzen, Arm heben. Das häufigste und eindeutigste Signal ist das Hin- oder Abwenden des Kopfes. Ein gutes Hilfsmittel zur Diagnostik ist eine Videoaufzeichnung der Fütterungssituation, in der der Austausch zwischen Eltern und Kind beobachtet werden kann.

## ► Kontraindikation zur Sondenentwöhnung



**Markus Wilken**

ist Psychologe mit Schwerpunkt Entwicklungs- und klinische Psychologie. Seit Anfang 2002 ist er Mitarbeiter an der Universitätskinderklinik Bonn und arbeitet dort an seiner Dissertation zum Thema „Entwicklung des Essverhaltens bei Frühgeborenen“.

- Fehlendes Verständnis für kommunikative Prozesse zum selbstregulierten Essen.

Die Diagnostik ist notwendigerweise interdisziplinär und erfordert Teamkompetenzen von den Mitgliedern, da die Befunde der Berufsgruppen für alle Mitglieder verständlich und kurz dargestellt werden sollten. Eine gemeinsam entwickelte diagnostische Prozedur mit einheitlichem Sprachgebrauch erleichtert die Verständigung. Empfohlen werden kann die Multi-Axiale Diagnostik nach dem ZTT-DC: 0-3, die wissenschaftlich evaluiert und in der praktischen Arbeit erprobt wurde (*Zero to Three*, 1999). Die Entscheidung über eine Entwöhnung bzw. über den Zeitpunkt einer Entwöhnung liegt in der Hand der Eltern. Sie sollten daher umfassend und präzise informiert werden, so dass sie ihre Entscheidung treffen können.

## Therapieziele

Ziel einer Sondenentwöhnung ist ein lustvolles, selbstreguliertes Essen des Kindes und ein befriedigendes und ebenfalls lustvolles Füttern für die Eltern. Dieses macht

Sondenentwöhnung ist sowohl stationär als auch ambulant im häuslichen Umfeld möglich. Eine stationäre Entwöhnung empfiehlt sich bei schwer chronisch kranken Kindern und dauert ca. 3-4 Wochen (Dunitz-Scheer et al. 2000, 2001). Eine ambulante Entwöhnung ist bei Kindern mit relativ stabilem Gesundheitszustand zu empfehlen und ist auf ca. eine Woche angelegt (Wilken & Dunitz-Scheer, 2001). Eine Nachsorgebetreuung ist für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erforderlich. Entwöhnt werden können sowohl Kinder, die nach einer Phase der selbstregulierten Nahrungsaufnahme per Sonde ernährt wurden, als auch Kinder, bei denen es nie eine Phase der oralen Nahrungsaufnahme gab. In der Regel leiden Kinder, die per Sonde ernährt werden, an komplexen Störungsmustern, aus diesem Grund sollte die Therapie nicht auf einen Funktionsbereich beschränkt werden. Eine gute, interdisziplinäre Zusammenarbeit ist deshalb die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Entwöhnung.

## Vorgeschichte: Bevor es beginnt

Sondenernährung eines Kindes bedeutet für dieses nicht nur orale Deprivation. Die Familien sind häufig Erfahrungen der Todesbedrohung ihres Kindes, häufiger unerwarteter Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Kindes, psychosozialen Belastungen, Vorwürfen und Paarkonflikten ausgesetzt. Eltern und Kind leben meist lange mit der Sonde, mit positiven und negativen Konsequenzen. Als eine der positiven und wichtigsten Funktionen der Sonde sollte die lebenserhaltende Funktion benannt werden.

Häufige Negativkonsequenzen sind regelmäßiges Erbrechen, vollständige Nahrungsverweigerung, geringere Vitalität des Kindes und Einschränkung des Lebensradius der Familie. Die Sonde stellt das letzte Mittel dar, um die Ernährung des Kindes sicherzustellen. Die Ursachen zur Sondenernährung reichen von organisch schweren Erkrankungen bis zu schweren psychosozialen und Interaktionsproblematiken. Zumeist führen organische und psychosoziale Wirkfaktoren zur Sondenernährung (Scheer et al., 1992).

Ist die akute Krisensituation bewältigt, bedeutet dieses nicht gleich das Ende der Sondenernährung. Eltern und Kinderärzte überlegen mögliche Schritte zur Entwöh-

nung von der Sonde und machen kurze Auslassungsversuche, die leider selten zum Erfolg führen. Die Folge ist eine gemeinsame Frustration, die nicht selten zu Konflikten und gegenseitigen Vorwürfen führt. Die Ernährung per Sonde wird dabei von Eltern äußerst unterschiedlich bewertet. Für manche Eltern bedeutet eine Versorgung per Sonde eine Verbesserung der Lebensqualität (Smith et al., 1999), für manche Eltern ist sie eine Qual (Michaelis et al., 1992). Aus diesem Faktum sollte eine grundlegende therapeutische Konsequenz abgeleitet werden:

*Sondenentwöhnung sollte nur dann durchgeführt werden, wenn sie von den Eltern gewollt wird und zur Verbesserung der Lebensqualität von Eltern und Kind beiträgt.* D. h. der Impuls zur Entwöhnung sollte von der Familie ausgehen. Im Falle eines gesunden Kindes, dessen Signale für die Eltern gut zu interpretieren sind, über gute orale Kompetenzen verfügt und bei denen der Gewichtsverlust nicht angstbesetzt ist, sind die Eltern zumeist hoch motiviert.

Je mehr organische oder psychosozial problematische Konstellationen hinzukommen, desto skeptischer sind die Eltern bezüglich einer möglichen Entwöhnung. Das bedeutet nicht, dass Eltern ihr Kind nicht füttern wollen, das Gegenteil ist eher der Fall. Vielmehr äußern die Eltern große Ängste bezüglich eines möglichen Scheiterns der Entwöhnung, aufgrund einer internistischen oder neurologischen Problematik ihres Kindes. Für viele Eltern ist dieses eine Art Schicksalsfrage: „Werde ich mein Kind jemals füttern können?“ Das Bedürfnis, unsere Kinder zu nähren, wird von Daniel Stern (1998) als ein menschliches, elterliches Grundbedürfnis aufgefasst, welches mit der Frage verbunden ist: „Können wir als Eltern gewährleisten, dass unser Kind wächst und gedeiht?“

Das Thema Sondenentwöhnung ist von besonderer Sensibilität und erfordert daher eine gründliche Vorbereitung der Eltern, des Therapeuten und des sozialen Umfeldes des Kindes. Die Vorbereitung der Eltern geschieht durch eine möglichst umfassende Information zum Thema „Sondenentwöhnung“ mit der Möglichkeit zur Rücksprache und zur Kritik. Authentizität und Transparenz sind wichtige therapeutische Eigenschaften, die eine Vertrauensbasis schaffen, ohne die eine Sondenentwöhnung nicht möglich ist. Die Vorbereitung des sozialen Umfeldes wird unter dem Aspekt Nachsorge behandelt. Der Therapeut bereitet die Sondenentwöhnung durch eine vorausgehende

umfassende Diagnostik vor.

## Diagnostik: Was vorab zu klären ist!

Es lassen sich drei diagnostische Grundfragen formulieren:

### 1. Ist der Gesundheitszustand des Kindes so stabil, dass es eine Sondenentwöhnung verkraften und davon profitieren kann?

Diese erste Fragestellung bezieht sich sowohl auf akute als auch auf chronische Störungen und Erkrankungen und kann unter dem Aspekt „pädiatrische Diagnostik“ zusammengefasst werden. Chronische Erkrankungen, die einen Einfluss auf den Energiehaushalt des Kindes haben, sind vor allem Immun-, Stoffwechsel-, neurologische oder Erkrankungen der inneren Organe. Wenn die Nahrungsmenge das Kind überfordern würde, weil es durch die Krankheit geschwächt ist, sollte zu diesem Zeitpunkt nicht entwöhnt werden. Das Kind sollte bei chronischen Erkrankung in einem stabilen und gutem Allgemeinzustand sein.

Da bestimmte Krankheitsbilder des Herzens oder der Lunge einen erhöhten Energiebedarf zur Folge haben, kann die aufgenommene Energie durch das Essen verbraucht werden, so dass es zur Ge-  
deihstörung kommen kann. In diesem Fall ist eine Entwöhnung erst bei stabilisierter Herz- oder Lungensituation empfehlenswert. Dabei ist die Nahrungsmenge, die empfohlen wird, kritisch zu betrachten. Nicht selten ist sie zu hoch angesetzt und führt zu Essverweigerung und gesteigertem Erbrechen.

### ► Entwöhnung vorerst nicht zu empfehlen

- Schlechter Allgemeinzustand
- Instabiler Gesundheitszustand bei chronischer Erkrankung
- Physische oder psychische Entkräftung des Kindes als Krankheitsfolge

### 2. Ist die oralmotorische Fähigkeit des Kindes so, dass es die Nahrungsaufnahme bewältigen kann?

Diese zweite Fragestellung wird durch logopädische Diagnostik abgeklärt (Wolf

übertragen und ihm nur dann etwas zu essen geben, wenn es dazu auffordert. Die Abgabe der Verantwortung über die Nahrungsaufnahme an das Kind müssen Therapeuten, Eltern, das gesamte soziale Umfeld des Kindes ernsthaft abgeben wollen und dem Kind vertrauen. Dieser Prozess ist für die Erwachsenen oft schwieriger als für die Kinder, die ihre wieder gewonnene Freiheit genießen. Deshalb bedarf es einer verstärkten psychologischen Begleitung von Eltern während einer Sondenentwöhnung.

## Therapeutische Voraussetzung für eine erfolgreiche Sondenentwöhnung

Für Eltern und Kind ist dieser Prozess, gerade bei chronischer Erkrankung des Kindes, sehr belastend. Es kommt zu emotionaler Destabilisierung mit aggressiver oder depressiver Reaktion. Im Verlaufe einer Sondenentwöhnung kommen Ängste zum Vorschein, die von Eltern im Alltag selten bewusst wahrgenommen werden. Deshalb reicht es nicht aus, nur auf der Verhaltensebene zu operieren, um gemeinsam eine Unabhängigkeit von der Sonde zu erreichen. Es bedarf einer psychologischen Betreuung, in der den Ängsten und Sorgen der Eltern Raum gegeben werden kann, um eine Lösung einzuleiten (Wilken & Dunitz-Scheer, 2001). Entwöhnung von der Sonde bedeutet immer in *Beziehung* zu arbeiten.

### Arbeit in der Beziehung

Sondenentwöhnung bedeutet für die Eltern, sich in Frage zu stellen und sich in Frage gestellt zu fühlen. Die Familien wissen: „So geht es nicht mehr weiter“, wie es weitergehen soll wissen sie noch nicht. Die Situation ist für sie haltlos. Deshalb ist eine trag- bzw. haltfähige therapeutische Beziehung die Grundlage der Therapie frühkindlicher Fütterungsstörungen. Deshalb ist der Therapeut Bezugsperson, bei der Ängste, Unsicherheiten, Ambivalenz aber auch Freude, Stolz und Zuneigung angesprochen und gelebt werden können. In einer stützenden Beziehung finden Eltern zu ihren intuitiven Kompetenzen zurück, sie folgen den Signalen ihres Kindes (Papousek & Papousek, 1987).

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Fütterungsstörungen und Sondenentwöhnung sind zu komplex, um nur von einem Therapeuten behandelt werden zu können (Kunde-Trommer et al., 2001, Dunitz-Scheer, 2000, 2001). Im Therapieprozess entstehen Situationen, die aus der Sichtweise verschiedener Disziplinen beleuchtet werden sollten. Daher ist es nötig, die Aufgaben in verschiedene Hände zu geben, die miteinander kooperieren und im gegenseitigen Austausch und im Austausch mit den Eltern die Therapie gestalten. Nur bei konstruktiver Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen ist eine Sondenentwöhnung möglich. Daher ist ein gleichberechtigtes und gut koordiniertes Miteinander die Grundlage der gemeinsamen Arbeit.

Die Eltern sind in der Therapie äußerst belastet und reagieren sehr empfindlich auf Unstimmigkeiten und Widersprüche in der Kommunikation unter den Helfern. Sollten Eltern und Kind nicht von einem bereits bestehenden Team, sondern von einer Gruppe unabhängig voneinander arbeitender Therapeuten begleitet werden, sollten die Therapeuten in Form von Helferkonferenzen tagen, in denen der Stand der Therapie verschiedener Professionen ausgetauscht werden kann.

## Sondenentwöhnung als Prozess

Im Folgenden soll der Prozess der Sondenentwöhnung anhand eines Therapiebeispiels verdeutlicht werden, in dem eine Mutter die stationäre Entwöhnung ihrer Tochter Olivia beschreibt. Der Bericht wurde in Phasen eingeteilt, die bei fast allen Sondenentwöhnungen in der dargestellten Form ablaufen. Medizinische und pflegerische Aspekte wurden an anderer Stelle dargestellt, sie werden nur kurz behandelt (Dunitz-Scheer et al., 2000). Zur Therapie-Evaluation kann der Artikel von Dunitz-Scheer et al. (2001) empfohlen werden.

### Kasuistik: Olivia

Olivia wird seit einem Multiorganversagen

direkt nach der Geburt sondiert. Sie leidet unter einem angeborenen Herzfehler und einer Parese der unteren Extremitäten. Mit 19 Monaten kommt sie mit ihrer Mutter in die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Graz zur Sondenentwöhnung. Alle bisherigen Versuche einer oralen Stimulation waren, unter dem Essgewicht-Druck, welcher aus kardiologischen Erwägungen ausgesprochen wurde, gescheitert. Die Sonde wurde am vierten Tag entfernt. Die stationäre Therapiedauer von 19 Tagen bestand aus einer intensiven, aber atraumatischen und vor allem selbstgesteuerten Regulation zwischen dem Kind und dem Thema Essen. Eine erneute Sondierung war nicht erforderlich.

### Therapiebeginn: Ankommen

*Zu jeder Mahlzeit bekamen Olivia und ich einen Teller Essen vorgesetzt, den sie ignorierte oder mit dem sie spielte, der unter Umständen auch auf der Erde landete. Dem Kind einen Teller Nahrung vorzusetzen, dabei nur auf seinen eigenen Teller zu schauen und dem Kind alle Freiheiten der Welt zu überlassen, ist eine Kunst, die erst erlernt werden muss. Ich als Mutter war bis dahin pausenlos bestrebt, meiner Tochter in irgendeiner Form etwas Essbares in den Mund zu schieben. Dieses gelang mir nicht, denn Olivia konnte als vollsondiertes Kind gar keinen Hunger, geschweige denn Appetit haben, was mir damals noch nicht bewusst war.“*

(Astrid & Thomas Lehmann, 2000, S. 23)

Durch die Ernährung per Sonde entwickeln Eltern und Kind ein Verständnis von Essen als etwas Funktionales, vergleichbar mit der Medikamentversorgung. Der lustvolle Prozess und die Entwicklung des Essens treten in den Hintergrund. Um mit Eltern und Kind Räume für eine selbstgesteuerte Entwicklung einer selbstregulierten Nahrungsaufnahme zu öffnen, sollte der Lustaspekt wieder in den Vordergrund gestellt werden (Satter, 1990). Die Kinder können mit diesem Essen machen, was sie wollen: schmieren, spielen, Eltern oder Therapeuten füttern.

Die Initiative der Therapie geht vom Kind aus. Die Erfahrung, selber über das Essen bestimmen zu können, ist, auch wenn sie in der Welt der Erwachsenen oft absurd wirkt, für die Kinder wichtig. Je nach Alter und Entwicklungsstand wird jeglicher Beschäftigung mit dem Thema „Essen“, ohne



**Abbildungen links: Fütterungsversuch vor Therapiebeginn: Das Zusammenspiel aus Anspannung der Mutter und Abwehr des Kindes halten das Problem aufrecht. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind leidet**

**Abbildungen rechts: Nach der Therapie: Es entsteht ein lustvolles Zusammenspiel zwischen Mutter und Kind, aus dem eine neue, positive Fütterungsbeziehung erwächst.**

in der Regel eine Sonde überflüssig. Voraussetzung für das Erreichen des Zieles ist, die psychische und physische Abhängigkeit von Eltern und Kind von der Ernährung per Sonde zu lösen. Jedes Kind kann bei einem ausreichenden Gesundheitszustand, einem angemessenen Nahrungsangebot und einer angemessenen interaktiven Qualität zwischen Eltern und Kind seine Nahrungsaufnahme selbst regulieren (Birch & Fisher, 1995).

Dazu ist es notwendig, dass Eltern und Therapeuten die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme vollständig an das Kind zurück

real zu essen, im Bereich der abstraktsymbolischen Entwicklung und im interaktionellen Bereich gefördert (Puppen Sondierung, Puppenküche, Kochspielsachen). Das Ziel ist das Erleben von Essritualen ohne essen zu müssen (Wilken, 2002a). In dieser therapeutischen Phase entwickelt das Kind Initiativen im Essenskontext, da es beim Sondieren passiv war. Wichtig ist, dass es die Erfahrung macht, dass nicht über seine Signale hinweggegangen wird. Ein lustvoller Austausch zwischen Eltern und Kindern wird gefördert. Um das Kind in der lustvollen Entdeckung seiner Initiative

zu unterstützen, wird die Nahrungsmenge per Sonde auf die Hälfte reduziert, damit so Appetit oder Hunger entstehen kann, der die Sinne für Gerüche und Geschmäcker anregt.

Die Ankommensphase ist gleichzeitig die Initialphase für die Entstehung der therapeutischen Beziehung. Die Eltern sollten in dieser Phase alle Therapeuten kennen lernen und Zeit haben, eine Beziehung aufzubauen. Es empfiehlt sich, den Eltern einen Ansprechpartner als Bindungsperson (Brisch, 1999) an die Seite zu stellen, der gleichzeitig die Koordinationsstelle der

Nahrungsaufnahme sollte nicht reglementiert werden.

Dieser Moment ist für die Eltern oft eine Erlösung. Die Interaktionsqualität verändert sich in dem Moment der Nahrungsaufnahme. Die Eltern sind gelöst, glücklich und signalisieren dieses ihrem Kind, welches sich dadurch zur Nahrungsaufnahme ermutigt fühlt. Die Nahrungsaufnahme ist in dieser Phase sehr schwankend, aber stabilisiert sich oft innerhalb weniger Tage auf einem ausreichend hohen Niveau, um eine Grundversorgung sicherzustellen.

## Nachsorge: Das Verlassen der Klinik

Mit der Stabilisierung der Nahrungsaufnahme beginnt der Entlassungsprozess. Die meisten Kinder haben ihr Ausgangsgewicht zurück erlangt. Das Gewicht spielt für Eltern eine wichtige Rolle. Sie nehmen es als Erfolgsindikator dafür, ob sich die Esssituation des Kindes erfolgreich stabilisiert hat. Eltern bedürfen in dieser Situation Begleitung, da es mit dem Wechsel aus der Klinik in das häusliche Umfeld wieder zu einer kurzzeitigen Nahrungsverweigerung des Kindes kommen kann. Diese hält zumeist nicht länger als einen Tag an. In dieser Phase brauchen Eltern zumindest telefonischen oder E-Mail-Kontakt mit einem Therapeuten, dem sie vertrauen und der die Problematik der Sondenentwöhnung kennt. Der Kontakt zu den Eltern wird per Telefon oder E-Mail gehalten. Die Eltern schicken mehrmals pro Woche E-Mails, wie sich die Esssituation gestaltet, ob sich feste Zeiten etabliert haben, ob die Nahrungsmenge stabil ist, und wie die Gesamtentwicklung verläuft. Die begleitenden, ortsansässigen Therapeuten haben die Möglichkeit, sich an die Therapeuten, die die Sondenentwöhnung durchgeführt haben, zu wenden. Dieses Vorgehen hat sich als äußerst effektiv erwiesen. Die Nachsorge sollte mindestens ein halbes Jahr umfassen. Die Eltern gestalten die Nachsorge durch die Häufigkeit ihrer E-Mail-Kontakte. In diesem Zeitraum sollte sich die Esssituation ausreichend stabilisiert haben.

## Fazit

Dem Thema Entwöhnung von der Sonde wird in der Pädiatrie immer mehr Bedeutung eingeräumt, da immer mehr Kinder auch mit schweren Entwicklungsstörungen oder chronischen Erkrankungen überleben

(Wilken, 2002). Gerade für Kinder, deren Lebensweg durch häufige medizinische Eingriffe oder Krankenhausaufenthalte belastend ist, bedeutet die selbstregulierte Nahrungsaufnahme einen Gewinn von Lebensqualität, welche den Kindern nicht vorenthalten werden sollte.

Sondenentwöhnung wurde in diesem Artikel als interaktives und interdisziplinäres Konzept vorgestellt. Er beruht auf der Annahme, dass jedes Kind seine Nahrungsaufnahme selbst regulieren kann. Diese Annahme fordert eine flexible Therapiestaltung, die an die Bedürfnisse des Kindes angepasst wird. Die therapeutischen Aufgaben liegen darin, die Initiativen des Kindes zu erkennen und für jeden Teilnehmer verständlich zu übersetzen. Des Weiteren wird vom therapeutischen Team ein medizinisch-psychologisches Back-up geleistet, welches die Eltern aus ihrer Verantwortung herauslöst, für den Gesundheitszustand ihres Kindes verantwortlich zu sein. Die Back-up-Funktion ist besonders wichtig und wird von allen beteiligten Therapeuten geteilt. Sondenentwöhnung ist, wie aus der Beschreibung des Prozesses hervorgegangen ist, keine für eine Berufsgruppe reservierte Therapieform, sondern ein interdisziplinärer Therapieansatz. Die Tätigkeiten des Einzelnen werden an den berufsbedingten Kompetenzen festgemacht. Dieser Ansatz hat sich als äußerst effektiv erwiesen. Der Anteil der einzelnen Professionen am Erfolg lässt sich nicht festmachen. Erst wenn die Therapie misslingt, lässt sich abschätzen, wie wichtig jeder Therapiebaustein ist und welche Konsequenzen ihr Fehlen hat. Interdisziplinäre Therapie und Kommunikation ist daher ein Beitrag zur optimalen Versorgung des Klienten und seiner Familie und ist im Sondenentwöhnungsprozess als unverzichtbar zu betrachten.

Birch, L. L. & Fisher, J. A. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America* 42, 931-953

Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Theorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Dunitz-Scheer, M.; Wilken, M.; Lamm, B.; Scheitenberger, B.; Stadler, B.; Schein, A.; Huber, A.; Schober, P. & Scheer, P. (2001). Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149, 1348-1359

Dunitz-Scheer, M.; Wilken, M.; Walch, G.; Schein, A.; Scheer, P. (2000). Wie kommen wir von der Sonde los?! Diagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zur interdisziplinären Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Die Kinderkrankenschwester* 19, 448-456

Kunde-Trommer, J.; Mangelsdorf, S.; Rösch, B. (2001).

Interdisziplinärer Therapieansatz für frühkindliche Essstörungen. *Forum Logopädie* 15, 7-11

Lehmann, A.; Lehmann, T. (2000). Entwöhnung von der Magensonde: Olivia – Vier Wochen im Landeskrankenhaus Graz (Österreich). In: Bundesverband Herzkrank Kinder e. V. (Hrsg.). *Herzkrank Geboren – Ein lebenslanger Weg?* (24-25). Monschau: Weiss Druck

Michaelis, C. A.; Warzak, W. J.; Stanek, K.; van Riper, C. (1992). Parental and professional perceptions of problems associated with long-term pediatric home tube feeding. *J. Am. Diet Assoc* 92, 1235-1238

Papousek, H. & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: J. D. Osofsky (Hrsg.). *Handbook of infant development*. 2 eds. (690-720). New York: Wiley

Satter, E. (1990). The feeding relationship: Problems and interventions. *Journal of Pediatrics* 117, 187-189

Scheer, P.J.; Dunitz, M.; Kaschnitz, W. & Stix, P. (1992). Beziehungsstörungen zwischen Säuglingen und ihren nahen Bezugspersonen am Beispiel der Ess-, Trink- und nicht-organischen Gedeihstörung (NOFT = Non-organic Failure to Thrive). In: Poustka, F. & Lehmkuhl, U. (Hrsg.). *Gefährdung der kindlichen Entwicklung*. (128-146). München: Quintessenz Verlag

Smith, S. W.; Canfield, C.; & Canfield, P. (1999). Living with cerebral palsy and tube feeding: A population-based follow-up study. *Journal of Pediatrics* 135, 307-310

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

Wilken, M. (2002). Warum willst Du denn nicht essen? Frühkindliche Fütterungsstörungen nach extremer Frühgeburtlichkeit. *Ergotherapie & Rehabilitation* 3, 9-15

Wilken, M. (2002a). Warum willst Du denn nicht essen? II: Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Ergotherapie & Rehabilitation* 9, 13-19

Wilken, M. & Dunitz-Scheer, M. (2001). *Ambulante Sondenentwöhnung und Fütterungstherapie: Konzepte und Methoden*. Retrieved 20.01.2003, from the World Wide Web: <http://www.markus-wilken.de/tambulant.html>

Wolf, S. L. & Glass, R. P. (1992). *Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management*. San Antonio: Therapy Skill Builders

Zero To Three (1999). *Diagnostische Klassifikation 0-3: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingter Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Springer, Berlin

Für die Eltern beginnt eine kritische Phase. Das Kind wird nicht mehr sondiert und soll seinen Bedarf selbst regulieren. Oft stellen sich Eltern Fragen wie: „Kann unser Kind das überhaupt? Woher soll es wissen, dass es essen möchte? Es hat es ja noch nie gemacht!“ In diesen Fragen sind oft andere Fragen impliziert, wie: „Ist unser Kind so behindert, dass es nicht selber essen kann? Was haben wir falsch gemacht, dass es jetzt anfangen soll zu essen?“ In diesem Stadium der Entwöhnung brauchen Eltern und Kind Zeit, um sich im therapeutischen Kontakt neu zu orientieren. Dieses bedeutet für den Therapeuten Zeit zu haben, anwesend und offen zu sein für die Signale von Eltern und Kind, um sie in diesem Prozess zu unterstützen. Die Kinder signalisieren oft schwach die ersten Durst- oder Hungersignale, ohne unbedingt zu essen oder zu trinken. Sie äußern Unzufriedenheit. Dieser Zustand geht einer Nahrungsaufnahme voraus. Es ist in diesem Zeitfenster wichtig, dass Eltern und Kind den Kontakt halten. Die Eltern können ihrem Kind Nahrungsangebote machen. Die Gestaltung des Angebots ist ein intuitives Geschehen (Papousek & Papousek, 1987), welches aus einem spontanen Impuls heraus geschieht und nicht geplant werden sollte. Der Therapeut sollte täglich mindestens bei einer Mahlzeit anwesend und für den Fall einer Krise abrufbar sein. Er sollte den Eltern helfen, Sicherheit zu erlangen in der Interpretation der kindlichen Signale und ihnen bei ambivalenten Signalen eine Übersetzung anbieten. In dieser Phase empfiehlt sich auch ein verstärkter Einsatz von Videoaufzeichnungen, mit deren Hilfe Eltern die Signale ihres Kindes beobachten und herausarbeiten können, was sie in dieser Situation verändern möchten.

## Zweite Entwöhnungsphase: Entscheidung

„Auch am vierten Tag änderte sich nichts am bisherigen Zustand, außer dass meine Nerven dem Ende zu gingen. An dieser Stelle ist es sehr wichtig zu erwähnen, dass die Ärzte und Schwestern nicht nur in Sorge um Olivia waren, sondern auch mir als Mutter liebevoll beistanden und gegebenenfalls mich für einige Stunden von der intensiven Pflege beurlaubten. Der 5. Tag begann und Olivia hatte bis dato keinerlei Nahrung zu sich genommen, vielleicht auch deshalb (man sucht

ja immer nach Gründen), weil ihr Mund, bedingt durch die lange Sondierungszeit, keine normale Gegebenheit (Schlucken, Kauen) aufwies. Hinzu kommt, dass sie nur schlechte Erfahrungen im orofazialen Bereich durch Sonde legen sowie Erbrechen gemacht hatte. Ferner wurde aus meiner übergroßen Sorge um Olivia panische Angst, worauf mein lauter Ruf nach der Sonde folgte.

Jetzt lag es an mir, den gemachten Erfahrungen sowie dem Konzept zu vertrauen. Professor Dunitz-Scheer konnte meine Panik sehr gut verstehen, da sich mittlerweile bei Olivia Durstfieber einstellte. Mit ihrer Hilfe versuchten wir es ein letztes Mal, Olivia ein Minimum an Flüssigkeit in Tröpfchenform per Sauger oder Spritze zuzuführen. Es gelang!

Ganz langsam merkte Olivia, dass sie Flüssigkeit über ihren Mund aufnehmen und sie auch schlucken konnte. Was für ein Erfolg! In den folgenden Tagen und Wochen gelang es uns, Olivia auch für Milch und hochkalorische Trinknahrung zu gewinnen.“

(Astrid und Thomas Lehmann 2000, S. 24-25)

Diese Phase ist durch höchste emotionale Anspannung gekennzeichnet. Die reduzierte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme schwächt das Kind und verschärft die Sorgen der Eltern. Dieser Prozess ist für die Eltern viel anspannender, als sie es sich vorgestellt haben. Aus manchen Eltern bricht in einer solchen Situation ein angesammeltes Angst- und Aggressionspotential heraus, in Form von Vorwürfen oder Angriffen auf den Therapeuten.

Nicht selten handelt es sich dabei um ein Potential, welches noch aus der Beziehungsentstehung zu ihrem Kind stammt, durch Kränkungen, Ängste oder Hilflosigkeit. Es ist in dieser Phase besonders wichtig, eigenes, therapeutisches Fehlverhalten zu registrieren und nicht abzuwehren. Die gemachten Fehler sind nicht so schädigend, wie eine Abwehr oder fehlende Korrektur, diese kann zum Abbruch des Prozesses führen.

In dieser Phase, in der Eltern und Therapeuten nicht selten an Aufgabe des Projektes Sondenentwöhnung denken, beginnen die Kinder plötzlich zu essen. Es scheint, als würden die Kinder darauf warten, dass die Sondenentwöhnung nicht mehr im Mittelpunkt steht, um endlich mit dem Essen zu beginnen. Die Nahrungsmengen sind oft klein und das, was gegessen wird, ist oft ungewöhnlich. Diese beginnende

Entwöhnung ist. Diese Person sollte im Prozess Zeit für Gespräche und Ängste der Eltern haben, um sie auf die nächste Phase vorzubereiten.

## Erste Entwöhnungsphase: Aufhören

Pünktlich nach einer Woche zog Olivia sich die Sonde und die Aktion Entwöhnung konnte losgehen. Wir wurden eingangs darauf vorbereitet, dass Olivia wahrscheinlich die ersten Tage wenig oder gar nichts zu sich nehmen würde. Sie enttäuschte uns nicht.

Die ersten beiden Tage, in denen trotz Angebot keine Nachfrage von Olivia bestand, d. h. ohne jegliche Nahrung, verliefen für beide Seiten noch recht harmonisch. Das sollte sich dann aber ab dem 3. Tag ändern. Olivia zeigte erste Anzeichen von Unausgeglichenheit und Durst.

(Astrid & Thomas Lehmann, 2000, S. 24)

Eine psychische Dynamik entsteht während der Entwöhnung in der Regel dann, wenn das Sondieren vollständig eingestellt wird. Die Ernährung per Sonde ist eine Entscheidung, genauso wie es das Beenden dieses Zustandes ist. Eltern und Therapeuten sollten diese Entscheidung, auf jegliche Sondierung zu verzichten, gemeinsam treffen.

### Autor

Markus Wilken  
Diplom-Psychologe  
Luisenstraße 129  
53129 Bonn  
information@markus-wilken.de  
www.markus-wilken.de