

## 2. Zur Vorbereitung auf das Thema NF!T® – Das Wichtigste zuerst ...

In diesen jetzt folgenden Abhandlungen finden Sie grundlegende Gedanken, die Ihnen beim Verständnis der Besonderheit der NF!T® helfen. Ich empfehle Ihnen unbedingt, diese Kapitel zuerst zu lesen und dann erst im Übungsteil zu stöbern.

### 2.1 Die Zunge hat keine Ohren

Diese Erkenntnis war für mich die Initialzündung für meine Arbeit und hat wesentliche Teile meiner logopädischen Arbeit fast revolutioniert. Nach dem Kennenlernen verschiedener Therapieangebote und dem Ausprobieren derselben, habe ich gemerkt, dass viele von ihnen sehr hoch ansetzen, oft zu „verkopft“ sind und fast alle die aktive kognitive Mitarbeit des Patienten erfordern!

Was mache ich aber dann bei einem Baby, bei einem Patienten im Wachkoma oder bei einem Patienten, dessen geistige Behinderung so ausgeprägt ist, dass er meinen verbalen Anweisungen nicht Folge leisten kann?

Wie komme ich also an diese Patienten heran? Kann ich bei ihnen überhaupt Veränderungen hervorrufen, wenn sie mich nicht verstehen?

Ich musste also eine Möglichkeit finden, die mich „hinter“ die Problematik des Patienten schauen lässt. Ich wollte eine Kommunikationsmöglichkeit finden auch für Patienten, mit denen Kommunikation im eigentlichen Sinn nicht möglich ist, eine Kommunikationsmöglichkeit, die nicht den kognitiven Kanal nutzt.

Das Baby kann sicherlich hören, aber nicht verstehen. Nichts von dem, was ich **sagen** würde, hat eine Wirkung. Ich kann ein Baby mit meiner Stimme beruhigen, aber nicht zum Handeln auffordern.

„Die Zunge hat keine Ohren“. Was meint dieser einfache Satz?

**Die NF!T® kommt ohne sprachliche Hinweise zur Durchführung aus!**

Wenn der Therapeut vom Patienten eine Bewegung der Zunge haben möchte, kann er ihr (= der Zunge) nicht direkt sagen, was sie tun soll, denn die Zunge hat ja nun tatsächlich keine Ohren und kann nicht hören, was „ihr“ gesagt wird. Das Velum auch nicht, die Zahnwurzeln auch nicht und auch sonst keiner der Muskelbereiche, die ich im Mund verändern möchte. Alles, was ich als Therapeut sage, wird natürlich von den tatsächlichen Ohren als Hörorgan des Pati-

enten aufgenommen, und geht von dort über die afferenten Nervenleitungen in die Großhirnrinde. Anschließend übernehmen die efferenten Nervenbahnen die Ausführung der geforderten Bewegung. Das bedeutet, dass man die – und nur die! – Bewegungsausführung bekommt, die im ZNS abgespeichert ist. Das ist aber im therapeutischen Fall vermutlich eher die, die nicht erwünscht oder unvollkommen ist. Denn alles, was dem Patienten gesagt wird, wie er z. B. seine Zungenbewegungen verändern soll, geht über den bewussten Weg der Großhirnrinde. Im Idealfall wird das vielleicht kurzzeitig für die jeweilige Situation in der Therapiestunde Erfolg haben, nämlich dann, wenn der Patient sich anstrengt, den Anforderungen des Therapeuten Folge zu leisten. Oftmals initiiert diese Anstrengung aber auch diverse unerwünschte, oder auch assoziierte Bewegungen. Eine langfristige Veränderung, die generalisiert werden kann, ist jedoch oft für den Patienten auf der bewussten Ebene sehr schwierig oder sogar unmöglich.

Außerdem: Wie ich schon gefragt habe, was mache ich mit Patienten, die meine Aufforderungen nicht befolgen können, weil sie auf Grund ihres Entwicklungs- oder Bewusstseinszustandes dazu nicht in der Lage sind? Diesen Patienten kann ich auch keine kognitiven Hinweise zum Einsatz und zur Veränderung ihrer fehlenden, falschen oder unzureichenden Mundfunktionen geben.

Durch die Beobachtung von Kindern kann man von ihnen und ihrer natürlichen Entwicklung lernen: Sie probieren aus, sie fühlen, sie spüren, sie ertasten und wenn etwas erfolgreich ist, wird es (unbewusst und automatisch) abgespeichert und zukünftig angewendet. Wenn sich eine noch effektivere Bewegungsausführung als die bisher ausgeführte findet, wird diese zugunsten der bisherigen Möglichkeiten eingesetzt und so weiter und so fort. Niemand würde ernsthaft in Erwägung ziehen, einem Baby durch verbale Hinweise zu *sagen*, wie es seine Milch zu trinken hat. Meist setzt man intuitiv die Flasche so an, dass das Kind gut mit den Lippen an den Sauger kommen kann, und der Erwachsene reguliert über kleine Bewegungen an der Flasche bzw. mögliche Lageveränderung des Kindes nach, bis das Kind ruhig saugend seine Milch trinken kann. Desgleichen würde niemand ernsthaft das Baby verbal auffordern den Kopf zu drehen oder sonstwie die Art und Weise des Trinkens zu verändern. Sprache wird hier eher als Zugabe verstanden, in dem Sinne, dass man natürlich mit dem Baby spricht und „kommuniziert“, aber nicht, weil man tatsächlich erwartet, dass das Baby (in seinen ersten Lebenswochen) sein Saugverhalten angemessen den verbalen Aufforderungen nach verändern könnte.

---

**Ich möchte für Sie meine Aussage von der Zunge ohne Ohren noch deutlicher machen:**

Stellen Sie sich mal – rein theoretisch! – folgende Situation vor: Ein Kind muss unmittelbar ab Geburt mit einer Nahrungssonde versorgt werden. Diese Sonde bleibt für einige Jahre liegen und es gibt zusätzlich keinerlei orale Nahrungsauf-

nahme und auch keinerlei orale Stimulation. Jetzt kann nach einigen Jahren die Sonde entfernt werden.

Wäre es jetzt möglich, dem Kind ein Brötchen in die Hand zu geben und erwarten zu können, dass es dieses nach entsprechenden *verbalen* Erklärungen richtig abbeißen, kauen und schlucken kann?? –

Das Kind könnte uns doch glauben, wenn wir ihm sagen, dass dieses Ding mit seiner krümeligen Konsistenz ganz ungefährlich im Mund ist, es muss nur „richtig“ abbeißen, das Brötchen „gut durchkauen“ und dann „schlucken“! Mit ein wenig guten Willen würde es schon gelingen ...

Nein, das geht natürlich nicht, da das Kind in diesem (konstruierten) Fall überhaupt keine Vorstellung vom „Essen“ mit allen seinen Anforderungen hat. Und das, obwohl das PEG ernährte Kind ja auch einen Mund, eine Zunge und Zähne hat ... Das Kind weiß doch gar nicht, wie sich die verschiedenen Bewegungen anfühlen, die notwendig sind für die Aufnahme und Verarbeitung von Nahrung im Mund. Natürlich nützen dem Kind in unserem konstruierten Fall Erklärungen, die es auf kognitiver Ebene ansprechen, gar nichts. Auch für einen Erwachsenen würden sie in einem entsprechenden Fall natürlich nicht ausreichen!

### **Der sich entwickelnde Mensch muss alles im eigenen Erleben erfahren!**

Einen ähnlichen, wie den oben skizzierten theoretischen Fall habe ich vor einigen Jahren in meiner Praxis behandelt:

#### **Falldarstellung:** *Marvin*

Marvin, ein kleiner Junge, kam als Frühgeburt auf die Welt und wurde wegen einer „Trinkschwäche“ über die Dauer von mehr als 4 (!) Jahren über eine PEG versorgt, ohne jedwede zusätzliche orale Nahrungsgabe. (Ausgangsbefund: Hypotonie und Hypersensibilität im gesamten orofazialen Bereich, sehr stark eingeschränkte Zungenmotorik, Amimie, fehlender Mundschluss, Rhinophonie aperta, Hypersalivation, des Weiteren massive vestibuläre Einschränkungen und Spastik in Händen und Beinen).

Ich lernte Marvin also in seinem vierten Lebensjahr kennen, als die Mutter meinte, jetzt sei es Zeit für „richtiges“ Essen.

Der Therapieverlauf war ein langer und aufwändiger Weg. Letztlich führte er aber zum gewünschten Erfolg.

Über intensive orale Stimulation mit den in diesem Buch beschriebenen Übungen kam dieses Kind nach 18 Monaten Therapie zum ganz „normalen“ Essen und auch zum Sprechen! (Viele meiner Bahnungsübungen sind in der Arbeit mit Marvin entstanden, denn er konnte natürlich nicht auf dem Sauger gleich saugen, also habe ich mir Schritte überlegt, wie ich das mit ihm erreichen kann.)

Die Eltern hatten bis dahin immer wieder versucht, Marvin zum Essen zu überre-

den und haben ihm manchmal sogar Essen in den Mund geschoben, was überhaupt nicht zum Erfolg führte, sondern seine Abwehr gegenüber jedweder Speise noch vergrößerte.

Probieren Sie es doch einfach mal aus: Verzichten Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit doch mal auf kognitive Hinweise. Ich werde es Ihnen in diesem Buch genau beschreiben, wählen Sie für Ihre Arbeit einen anderen Zugang: Ausschließlich den der Wahrnehmung über das Fühlen. Von außen nach innen. Von efferent nach afferent. Von peripher nach zentral. Die Zunge, die Lippen, die Wangen usw. müssen spüren, spüren, spüren, was sie anders machen sollen. Wenn Sie als Therapeut sprechen, sollten es ausschließlich rhythmische Hilfen sein. Lassen Sie statt der verbalen Anweisungen die Mimik Ihres Gesichtes sprechen. Zeigen Sie durch Ihre differenzierte Mimik wohin es gehen soll.

In dem Moment, in dem das Kind auf Grund der therapeutischen Intervention das macht, was erwartet wird, und es dafür gelobt wird, wird es diese gewünschten, erfolgversprechenden Bewegungen oder Funktionen immer wieder einsetzen. Schon haben Sie ein neues Bewegungsmuster über die Wahrnehmungsschiene des Fühlens erarbeitet, dieses wird im ZNS abgespeichert und in der Folge überlagert es das alte ineffektive oder nicht gewünschte Bewegungsmuster. Je häufiger und intensiver dieses neue Bewegungsmuster geübt wird, desto mehr werden die entsprechenden synaptischen Verbindungen im Gehirn gestärkt bzw. neue neuronale Verbindungen geschaffen, und alte sukzessiv schwächer gemacht bzw. letztlich abgeschaltet. Jeder Lernprozess, jede neue Erfahrung bewirkt Umbauprozesse im ZNS. Diese Veränderungen bewirken im Gehirn das gleiche wie ein Modernisierungsprogramm für ein altes Haus: Frischen Wind!

Sie sollten sich aber nach erfolgreicher „Renovierungsphase“ dann in jedem Fall einen „Siehst-Du-Satz“ wie z. B. : „Siehst Du, Du kannst ja doch durch die Nase schnauben!“ sparen. Wenn das Schnauben der Nase nämlich für das Kind bisher eher eine unangenehme Erfahrung war, wirkt dieser Satz eher kontraproduktiv, und das Kind denkt: „Hilfe, das ist ja eklig!“ Ohne den Satz als pädagogischen Zeigefinger ist es einfach eine lustige Übung. – Sie können trotzdem ziemlich sicher sein, dass dieses Kind nach erfolgter NFIT® bei der nächsten Erkältung wie selbstverständlich die Nase ins Taschentuch ausschnauben kann.

In dem Moment, in dem Erklärungen abgegeben werden, fängt der „Denkapparat“ an bei der Bewegungssteuerung mitzuhelfen und stört eher die gewünschte Bewegungsausführung, als das er helfen würde. Probieren Sie es selber mal aus, wie dieses bewusste Denken selbstverständliche Bewegungsabläufe stören kann: Denken Sie mal ausdrücklich bei jeder Stufe mit, wenn Sie das nächste Mal eine Treppe herunterlaufen: Rechts, links, rechts, links, rechts ... Sie brauchen vermutlich nicht lange zu warten, dann werden Sie stolpern! – Also halten Sie sich gut fest!

In einem kleinen Rollenspiel können Sie diesen Stör-Mechanismus testen und an sich selber erfahren: Brötchen essen mit verbalen Anweisungen! Es darf ausschließlich DAS gemacht werden, was der Rollenspiel-Partner (Kollege, Familienangehöriger ...) als Anweisung gibt, wie das Brötchen zu essen ist. Er soll sich bitte **ganz** viel Mühe geben und die Bewegungsanweisungen ganz kleinschrittig benennen: jede Lippen-, Zungen- und Kieferbewegung muss angesagt werden. Wie fühlen Sie sich dabei? Was fehlte alles? Wie gut konnten Sie kauen? – Ich hoffe nur, Sie haben sich nicht verschluckt!

Diese Erfahrungen, die Sie jetzt mit dem Rollenspiel gemacht haben, sind auch der Hintergrund vom „Grundsatz Nr. 1 im Kapitel 3.4, dass vom Therapeuten alles am Patienten **gemacht** wird und ihm die Übung **nicht** verbal erklärt wird. Trotz (oder gerade wegen?) der fehlenden verbalen Anweisung ist es pure und sehr effektive Logopädie!

### Fazit

1. Durch die „sprachlose“ Art durch die Übungen zu führen, können Sie mit allen Patienten unabhängig von ihrer sprachlichen Herkunft, optimal und effektiv arbeiten.
2. Ohne Worte, nur mit Handlungen kommen Sie schneller an Ihr therapeutisch angestrebtes Ziel.
3. Gesprochene Handlungsanweisungen wirken sich eher störend auf anzubahrende Bewegungsabläufe aus.
4. Eine Automatisierung und Generalisierung der gewünschten Bewegungsabläufe wird durch eine Erfahrung auf der taktil-kinästhetischen Wahrnehmungsschiene sicherer im ZNS abgespeichert, als es über die verbale Schiene gelingen könnte.
5. Mit der NFIT® bauen bzw. programmieren Sie das Gehirn um: Sie schaffen neue neuronale Verbindungen und schwächen alte unerwünschte Verknüpfungen.

## 2.2 Was ist das Besondere an der NFIT®?

Die NFIT® ist eine Methode, mit der

- ursachenorientiert
- ganzheitlich
- individuell
- und ohne Rezidive gearbeitet werden kann und das gelingt deshalb so gut, weil
- ohne verbale Aufforderungen und Hinweise gearbeitet wird.

Die Übungen der NFIT® sind

einfach ...	... weil die Übungen einem strukturierten und vorgegebenem Konzept folgen und es eine Art „Kochbuchprinzip“ gibt
schwierig ...	... weil sie immer individuell aus einem großen Übungspool ausgewählt und an die Notwendigkeiten des Patienten angepasst werden müssen
effektiv ...	... weil mit relativ wenig Aufwand eine große Wirkung erzielt werden kann
lustvoll ...	... weil nur gemacht wird, was der Patient „kann“ und alles ist richtig! (nur der Therapeut macht Fehler ...)

... und sie sind für alle Altersstufen geeignet, kein Patient ist zu jung oder zu alt!

Die oben genannte Ambivalenz der einfachen und doch schwierigen Therapie unterscheidet die NFIT® noch nicht von anderen Therapieangeboten. Jeder Patient hat seine spezielle Symptomatik und so sollte die jeweilige therapeutische Herangehensweise natürlich ganz auf das spezifische Störungsbild abgestimmt sein. Was so banal und einfach klingt, ist oft *die größte* Herausforderung jedes Therapieangebotes.

Für die NFIT® bedeutet das, dass es (am Beispiel Kaunudel) nicht darum geht, den Patienten (irgendwie) darauf kauen zu lassen, sondern es geht u. a. um viele Einzelentscheidungen:

1. Offen oder geschlossen?
2. Liegend oder stehend?
3. Schneidezähne, Eckzähne oder Backenzähne?
4. Symmetrisch oder asymmetrisch?
5. Wie viel Kaudruck?
6. Welche Druckdauer?
7. Welche Kauhäufigkeit?
8. Welche Kaufrequenz?
9. Mit oder ohne Nudelküsschen?
10. Passive oder aktive Nudelküsschen?

(Die Bedeutung der einzelnen Punkte finden Sie im Übungsteil.)

An dieser exemplarischen Liste wird deutlich, dass es viele Dinge zu bedenken gibt. Jede Übung hat sehr viele verschiedene Variationsmöglichkeiten, und die Übung muss natürlich jeweils auf das „Gesamtpaket“ der Symptome angepasst werden, um sie *richtig* und ursachenreduzierend einzusetzen.

## Der Therapeut muss wissen

- Wo der Patient steht
- Und wohin er will bzw. soll!

Das bedeutet:

- Wie ist der Befund zu Beginn der Therapie?

und

- Wie lautet das therapeutische Ziel???

Wenn diese Fragen durch die Anamnese und Diagnostik eindeutig und klar beantwortet werden können, geht es an die Therapieplanung. Dabei sollte nicht nur berücksichtigt werden, was der Therapeut als erstrebenswerte Ziele für den Verlauf der Therapie formulieren würde, sondern hier sollten unbedingt **alle Beteiligten** – Patient, Eltern, Angehörige – Ziele für die Therapie formulieren dürfen. Die Zielbesprechung also immer gemeinsam mit dem Patienten durchführen! Das können manchmal auch schon Kinder ab dem Kindergartenalter.

**i** Manchmal ist es überraschend, mit wie viel Klarheit ein Ziel formuliert werden kann – und es ist möglich, dass das Ziel, das dem Patienten wichtig ist, ein ganz anderes ist, als das, was der Therapeut für erstrebenswert hält.

**i** Manchmal ist es direkt erschreckend, wie spezifisch so eine Zielerfragung sein kann. Oder wie viel seelische Not in so einem, vom Patienten formulierten Ziel liegt: Ich kann mich an einen ca. 9-jährigen Jungen erinnern, der auf diese von mir gestellte Frage sehr traurig antwortete: „Die anderen Kinder sollen nicht mehr ‚Pferde-Fresse‘ zu mir sagen!“ – Die seelische Not des kleinen Jungen hat mich sehr betroffen gemacht, er konnte aber endlich mal aussprechen, was er täglich in der Schule erlebte. Es brach mit Tränen in den Augen förmlich aus ihm heraus.

Wenn alle bisher erwähnten Fragen angemessen berücksichtigt wurden, haben Sie mit der NFIT® *alle* Möglichkeiten die therapeutischen Interventionen zu leiten und oft schon nach relativ kurzer Zeit bemerkenswerte Erfolge vorzuweisen.

In der NFIT® Arbeit wird jeweils so weit in den Funktionen zurückgegangen, wie es individuell für den Patienten notwendig ist. Wenn jemand nicht beißen kann, beginnen wir nicht beim Beißen, sondern **vor** dem Beißen. Wenn jemand nicht den Mund aus eigenem Antrieb schließen kann, versetzen wir seine Muskulatur durch entsprechende Stimulation in die Lage, dass die Lippen ohne verbale Aufforderung „sich“ suchen. Der Grund für den fehlenden Schluss ist ja nicht, dass der Patient es nicht will, sondern nicht kann. (... und auch die Lippen haben keine Ohren ...) Wie ich schon ausgeführt habe, sind die Ergebnisse nach verbalen Aufforderungen oft trügerisch und bestehen leider meistens nur kurzzeitig.

Um im Idealfall die physische Entwicklung störungsfrei zu durchlaufen, brauchen wir von außen Input, Stimulationen und Anregungen. Wie diese Maßnahmen genannt werden, ist zweitrangig, das Wichtigste ist, dass ein Kind die *Möglichkeit* bekommt, sich zu entwickeln. Dazu braucht es nicht nur Liebe, Licht, Luft und Nahrung, sondern auch vielfältige Möglichkeiten Bewegungsabläufe zu beobachten und *allein zu tun*. Jede Hilfe sollte angemessen sein und nicht so, dass dem Kind das eigene Tun abgenommen wird. Das Kind muss *alleine* Zähne putzen, um die Bewegungen zu lernen. Das Kind muss *alleine* essen dürfen, damit es das lernt. Bei jeder dieser Tätigkeiten geht es nicht nur um das Vordergründige, wie z. B. das Sattwerden oder die sauberen Zähne, sondern immer gleichzeitig um viele andere Dinge: Geschicklichkeit, Balance des Löffels, Augen-Mund-Kontrolle, Kraftdosierung von Arm, Hand und Fingern, Hand-Mund-Koordination, Kopf- und Rumpfkontrolle sind nur einige Dinge, mit denen das Kind hier gleichzeitig fertig werden muss.

Hilfe oder Helfen von Seiten der Eltern bedeutet fast immer:

*Ich mache das für Dich!*

*Weil ...*

*... du das (noch) nicht kannst!*

*... du noch zu klein bist!*

*... ich das besser /schneller kann!*

- i** Dieses Übernehmen von Aufgaben bedeutet eine Einschränkung des Lernens für das Kind! (s. Thema „Spiegelneuronen“)

Ein Beispiel zu diesem Thema:

#### **Mögliches Problem:**

- i** Eine Mutter meint, dass ihr Baby sich beim Trinken aus der Flasche zu sehr anstrengen muss, weil das Loch des Saugers auf der Flasche zu klein ist.
- **Was wird sie vielleicht tun?** Die Anstrengung verringern und einfach den Flaschensauger mit dem nächst größeren Loch nehmen. Also beim Tee den Milchsauger oder bei der Milchflasche den Breisauger.
- **Auswirkung:** Das Kind wird in gewohnt heftiger Manier ziehen und so vermutlich ein Überangebot an Flüssigkeit in den Mund bekommen. Vielleicht erschreckt es sich „nur“, schluckt und stellt sich auf das „mehr“ an Nahrung ein. Das kann es am besten, indem es das zu viel an Nahrung aus dem Mund herausschiebt (so entwickelt sich mancher Zungenvorstoß und vielleicht auch Interdentalität).
- Vielleicht kommt es aber auch mit diesem Überangebot an Flüssigkeit überh. aupt nicht klar und fühlt sich wie ein Ertrinkender mit Erstickungsangst. Es wehrt sich und schreit. Die Mutter deutet das Weinen vielleicht als Hunger und presst weiterhin die Flasche auf die Lippen.

- ☛ Die Mutter hat es mit ihrer Maßnahme selbstverständlich gut gemeint, aber durch ihr Vorgehen hat das Kind jetzt andere und letztlich noch massivere Probleme ...

### Ein Falldarstellung aus meiner Praxis: *Lena*

Ein Arzt rief an, ob ich auch schon mit Kindern arbeiten würde, die erst 5 Monate alt sind. Das Mädchen sei kurz vor dem Verhungern, und er (= der Arzt) würde mir 1 (eine!) Woche Zeit geben für die Therapie. Wenn ich in dieser Woche nicht erfolgreich wäre, würde er das Kind in eine Klinik einweisen, um eine PEG legen zu lassen.

Ich bestellte die Eltern ein, mit der Bitte, eine Flasche Milchnahrung mitzubringen. Beim Eintreffen in den Therapieraum weinten alle Drei: Vater, Mutter und Kind.

**Zur Vorgeschichte:** Das Kind war das erste Kind des Ehepaares. Der Zwillingenbruder des kleinen Mädchens war kurze Zeit nach der Geburt gestorben. Das Mädchen, ich nenne sie Lena, trank nicht ‚gut‘ bzw. gar nicht, und die Eltern hatten nun verständlicherweise große Angst, dass Lena verhungert und sie auch dieses Kind noch verlieren könnten. Es war für die Eltern verständlicherweise furchtbar belastend, dass sie es nicht schafften, ihr Kind ausreichend zu ernähren.

Bisherige Hilfen waren ohne Erfolg:

- Hebamme
- Stillberatung
- Schreiambulanz
- Ärztliche Untersuchungen und Beratungen
- und die (ernstgemeinte) Empfehlung eines Beraters an die Eltern, gemeinsam mit Lena auf den Friedhof zu gehen, um dort mit ihr um den Bruder zu trauern, da sie anscheinend den Verlust und die Trauer noch nicht verarbeitet hat?!

### Fortsetzung: *Lena*

Aus lauter Sorge, dass Lena nicht genügend Nahrung aufnimmt, hatte die Mutter ganztägig versucht ihrer Tochter die Flasche zu geben. Sobald der Mund offen war, kam die Flasche oder aber auch ein Löffel mit Milch in den Mundraum.

Das Kind hat dabei fast immer nur geschrien, aber nicht getrunken.

Ich bat die Mutter, mir die Trinksituation vorzuführen, damit ich mir ein Bild machen könne. Die Mutter nahm das Kind liebevoll auf den Arm, gab die Flasche und – das Kind schrie. Auf meine Bitte hin versuchte die Mutter noch für einige Zeit, dass Lena trinkt. Lena schrie nur und versuchte sich aus den Armen der

Mutter herauszuwinden. Obwohl klar war, dass sie viel Hunger hätte haben müssen, war sie anscheinend nicht bereit zu trinken. Ich beobachtete ‚nur‘ und gab keinerlei Anweisungen. Ich nahm relativ schnell wahr, wo das Problem sein könnte und hatte eine Idee!

Daraufhin bat ich die Mutter, mir Lena und die Milchflasche (ca. 230 ml) zu geben. Ich setzte meine Idee, die ich durch die Beobachtung gewonnen hatte, um – und Lena trank! Sie saugte ruhig und gleichmäßig, auch sehr kräftig, sah mir intensiv in die Augen und ließ den Flaschensauger erst los, als der letzte Tropfen aus der Flasche verschwunden war. Sie hatte die komplette Flasche zufrieden ausgetrunken!!!

Während der gesamten Zeit war eine geradezu faszinierende Stille im Raum, nur unterbrochen von den Saug- und Schluckgeräuschen des Kindes. Während ich Lena die Flasche gab, fiel mir ein, dass ich das Telefon nicht ausgestellt hatte, und hoffte die ganze Zeit, dass uns kein Klingeln stören würde. Am Ende hatte ich es ohne jede Störung geschafft, und was noch wichtiger war, Lena hatte es geschafft!

Als die Flasche leer war, schauten mich die Eltern ungläubig an und stellten mir die Frage, die ihnen jetzt unter den Nägeln brannte:

„**Was** haben Sie gemacht und **wie** haben Sie das gemacht?“

- Ich hatte anfangs beobachtet, dass die Mutter die Flasche immer wieder intensiv und ganz fest auf und in den Mund presste. Zusätzlich und zwischendurch drückte sie mit Daumen und Zeigefinger den Flaschensauger zusammen und spritze so die Milch in Lenas Mund. Mit diesem Überangebot an Milch konnte Lena nicht umgehen und bemühte sich nach Leibeskräften, dafür zu sorgen, dass die Milch aus dem Mund heraus befördert wurde. Sie hat die ganze Zeit unter Erstickungsangst gelitten und zusätzlich versucht, sich vor dem „Ertrinken“ zu retten!



Es war schon paradox:

- Lenas Mutter hatte Angst, dass Lena verhungert und
- Lena hatte Angst, dass sie an der Milchmenge „ertrinkt“ bzw. erstickt.

### Mein Lena-Trick war recht einfach:

Ich habe Lena am Flaschensauger ansaugen lassen und dann den Sauger ein klein wenig unter Zug gesetzt und somit *etwas* aus dem Mund **herausgezogen**. *Dadurch konnte und musste Lena **selber aktiv saugen**, was ihr ohne Probleme gelang.*

Jetzt könnte man die Frage stellen, warum ich der Mutter nicht unmittelbar den Hinweis mit dem leichten Herausziehen der Flasche gegeben habe. Nach meiner Erfahrung ist es meistens so, dass – in Lenas Fall mit der Mutter – eine ganz

bestimmte Art und Weise der Nahrungsgabe gefühlsmäßig verbunden ist. Mit einer *neuen* Person kann man jedoch auch *neue* Erfahrungen machen. So war das auch in dem geschilderten Fall.

In den nächsten 2 bis 3 Wochen habe ich die Eltern therapeutisch begleitet und ihnen Sicherheit in dieser *neuen* Fütter-„Technik“ vermittelt. Es wurde sehr schnell alles gut und die Therapie konnte erfolgreich nach kürzester Zeit beendet werden – und von einer PEG war nicht mehr die Rede!

Was hat diese Geschichte mit der NFIT® zu tun? Sehr viel! Bei der NFIT® geht es darum, den Patienten Dinge selber machen zu lassen und keine unangebrachten Hilfen anzubieten, die meist das Gegenteil bewirken.

Wie bei Lena: Die Mutter wollte Lena helfen, dass sie nicht so viel Mühe beim Trinken hat. Mit ihrer „Hilfe“ hat sie das Gegenteil bewirkt, nämlich dass Lena sich vor dem Milchüberangebot retten musste.

Meine Reaktion war, Lena zu fordern und ihre Anstrengungsbereitschaft zu aktivieren. Durch meine Beobachtung konnte ich entsprechend reagieren.

Kinder, aber natürlich auch Jugendliche und Erwachsene wollen gefordert werden! Die Muskulatur eines Menschen möchte ebenfalls gefordert werden. Menschliche Strukturen (Muskeln, Knorpel und Knochen) brauchen Druck und Zug, um sich gesund entwickeln zu können. Die Anforderungen müssen selbstverständlich angemessen sein, aber dürfen auch immer an das Maximum der zu leistenden Grenze gehen. Nur durch eine stetige Erhöhung der Anforderungen sind Leistungssteigerungen und damit verbundene Funktionsverbesserungen zu erwarten und zu erzielen.

#### Fazit:

1. Man „hilft“ dem Kind nicht, wenn man ihm „hilft“.
2. Trauen Sie sich, Leistung vom Patienten zu *fordern!* Damit *fördern* Sie!
3. Schauen Sie immer genau hin: Wo ist der Ausgangspunkt? Wo ist der Zielpunkt?
4. Machen Sie die Zielbesprechung gemeinsam mit dem Patienten!
5. Sie stimulieren durch ihre Art und Weise der Übungsdurchführung alles das, was der Patient machen soll, und dabei geben Sie keinerlei verbale Hinweise!