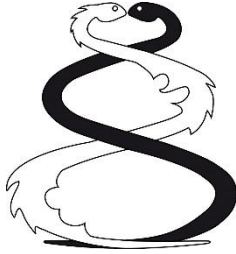


## ZUSAMMENFASSUNG



[www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) > Forschung

### **Auswirkungen der interaktionsbasierten logopädischen Elternberatung auf die oropharyngeale Dysphagie behinderter Kinder**

*Zusammenfassung*

**Autorin: Annemarie Schinko**

*Betreuerinnen: Elke Mesenholl & Tanja Paß*

#### **Einleitung**

Essen und Trinken stellen menschliche Grundbedürfnisse dar und dienen nicht nur der unmittelbaren Nahrungsaufnahme, sondern auch der sozialen Interaktion (Nusser-Müller-Busch, 2004; Wolke 2000). Neben der orofacialen Struktur und Funktion beeinflussen auch die Erfahrungen der fütternden und gefütterten Person sowie die Wechselwirkung zwischen den Beteiligten den Verlauf der Essenssituation (Engel-Hoek, 2008). Bei der Nahrungsaufnahme handelt es sich um einen interaktionellen Prozess, der beim Kleinkind in dyadischem Kontext stattfindet und bei gelungener Gegenseitigkeit bindungsfördernd ist (Brisch, 2014).

#### *Theoretischer Hintergrund und aktueller Wissensstand*

Die Interaktion stellt einen komplexen Vorgang dar, deren Verlauf von der Beurteilung (non-) verbaler Inhalte (Forgas et al., 1999) sowie den Kommunikationserfahrungen der Beteiligten beeinflusst wird (Papousek et al., 2004). Im Lauf der Entwicklung nehmen die kindlichen Interaktionsmuster an Differenziertheit und Präzision zu, wodurch die Bezugspersonen sie zunehmend eindeutiger interpretieren und adäquater darauf reagieren können. Nur wenn die kindlichen Signale von den Bezugspersonen wahrgenommen und angemessen gedeutet werden (Brisch, 2014), ist beim Kind aufgrund der erfahrenen Selbstwirksamkeit eine physiologische Ess- und Trink- sowie Interaktions- und Kommunikationsentwicklung möglich (Chatoor & von Hofacker, 2012). Treten hingegen über einen längeren Zeitraum Schwierigkeiten bei der kindlichen Nahrungsaufnahme auf, wirkt sich dies sowohl negativ auf die kindliche Entwicklung

(Wolke, 2000) als auch auf das elterliche und kindliche Verhalten in der Füttersituation aus (Brisch, 2014).

Das Störungsbild der oropharyngealen Dysphagie ist durch orale und/oder pharyngeale Dysfunktionen gekennzeichnet, die aus einer neurologischen Störung resultieren sowie mit angeborenen oder erworbenen strukturellen Anomalien und/oder einer gestörten Koordination der Funktionen einhergehen (Frey, 2011a). Diese Auffälligkeiten können zusätzlich durch ungünstige elterliche Muster (Chatoor & von Hofacker, 2012; von Hofacker et al., 2004) und/oder durch reduzierte, nicht eindeutig interpretierbare kindliche Signale verstärkt werden (Chatoor & von Hofacker, 2012). Besonders behinderte Kinder zeigen nicht immer zeitnahe und/oder eindeutige Signale zur Vermittlung ihrer Bedürfnisse sowie keine oder verzögerte Reaktionen auf Interaktion und Kommunikation des Gegenübers (Derksen & Lohmann, 2009; Frey, 2011b; Papousek, 2004), da sie aufgrund ihrer körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen einen Großteil ihrer Konzentration für die Wahrnehmung und Filterung verschiedener Reize aufwenden müssen. Dadurch sind die Kapazitäten für Interaktion und Kommunikation reduziert (Papousek, 2004) – dies zeigt sich auch in der Füttersituation, in der das Kind seinen Fokus überwiegend oder ausschließlich auf die Nahrungsaufnahme lenkt, sodass seine Interaktionsbereitschaft währenddessen reduziert ist oder vollständig fehlt (Nusser-Müller-Busch et al., 2004). Aufgrund dieser Besonderheiten sind Interaktion und Kommunikation zwischen behindertem Kind und seinen Bezugspersonen anfällig für falsche Interpretationen und Fehlhandlungen (Frey, 2011c). Verläuft die Interaktion ungünstig, erhalten die Eltern negatives Feedback, wodurch ihr Vertrauen in die eigenen intuitiven elterlichen Kompetenzen beeinträchtigt wird. Somit besteht die Gefahr der Entwicklung und/oder Manifestation ungünstiger Kommunikationsmuster, die sich auf die weitere Eltern-Kind-Beziehung auswirken (Papousek, 2004).

Die Ansätze und Methoden zur Behandlung oropharyngealer Dysphagien setzen meist direkt an den kindlichen Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme an und berücksichtigen die sozial-kommunikativen Rahmenbedingungen der Essenssituation nicht bzw. nur eingeschränkt (Frey, 2011c). Das übergeordnete Therapieziel besteht in der Sicherung der kindlichen Ernährung ohne gesundheitliche Risiken (Frey, 2011b), wobei die Bedeutung von Interaktion und Kommunikation im Kontext der Nahrungsaufnahme nur bei einzelnen Therapiekonzepten berücksichtigt sowie in die Therapiestaltung und Elternarbeit einbezogen wird (Frey, 2011c; Morris & Klein, 2000).

Im Gegensatz dazu wird bei Therapieansätzen und -methoden zur Behandlung von Fütter-, Interaktions- und Kommunikationsstörungen die Elternarbeit als besonders relevanter Therapie- und Beratungsinhalt erachtet. In diesem Bereich steht neben der Informationsvermittlung (Frey, 2011c) auch die Erarbeitung und natürliche Umsetzung positiver und unterstützender Interaktionsmuster im Vordergrund, durch die Eltern ihr Kind in seiner Entwicklung unterstützen können (Schelten-Cornish, 2005). In diesem Zusammenhang werden kindliche sowie elterliche Ressourcen und Potentiale nicht nur isoliert beleuchtet (Derksen & Lohmann, 2009), sondern es wird auch die Wechselwirkung zwischen beiden InteraktionspartnerInnen berücksichtigt (Kannengieser, 2009; Papousek, 2004). Dies ist aufgrund der Veränderung der kindlichen Verhaltensweisen und Reaktionen infolge der modifizierten elterlichen Interaktionsmuster für den weiteren Verlauf der Kommunikation zwischen Kind und Bezugsperson relevant. Dazu wird in der Beratung an bereits vorhandenen Kompetenzen der Eltern angeknüpft, um das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken und sie zu erweitern (Papousek, 2004).

Um alle relevanten Inhalte erfassen und thematisieren zu können, wird von einigen AutorInnen die Option der Videoaufzeichnung von Gesprächs-, Fütter- und Spielsequenzen sowie die Anforderung eines Home-Videos entsprechender Situationen als positiv bewertet (Gloger, 2010; Papousek, 2000; Schütz, 2008). Den Vorteil gegenüber anderen Methoden sehen die BefürworterInnen in der Wiederholbarkeit der Durchsicht, der objektiveren, überprüfbareren und selektiven Fokussierung auf Einzelaspekte (Papousek, 2000) sowie im Erkennen von Zusammenhängen und Auswirkungen spezifischer Verhaltensweisen auf den weiteren Interaktionsverlauf zwischen den Beteiligten (Gloger, 2010). In den Beratungsgesprächen können mittels ausgewählter Videosequenzen positive Situationen verdeutlicht werden (Papousek, 2000), wodurch sich in weiterer Folge eine Aktivierung und verstärkte Anwendung der elterlichen Kompetenzen in der Kommunikation mit dem Kind beobachten lässt (Schütz, 2008).

### *Forschungsfragen*

Eine Übertragung und Nutzung von (einzelnen) Beratungsmethoden der Fütter-, Interaktions- und Kommunikationsstörungen auf die Behandlung oropharyngealer Dysphagien ist jedoch nicht gegeben. Daher stellt sich die Frage, ob und gegebenenfalls wie sich die logopädische Elternberatung mit Fokus auf Interaktion in der Füttersituation auf die oropharyngeale Dysphagie von Kindern mit Behinderung auswirkt. Um diese Fragestellung beantworten zu können, ist die Beantwortung folgender Teilfragen nötig:

- Welche Interaktions- und Kommunikationsmuster sind in der Füttersituation zwischen Kindern mit Behinderung und ihren Eltern zu beobachten?
- Welche Auswirkungen haben diese Interaktions- und Kommunikationsmuster auf die kindliche Nahrungsaufnahme?
- Können durch gezielte, individuelle logopädische Beratung hinsichtlich elterlicher Interaktion und Kommunikation in der Füttersituation Veränderungen bei der kindlichen Nahrungsaufnahme beobachtet werden?

### **Methodik**

#### *Studiendesign und TeilnehmerInnen*

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde folgendes Studiendesign gewählt: Zur Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte mit allen Einzelpersonen ein Anamnesegespräch. Teilnehmen konnten Eltern behinderter Kinder zwischen 2;0 und 6;0 Jahren mit oropharyngealer Dysphagie, wobei das Kind nicht zur (ausschließlich) selbständigen Nahrungsaufnahme in der Lage war und daher täglich bei mindestens einer Mahlzeit voll gefüttert wurde. Von der Studienteilnahme ausgeschlossen wurden Eltern, deren Kinder Vollsondierung, ösophageale Auffälligkeiten, Fütterstörungen, gestörtes Bindungsverhalten, Traumata im Bezug auf die Nahrungsaufnahme und/oder akute medizinische Erkrankungen zeigten.

Innerhalb einer Woche nach dem Erstkontakt erstellten alle TeilnehmerInnen ein Home-Video von einer repräsentativen Füttersituation, das sie mittels passwortgeschütztem Zugang an die Studienleiterin übermittelten. Diese nahm eine Auswertung hinsichtlich der Bereiche „Nahrungsaufnahme“ sowie „Interaktion und Kommunikation“ vor, wobei sowohl die kindlichen als auch die elterlichen Verhaltensweisen beurteilt wurden. Die Ergebnisse dienten einerseits als Grundlage für die folgende Elternberatung als auch zur Referenz für das nach der Beratung und der Anwendung der Gesprächsinhalte erstellte zweite Home-Video.

In den individuellen Elterngesprächen wurden die bereits (ansatzweise) positiv gezeigten Interaktionsmuster sowie deren Auswirkungen auf die kindliche Nahrungsaufnahme thematisiert und anhand ausgewählter Videosequenzen verdeutlicht. Davon ausgehend erfolgte eine auf die persönlichen Bedürfnisse der einzelnen Eltern-Kind-Paare zugeschnittene Beratung hinsichtlich der Möglichkeiten zum Ausbau der positiven Interaktion während der Füttersituation. Die besprochenen Anregungen wurden von den TeilnehmerInnen über einen Zeitraum von vier Wochen hochfrequent in möglichst jeder Füttersituation mit dem Kind umgesetzt. Nach Ablauf der Erprobungszeit wurde erneut ein Home-Video nach denselben Kriterien wie bei der ersten Videoaufzeichnung erstellt und an die Studienleiterin übermittelt, die die Auswertung nach denselben Parametern wie beim ersten Video vornahm. Auf diese Weise konnten mögliche Veränderungen im Interaktionsverhalten von Eltern und Kind sowie in der oropharyngealen Dysphagie des Kindes erhoben und Zusammenhänge festgestellt werden.

### *Durchführung*

Die PatientInnenakquise erfolgte in Zusammenarbeit mit KinderärztInnen und LogopädInnen in Graz. Dazu wurden studienrelevanten Informationen in schriftlicher Form an die beiden Berufsgruppen übermittelt und von ihnen an geeignete, interessierte Eltern weitergegeben.

Im Erstgespräch mit potentiellen TeilnehmerInnen erfolgte die Anamneseerhebung mittels eines speziell dafür konzipierten Fragebogens, dessen Inhalte sich aus Anamnesebögen für kindliche Fütterstörungen und Dysphagien ableiteten (Biber, 2012; Frey, 2011; Morris & Klein, 2000; Renk, 2015). Mittels gezielter Fragen erfolgte die Überprüfung der Studieneignung und lieferte relevante Informationen über die aktuelle Fütter-, Interaktions- und Kommunikationssituation der einzelnen Eltern-Kind-Paare. Neben der Klärung eventuell vorhandener Fragen und Unklarheiten auf Elternseite wurde auch auf den weiteren Studienverlauf sowie Anonymität, Datenschutz und PatientInnenwohl im Fall der Studienteilnahme eingegangen.

Im Studienverlauf wurden zwei Home-Videos von repräsentativen, alltäglichen Füttersituationen aufgezeichnet. Das erste Video wurde von den Eltern innerhalb einer Woche nach dem Erstgespräch erstellt und diente zur Erhebung des aktuellen Stands in den Bereichen „Nahrungsaufnahme“ und „Interaktion“ sowie zur Ableitung individueller Beratungsinhalte für die anschließend stattfindenden Gespräche.

Basierend auf den Ergebnissen der Videoanalyse wurden individuelle Beratungsinhalte für die einzelnen Bezugspersonen formuliert. Der Fokus lag dabei auf den im Video bereits (ansatzweise) sichtbaren positiven Interaktionsmustern, d.h. die Beratung erfolgte ausschließlich hinsichtlich der elterlichen und kindlichen Interaktion sowie deren Auswirkungen auf den weiteren Kommunikationsverlauf. Empfehlungen zur Unterstützung oder Verbesserung der kindlichen Nahrungsaufnahme wurden nicht gegeben. Die Vermittlung der Beratungsinhalte erfolgte durch eine Kombination aus verbalen Erklärungen und ausgewählten, unterstützenden Videoausschnitten. Dadurch wurden die Bezugspersonen in ihren positiven Verhaltensweisen bestärkt, wodurch die Anwendung der günstigen Interaktionsmuster im Alltag unterstützt und gefördert wurde.

Das zweite Home-Video fand als Abschluss der vierwöchigen Umsetzung der Beratungsinhalte statt, um sowohl mögliche Veränderungen in der oropharyngealen Dysphagie aufgrund der modifizierten Interaktion zwischen Eltern und Kind während der Füttersituation zu erheben als auch die Elternberatung zu evaluieren.

*(Statistische) Analyse*

Der Anamnesebogen wurde bezüglich der definierten Ein- und Ausschlusskriterien der Studie sowie hinsichtlich der Bereiche „Nahrungsaufnahme“ und „Interaktion“ qualitativ und quantitativ ausgewertet. Dies diente einerseits der Beschreibung der Stichprobe und der Erhebung von Gemeinsamkeiten oder Unterschieden der Eltern-Kind-Paare als auch der Überprüfung der Repräsentanz der gefilmten Füttersituation.

Die Parameter zur Auswertung der Videoanalyse wurden aus den Beschreibungen von Bodeewes (2003), von Hofacker et al. (2004), Papousek (2000), Papousek (2004), Renk (2015) und Schütz (2008) abgeleitet sowie mit Kriterien der eigenen Berufserfahrung kombiniert. Dafür wurde ein Beobachtungsbogen entworfen, der unterschiedliche Parameter in den Kategorien „Allgemeines Kind“, „Allgemeines Fütternde/r“, „Setting Nahrungsaufnahme“, „Nahrungsaufnahme“, „Interaktion und Kommunikation während der Füttersituation“ erhob. Die Beurteilung der einzelnen Parameter erfolgte über ein binäres System – wobei „1“ für die Erfüllung und „0“ für das Fehlen der jeweiligen Variablen stand – und fand jeweils zu Beginn und am Ende des Videos sowie für Kind und Fütternde/n statt.

Zur Auswahl wurden verschiedene Parameter in unterschiedlichen Ausprägungen aufgeführt, sodass sowohl extreme als auch dezente Veränderungen in den Einzelverläufen und im Vergleich der beiden Videos beurteilbar waren. Bei den einzelnen Variablen wurde unterschieden, ob sie zur Ableitung von Beratungsinhalten oder zu statistischen Auswertung relevant waren. Bei Parametern, die für die individuelle Elternberatung bedeutend waren, wurde eine qualitative Auswertung vorgenommen. Im Gegensatz dazu erfolgte bei Parametern mit Relevanz hinsichtlich der Darstellung von Veränderungen im Verlauf der einzelnen Füttersituationen und zur Feststellung von Modifikationen zwischen den beiden Home-Videos die statistische Auswertung der Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Folgende Parameter wurden in den einzelnen Kategorien beurteilt:

- Allgemeines Kind:  
Wachheitszustand, Position, gesamtkörperlicher Tonus, Kopfkontrolle und deren Auswirkung auf Nahrungsaufnahme und Interaktion, Mimik, orofaciale Tonusverhältnisse
- Allgemeines Fütternde/r:  
Wachheitszustand, Körperhaltung, gesamtkörperlicher Tonus, Mimik, orofaciale Tonusverhältnisse, Bewegungen
- Setting Nahrungsaufnahme:  
Essensumgebung, Verfügbarkeit Kind und Fütternde/r, Interaktion Kind und Fütternde/r
- kindliche Nahrungsaufnahme:  
Art der Nahrungsaufnahme, orofaciale Kompetenzen, Essverhalten des Kindes, Reaktion Fütternde/r auf kindliches Essverhalten
- Interaktion und Kommunikation ohne/mit Bezug zur Nahrungsaufnahme für Eltern und Kind:  
Art der Kommunikation, Emotionalität, Kontaktverhalten, Reaktion auf Kommunikation des Gegenübers, Reaktion bei Verständigungs- bzw. Verständnisschwierigkeiten
- Interaktionsverhalten ohne/mit Bezug zur Nahrungsaufnahme für Eltern und Kind:  
Initiative, adäquates Verhalten, inadäquates Verhalten

Die Evaluierung der individuell abgestimmten Elternberatung erfolgte durch einen Vergleich zwischen der Anwendung adäquater interaktiver Verhaltensweisen im erstem und zweitem Vi-

deo. Die Bewertung der elterlichen Interaktion im zweiten Home-Video erfolgte bei einer Steigerung adäquater Kommunikationsmuster als positiv, bei keiner belegbaren Veränderung als unverändert und bei einer Reduktion der angemessenen Verhaltensweisen als negativ.

## **Ergebnisse**

### *Auswertung des Anamnesegesprächs*

An der Studie nahmen 15 Eltern teil, deren Kinder eine oropharyngeale Dysphagie zeigten und zwischen 2;0 und 6;0 Jahren alt waren, wobei das durchschnittliche Alter 3;11 Jahre betrug. Alle Kinder erhielten mindestens eine Therapie, wobei 100% physiotherapeutisch, 93,3% ergotherapeutisch und 40% musiktherapeutisch betreut wurden. Logopädische Therapie erhielten 93,3% der Kinder. Während der Studienteilnahme fand jedoch keine bzw. in Einzelfällen maximal eine Einheit statt, sodass mögliche Einflüsse der weiterführenden Logopädie auf die Studienergebnisse als irrelevant erachtet werden konnten.

Bei allen Kindern lagen seit der Neonatalperiode Auffälligkeiten in der Nahrungsaufnahme vor, wobei zum aktuellen Zeitpunkt 6,7% der Kinder mit Unterstützung der Bezugspersonen selbständige Anteile beim Essen zeigten und 93,3% der Kinder ausschließlich gefüttert wurden. Täglich fanden mindestens drei Füttersituationen zwischen Eltern und Kind im häuslichen Umfeld statt, die anderen Mahlzeiten nahmen die Kinder wie gewohnt in den verschiedenen Betreuungseinrichtungen ein.

Bezüglich Interaktion lieferten die Anamnesegespräche folgende Ergebnisse: 40% der Kinder teilten sich verbal mit, 100% verwendeten isoliert oder zusätzlich Gestik, Mimik und Stimme und 13,3% zeigten in gelenkten Situationen Elemente der unterstützten Kommunikation. Bei 93,3% der Eltern-Kind-Paare fand in der Füttersituation Kommunikation statt, wobei nach Angaben der Bezugspersonen 53,3% der Kinder dadurch von der Nahrungsaufnahme abgelenkt wurden.

### *Videoanalyse*

In der Videoanalyse wurde einerseits die Interaktion von Eltern und Kind sowie die kindliche oropharyngeale Dysphagie im Verlauf der einzelnen Füttersituationen als auch im Vergleich vor und nach der Beratung beurteilt, um die Auswirkungen der individuellen Beratungsgespräche erheben zu können.

Hinsichtlich der Interaktion konnten zwischen allgemeiner und fütterbezogener Interaktion sowohl auf Eltern- als auch auf Kindesseite Unterschiede festgestellt werden (Abbildung 1). Bei allgemeiner Interaktion waren nach der Beratung bei Kindern und Eltern hochsignifikant mehr adäquate Verhaltensweisen beobachtbar. Bei fütterbezogenen Inhalten zeigten die Kinder nach der Elternberatung sehr signifikant und die Eltern hochsignifikant häufiger angemessene Kommunikationsmuster. Unabhängig von den Themen ließen sich auf Eltern- und Kindesseite im Verlauf jeweils Abnahmen der positiven und Zunahmen der negativen Interaktionsmuster verzeichnen.

Auch bezüglich der kindlichen Nahrungsaufnahme konnten infolge der Beratung Verbesserungen festgestellt werden, die in einzelnen Bereichen signifikante, sehr signifikante oder hochsignifikante Ausmaße erreichten. Dabei zeigten sich im Verlauf ebenfalls eine Reduktion der günstigen und eine Steigerung der ungünstigen Muster.

Zusammenhänge zwischen adäquatem Verhalten der Eltern und dem Essverhalten des Kindes ließen sich nicht in signifikantem Ausmaß feststellen, wobei dies unabhängig vom Kommunikationsinhalt war. Lediglich bei allgemeinen Themen war tendenziell eine mittlere Korrelation zwischen angemessenen elterlichen Verhaltensmustern und dem kindlichen Interesse gegenüber der Nahrungsaufnahme erkennbar, die aufgrund der geringen Fallzahl jedoch keine Signifikanz aufwies. Dieser Effekt war nur zu Beginn der Füttersituation der Fall und im Verlauf der kindlichen Nahrungsaufnahme nicht mehr beobachtbar.

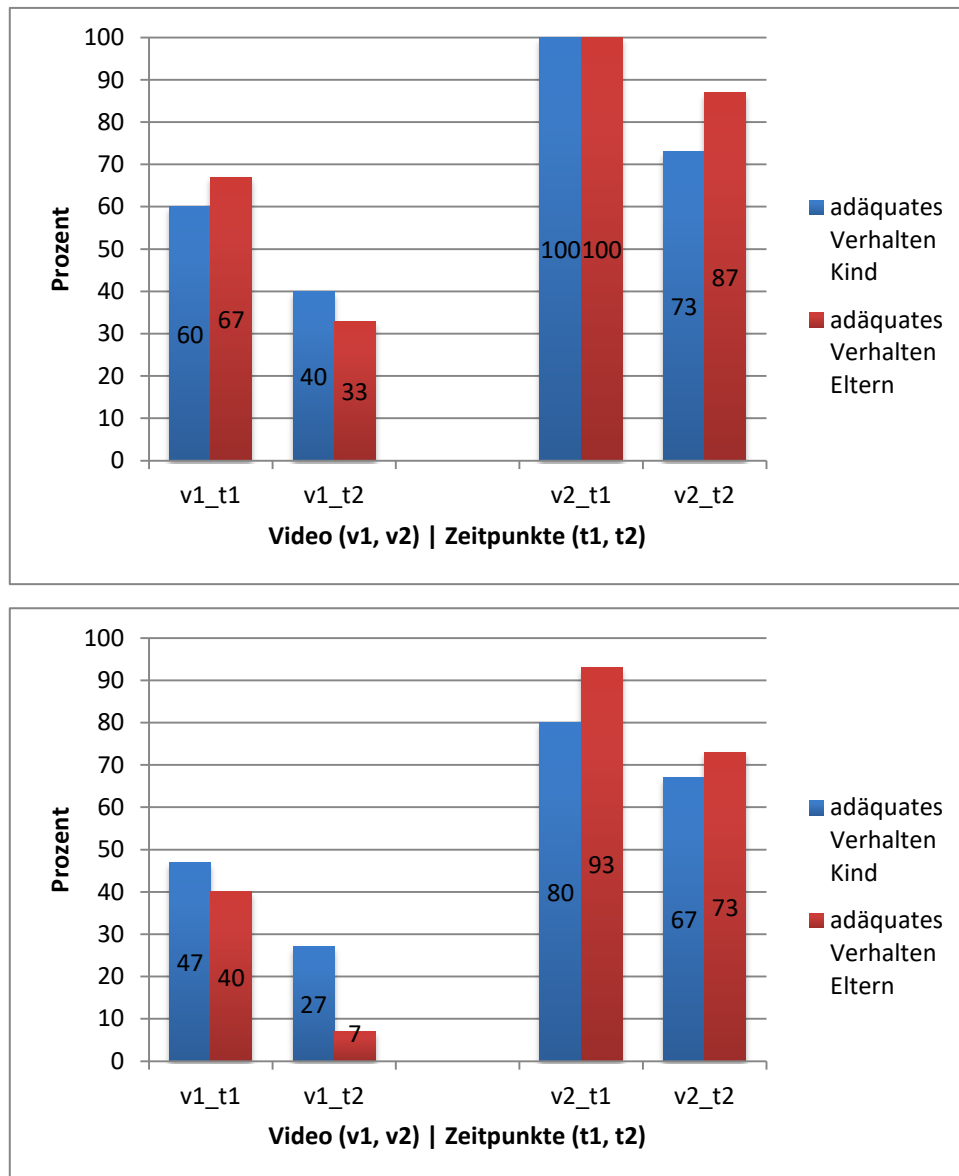


Abbildung 1: Unterschiede hinsichtlich adäquater Verhaltensweisen in der kindlichen und elterlichen Interaktion im Abhängigkeit vom Kommunikationsinhalt: angemessene Verhaltensweisen bei allgemeinen (oben) und fütterbezogenen Themen (unten)

Bei Betrachtung der fütterbezogenen Interaktion zeigten sich folgende Veränderungen in der Verwendung verschiedener Kommunikationsmodalitäten (Abbildung 2), im Kontakt- (Abbildung 3) und Reaktionsverhalten (Abbildung 4):

Im Verlauf der Nahrungsaufnahme zeigten sowohl Kinder als auch Eltern eine geringere Nutzung unterschiedlicher Kommunikationsmodalitäten. Dieses Verhalten war mit Ausnahme der kindlichen Kommunikation über die Stimme und bei Eltern über den verbalen Weg auch nach der Beratung erkennbar, wobei das Ausmaß der reduzierten Interaktion deutlich geringer war. Bei der Gegenüberstellung des ersten und zweiten Videos ließen sich auf Kindesseite bei der Verwendung aller Kommunikationsmodalitäten signifikante Verbesserungen feststellen. Während bei den Eltern vor der Beratung eine überwiegende Nutzung der verbalen Modalität beobachtbar war, verwendeten die Eltern hochsignifikant häufiger die unterschiedlichen Kommunikationsarten.

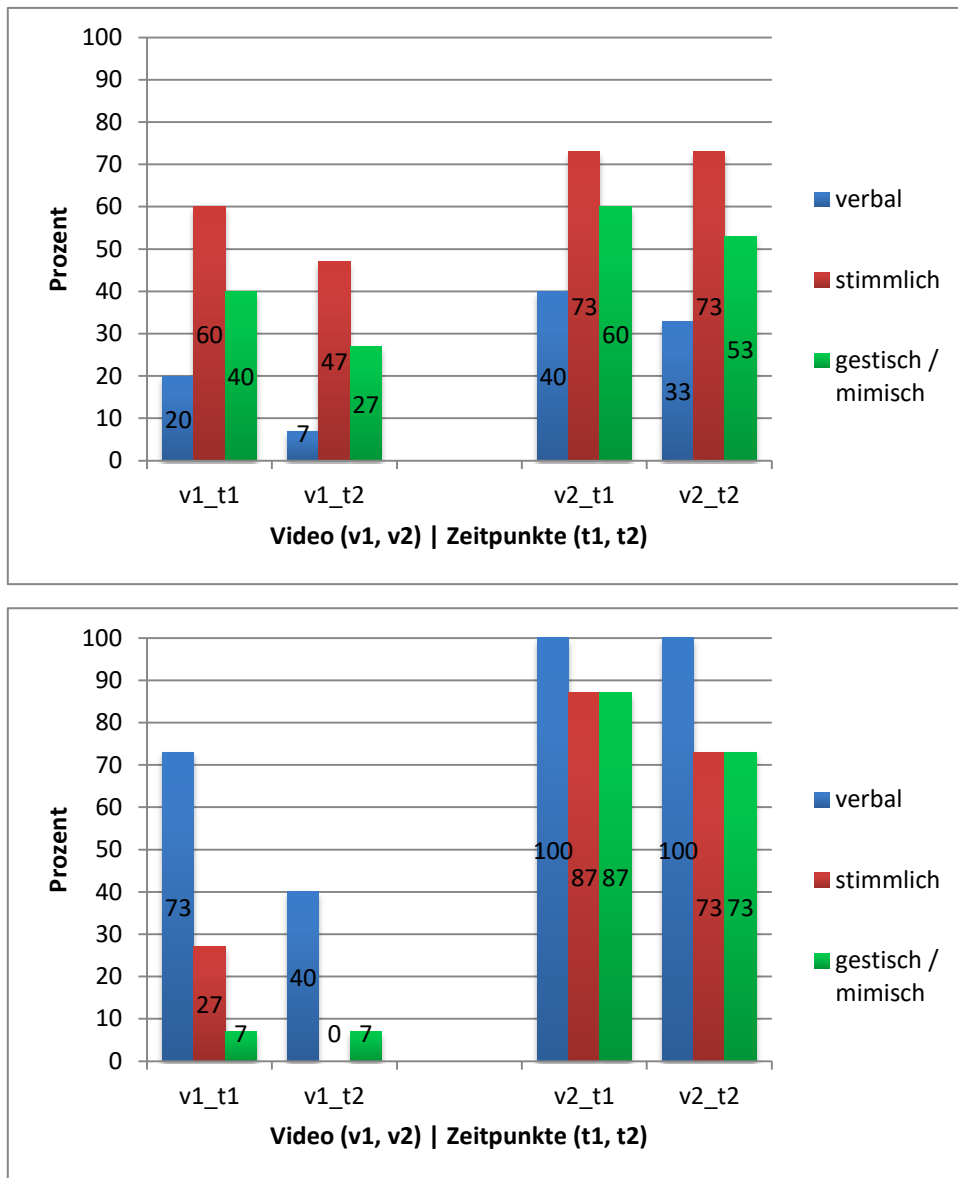


Abbildung 2: Nutzung und Kombination der unterschiedlichen Kommunikationsmodalitäten bei fütterbezogenen Inhalten auf Kindes- (oben) und Elternseite (unten)

Hinsichtlich des Kontaktverhaltens waren sowohl auf Kindes- als auch auf Elternseite eine hochsignifikante Zunahme der Verfügbarkeit sowie eine hochsignifikante Reduktion der fehlenden Verfügbarkeit im Vergleich der beiden Füttersituationen beobachtbar. Darüber hinaus war der Ersatz des ungünstigsten Kontaktverhaltens durch eine günstigere Form beobachtbar,



wobei diese Beobachtung keine signifikanten Ergebnisse lieferte. Im Verlauf der ersten Nahrungsaufnahme war auf beiden Seiten eine Abnahme des verfügbaren und teilweise verfügbaren Verhaltens sowie eine Zunahme der fehlenden Verfügbarkeit sichtbar. Nach der Beratung waren ebenfalls eine Abnahme der günstigsten und eine Zunahme der ungünstigsten Verhaltensweise zu verzeichnen, wobei das Muster der fehlenden Verfügbarkeit in einem höheren Ausmaß durch die günstigere Form des teilweise verfügbaren Verhaltens ersetzt werden konnte.

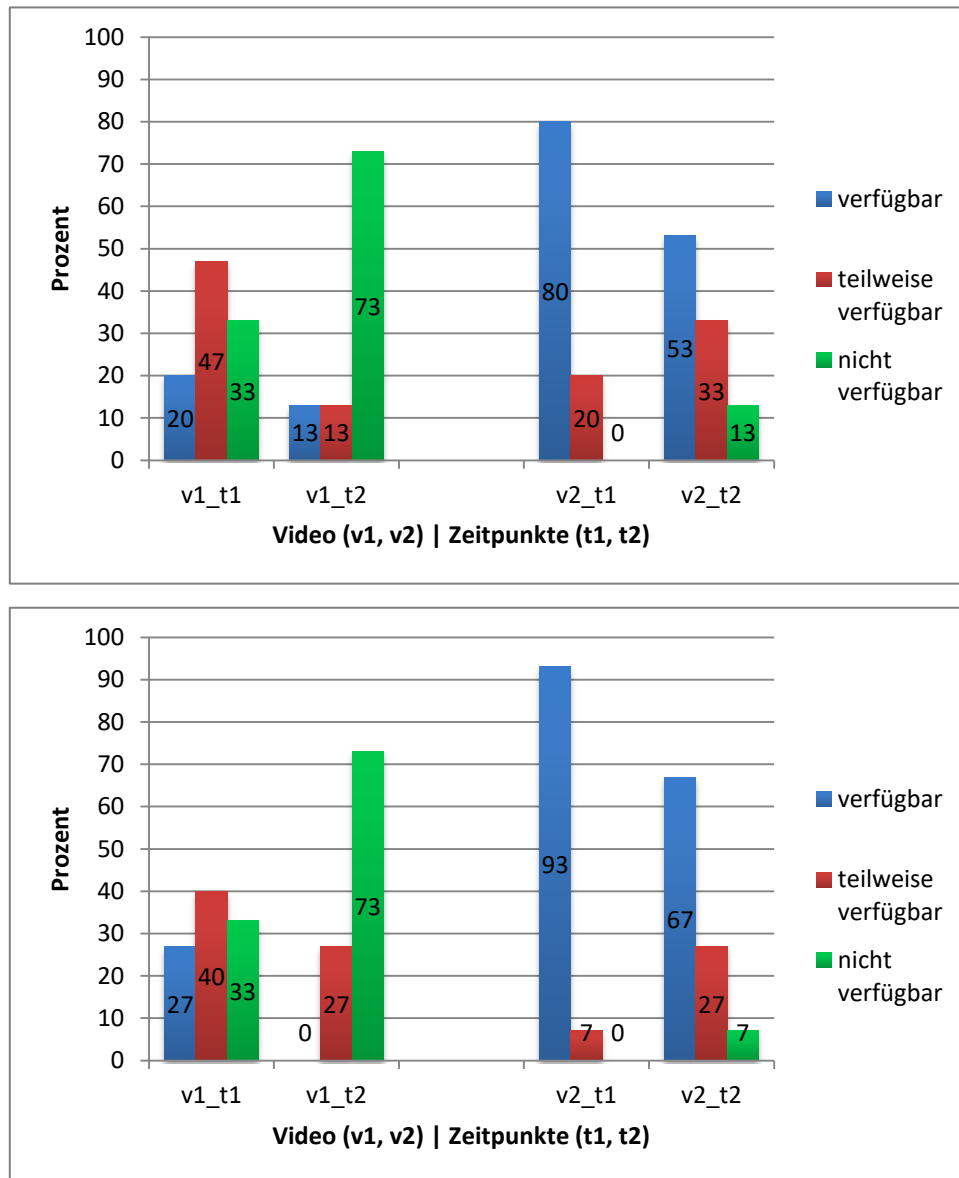


Abbildung 3: Veränderungen des kindlichen (oben) und elterlichen (unten) Kontaktverhaltens

Auch bei der Reaktionsfähigkeit auf Interaktion des Gegenübers zeigten Eltern und Kinder nach der Beratung dieselben Veränderungen: Beide zeigten hochsignifikant mehr verfügbare Verhaltensweisen und wendeten die ungünstigste Reaktionsform hochsignifikant weniger an. Der Ersatz des negativsten Musters durch die günstigere Form – die verzögerte Zuwendung – war jedoch nicht von signifikantem Ausmaß.

Im Verlauf der ersten Füttersituation zeigten sich bei Eltern und Kindern eine Reduktion der unmittelbaren und verzögerten Zuwendung sowie eine Steigerung der Abwendung. Im zweiten

Video ließen sich erneut eine Abnahme des günstigsten und eine Zunahme des ungünstigsten Musters verzeichnen, die Reaktion der Abwendung konnte jedoch in einem höheren Ausmaß durch die verzögerte Zuwendung kompensiert werden.

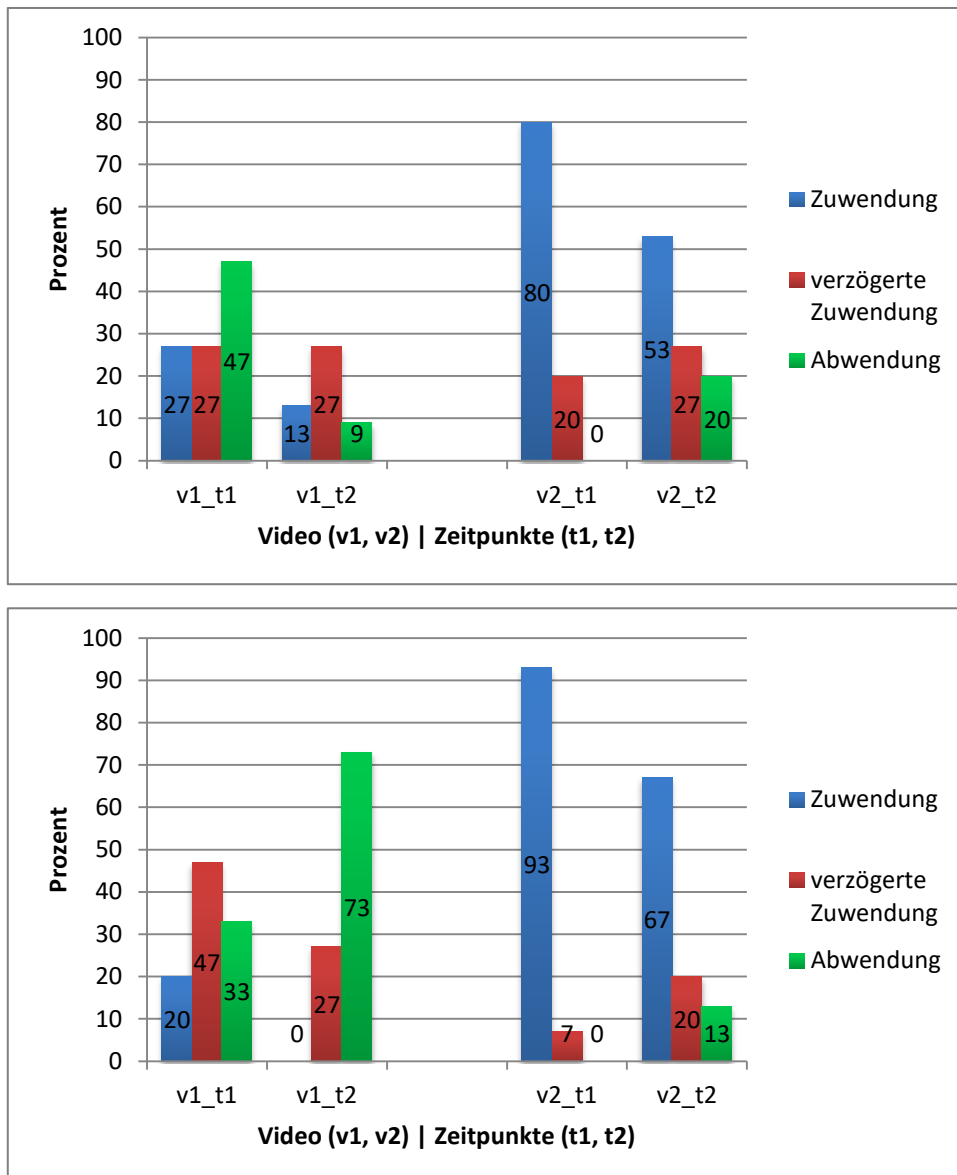


Abbildung 4: Reaktionsverhalten von Kindern (oben) und Eltern (unten) auf Kommunikation des Gegenübers

Zur Feststellung von Veränderungen der kindlichen oropharyngealen Dysphagie wurden die Tonusverhältnisse und die Beteiligung der Lippen, die Art des Mundschlusses, die Qualität der Kaubewegungen, die kindliche Reaktion auf das Nahrungsangebot sowie die Reaktion des/der Fütternden auf das kindliche Essverhalten beurteilt. Die Bewertung erfolgt ebenfalls zu Beginn sowie am Ende beider Videosequenzen und lieferte folgende Ergebnisse:

Sowohl die Eutonie als auch die Beteiligung der Lippen an der Nahrungsaufnahme ließen im Verlauf der einzelnen Füttersequenzen Abnahmen verzeichnen, wobei nach der Beratung eine sehr signifikant höhere Eutonie und eine hochsignifikant häufigere Beteiligung der Lippen beobachtbar waren (Abbildung 5).

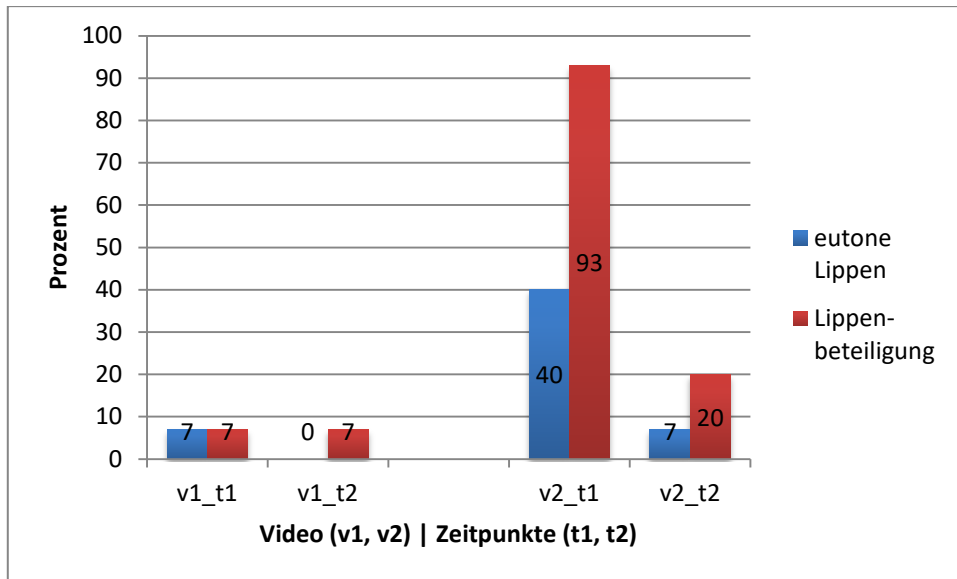


Abbildung 2: Beteiligung und Tonusverhältnisse der Lippen bei der kindlichen Nahrungsaufnahme im Verlauf (t1 vs. t2) sowie nach der Elternberatung (v1 vs. v2)

In beiden Füttersituationen ließen sich im Verlauf eine Verschlechterung des Mundschlusses und eine Zunahme des fehlenden Mundschlusses beobachten (Abbildung 6). Bei der zweiten Videoaufzeichnung konnte das ungünstigste Muster vermehrt durch die kompensierte Form ersetzt werden. Die qualitativ sichtbaren Verbesserungen hinsichtlich des vollständigen Mundschlusses nach der Beratung wiesen keine Signifikanz auf. Der kompensierte Mundschluss war in der zweiten Füttersituation hochsignifikant häufiger und der fehlende Mundschluss hochsignifikant seltener vorhanden.

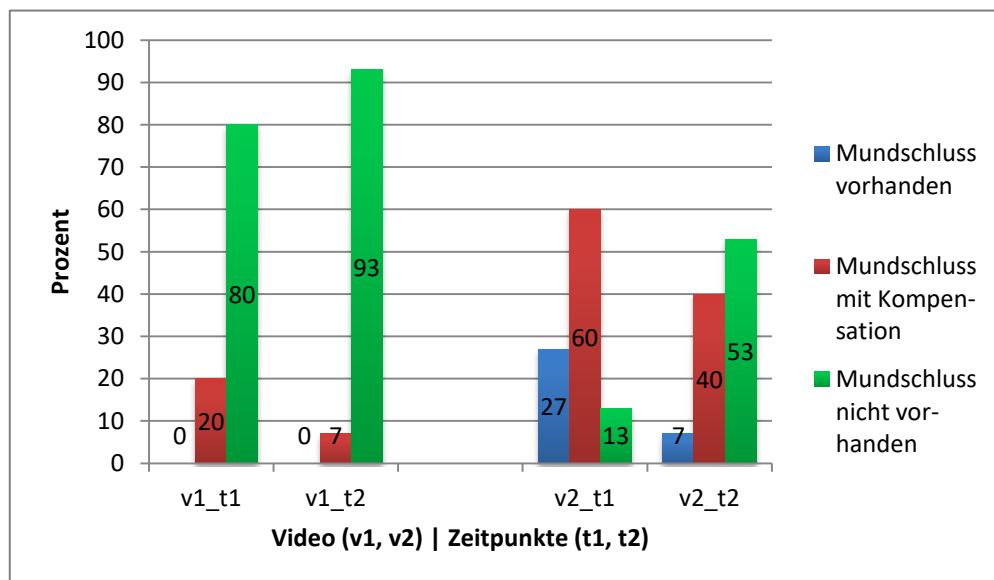


Abbildung 3: Variationen des kindlichen Mundschlusses während der Nahrungsaufnahme im Verlauf sowie nach der Elternberatung

Auch hinsichtlich der Kaubewegungen ließen sich nach der Beratung Unterschiede in der Qualität beobachten, d.h. es erfolgte eine zunehmende Ersetzung der fehlenden bzw. basalen Bewegungen durch komplexere Kaumuster. So waren beim Vergleich der beiden Videoaufzeichnungen nach der Beratung fehlende Kaubewegungen signifikant seltener und laterale Bewegungen

signifikant häufiger beobachtbar. Die Veränderungen des linearen und rotatorischen Kauens weist keine Signifikanz auf. Im Verlauf der einzelnen Füttersituationen zeigte sich jeweils eine Zunahme der fehlenden bzw. basalen Bewegungsmuster und eine Abnahme der komplexeren Kaubewegungen.

Bezüglich des kindlichen Essverhaltens zeigte sich im Verlauf der ersten Füttersituation eine Reduktion interessierter und erdulender Muster (Abbildung 7). Abwehrendes Verhalten nahm im Verlauf der ersten Nahrungsaufnahme in sehr signifikantem Ausmaß zu und war im zweiten Video zu keinem Zeitpunkt beobachtbar, sondern konnte durch erdulendes Verhalten ersetzt werden. Beim Vergleich der kindlichen Verhaltensweisen vor und nach der Elternberatung ließen sich eine hochsignifikante Zunahme des Interesses sowie eine hochsignifikante Abnahme der abwehrenden Verhaltensweisen beobachten, hinsichtlich der erdulenden Verhaltensweisen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

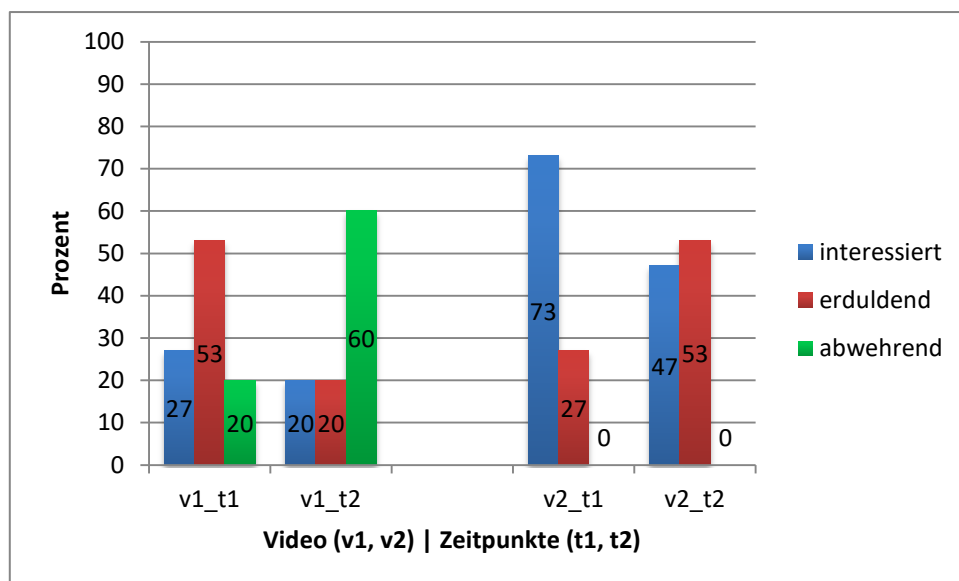


Abbildung 7: Kindliches Essverhalten im Verlauf (t1 vs. t2) der jeweiligen Nahrungsaufnahmen sowie nach der Elternberatung (v1 vs. v2)

Als Reaktion auf das kindliche Essverhalten waren folgende elterliche Verhaltensweisen sichtbar (Abbildung 8): Im Verlauf der ersten Füttersituationen konnten eine Abnahme der (teilweisen) Beachtung und eine Steigerung der Missachtung kindlicher Signale beobachtet werden. Nach der Beratung wurden die kindlichen Mitteilungen im Verlauf weniger beachtet, häufiger teilweise berücksichtigt und nie missachtet. In der zweiten Füttersituation beachteten die Eltern die kindlichen Signale hochsignifikant häufiger, bei der teilweisen Beachtung lag keine signifikante Veränderung vor und die Missachtung kindlicher Signale konnte hochsignifikant reduziert werden.

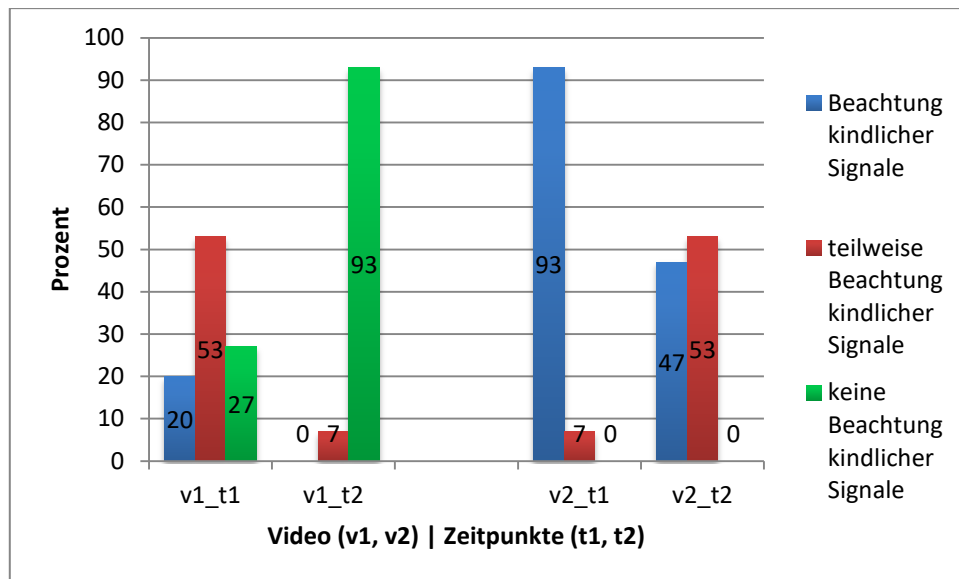


Abbildung 8: Elterliche Reaktionen auf das kindliche Essverhalten

#### *Evaluierung der logopädischen Elternberatung*

Um die Motivation und Bereitschaft für die Umsetzung der Beratungsinhalte zu schaffen, wurden drei bis fünf aussagekräftige Videosequenzen ausgewählt, in denen die Eltern bereits günstige Interaktionsmuster zeigten und/oder adäquat auf kindliche Signale der Kommunikation reagierten. Davon ausgehend ließen sich im unmittelbaren Anschluss positive Verhaltensmuster des Kindes in der Interaktion und/oder Nahrungsaufnahme erkennen, sodass den Eltern die Auswirkung des eigenen Verhaltens bewusst wurden. Um nicht nur die positiven Verhaltensweisen auszubauen, sondern auch negative(re) durch günstige(re) Muster zu ersetzen, wurden die Eltern durch gezielte Fragen zur Selbstreflexion angeregt. Anschließend wurden gemeinsam alternative Reaktionsmöglichkeiten erarbeitet, um den Verlauf der Füttersituation positiver beeinflussen zu können.

Bei der Gegenüberstellung allgemeiner und fütterbezogener Interaktion zeigte sich vor der Beratung ein signifikanter Unterschied zwischen den Kommunikationsinhalten, sodass signifikant weniger adäquate Verhaltensweisen bei nahrungsbezogenen Themen beobachtet werden konnten und im Verlauf eine Abnahme der günstigen Muster sichtbar war. Eine geringere Beibehaltung angemessener Verhaltensweisen und ein Unterschied in Abhängigkeit von den Gesprächsinhalten zeigten sich auch nach der Beratung im Verlauf, jedoch in einem deutlich geringeren Ausmaß. Infolge der Beratung konnte ein hochsignifikanter Zuwachs an adäquaten Verhaltensweisen in der elterlichen Kommunikation und ein geringerer Unterschied der Interaktion zwischen allgemeinen und fütterbezogenen Themen festgestellt werden. Aufgrund der Steigerung adäquater Verhaltensweisen bei allgemeiner und fütterbezogener Interaktion sowie der vermehrten Aufrechterhaltung günstiger Muster im Verlauf konnte die Elternberatung als positiv evaluiert werden.

### **Diskussion**

#### *Interpretation der Ergebnisse*

Obwohl keine Konzepte zur Behandlung oropharyngealer Dysphagien durch interaktionsfokussierte Beratung vorliegen, konnten in der Studie durch die Anwendung dieser Inhalte in den

Elterngesprächen positive Ergebnisse erzielt werden. Somit waren nach Abschluss der Untersuchung Verbesserungen in der kindlichen Nahrungsaufnahme sowie der Interaktion auf Kindes- und Elternseite erkennbar.

Im Verlauf der einzelnen Füttersequenzen waren eine Abnahme der günstig(er)en Verhaltensweisen und ein Ersatz durch negative(re) Muster erkennbar. Diese Tatsache wurde auch in der Literatur beschrieben, demzufolge behinderte Kinder aufgrund ihrer vorhandenen Einschränkungen den Großteil ihrer Konzentration für die Nahrungsaufnahme verwenden müssen und somit weniger Kapazitäten für Interaktion während des Fütterns vorhanden sind. Bei falscher Interpretation, wenig flexiblem Umgang und/oder eingeschränktem Verständnis der Eltern kann eine Störung der weiteren Interaktion beobachtet werden (Papousek, 2004). Dies war auch in der Videoanalyse der Studie zu erkennen: Fehlende oder ungünstige Reaktionen auf die kindlichen Signale wirkten sich negativ auf Interaktion des Kindes aus. Parallel ließen sich dazu ungünstigere orofaciale Kompetenzen feststellen, wodurch sich die Nahrungsaufnahme im weiteren Verlauf verschlechterte. In der Literatur wird im Bezug auf das Verhalten bei der Nahrungsaufnahme zwischen funktionalen und dysfunktionalen Mustern auf Eltern- und Kindesseite unterschieden. Dies lässt sich auch bei unauffällig entwickelten Kindern feststellen, die aufgrund der zunehmenden Sättigung im Verlauf der Nahrungsaufnahme dysfunktionale Muster aufweisen (Bodeewes, 2003). Somit handelt es sich bei der Beobachtung einer Verschlechterung der kindlichen Nahrungsaufnahme um einen physiologischen Vorgang, der bei behinderten Kindern – aufgrund der reduzierten orofacialen Kompetenzen und der Einschränkungen in Interaktion und Kommunikation – in einem höheren Ausmaß vorliegt. Dass auch die Eltern im Verlauf ungünstigere Muster zeigen, wird mit dem kindlichen Einfluss auf das elterliche Verhalten begründet. Darüber hinaus kann dies auch durch die bisherigen Erfahrungen mit der eingeschränkten Nahrungsaufnahme des Kindes bedingt sein, sodass aufgrund der negativen Erwartungshaltung die förderlichen Maßnahmen nicht vollständig bzw. nicht während der gesamten Füttersituation umgesetzt werden können.

In der Literatur wird beschrieben, dass Interaktion und Kommunikation in der frühen Kindheit als besonders intensiv erlebt werden, sodass Kinder in diesem Entwicklungsalter Pausen zur Erholung benötigen, bevor sie sich erneut auf den Kontakt mit dem Gegenüber einlassen können (Derksen & Lohmann, 2009). Da bei behinderten Kindern immer eine Differenz zwischen Lebens- und Entwicklungsalter vorliegt, kann davon ausgegangen werden, dass auch bei älteren Kindern ähnlich häufige und lange Pausen während der Interaktion nötig sind. Nur dann gelingt es den Kindern, Kommunikation zu initiieren bzw. auf Signale des Gegenübers zu reagieren. Aufgrund der doppelten Anforderung von gleichzeitig stattfindender Nahrungsaufnahme und Interaktion während der Füttersituation sind daher vermehrte Erholungspausen indiziert. Die Eltern, mit denen diese Inhalte in den Beratungsgesprächen thematisiert wurden, reagierten in der zweiten Füttersituation sensibler auf die kindlichen Signale, was zu einer Verlangsamung der Interaktion und der Nahrungsaufnahme führte. Darüber hinaus setzten sie im Vergleich zur ersten Füttersequenz häufiger Pausen bzw. reagierten auf derartige kindliche Signale adäquater.

Die Beratung wird in der Literatur u.a. als Interaktion zur Vermittlung neuer Sachverhalte und/oder Analyse, Neubewertung und -strukturierung vorhandener Informationen beschrieben (Schwarzer & Posse, 2005). Durch das Angebot von logopädischem Fachwissen (Möller & Spreen-Rauscher, 2009) erhalten die Eltern die Möglichkeit, sich mit den aktuellen Problemen des Kindes auseinanderzusetzen, wodurch Entscheidungs- und Handlungskompetenzen entste-

hen (Schwarzer & Posse, 2005). Die Fokussierung auf bereits vorhandene, positive Muster kann mittels geeigneter Videosequenzen erfolgen und somit als Ressource sowie zur Stärkung der elterlichen Fähigkeiten dienen (Papousek, 2000). Die beschriebenen Aspekte konnten auch in der Studiendurchführung und -auswertung beobachtet werden: Durch die Vermittlung neuer Aspekte hinsichtlich des Zusammenspiels von elterlicher und kindlicher Interaktion sowie der Auswirkungen auf die Nahrungsaufnahme des Kindes konnte das Bewusstsein der Eltern für neue Sachverhalte und Zusammenhänge erweitert werden. Somit war eine Auseinandersetzung mit der Füttersituation unter neuen Gesichtspunkten möglich, wodurch eine aktive Verhaltensveränderung der Eltern möglich wurde. Durch die bewusst gesetzte Entscheidung entstanden neue Handlungskompetenzen bei den Eltern und die bereits vorhandenen, positiven Muster konnten ausgebaut werden.

#### *Einschränkungen zur Arbeit*

Aufgrund der geringen TeilnehmerInnenzahl ist die Aussagekräftigkeit hinsichtlich der Ergebnisse eingeschränkt. Um eine größere Stichprobe zu erhalten, wäre eine Ausdehnung des Einzugsraums potentieller TeilnehmerInnen eine Option, wobei in diesem Fall die persönliche Beratung schwer umsetzbar wäre. Um dennoch auch Personen mit größerer Entfernung zum Studienort erreichen zu können, wäre eine videobasierte Beratungssituation denkbar.

Bei den TeilnehmerInnen handelte es sich um interessierte Eltern, die zur Reflexion des eigenen Verhaltens und zur Erprobung neuer Muster bereit waren. Darüber hinaus zeigten alle Beteiligten (ansatzweise) positive Verhaltensweisen, sodass keine Aussage über die Wirksamkeit bei Eltern mit geringerer Compliance oder negativ(er)en Interaktionsmustern getroffen werden kann.

Die Beurteilung von Veränderungen erfolgte ausschließlich durch den Vergleich des Eingangs- und Abschlussvideos. Um die Umsetzung der thematisierten Inhalte noch genauer darstellen zu können, wäre eine weitere Videoaufzeichnung zwischen den beiden Füttersituationen eine Möglichkeit. Somit könnten möglicherweise Unterschiede im Verlauf des Anwendungszeitraums beobachtet werden. Ferner wäre ein längerer Zeitraum zur Erprobung interessant, sodass nicht nur nach vier Wochen, sondern nach zwei und drei Monaten erneut Füttersequenzen übermittelt werden. Somit könnte die Langzeitwirkung der Beratungsgespräche erhoben werden.

#### *Schlussfolgerungen und Ausblick*

Obwohl die Interaktion während der Füttersituation in der Behandlung von Kindern mit oropharyngealen Dysphagien und der Beratung ihrer Eltern derzeit bei keiner Therapiemethode einen dezidierten Inhalt darstellt, ist die Berücksichtigung dieser Aspekte bei diesem Störungsbild relevant. Es konnte gezeigt werden, dass durch die Fokussierung der Interaktion zwischen Eltern und Kind die Kommunikation zwischen den Beteiligten qualitativ verbessert werden kann. Dies führt zu einer Entspannung der Füttersituation und zur Entlastung von Eltern und Kind, indem nicht mehr die eingeschränkte Nahrungsaufnahme des Kindes im Vordergrund steht, sondern wie bei Mahlzeiten mit unauffällig entwickelten Kindern der sozial-kommunikative Aspekt an Bedeutung gewinnt.

Dies wirkt sich positiv auf das Verhalten der Eltern aus, die die kindlichen Signale besser wahrnehmen, adäquater deuten und angemessener darauf reagieren. Infolge der Berücksichtigung der eigenen Bedürfnisse erfährt das Kind in der Kommunikation mit dem Gegenüber seine Selbstwirksamkeit und den Nutzen von Interaktion. Aufgrund des Verständnisses und der adäquaten

Reaktion auf die kindlichen Signale durch die Eltern kann das Kind seine Bedürfnisse mitteilen. Somit zeigt das Kind während der unmittelbaren Nahrungsaufnahme günstigere Muster, wodurch das Annehmen und die Verarbeitung des Essens und Trinkens qualitativ besser gelingt.

Da bei den vorhandenen Konzepten zur Therapie oropharyngealer Dysphagien im Kindesalter ebenfalls Verbesserungen durch auf die unmittelbare Nahrungsaufnahme zentrierte Beratung beobachtbar sind, könnte durch die Kombination beider Ansätze der Therapieerfolg vermutlich zusätzlich erhöht werden. Eine Überprüfung wäre möglich, wenn eine Elterngruppe individualisierte Beratung hinsichtlich Interaktion und Kommunikation bekäme, die zweite Gruppe bezüglich der Unterstützung der kindlichen Nahrungsaufnahme beraten würde, die dritte Gruppe zu beiden Inhalten Informationen zur Unterstützung des Kindes erhielte und die Kontrollgruppe ohne Intervention bliebe. Auf diese Weise könnten Unterschiede in der Wirksamkeit der einzelnen Inhalte sowie deren Kombination erhoben werden und dadurch die Nutzung logopädischer Elternberatung verbessert werden.

### Literatur

- Biber, D. (2012). *Frühkindliche Dysphagien und Trinkschwächen: Leitfaden für Diagnostik, Management und Therapie im Klinischen Alltag*. Wien: Springer.
- Bodeewes, T. (2003). *Fütterinteraktion zwischen Mutter und Kind bei füttergestörten und nicht-füttergestörten Kindern* (Dissertation). München: Ludwig-Maximilians-Universität, Medizinische Fakultät.
- Brisch, K.H. (2014). *Säuglings- und Kleinkindalter: Bindungspsychotherapie - Bindungsbasierte Beratung und Therapie* (2. überarbeitete Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Chatoor, I. & von Hofacker, N. (2012). *Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern: Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Derksen, B. & Lohmann, S. (2009). *Baby-Lesen.: Die Signale des Säuglings sehen und verstehen*. Stuttgart: Hippokrates.
- Engel-Hoek, L. van den (2008). *Fütterstörungen: Ein Ratgeber für Ess- und Trinkprobleme bei Kleinkindern*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Forgas, J.P., Press, P. & Frey, D. (1999). *Soziale Interaktion und Kommunikation: Eine Einführung in die Sozialpsychologie* (4. überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Frey, S. (2011a). Oropharyngeale Dysphagien. In: Frey, S. (Hrsg.), *Pädiatrisches Dysphagiemanagement. Eine multidisziplinäre Herausforderung* (S. 103-122). München: Urban & Fischer Verlag.
- Frey, S. (2011b). Voraussetzungen des Dysphagiemanagements in der Pädiatrie. In: Frey, S. (Hrsg.), *Pädiatrisches Dysphagiemanagement. Eine multidisziplinäre Herausforderung* (S. 161-173). München: Urban & Fischer Verlag.
- Frey, S. (2011c). Grundlagen des Pädiatrischen DYSphagiemanagements (PÄDY). In: Frey, S. (Hrsg.), *Pädiatrisches Dysphagiemanagement. Eine multidisziplinäre Herausforderung* (S. 235-249). München: Urban & Fischer Verlag.
- Gloger, C. (2010). Wie erleben Eltern und Kinder den Videoeinsatz im ambulant-klinischen Setting? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 193–206.



- Hofacker, von N., Papousek, M. & Wurmser, H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 171-199). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kannengieser, S. (2009). *Sprachentwicklungsstörungen: Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Möller, D. & Spreen-Rauscher, M. (2009). *Frühe Sprachintervention mit Eltern: Schritte in den Dialog*. Stuttgart: Thieme.
- Morris, S.E. & Klein, M.D. (2000). *Mund- und Eßtherapie bei Kindern. Entwicklung, Störungen und Behandlung orofazialer Fähigkeiten*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Nusser-Müller-Busch, R., Coombes, K. & Bülau, P. (2004). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts: F.O.T.T. nach Kay Coombes* (korrigierter Nachdruck). Wien: Springer.
- Papousek, M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 611–27.
- Papousek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 77-110). Bern: Verlag Hans Huber.
- Renk, S. (2015): Anamnese bei Fütterstörungen. In: Fütterstörungen (FST) im Baby- und Kleinkindalter - Diagnostik und Therapie (Seminarskript). 33-37
- Schelten-Cornish S. (2005). Indirekte interaktive Intervention bei Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen: Analysen an Fallbeispielen. *LOGOS Interdisziplinär*, 13, 105–111.
- Schütz, B. (2008). *Einfluss der kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Therapie nach dem Münchner Modell auf die Mutter-Kind-Interaktion bei Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter*. Aachen: Shaker.
- Schwarzer, C. & Posse, N. (2005). Beratung im Handlungsfeld Schule. *Pädagogische Rundschau*, 59, 139–51.
- Wolke, D. (2000). Fütterungsprobleme bei Säuglingen und Kleinkindern. *Verhaltenstherapie*, 10, 76–87.