

Terapi ved småbørnsspiseforstyrrelser og sondeafvænning

Markus Wilken og Dr. Martina Jotzo
Tyskland, 2004

Indledning: Hvad handler det egentligt om	1
Tabel 1. De hyppigste symptomer på spiseforstyrrelse	2
Spiseforstyrrelser hos for tidligt fødte: hvorfor?	2
Tabel 2. Sygdomme som kan forsinke sondeafvæningen	3
Terapi ved spiseforstyrrelser hos spædbørn	3
Hjælp til spædbarnet	4
Hjælp til spisesituationen	4
Spiseforstyrrelser set i sammenhæng med forældre traumatisering	5
For tidligt født og spiseforstyrret – hvorfor?	5
Når barnet ikke spiser (nok) – Hvor er problemet?	6
Barnets nagende problem	6
Forældrenes nagende problem	6
Omgivelserne giver mavepine	6
Spiseforstyrrelse og forældre traumatisering: hvad kan vi gøre?	6
Sondeafvænning: Hvordan, hvornår og hvorfor?	7
Det rigtige tidspunkt for sondeafvænning	7
Fremgangsmåde:	8
Forberedelsesfase	8
Afvænningsfase	8
Stabiliseringsfase	8
Efterbehandling	8
Tabel 3. Kriterier for en vellykket sondeafvænning	9
Diskussion	9
Litteratur	10
Spørgsmål til forfatterne?	12
Kontakt til oversætteren?	12

Indledning: Hvad drejer det sig egentlig om

Beder man forældre huske spisesituationen, amningen og madningen af deres barn, så falder mange forældre i svime over den herlige atmosfære, intimitet og glæde, som den situation udløste. De tænker på det øjeblik efter amningen, hvor spædbarnet tilfreds er faldet i søvn eller, hvor det lille barn for første gang har madet sig selv eller forældrene med ske. Når amning, madning, ernæring af barnet var en dejlig, interaktiv oplevelse, blev madningssituationen en kilde til dyb tilfredshed (Stern, 1998, Satter, 1990). Men ikke alle spisesituationer former sig, som den beskrevne: "Mit barn ville lige fra fødslen ikke drikke rigtigt, forslugte sig tit og kastede op. Det har givet mig mange bekymringer!"

En Mor, der blev spurgt om sine følelser i de første uger efter fødslen, udtrykte sin frygt således:

"Da min søn var lige en uge gammel, begyndte han at tabe sig. Lægens stemme lød bekymret, da han sagde til mig, at babyen skulle vokse. Jeg gik i panik. Jo større denne panik blev, desto mindre mælk havde jeg tilsyneladende, og snart var min søn tilbage på sin fødselsvægt. Lægen bekymrede sig endnu mere og anbefalede mig at give ham tilskud. Aldrig har jeg følt mig så hjælpeløs. Jeg holdt mit barn i armene som om, det drejede sig om mit liv, tænkte efterhånden kun på, hvordan jeg kunne give det mad, forsøgte det igen og igen, lod det "støde fra" og spurgte ustandseligt mig selv, hvor meget det vel vejede nu."
(Stern et al. (2000, s. 109)

Spisesituationen bliver til en angstpræget situation: "Forhåbentlig vil han drikke nok i dag!" I baggrunden lurer angsten: Hvis det igen i dag er for lidt...! Når spisesituationen til stadighed er præget af angst, madningsstress, spisevægring, vejning, opkast og terminer fastsat af forskellige specialister udebliver tilfredshedsfølelsen.

Det miljø, der derved opstår, bliver hyppigt fyldt med angst, fortvivlelse og sørgmodighed (Dunitz et al., 1996, Jotzo, 1998): Angst for barnets liv og udvikling, fortvivlelse over hvert mislykket forsøg på at skabe en positiv spisesituation og sørgmodighed, fordi man jo har forestillet sig det så anderledes. Tyngden af følelsen, som udløses af en vanskelig spisesituation, er tæt forbundet med ernæringens betydning for barnet. En tilstrækkelig ernæring i det første leveår hører til de centrale forudsætninger for en til alderen svarende udvikling (Lentze, 1992). Madning og ernæring af spædbørn og småbørn påkalder sig derfor opmærksomhed fra forældre, terapeuter, børnelæger og sygeplejersker (McKim, 1987, Sheikh et al., 1993). Ud fra denne betragtning bliver det ofte næringsmængden og – sammensætningen, der anses for vigtigst, mens udviklingen af spisefærdigheden og interaktion med den, der mader kun får ringe opmærksomhed. Dette ændrer sig i reglen først, når næringsindtaget bliver problematisk for forældre og spædbørn. Ifølge repræsentative stikprøver angiver 20-25% af alle forældre, at der er madningsproblemer i det første leveår (Lindberg et al., 1991, Forsyth & Canny, 1991). Lette spiseproblemer kan blive udgangspunkt for svære og langvarige spiseforstyrrelser (Wilken, 2002a). Der er tale om en spiseforstyrrelse, når flertallet af de daglige måltider er præget af spiseproblemer (Tabel 1) i mere end fire uger. Ved 5-10 % er der tale om svære spiseforstyrrelser (Wolke, 1999).

Tabel 1: De hyppigste symptomer på spiseforstyrrelser (Wolke, 1999)

Hyppigste symptomer 0-6 levestår		Hyppigste symptomer 6-12 levestår	
Dagligt opkast	3-6 %	Næringsvægring	ca. 3 %
Næringsvægring	2 %	Vægring mod fast føde	ca. 4 %
Vægring mod fast føde	4-5 %	Ring appetit	ca. 3 %
Ring appetit	1-2 %		
Synkeproblemer	ca. 1 %		

Selv om antallet af børn, der på grund af spiseforstyrrelser efterspørger stationær eller ambulans hjælp, endnu er forholdsvist ringe, får de dog relativt stor opmærksomhed. Sunde børn, der vægrer sig ved at spise, er et paradoks, der udsætter nogle medicinske teams for en ofte ikke kendt hjælpeløshed, når spiseproblemet ikke kan løses. Det ender med sondeernæring, som ganske vist kan sætte konflikten i ro, men ikke løse den (Dunitz-Scheer et al., 2001). Hvordan opstår dog denne form for spiseproblemer? Vi kan foreløbig forklare det med de nyfødte spædbørns situation og påvise muligheder for at løse madningskonflikter.

Spiseforstyrrelser hos for tidligt fødte: Hvorfor?

For tidligt fødte og risikofødte har en forhøjet risiko for spiseproblemer (Minde et al., 1989, Wilken, 2002, Dunitz-Scheer et al., 2001). Både forældrene og neonatallægen betragter derfor ernæringen af disse for tidligt fødte og risikofødte spædbørn som et af de største problemer ved udskrivningen (Sheikh et al., 1993). Trods den herved forøgede andel med forstyrret spiseadfærd, må det slås fast, at flertallet af de for tidligt fødte børn og risikobørn udvikler en fuldkommen upåklagelig spiseadfærd. Dette er ikke mindre forbausende, når man tager deres dårlige forudsætninger for en normal udvikling i betragtning (Wilken et al., 2004). Forstyrrelsen af den normale udvikling begynder allerede ved fødslen, hvor der straks gives parenteral og enteral ernæring. De for tidligt fødtes ufærdige udvikling forhindrer en koordination af sutning, åndedræt og synkning. Nyfødte under 1000 gram er sjældent i stand til at klare et koordineret oralt næringsindtag (Wilken, 2002). Senest i 34. graviditetsuge er spædbarnet færdigudviklet med hensyn til/hvad der angår den

oralmotoriske kontrol og fordøjelse af maden, hvis komplikationer ikke forstyrrer udviklingen (Ross & Browne, 2002). Fra dette tidspunkt kan nyfødte ernæres oralt (McCain et al., 2001). Specifikke sygdomme kan forsinke overgangen fra sonde til oral ernæring (Tabel 2). Disse sygdomme forårsager en psykologisk, oral-motorisk eller sensorisk ustabilitet (Jones et al., 2002). Tilstedeværelsen af de nævnte sygdomme bør kun kunne forsinke det orale næringsindtag så længe, den nævnte instabilitet er til stede. Når en tilstrækkelig stabilitet er opnået, bør overgangen til oral ernæring følge efter (Miller et al., 1999). Lykkes overgangen ikke, bør muligheden for en spiseforstyrrelse tages i betragtning.

Kan der ikke diagnosticeres et sygdomsbillede eller anden forstyrrelse, der har en instabilitet til følge og lykkes afvænningen fra den enterale ernæring ikke senest i 34. graviditetsuge, er der 2 mulige forklaringer: for det første kan der foreligge et hidtil ikke erkendt sygdomsbillede, som forhindrer en oral næringsoptagelse. Kan der diagnosticeres et sygdomsbillede, bør næringsoptagelsen kunne normaliseres efter afsluttet terapi. Disse tilfælde forekommer dog meget sjældent.

Tabel 2: Sygdomme, som kan forsinke sondeafvænningen

Bronchopulmonal dysplasi
Nekrotiserende enterocolitis
Cerebral parese
Gastrooesophageal reflux
Oesophagus atresi
Drikkesvaghed – oralmotorisk dyskoordination
Hjertesygdomme
Misdannelser (f.eks. Pierre-Robin- Sequenz)
Medfødte neuromuskulære defekter

Den anden mulighed er en drikkesvaghed uden kendt årsag, som fremstår som en tidlig form for spiseforstyrrelse (Wolf & Glass, 1992). En drikkesvaghed ytrer sig ved manglende suttekræft, hyppige fejlsynkninger, såvel som dyskoordinerede tunge-, læbe- og mundbevægelser (Hawdon et al., 2000). Optræder en drikkesvaghed på neonatal intensiv afdelingen, vil den hyppigt bestå også efter neonatafasen (Deloian, 1999), således at for tidligt fødte børn stadig i forskolealderen har spiseproblemer (Minde et al., 1989). Denne spiseproblematik lader sig præventivt modarbejde gennem psykologiske interventioner i de første levemåneder og en forstyrrelse kan behandles med held. (Meyer et al. 1993, Wilken et al., 2004) Spiseforstyrrelser behøver ikke være psykologisk betinget, for at have psykologiske virkninger (Dunitz-Scheer, et al., 2001). Behandler man kun den organiske grundsygdom, som har ført til sondeernæring, er sandsynligheden for en vellykket oral ernæring ringe (Benoit et al., 2000, Geertsma et al., 1985). Behandler man imidlertid i denne sammenhæng kun spiseforstyrrelsen, så er en vellykket sondeafvænnning lige så usandsynlig som ved den rent medicinske fremgangsmåde. En integreret metode er nødvendig (Chatoor et al., 1992, Scheer et al., 2003).

Antallet af børn med en høj risiko for varig eller kortvarig sondeernæring er på grund af pædiatriske intensivmedicins fremskridt stigende (Tommiska et al., 2003). Sondeafvænnning og terapi ved for tidligt fødtes spiseforstyrrelser bliver derfor et nødvendigt virkeområde for pædiatrisk omsorg, når neonatologi ikke kun skal redde liv, men også må sikre livskvalitet (Hille et al., 2001). Hvordan en sondeafvænnning i hjemlige omgivelser kan forberedes og gennemføres, vil blive fremstillet i det følgende.

Terapi ved spiseforstyrrelser hos spædbørn

Psykologisk behandling og psykoterapi for spædbørn kunne lyde som en absurd ting: et spædbarn der på behandlerbriksen fortæller om sin barndom. Historien synes dog – når man får tænkt sig om – at være meningsfuld: psykoterapi i barndommen, så man som voksen ikke behøver at ligge på briksen. Sådan har psykoterapi for spædbørn og deres forældre vist sig som meget ved kontakt- og regulationsforstyrrelser (Klitzing, 1998, Stern, 1998). Ved spiseforstyrrelser blev der hyppigt anvendt oralmotorisk træning eller systematisk desensibilisering som behandlingsmetode (Benoit & Coolbear, 1998). Disse funktionelle terapier fører ofte til reducere af symptomerne, men ikke til selvregulering af næringsoptaget. Derfor blev der udviklet en speciel forældre – spædbørns psykoterapi til behandling af for tidligt fødte børns spiseforstyrrelser (Dunitz-Scheer et al., 2001, Wilken, 2002, Wilken et al., 2004).

Mål for denne terapi ved for tidligt fødtes mad- eller spiseforstyrrelser i barnealderen er, at barnets spisning bliver lystbetonet, selvregulerende og en befriende og at det for forældrene ligeledes bliver en lystbetonet madning. (Wilken, 2003, Dunitz-Scheer et al., 2001). Er spisesituationen for barnet lystbetonet, stressfri og

selvstyret, bliver det dysfunktionelle spisemønster (f. eks. madning kun foran fjernsynet, spisetvang eller bizar spiseadfærd) og næringssonden overflødig. Forudsætning for at nå målet er at få fjernet "ernæringstrykket" samt barnet og forældrenes psykiske og fysiske afhængighed af sondeernæring. Alle børn kan ved en tilstrækkelig sundhedstilstand, et passende tilbud om mad og en behagelig interaktiv kvalitet mellem forældre og barn selv regulere sit næringsindtag (Birch & Fisher, 1995). Derudover er det nødvendigt, at forældre og terapeuter helt og aldeles giver kontrollen med næringsindtaget tilbage til barnet samt overlader initiativet til barnet.. Afgivelsen af ansvaret for næringsindtaget til barnet forudsætter at terapeuter, forældre og andre implicerede på forhånd har tillid til barnet. Denne proces er ofte sværere for de voksne end for børnene, som nyder deres genvundne frihed. Hvordan denne tilbagelevering af ansvaret kan lade sig gøre, vil blive beskrevet i det følgende.

Hjælp til spædbarnet

Den psykologiske behandling af spædbarnet retter sig i det væsentligste mod den individuelle forstyrrelseskonstellation hos barnet. Behandlingen af et barn med fundamentale udviklingsforstyrrelser adskiller sig fra behandlingen af en infantil anoreksi. Et spædbarn har behov for en anden slags kontakt end et barn på 3 år. Her skal fremgangsmåden ved posttraumatiske spiseforstyrrelser beskrives som eksempel, da det er en af de hyppigste følgevirkninger ved forudgående sondeernæring af barnet (Dunitz-Scheer et al., 2001).

Intensivmedicinske indgreb som f.eks. in- og extubation, sugning eller sondegivning indvirker direkte eller indirekte ind på oralområdet eller næringsoptagelsen. Oralområdet er et intimområde, der spiller en central rolle i den kognitive og emotionelle udvikling (Blass & Ciaramitaro, 1994). Derfor reagerer spædbørn helt fra fødslen sensibelt på ubehagelige fornemmelser (Geertsma et al., 1985). Ved langvarig medicinsk behandling oplever børn dagligt ubehagelige følelser som smerter, åndenød, hårde og kolde genstande i munden. Det kan have en traumatisk virkning (Chatoor et al., 2001). Positive stimulationer som f. eks. amning, udforskning af legetøj eller deres egne kroppe finder kun sted i begrænset omfang (Field, 1990). Tilsammen fører overfloden af traumatiske erfaringer og fraværet af positive erfaringer til oral afværgen som beskyttelse mod traumer. Den observerede vægring mod føde er ikke i snæver forstand en spisevægring, men derimod en traumatisk reaktion for at undgå den kommende orale stimulation. Dette handlemønster bliver aktiveret ved hvert madningsforsøg og lader sig beskrive som posttraumatisk spiseforstyrrelse (Chatoor et al., 2001). Spisevægringen vil fortsætte, indtil traumatet bliver løst eller ernæring ad kunstig vej bliver udført (Wilken et al. 2004).

Det barnlige initiativ er nært forbundet med det orale område (Hoffman et al., 1998). Man kan kun skabe en madningssituation, hvis spædbarnet oplever, at det kan skabe sin omverden efter sine ønsker. Den traumatiske situation har bevirket en fejludvikling hos barnet, som gør, at det udviser en adfærd, hvor det forsøger at undgå farlige situationer. Forsøget på at afværge interventioner så som intubation, udsugning eller sondeernæring er ingen succes. I psykoterapien vil man erfare, at en positiv atmosfære er mulig. Den kontekst, hvori disse erfaringer bliver gjort, er et hyggeligt samvær eller den måde, som de forholder sig til hinanden på (f. eks. legetøj). Dette hører derfor til de centrale terapeutiske handlinger.

Hjælp til spisesituationen

I spisesituationen viser konflikter, traumer, usikkerheder og angst sig tydeligst. Derfor er hjælp til familiens spisesituation det allervigtigste. Det gælder om ud af den onde cirkel af tilbud, spisevægring, nøden, unddragen sig, spisetvang, skrigeri at få dannet en legende, fornøjelig interaktionskreds. I dette "rum" skal børnene artikulere deres behov og sætte deres grænser. Ønsket om mad skal vækkes hos barnet. Det betyder, at ingen næring mere vil blive givet kunstigt hverken gennem sonde eller gennem andre former for næringstilførsel, der ikke er nødvendig for forældre og barn. Da barnets signaler for sult og tørst kan være svære at tyde, er det terapeutens opgave at "oversætte" dem. Spædbarnets signaler leder terapeuten i sin fremgangsmåde. Det drejer sig om at forstå behovet og ikke om at sætte egne terapeutiske teorier igennem. Tydningen bør altid formuleres som et spørgsmål: "Tror du, at han drejer hovedet væk, fordi han ikke ønsker maden, skeen eller fordi han slet ikke vil have mad?" " Kan det tænkes, at han vil strides med os?" Egen usikkerhed er normal i denne proces og kan blive fremført: "Hm, hvad mener du egentlig, det er svært for mig helt at forstå dig!"

Positive erfaringer med temaet "at spise" må kræves i enhver sammenhæng. Alle positive oplevelser med temaet "at spise" genkalder tidligere oplevelser og virker dermed korrigerende. For at muliggøre sådanne erfaringer for barnet, skal alle regler og bestemmelser om at omgås madvarer ophæves. Barnet kan smaskende, pjaskende, legende gøre sig fortrolig med maden. Det er også tilladt at made forældre og terapeuter. Alt initiativ er hos barnet, det indbyder forældre til at deltage. Når kontakten til maden er lystbetonet, "næringstrykket" fjernet og spisesituationen er ved at være afspændt, er den nødvendige betingelse for overvindelse af barnets vægring til stede. Maden og spisesituationen kan så blive løsrevet fra den traumatiske erfaring. Frigørelsen fra denne traumatiske forbindelse gør det muligt for barnet at begynde at spise.

Spiseforstyrrelser set i sammenhæng med forældre traumatisering

Kommer et barn for tidligt eller sygt til verden, gennemlever mange forældre en traumatisk reaktion. I dette bidrag bliver betydningen af forældretraumatiseringen gennemgået med henblik på udvikling af en spiseforstyrrelse. Redegørelse for udvikling af forældrenes traumatisering kan man læse om i Jotzos kongresindlæg fra 2004: Psykosocial ledsagelse af traumatiserede forældre."

For tidligt født og spiseforstyrret – hvorfor?

I de første timer og dage efter fødslen er følgende erfaringer afgørende for forældrene og især for moderen med henblik på udviklingen af spiseforstyrrelser:

- Omsorgen for barnet ligger mere eller mindre i hænderne på den ansvarshavende sygeplejerske. Forældrene kan netop ved små, for tidligt født gøre (meget) lidt for deres barn: "Jeg kan ikke gøre det, der er min egentlige opgave som mor: amme & pleje".
- Testningen af modermælken (f. eks. på CMV) kan vække angst hos mødre for, at deres mælk og dermed de selv vil forårsage sygdom hos barnet eller sågar dets død: "Skader jeg mit barn?"
- Problemer med udpumpningen fremkalder ofte følelse af utilstrækkelighed: "Jeg vil aldrig kunne amme mit barn". For lidt støtte ved udpumpningen kan vække den tanke, at moderen ikke er vigtig for barnets ernæring.

Under sygehusopholdet kommer der ofte yderligere problemer til. Den (normale) usikkerhed i omgangen med barnet omfatter også ernæringsproblemet: "Er sygeplejersken en bedre mor?"

- Mange mødre har problemer med mælketilførslen på grund af den ekstreme stress og den manglende mælke regulering via barnet. De begynder at tvivle på deres egen evne til at amme. Ofte bliver dette koblet sammen med den for tidlige fødsel: "Jeg var ikke i stand til at gå tiden ud med mit barn, og nu har jeg oven i købet ikke engang mælk nok".
- Ved vanskeligheder med udpumpning eller faldende mælkemængde dukker dette spørgsmål for det meste op hos mødre: "Skal jeg blive ved med at pumpe ud – og ved ja, hvor længe og hvorfor?" Følelsen af mangel på perspektiv afføder mere stress og forstærker ofte vanskelighederne med mælkemængden.
- Urimelige reaktioner fra forældrenes bagland, der mest bunder i uvidenhed, kan oven i købet forstærke usikkerheden: "Hvorfor kan du stadig ikke amme – bliver det ikke til noget?"
- Ammevejledninger og brochurer hjælper mange forældre, men som regel tager de udgangspunkt i de "normale" forløb, som ikke rammer den specielle situation, som de for tidligt fødte og deres mødre er i. Fødslen har i befolkningen igen fået en voksende selskabelig betydning (især fødslen som en "let" og lykkespredende oplevelse, som familien med det for tidligt fødte barn bliver snydt for), og amning i denne særlige situation fremkalder usikkerhed og virker forstærkende på følelsen af utilstrækkelighed. Udviklingen af forældre - barn kontakten og dermed også omsorgen for barnets madning finder sted på neonatalafdelingen. I disse omgivelser har forældre og barn ikke mulighed for i ro og intimitet at afprøve, hvordan madningen bedst lader sig gøre, således at de kan udvikle den madningssituation, der passer bedst til dem.
- For ofte sker det, at neonatalafdelingen halvhjertet giver afkald på sonden og derefter alt for hurtigt genindfører den.

Under sygehusopholdet oplever både mødre og fædre sig selv som inkompetente ansvarspersoner for deres barn. Denne følelse tager begge forældre med sig hjem. Hertil kommer, at "kampen for hvert gram" (vægt = vækst af hovedomfang = god udvikling) i barnets første levetid gør, at forældrene endnu længe efter barnets stabilisering ikke er dem, der bestemmer. Også det pres, at barnet endelig må drikke nok for at kunne blive udskrevet, gør forældrene usikre: "Hvor meget har han/hun drukket? – men det er jo slet ikke nok!"

Opbygningen af forældre – barn - forholdet og dermed også omsorgen for madning er ved en for tidlig fødsel truet. Risici er både barnet og forældrenes og er at finde i de forhold, der findes på neonatalafdelingen. Barnet er i fare på grund af sin sundhedstilstand, vilkårene uden for livmoderen og konfrontationen med mangfoldige sanseindtryk og mange forskellige omsorgspersoner, der hver har deres måde at gøre tingene på. Belastningen for forældrene er de mange negative følelser, traumatiseringen forårsaget af den for tidlige fødsel, betingelserne for forælderrollen og den store ængstelse for barnet. Forholdene på neonatalafdelingen belaster forholdet til barnet med alt det tekniske udstyr, de rumlige betingelser, regler, handlinger, procedurer, de mange implicerede personer og de manglende muligheder for, at den lille familie kan trække sig tilbage.

En mulig virkning af forældre – barn – kontakten er den forstyrrede madningsomsorg. Forældrene tager "det stirrende blik" på vuggen med hjem. De er ikke mere i stand til at gennemføre en naturlig tilpasningsproces med deres barn, men orienterer sig ensidigt mod tabeller og gram-mål (både med henblik på næringsmængden og på barnets vægtstigning). Blik for barnets velbefindende og dets samlede udvikling kan ikke udvikles. På den måde kan en djævlekreds opstå: Et barn, der har svært ved selv at regulere sit næringsindtag, bliver af forældrene oplevet som en "dårlig spiser". Forældrene reagerer med ængstelse og anspændelse, som de i madningssituationen overfører til barnet. Barnet oplever og overtager disse følelser, og det medfører en ringere evne til selv at regulere næringsindtaget. Forældrene oplever, at deres barn bliver en endnu "dårligere spiser" – og så videre ...

Når barnet ikke spiser (nok) – Hvor er problemet?

Problemet findes på (mindst) tre felter, der hver bidrager til problemet.

Barnets nagende problem.....

Det for tidligt fødte barn mangler i sin første levetid erfaring med sult så vel som erfaring med cyklussen sult – utilpashed – give udtryk for utilpashed – få tilbudt mad – modtage mad – være mæt – velbefindende. Derved kan den selvstændige signaludvikling forsinkes. I stedet for at få den erfaring at stimuleringen af mundområdet er forbundet med velbefindende (sutte, blive mæt) og tilvænning, får barnet utallige negative orale erfaringer (intubation, sugning, sondegivning), er hver for sig og tilsammen kan virke traumatiserende.

.....Forældrenes nagende problem.....

Forældre til for tidligt fødte børn oplever ofte sig selv som mere inkompetente end forældre til fuldbårne, fordi de mangler mange generelle erfaringer fra deres barns første levetid, hvor de måtte overgive plejen til professionelle: "Det kan kun professionelle klare". Disse følelser af inkompetence kan hen ad vejen via en selvopfyldende profeti blive til en virkelig inkompetence: Hvert eneste uheld ved den enkelte madningssituation bliver af forældrene generaliseret over på deres almindelige færdigheder med hensyn til at ernære barnet: "Det klarer jeg aldrig". Hos mødre kan det og andre generaliserede følelser af utilstrækkelighed i forbindelse med den for tidlige fødsel virke skærpene: "Jeg kunne ikke føde et (sundt) og fuldbærent barn – hvordan skal jeg få et stort sundt barn?" Den intuitive tilpasning af forældrenes reaktion på barnets signaler kan under sygehusopholdet kun yderst sjældent finde sted og må efter udskrivelsen møjsommeligt oparbejdes. Derfor tager forældrene kalorietabeller til hjælp i stedet for at stole på deres egen intuition.

.....Omgivelserne giver mavepine

Det beskrevne problem for børn og forældre kan uforsægtligt blive forstærket af omgivelserne på neonatalafdelingen. Sætninger (der også mest er trossætninger) som: "Vi kan først udskrive jeres barn, når det selv kan optage sin næringsmængde.", "Når det ikke fungerer med amningen, så tag hellere flasken", "Når det ikke fungerer her, hvordan vil I så klare det derhjemme?" kan være pinden til ligkisten for den svækkede kompetencefølelse. Derfor er en væsentlig – og taknemmelig - opgave for medarbejderne på neonatalafdelingen at forstærke forældrenes kompetencefølelser, som er basis for den intuitive tilpasning af forældrenes reaktioner på barnets signaler.

Spiseforstyrrelse og forældretraumatisering: Hvad kan vi gøre?

Det vigtigste princip bør være: at made og at blive madet kan/skal/bør være rart! Madning bør ikke blive til pligt endsige til en frygtet situation. Netop i den sidste tid før udskrivelsen er mange forældre regulært bange hver gang, barnet skal have mad, da enhver "svipser" truer barnets udskrivelse. Det virker ofte som et under og afspænder situationen og forældrene (og en selv), hvis man holder sig for øje, at alle børn kan spise, hvis der ikke er medicinske årsager til, at de ikke kan. Meget tit spiser børn i det øjeblik, trykket bliver taget ud af situationen. En tryllesætning med henblik på amningen af barnet er: "Hvis det ikke fungerer med amningen her, betyder det slet ikke, at det også vil være sådan derhjemme". Denne oplysning hjælper mødre og tager trykket fra dem. Det er også hensigtsmæssigt at gøre det tydeligt for mødre og fædre, at der på de fleste neonatal afdelinger ikke hersker en "rolig ammeatmosfære", og at de derfor ikke kan forvente for meget af deres barn eller af dem selv. Mange for tidligt fødte, der på klinikken med møje sutter nogle få milliliter fra brystet, kan hjemme blive ammet fuldt ud. Det anbefales i god tid at forberede hjælp derhjemme fra jordemoder og / eller sundhedsplejersken.

Forståelsen af barnets signaler og passende forældrereaktion kan (og skal) øves og forstærkes. Når barnet er stabilt nok, er det hensigtsmæssigt og effektivt at give intuitionen mere plads og lægge kalorietabellerne til side. For at forældrene skal kunne klare angsten eller kunne forebygge en ugunstig udvikling af ammesituationen, er det helt nødvendigt at have tillid til barn og forældre. Dette falder folk inden for de medicinske områder svært, da vi er vant til "fejlfindingsblikket":

"Acceptere i stedet for at patologisere" kunne være en devise.

Sondeafvænning: Hvordan, hvornår og hvorfor?

Umodenhed, en forstyrret synkeproces eller afkræftelse kan forstyrre den orale nærings- eller væskeoptagelse så meget, at sondeernæring er uomgængelig. Ved sondeernæring bliver forældrene og det terapeutiske team aflastet for det tryk, som barnets behov for væske, næring og medikamenter udøver på teamet. Overblik over indtaget er enkelt og ukompliceret.

Det er ikke muligt for ekstremt for tidligt fødte eller børn med medfødte misdannelser at overleve uden kunstig ernæring. Derfor udgør muligheden for enteral ernæring en vigtig udvikling inden for pædiatrisk intensiv medicin.

Men trods den positive udvikling udebliver bivirkningerne ikke. Derfor kan overgangen fra enteral ernæring til oral ernæring være svær at gennemføre trods succesrig behandling af grundsygdommen. På intensiv afd. kan man observere, at en stabilisering af almentilstanden ikke automatisk fører til oral væske- og næringsindtagelse.

Ved nogle børn ses en generel og ved andre en partiel vægring mod oral indtagelse. En aflastning med nasogastrisk- eller PEG sonde i de hjemlige omgivelser er konsekvensen, uden at spisevægringsdiagnosen er afklaret. Medicinske teams reagerer ofte hjælpeløst, når overgangen fra sonde til oral ernæring udvikler sig problematisk, fordi de terapeutiske strategier for sondeafvænning mislykkes. Hvordan man kan løse en madkonflikt og gennemføre en sondeafvænning, forklares grundigt i det efterfølgende.

Behandlingskonceptet bygger på "Grazer-modellen", som med modifikation kan ændres til ambulant sondeafvænning. (Dunitz-Scheer et al., 2000, 2001; Wilken, 2003; Wilken et al., 2004, Jotzo & Wilken, 2004).

Det rigtige tidspunkt for sondeafvænning

Det rigtige tidspunkt for sondeafvænning lader sig på grundlag af et simpelt spørgsmål let afklare:

Hvem har brug for den enterale ernæring, samt hvorfor og hvor længe endnu?

Man bør gennemføre en sondeafvænning, hvis man ikke entydigt kan svare: "barnet" på spørgsmålet "hvem har brug for sonden?". Vurderingen af dette spørgsmål er ofte kompliceret, da spisevægringen utvetydigt udgår fra barnets behov for næring og væske. Barnet formulerer intet ønske om afvænning og reagerer ved ophør med sondeernæring hyppigt med ikke at indtage næring, og opnår i stedet væggtab. (Dunitz-Scheer et al., 2001) Om barnet nødvendigvis er afhængigt af sonden, lader sig bedst afgøre efter en udførlig anamnese med tilhørende diagnostik. Den diagnostiske proces beskrives udførligt et andet sted (Dunitz-Scheer et al. 2000; Duniz-Scheer et al. 2001; Wilken 2003, Wilken et al. 2004, Jotzo & Wilken 2004).

Indikationen for sondeernæring foreligger, når det med sikkerhed er fastslået, at barnet ikke kan tage sin næring oralt eller, når det profiterer så meget af sondeernæringen, at oral ernæring vil have negative konsekvenser for barnets udvikling.

Derfor er indikationsspørgsmålet i grunden falsk opstillet: Sondeernæringen må til stadighed afprøves i forhold til sin indikation og ikke dens ophør, på linje med medicinering, der kun er indiceret, når den forbedrer patientens livskvalitet.

De fleste omstillinger fra korttids enteral ernæring forløber problemfrit. Er dette ikke tilfældet, skal det dernæst undersøges, om der består en medicinsk indikation for videreførelse af sondeernæring. Der er altid medicinsk indikation for videreførelse af sondeernæring, når barnets sundhedstilstand er så ustabil, at en akut fare er meget sandsynlig eller, der vil være fare for aspiration, eller hvis barnet ikke vil profitere af en sondeafvænning.

Bestemte sygdomme, som bevirker et væsentligt forøget energibehov, vil kunne være en kontraindikation for sondeafvænning. Det er svært at definere enkelte sygdomme som enten pro- eller kontraindikatorer. Beslutningen pro eller kontra sondeafvænning skal afgøres i hvert enkelt tilfælde.

Sondeafvænning er indiceret, når barnet:

- er i stand til at indtage sin ernæring oralt, uden at aspirere eller udsættes for en anden form for fare
- kan varetage sine behov og give udtryk for dem, så de kan forstås af en omsorgsperson
- har en almen tilstand, der er så stabil, at det ikke fører til en klinisk forstyrrelse pga. belastningen, det vil påføres, mens det gennemgår en sondeafvænning

Er der ingen medicinsk indikation for sondeernæring, bør en terapeutisk ledsaget sondeafvænning efter det herunder beskrevne koncept tages op til overvejelse.

Fremgangsmåde

Målet for sondeafvænningen er at opnå en selvreguleret, lystbetonet og effektiv føde- og væskeindtagelse. For at opnå det, er der faktisk brug for terapeutisk støtte, idet forældrene har behov for opbakning for at have tiltro til, at deres barn vil spise uden tvang. Forældre og barn udvikler imidlertid sammen et madningsmønster eller spiseritual, hvis de ikke påvirkes ved hjælp af demonstrationsmadning eller kontaktregulering. Forældre laver ingen fejl ved madning – de er bange for at begå fejl. Derfor har det vist sig effektivt at anvende en relationsorienteret psykologisk vejledning (Wilken et al. 2004). Sondeafvænning udformer sig som regel i 4 faser (Jotzo & Wilken, 2004), som her kort beskrives.

Forberedelsesfase

Før sondeafvænningen holdes en forsamling med forældrene og kerneteamet omkring barnet. Kerneteamet består af en pædiater og en psykolog (på Kolding Sygehus en ergoterapeut). Ved denne samtale klarlægges det, om der er kontraindikationer til oral ernæring. Er dette ikke tilfældet, bliver muligheder og begrænsninger for de enkelte teammedlemmer afklaret. Disse beskriver tidsmæssige og professionsbetingede grænser. Fremgangsmåde, mål, problemer og risici beskrives. En strikt opgavefordeling er der i forvejen truffet aftale om.

Pædiateren har til opgave at tage sig af den medicinske monitorering. Denne omfatter væggtkontrol, kontrol af almentilstand - både med hensyn til vægning mod væske og mad af mere end 24 timers varighed samt kontrol af syre/base balancen.

Psykologen tager sig af de emotionelle problematikker. Han følger forældrene med hensyn til angst og bekymringer og tilbyder samtaler og leg.

Da sondeernæring oftest handler om en tidlig spiseforstyrrelse, tilrådes det at følge spisesituationen for derved at kunne løse madningsproblematikken.

Afvænningsfase

Sondeafvænningen indledes med en langsom nedtrapning af sondemad. Det anbefales at reducere sondemængden til ca. 50 % af den tidligere indtagne mængde over en uges tid. Reduceringen sker i daglige etaper på 5-10 %. Er indtagelsesvolumen reduceret til 50 % af det tidligere optagelsesvolumen afsluttes sonderingen.

(Kommentar fra Kolding Sygehus: Er der motoriske problemer, f.eks. med synkeprocessen, kan det være nødvendigt at fortsætte med 50 % sondeernæring, indtil barnet har overkommet de motoriske problemer. Det anbefales at give sondeernæringen om natten og lade barnet være sulten om dagen)

I denne overgangsfase opstår der hos barnet langsomt en følelse af appetit. Barnet begynder at nærme sig mad på en undersøgende måde. Mellem sidste sondeindgift og første fødeindtagelse kan der gå dage. Sult og tørst symptomer er et naturligt element i terapien og tolereres. Efterfølgende begynder barnet at indtage væske og mad.

Ved medicinske eller psykologiske kriser skal både pædiater og psykolog til enhver tid være til at få fat på. Denne fase udløser angst og usikkerhed hos både teamet og forældrene. Angst for barnets overlevelse kan blive vakt.

Almindeligvis er denne fase kendetegnet ved en tiltagende ustabilitet hos forældrene, så en tæt psykologisk kontakt er ubetinget påkrævet. Det kan udvikle sig til par og teamkonflikter. Regelmæssig terapeutisk udveksling er derfor absolut nødvendig.

Stabiliseringsfase

Som regel starter næringsindtaget med små mængder. Starten på væske- og fødeindtag fører til en forbedring af interaktionskvaliteten i spisesituationen. I denne stabiliseringsfase veksles der mellem usikkerhed/angst og stor glæde. Næringsindtaget er først på et ringe niveau og barnets næringsvalg er kaotiske. Hvis der ikke er nogen tvingende medicinsk grund til at intervenere (f.eks. fødeemnets ufordøjelighed), bør man afstå fra en regelsætning eller regulering. Næringsindtaget ender på et tilstrækkeligt højt niveau. Ofte opstår spørgsmålene – om barnet vil (gen)erhverve evnen til selvstændig fødeindtagelse – om barnet vil nå op på den anbefalede mængde.

I denne fase skal man ansøre forældrene til at flytte fokus fra ernæring til udvikling for at mindske angsten for underernæring.

Efterbehandling

Det har vist sig, at der findes kort- og langsigtede kriterier for en vellykket sondeafvænning (se tabel 3) og er disse opfyldt, er der ingen grund til at tvivle på, om barnet får tilstrækkelig ernæring. (Jotzo & Wilken, 2004).

Tabel 3. Kriterier for en vellykket sondeafvænnning

Kortsigtet	<ol style="list-style-type: none">1. Barnet udviser legeaktivitet som før afvænnningen2. Barnet har regelmæssige udskillelser3. Urin og fæces har normal farve, konsistens og lugt4. Barnet viser tegn på sult og tørst5. Barnet vægrer sig ikke fra spisning eller spisesituation
Langsigtet	<ol style="list-style-type: none">1. Forholdet til mad har stabiliseret sig2. Barnet viser kropslig vækst3. Barnets hovedomfang øges4. Fjernelse af PEG sonde

Barnets kropsvægt er en underordnet indikator for succes. En langsigtet følgevirkning er en fjernelse af vægtfikseringen.

Forældre beretter om, at det efter afslutning af behandling godt kan komme til korterevarende spisevægringer igen. Der bør derfor som det mindste være telefon eller e-mail kontakt til et af teammedlemmerne, som kender til problematikken omkring sondeafvænnningen. Kontakten pr. telefon eller e-mail bør bevares, for forældrene sender e-mails om, hvordan det går med spisningen, om man har kunnet etablere faste måltider, om fødeindtaget har stabiliseret sig og om, hvordan den samlede udvikling forløber. De tilknyttede terapeuter i nærmiljøet har mulighed for at henvende sig til det team, der har gennemført sondeafvænnningen. Denne metode har vist sig at være yderst effektiv. Efterbehandlingen bør vare i mindst ½ år. Forældrene udformer selv efterbehandlingen gennem hyppigheden af e-mail kontakten. I slutningen af denne periode skal spisesituationen være tilstrækkeligt stabiliseret.

Diskussion

Denne artikel forsøger at give et overblik over en ny terapeutisk indsats over for småbørnsspiseforstyrrelser og over ambulat sondeafvænnning. Metoderne er kort beskrevet. Fokus for terapien er ikke forstyrrelsen, problemer eller modstand, men løsninger, muligheder og barnets autonomi. Målet for teamets arbejde skal derfor ikke være at arbejde med forstyrrelsen, men i stedet på løsningen af den.

Forudsætningen for ophør af en forstyrret madningsinteraktion er ikke den "rigtige" eller "gode" måde forældrene forholder sig til madningen på, men i stedet den lystbetonede kvalitet i situationen.

Det betyder, at spiseforstyrrelsesterapi skal betragtes som en ren adfærdsmodifikation. Spædbørn og småbørn har en god fornemmelse for autentisk adfærd. Hvis forældrene på ydersiden ler, men indeni er anspændte, vil spiseproblemet fortsætte. Vigtigere end adfærden er årsagen til adfærden. Forældre og barn må i den enkelte situation lære forståelse og udvikle forståelse for hinanden. Når denne udvikling finder sted og er gensidigt forstået, kan der ske forandring.

Sondeafvænnning er en central udfordring for forbedring af livskvaliteten hos intensivmedicinsk behandlede børn. (Porz, 2003). Langsigtet sondeernæring har negative følger for barnets og forældrenes udvikling (Strauss et al. 1997) og skal derfor håndteres med forsigtighed. Netop hos multihandicappede børn bliver den vedvarende sondeernæring ofte begrundet med oralmotoriske problemer og den ringe vækststigning. (Smith et al. 1999, Sullivan et al. 2000). De problemer, der er forbundet med vedvarende sondeernæring bliver overset. Smith et al. (1992) undersøgte 39 multihandicappede børn med PEG sonde og efter FUNDOPPLICATIO, fandtes 40% med tilbagevendende pneumonier, 31 % havde hyppige opkastninger, 23% havde WÛRG-(kvælnings- eller madlede??) og hosteepisoder og 51 % døde inden for 11 år, 4 kort efter operationen. Lignende resultater beretter bl.a. von Godbole et al. (2002) og Caniano et al. (1990) om. Sulkes drog den slutning, at disse studier "could be telling us that tubefeeding itself is dangerous and should be avoided". (1991, s.420)

Vurderingen, at oral næringsoptagelse er at foretrække frem for sondeernæring, bliver imidlertid delt i vid udstrækning (Sleigh & Brocklehurst 2004). I denne sammenhæng skortede det ofte ikke på vilje men på strategier til, hvordan man kan afslutte sondeernæringen. Denne artikel repræsenterer en metode, med hvilken man kan løse sondeafhængigheden. Det viser sig, at denne terapi kræves af forældre, ønskes af læger og udformes af børnene.

Litteratur

1. Benoit, D. & Coolbear, J. (1998). Post-Traumatic feeding disorders in infancy: Behaviours predicting treatment outcome. *Infant Mental Health Journal*, 19, 409-421.
2. Benoit, D., Wang, E.E.L., Zlotkin, S.H. (2000). Discontinuation of enterostomy tube feeding by behavioral treatment in early childhood: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatrics*, 137, 498-503.
3. Birch, L.L. & Fisher, J.A. (1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatric Clinics of North America*, 42, 931-953.
4. Blass, E.M. & Ciaramitaro, V. (1994). A new look at some old mechanisms in human newborns: Taste and tactile determinants of state, affects and action. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (1), Serial N. 239.
5. Caniano, D.A., Ginn-Pease, M.E., King, D.R. (1990). The failed antireflux procedure: analysis of risk factors and morbidity. *Journal of Pediatric Surgery*, 25, 1022-1026.
6. 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 and Adolescent Psychiatry*, 40, 595-602.
7. Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O'Donnell, R.R., Rivera, Y., Mrazek, D.A. (1997). A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health Journal*, 18, 76-91.
8. Chatoor, I., Kerzner, B., Zorc, L., Persinger, M., Simenson, R., & Mrazek, D. (1992). Two-Year-Old refuse to eat: A multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 252-268.
9. Dunitz, M., Scheer, P.J., Trojovsky, A., Kaschnitz, W., Kvas, V. & Macari, S. (1996a). Changes in psychopathology of parents of noft (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5, 93-100.
10. Dunitz-Scheer, M., Wilken, M., Krasnovsky & Scheer P. (2004). Weaning of the feeding tube in early infancy. In: Remschmidth, H. & Belfer, M. (Hrsg.). *Book of Abstracts of the 16th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)*. Darmstadt: Steinkopff. S. 99.
11. 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.
12. 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.
13. Field, T. (1990). Neonatal Stress and Coping in Intensive Care. *Infant Mental Health Journal*, 11, 57-65.
14. Forsyth, B. W. C., Canny, P F. (1991). Perception of vulnerability 3,5 years after problems of feeding and crying behavior in early infancy. *Pediatrics*, 88, 757-763.
15. Geertsma, M.A., Hyams, J.S., Pelletier, J.M. & Reiter, S. (1985). Feeding resistance after parenteral hyperalimentation. *American Journal of Diseases of Children*, 139, 255-256.
16. Godbole, P, Margabantu, G., Crabbe, D.C., Thomas, A., Puntis, J.W. L., Abel, G., Arthur, R.J. (2002). Limitations and uses of gastrojejunal feeding tubes. *Archives of Diseases in Childhood*, 86, 134-137.
17. Hawdon, J.M., Beauregard, N., Slattery, J. & Kennedy, G. (2000). Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Developmental Medicine Child Neurology*, 42, 235-239.
18. Hille, E.T.M., den Ouden, A.L., Saigal, S., Wolke, D., Lambert, M., Whitaker, A., Pinto-Matrin, J.A., Hout, L., Meyer, R., Verloove-Vanhorick, S.P. & Paneth, N. (2001). Behavioral Problems in children who weight 100g or less at birth in four countries. *Lancet*, 357, 1641-1643.
19. Hofacker, N. (1998). Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind Beziehung. Zur differentiellen Diagnostik und Therapie psychosomatischer Probleme. im Säuglingsalter. In: K. v. Klitzingen (Hrsg.). S. 50-71.
20. Hofacker, N.v. & Papousek, M. (1998). Disorders of Excessive Crying, Feeding, and Sleeping: The Munich interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal*, 19, 180-201.
21. Hoffmann, J.M., Popbla, L., Duhalde, C. (1998). Early stages of initiative and environmental response. *Infant Mental Health Journal*, 19, 355-377.
22. Jones, M.W., Morgan, E., Shelton, J.E. (2002). Dysphagia and oral feeding problems in the premature infant. *Neonatal Network*, 21,2 51-57.
23. Jotzo, M. (2004). Trauma Frühgeburt? Ein Programm zur Krisenintervention bei Eltern. Frankfurt am Main: Peter Lang.

24. Jotzo, M. & Wilken, M. (2004). Grundlegendes zur Sondenentwöhnung: Vorhergehende Diagnostik, Therapieziele, Therapeutische Voraussetzungen, Prozess der Sondenentwöhnung. Unveröffentlichtes Manuskript.
25. Kerwin, M.E. (1999). Empirically supported treatments in paediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Paediatric Psychology*, 24, 193-214.
26. Klitzingen, K.v. (1998). Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
27. Lentze, M.J. (1992). Ernährung des Neugeborenen, des Säuglings und des Kleinkindes. In: Feer'sches Lehrbuch für Kinder- und Jugendmedizin. 27. Auflage. Herausgeber: F.J. Schulte & J. Spranger. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 75-89.
28. Lindberg, L. Bohlin, G. & Hagekull, B. (1991). Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 395-405.
29. McKim, M.K. (1987). Transition to what? New parents' problems in the first year. *Family Relations*, 46, 22-25.
30. Minde, K., Goldberg, S., Perrotta, M., Washington, J., Lojkasek, M., Corter, C., & Parker, K. (1989). Continuities and Discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 391-404.
31. Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C. Forcada-Guex, M. & Ansertmet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archiv of Disorders in Childhood. Foetal Neonatal Edition*, 88, 400-404.
32. Porz, F (2003) Ernährung bei Frühgeborenen unter dem Aspekt entwicklungsförderliche Pflege. Retrieved 07.04.2004, from the World Wide Web: http://www.stillen.de/vor_61.pdf
33. Ross E.S., Browne J.V. (2002) Developmental progression of feeding skills: an approach to supporting feeding in preterm infants. *Seminars in Neonatology*, 7, 469-475.
34. Satter, E. (1990). The feeding relationship: Problems and interventions. *Journal of Pediatrics*, 117, 187-189.
35. Scheer, P., Dunitz-Scheer, M., Schein, A., Wilken, M. (2003) DC: in paediatric liaison work with eating behavioral disorder. *Infant Mental Health Journal*, 24, 428-436.
36. Sheikh, L., O'Brien, M., McCluskey-Fawcett, C. (1993). Parent preparation for the NICU-to-home transition. *Children's Health Care*, 22, 227-239.
37. Sills, R.H. (1978). Failure to thrive. The role of clinical and laboratory evaluation. *American Journal of Diseases in Childhood*, 132, 967-969.
38. Singer, L.T., Davillier, M., Preuss, L., Szekely, L., Hawkins, S., Yamashita, T. & Baley, J. (1996). Feeding Interactions in infants with very low birth weight and bronchopulmonary dysplasia. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17, 69-76.
39. Sleigh, G. & Brocklehurst, P. (2004). Gastrostomy feeding in cerebral palsy: a systematic review. *Archive of Diseases in Childhood*, 89, 534-539.
40. 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.
41. Stern, D.N. (1998). Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta.
42. Stern, D.N., Bruchweiler-Stern, N. & Freeland, A. (2000). Geburt einer Mutter. München: Piper.
43. Süß-Burghart, H. (2000). Fütter- und Gedeihstörungen bei kleinen und/oder behinderten Kindern. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 28, 285-96.
44. Sulkes, S. (1991). Life expectancy of profoundly handicapped people. *New English Journal of Medicine*, 324, 420.
45. Sullivan, P.B., Lambert, B., Rose, M., Ford-Adams, M., Johnson, A. & Griffith, P. (2000). Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford feeding study. *Developmental Medicine Child Neurology*, 42, 674-680.
46. Tommiska, V., Heinonen, K., Kero, P., Pokela, M.L., Tammela, O., Jarvenpaa, A.L., Salokorpi T., Virtanen M. & Fellman V. (2003). A national two year follow up study of extremely low birthweight infants born in 1996-1997. *Archive of Disease in Childhood, Foetal Neonatal Edition*, 88, 29-35.
47. Wilken M (2002). Warum willst Du denn nicht essen? I: Fütterungsstörungen nach Frühgeburt. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 43 (1), 19-15.
48. Wilken, M (2002a). Warum willst Du denn nicht essen? II: Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 43, (9) 13-19.
49. Wilken, M. (2003). Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Forum Logopädie*, 17, 2-7.
50. Wilken, M. Scheer, P., Dunitz-Scheer, M. (2004). Posttraumatische Fütterungsstörung bei Früh- und Risikogeborenen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und psychotherapeutische Medizin*, 2, 8-18.
51. Wolf, S. L. & Glass, R. P. (1992). Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management. San Antonio: Therapy Skill Builders.
52. Wolke, D. (1999). Interventionen bei Regulationsstörungen. In: R. Orter, C. v., Hagen, G. Röper, G.Noam (hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz, PVU. S. 351-380.

Spørgsmål til forfatterne?

Markus Wilken (kan kontaktes på engelsk, hvis tysk er for vanskeligt)
Diplom-Psychologe
Kronprinzenstr. 6 A
D-53721 Siegburg
02241-2519072

information@markus-wilken.de

www.markus-wilken.de

Dr. Martina Jotzo
Diplom-Psychologin
Galgenbergstr. 32
D-72072 Tübingen
Tel/Fax 07071-538456

martinajotzo@yahoo.de

www.martina-jotzo.de

Mere om emnet kan findes på:

www.kinderpsychosomatik.at

Hjemmesiden for Klinik for Kinder- und Jugendheilkunde,
Graz, Østrig

www.lebahn.dk

Oversætters hjemmeside, hvor denne og beslægtede
artikler kan findes (aktiveres først ca.01.03.07)