

Redaktion

M. Papoušek, München
 D. Reinhardt, München

C. Thiel-Bonney

Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und
 Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg

Frühkindliche Regulationsstörungen

Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten am Beispiel des exzessiven Schreiens

Am späten Abend stellen besorgte Eltern in der Notfallambulanz einer Kinderklinik ihren 2 Monate alten schreienden Säugling vor. Überaus angespannt berichten sie von heftigen, unstillbaren „Schreiattacken“ ihres Babys, die in der 2. Lebenswoche begannen und nun akut seit 3 h anhielten. Der Kinderarzt untersucht den Säugling und bestätigt seine körperliche Gesundheit. Auf verständnisvolles Nachfragen hin erfährt er von der großen Erschöpfung der Eltern und dem Gefühl der Ohnmacht gegenüber dem lange andauernden kindlichen Schreien. Die weinende Mutter berichtet, sie habe nur mit Mühe Impulse unterdrücken können, das Schreien ihres Babys mit einem Kissen zu ersticken; sie fühle sich als schlechte Mutter, der es nicht einmal gelinge, ihr Baby zu beruhigen.

Frühkindliche Regulationsstörung

Auffälligkeiten kindlicher Verhaltensweisen in den ersten Lebensjahren erscheinen mit einer Prävalenz von 15–25% gesunder Säuglinge und Kleinkinder bemerkenswert häufig. Meist sind sie Teil „ganz normaler Krisen“ in der kindlichen Entwicklung [17]; sie treten zeitgleich mit alterstypischen Reifungs-, Anpassungs- und Regulationsprozessen auf. Als solche sind

sie in vielen Fällen selbstlimitierend und nicht als pathologisch zu sehen.

➤ Eine frühkindliche Regulationsstörung wird über die typische Symptomtrias diagnostiziert

Das vermehrte Schreien des Säuglings in den ersten Lebensmonaten sowie anhaltende Schlaf- oder Fütterprobleme oder später z. B. ein exzessives Trotzverhalten stellen als Extremvarianten kindlicher Verhaltensauffälligkeiten erhöhte Anforderungen an die elterlichen intuitiven Kompetenzen im Umgang mit ihrem Kind. Häufig finden sich dysfunktionale Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind in unterschiedlichen Interaktionskontexten, das kindliche Problemverhalten greift mit zunehmender Dauer pervasiv auf andere interaktive Kontexte über und gefährdet die Lösung neuer Entwicklungsaufgaben. Entsprechend den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter [10] handelt es sich nun, bei Bestehen der Symptomatik von mindestens 1 Monat, um eine frühkindliche „Regulationsstörung“ mit folgender Symptomtrias:

- Störung der kindlichen Verhaltensregulation mit für das Alter und den Entwicklungsstand des Kindes außergewöhnlichen Schwierigkeiten, seine

Befindlichkeit und sein Verhalten angemessen zu regulieren und einen ruhigen, aufmerksamen oder affektiv positiven Zustand zu organisieren.

- Dysfunktionale oder entgleiste Interaktionsmuster zwischen Säugling/Kleinkind und seinen primären Bezugspersonen in unterschiedlichen Interaktionskontexten
- Assoziierte elterliche physische und psychische Belastung, häufig in Verbindung mit einem aktuellen oder chronischen Überforderungssyndrom

Beratungs- und Therapiekonzepte bei frühkindlicher Regulationsstörung müssen der Trias in einem breiten Spektrum kindlicher Störungsbilder mit individueller Ausprägung und unterschiedlichen organischen und psychosozialen Einflussfaktoren gerecht werden [31, 36]. Von einer Entwicklungskrise bei ausreichenden elterlichen und kindlichen Ressourcen bis zur schweren Beeinträchtigung von Beziehung und Bindung zwischen Eltern und Kind und psychischer Belastung der Eltern umfasst das therapeutische Spektrum die Entwicklungsberatung mit einer Interaktions- und Kommunikationsanleitung bis hin zur psychodynamisch und familiensystemisch orientierten Psychotherapie oder zur stationären Behandlung (▣ Abb. 1).

Im vorliegenden Beitrag sollen Beratungs- und Therapiemöglichkeiten bei frühkindlicher Regulationsstörung am Beispiel des exzessiven Schreiens dargestellt werden.

Exzessives Schreien – Symptomtrias

Kindliche Verhaltensauffälligkeit

Jeder 4.–5. gesunde Säugling schreit oder quengelt über das normale Maß hinaus, mit Beginn etwa in der 2. Lebenswoche, einem Höhepunkt in der 6. Lebenswoche und in der Regel einem Abfall zum Ende des 3. Lebensmonats hin „exzessiv“, d. h. mehr als 3 h am Tag, an mindestens 3 Tagen in der Woche über 3 Wochen hinweg („3er-Regel“ nach Wessel et al. [33]). Nur etwa 20% der exzessiv schreienden und 4% aller Säuglinge werden zur Diagnostik und Beratung in Spezialambulanzen vorgestellt. In klinischen Stichproben zeigte sich eine hohe Persistenzrate des „Kolikschreiens“ über den 3. Lebensmonat hinaus von bis zu 60% [37].

Das unstillbare Schreien zeigt eine hohe Persistenz.

Es erscheint „anfallsartig“, ohne erkennbaren Grund und tritt meist verstärkt in den frühen Abendstunden auf. Auffallend dabei ist eine abendliche kumulative Überreizung/Übermüdung des meist reizoffenen und irritablen Säuglings nach nur kurzen Tagesschlafchen von jeweils 10–20 min Dauer und mehrstündigen Wachphasen am Tag mit nicht ausreichender Gesamtschlafzeit und einer Unreife der zirkadianen Schlaf-Wach-Regulation und des Rhythmus der HPA („hypothalamic, pituitary, adrenocortical“-Aktivität [4, 16, 34]). Die Reaktivität auf Außenreize ist bei exzessiv schreienden Babys erhöht, die Selbstregulations- und Beruhigungsfähigkeiten sind gleichzeitig verringert. Bei mangelnder Tröstbarkeit und Selbstberuhigung [1] sind „normale“ Beruhigungshilfen der Eltern nicht wirksam; das Kind lässt sich insbesondere in den späten Nachmittags- und frühen Abendstunden kaum noch beruhigen und fällt schließlich erschöpft in einen verspäteten Nachtschlaf.

Dysfunktionale Interaktion

In einem sich aufschaukelnden Teufelskreis dysfunktionaler Interaktion versuchen die Eltern vergeblich, ihren Säugling zu beruhigen oder ihn in den Schlaf zu begleiten. Unter einer vermehrt eingesetzten Stimulation (stundenlanges Umhertragen, heftige vestibuläre Stimulation, häufiger Wechsel der Beruhigungs- und Ablenkungsversuche, Einsatz von „weißem Rauschen“ bei Autofahrten und laufendem Staubsauger usw.) stabilisiert sich der Säugling jedoch nur kurzfristig und findet nicht in eine ausreichend lange und erholsame Ruhephase. Anspannung und Erregung bei Eltern und Kind steigen wechselseitig eskalierend an. Mit pervasiv auftretenden weiteren Störungen der kindlichen Verhaltensregulation (z. B. beim Stillen/Füttern) und persistierender kindlicher Symptomatik nehmen dysregulierte kindliche Verhaltenszustände überhand; Interaktion und Beziehung dekomensieren in eine überwiegend negative Gegenseitigkeit, was in eine Gefährdung des Kindeswohls münden kann.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

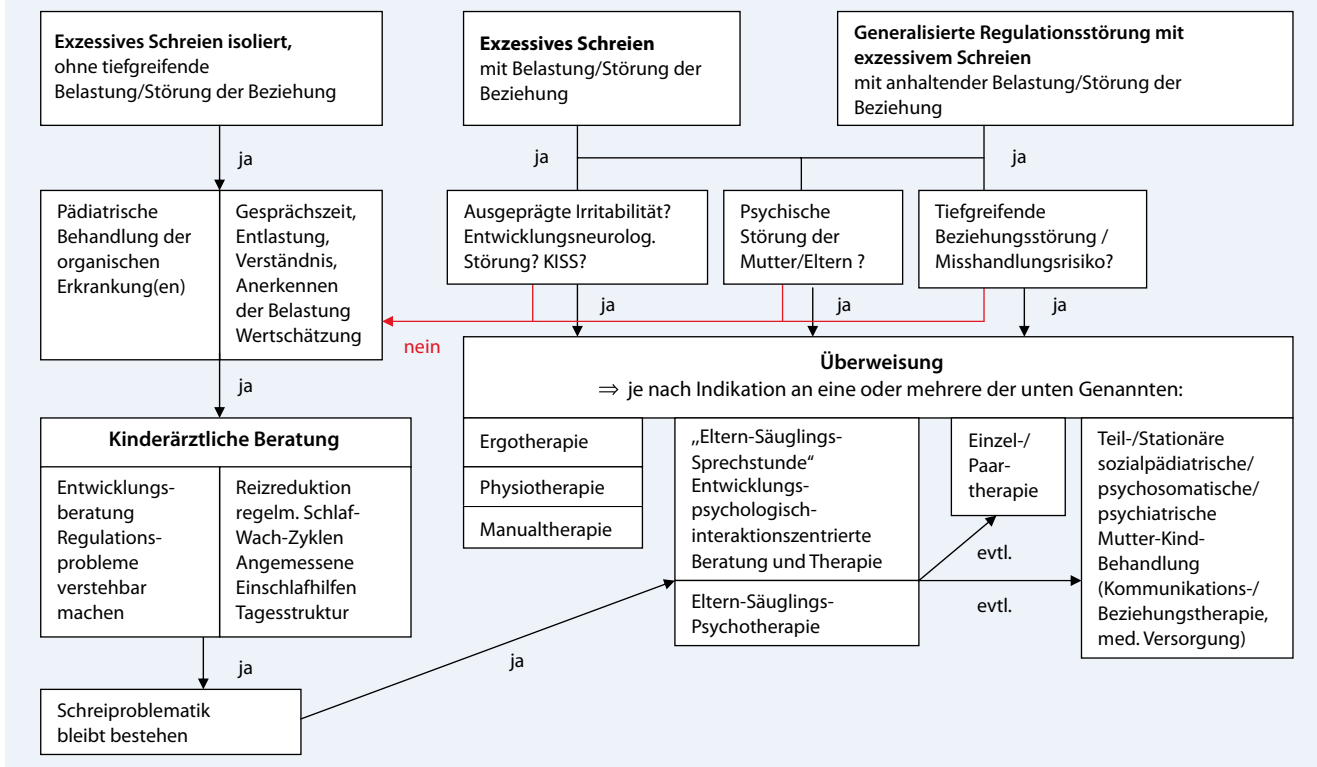


Abb. 1 ▲ Therapeutischer Entscheidungsbaum zur Regulationsstörung „Exzessives Schreien“. (Aus [23], mit freundlicher Genehmigung der Autoren und der Stiftung Kindergesundheit)

Das Misshandlungsrisiko bei exzessivem Schreien ist hoch.

In einer breit angelegten niederländischen Studie berichteten 5,6% der Eltern von Kindern unter 6 Monaten, das Kind schon mindestens 1-mal aufgrund des Schreiens geschlagen oder geschüttelt oder versucht zu haben, das Schreien zu ersticken. In 80% der Fälle, in denen ein Kind geschlagen wurde, war ein exzessives Schreien vorausgegangen; das unstillbare Schreien ist als der häufigste Trigger für eine frühe Misshandlung zu sehen [24].

Elterliches Überlastungssyndrom

Unstillbares Schreien führt über die ausgelöste akute Stressreaktion unweigerlich zu einem mütterlichen/elterlichen Überlastungssyndrom. Es ist geprägt durch eine tief greifende Erschöpfung bei andauerndem Schlafdefizit und eine hohe Verunsicherung bezüglich der eigenen elterlichen Kompetenz mit Selbstzweifeln und Versagensgefühlen bis hin zu einer depressiven Stimmungslage oder wütenden Ambivalenzkonflikten. Gelingt es den Eltern, eigene oder familiäre Ressourcen

zu aktivieren, können diese Belastungen kompensiert werden. Bei biografischer Vorbelastung der Eltern (z. B. bei psychischer Erkrankung, eigener Trennungs-/Verlust-/Gewalterfahrung), kumulativen psychosozialen Belastungen und mangelnder Unterstützung im familiären System (z. B. bei Konflikten in der elterlichen Herkunftsfamilie, massiven Paarkonflikten) oder in einem nicht tragfähigen sozialen Netz kann das System jedoch entgleisen: Selbst hochbelastet, finden die Eltern keinen Zugang zu ihren koregulativen und intuitiven Kompetenzen im Umgang mit ihrem Kind. Sie erleben mit ihrem Baby kaum noch entspannte Momente und freudige spielerische Interaktionen.

Beratung und Therapie bei frühkindlicher Regulationsstörung

Entlang der zuvor beschriebenen Symptomtrias wird das Ziel verfolgt, die kindliche Regulationsstörung möglichst rasch zu mindern oder aufzulösen, positive Interaktions- und Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und für eine Entlastung der Eltern und der Familie Sorge zu tragen.

Dies geschieht, dargelegt am Beispiel des exzessiven Schreiens, auf 4 Ebenen:

Somatische Ebene

Pädiatrische/entwicklungsneurologische Diagnostik und Therapie

Immer muss eine pädiatrische Untersuchung des exzessiv schreienden Kindes erfolgen. Organische Faktoren wie Infektionen, gastrointestinale Störungen, Atopie, Verletzungen oder neuropädiatrische Erkrankungen [25, 27] müssen ausgeschlossen bzw. mitbehandelt werden. In einer Untersuchung von Barr [1] fanden sich jedoch in nur weniger als 5% der Fälle das Schreien bedingende medizinische Ursachen.

Noch immer werden Eltern exzessiv schreiender Säuglinge mit dem Hinweis auf „Blähungen“ und gastrointestinale Ursachen in den ersten 3 Lebensmonaten getröstet. Sichtbare Blähungen sind jedoch meist die Folge des vermehrten Schreiens und des Schluckens von Luft, nicht dessen Ursache [28]. Interventionen, die den Darmgasgehalt verringern, haben keinen Einfluss auf das kindliche Schreiverhalten: Simethicon (Sab Simplex®; Lefax®)

zur Reduktion von Flatulenz zeigt gegenüber Placebo keinen signifikanten Effekt auf das kindliche Schreien und gilt daher in Metaanalysen und Übersichtsartikeln als unwirksam [11, 19]. Die Bezeichnung des exzessiven Säuglingsschreiens als primär intestinale Störung („3-Monats-Kolik“) sollte verlassen werden.

Beispiele möglicher organischer Belastungen bei exzessivem Säuglingsschreien

Nahrungsmittelintoleranz. Bei bestehendem klinischem Verdacht einer Nahrungsmittelunverträglichkeit gegen Kuhmilch- oder Sojaprotein (insbesondere bei Säuglingen mit blutigen Durchfällen und unzureichender Gewichtszunahme und bei familiärer atopischer Belastung) sollte über einen Zeitraum von zunächst 1 Woche ein Versuch kuhmilchfreier, hypoallergener Ernährung des Säuglings unternommen werden [13, 25]. Grundsätzlich sollten Nahrungsumstellungen bei Schreip Problemen jedoch sehr sorgfältig überlegt sein: Die Ergebnisse verschiedener Studien sind uneinheitlich, und es ergibt sich insgesamt in nur 5–10% der betroffenen Kinder eine Besserung der Schreisyndromatik [38, 39].

Gastroösophagealer Reflux (GÖR). Ein GÖR mit/ohne Refluxösophagitis kann ein exzessives Schreien sekundär (mit) bedingen. In Abwesenheit von häufigem Erbrechen oder Fütterschwierigkeiten ist ein pathologischer GÖR als Ursache kindlichen Schreiens jedoch unwahrscheinlich [12]. Ein kausaler Zusammenhang zwischen der Schreidauer des Kindes und einem GÖR konnte nicht nachgewiesen werden.

Funktionelle Unreife des ZNS. In einer Stichprobe der Münchner Sprechstunde für Schreibabys [14] wiesen mehr als die Hälfte der Säuglinge leichte bis mäßige Zeichen neuromotorischer Unreife (z. B. Tonusregulationsstörungen, Asymmetrien, leichte zentrale Koordinationsstörungen mit Aufrichtungsmangel usw.) auf, die sich jedoch meist spontan unter Handlungsanleitung der Eltern und ggf. kurzzeitiger Physiotherapie oder Manualtherapie besserten. Bei ausgeprägter kindlicher Irritabilität und Überreaktivität auf sensorische

Monatsschr Kinderheilkd 2009 · 157:580–586 DOI 10.1007/s00112-008-1894-5
© Springer Medizin Verlag 2009

C. Thiel-Bonney

Frühkindliche Regulationsstörungen. Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten am Beispiel des exzessiven Schreiens

Zusammenfassung

Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen haben ein 3-faches Ziel: die kindlichen Verhaltensprobleme zu beheben, überforderte Eltern zu entlasten und belastete Eltern-Kind-Interaktionen/-Beziehungen zu entspannen und in entwicklungsangemessene Bahnen zu lenken. Kinderärzten kommt dabei als primären Ansprechpartnern und vertrauten Beratern der Eltern oder bei Bedarf als Vermittler an entsprechende Spezialambulanz eine wichtige Aufgabe zu. Am Beispiel des exzessiven Schreiens informiert der Artikel im Überblick über ein Spektrum

von Beratungs- und Behandlungsmethoden und deren Wirksamkeit. Neben pädiatrisch-somatischen Aspekten der Therapie werden Möglichkeiten des Kinderarztes in den Bereichen Entwicklungsberatung, Interaktionsanleitung und integrierter Behandlungsangebote dargestellt.

Schlüsselwörter

Frühkindliche Regulationsstörung · Exzessives Schreien · Eltern-Kind-Interaktion · Eltern-Säuglings-Beratung · Eltern-Kleinkind-Beratung

Regulatory disorders in early infancy. Possibilities of intervention and treatment using the example of excessive crying

Abstract

Parent-infant/toddler counseling and psychotherapy in cases of infant regulatory disorders have the following three aims: to resolve the child's behavioral problems, to relieve overstrained parents, and to help counteract distressed parent–infant interactions and disturbed parent–infant relationships. For the parents, pediatricians act as primary, familiar contact persons and consultants and can recommend special health care centers if necessary; therefore, their role is important. Using the example of excessive infant crying, this article gives a survey of various coun-

seling and treatment methods and their efficacy. In addition to the pediatric somatic aspects of treatment, it describes alternatives available to pediatricians in the areas of interaction guidance, integrated methods of intervention, and counseling related to developmental problems.

Keywords

Regulatory disorders · Excessive crying · Parent-child interaction · Parent-infant counseling · Parent-toddler counseling

Infobox 1

Empfohlene Beratung bei exzessivem Schreien [10, 38]

- Strukturierung des Tagesablaufs mit regelmäßigen Schlaf-Wach-Zyklen und einer Abfolge von Schlaf – Mahlzeit – Wachphase – Schlaf
- Erkennen und Verstehen kindlicher Signale (Interaktionsbereitschaft, Hunger, Müdigkeit, Überreizung)
- Ausnutzen aufmerksamer kindlicher Wachphasen für gemeinsamen positiven Austausch; kurze Phasen des Alleinspiels zur Unterstützung der Selbstregulation
- Passendes, entwicklungsangemessenes Antworten auf kindliche Signale; Vermeiden überstimulierender Beruhigungsstrategien (z. B. andauerndes Tragen, Anbieten ständiger vestibulärer, visueller und akustischer Reize und häufiges „Bei-Laune-Halten“ aufgrund vermeintlicher kindlicher „Langeweile“)
- „Pucken“ von Kindern unter 8 Wochen bei vermehrter motorischer Unruhe/Hyperexzitabilität
- Vermeidung kindlicher Übermüdung mit Schlaf bei ersten Müdigkeitssignalen (meist schon nach 1–1,5 h Wachzeit) unter Reizreduktion
- Bei Dysregulation, erhöhter Irritabilität, Hyperreaktivität auf sensorische Reize: Handlings-Anleitung, Ergotherapie, sensorische Integration
- Bei Überlastung, evtl. mit Hinweis auf Misshandlungsgefahr: Timeout der primären Bezugsperson, Informieren über Gefahr des Schüttelns, Entlastung durch Einbeziehung von Partner, Familie und Freunden, „Verordnung“ von Entspannungszeiten für die Mutter/die Eltern
- Bei nicht mehr ausreichenden familiären Ressourcen und Gefahr der Dekompensation: z. B. Antrag auf Haushalts-/Familienhilfe (Krankenkasse/Jugendamt), evtl. Einleitung einer (teil-)stationären Behandlung

Reize (s. auch Desantis et al. [9]) kann eine ergotherapeutische Unterstützung mit Handlings-Anleitung und sensorischer Integrationsbehandlung notwendig werden.

Häufig wird ein vermehrtes Tragen des exzessiv schreienden Babys propagiert, um die Schreisyndromatik zu lindern. In einer Studie von Barr et al. [2] erbrachte diese Maßnahme jedoch keine Änderung des Schreiverhaltens, was als ein Hinweis auf zentral erschwerte Regulationsprozesse gewertet wird [1].

KISS/manualtherapeutische Interventionen. Als Ursache für das exzessive Schreien wird auch eine hypomobile Funktionsstörung der Halswirbelsäule (KISS, kopfgelenkinduzierte Symmetriestörung) mit hoher Tastempfindlichkeit im Nacken und fixierter Seitneigung/Überstreckung diskutiert.

Biedermann [5] beschrieb bei korrekter Vordiagnostik und enger Indikationsstellung die manualtherapeutische KISS-Behandlung von vermehrt schreienden Kindern in 60% der Fälle als erfolgreich. Manualtherapeutische/chiropraktische Interventionen ohne eindeutige klinische Symptomatik führten in einer Doppelblindstudie [21] gegenüber einem Placebo nicht zu einer Besserung der kindlichen Schreisyndromatik. Der Babymassage und der Erzeugung von Vibrationen des Kinderbettchens („crib vibrator“) wurde in einer finnischen Studie [15] kein spezifischer Effekt auf die Reduktion des Schreiens zugemessen.

Entwicklungsbezogene Ebene

Die an der kindlichen Entwicklung orientierte Beratung unterstützt die Eltern hin zu einem verbesserten Verständnis der Entwicklung ihres Säuglings/Kleinkindes und seiner Signale in verschiedenen Alltagskontexten sowie zu entwicklungsgerechten Antworten auf aktuelle kindliche Bedürfnisse (z. B. beim Einschlafen, Füttern usw.).

Ausgehend von der Annahme des exzessiven Schreiens als Ausdruck einer dysregulierten Schlaf-Wach-Organisation mit kumulierendem Schlafdefizit und Überreiztheit werden die Eltern anhand von zuvor über einige Tage geführten 24-h-Protokollen (zu Mahlzeiten, Zeiten gelungener Interaktion, Schrei- und Unruhephasen, Schlafphasen) beraten. Möglichkeiten der Beruhigung des Kindes, dem es aufgrund seiner erhöhten Erregbarkeit und Reaktivität schwer fällt, von Umweltreizen „abzuschalten“ und einzuschlafen, werden mit den Eltern besprochen (konkrete Empfehlungen s. **Infobox 1**).

Elternberatung und -anleitung sind wirksame Maßnahmen

Untersuchungen bestätigten die Wirksamkeit von Elternberatung und -anleitung

und beschrieben eine signifikante Minderung der kindlichen Schreidauer nach Interventionen, die insbesondere auf der Strukturierung des Tagesablaufs, eine Reizreduktion und eine passende Unterstützung des Kindes in der Entwicklung selbstregulatorischer Fähigkeiten fokussieren [11, 20, 35]. Die Regelmäßigkeit der Tagesstruktur hat als sozialer Zeitgeber einen wesentlichen Einfluss auf die innere Uhr des Kindes und seine Synchronisation des Schlaf-Wach-Verhaltens mit dem Tag-Nacht-Wechsel [16].

In einer niederländischen Studie [32] wurden 398 gesunde, exzessiv schreiende Kinder im Alter bis 3 Wochen+6 Tage rekrutiert. Die Eltern erhielten eine verhaltensorientierte Beratung/Intervention, die eine regelmäßige Tagesstruktur vorgab: zeitliche Abfolgen von Schlaf, Füttern direkt nach dem Schlaf, positive Interaktion mit dem Baby, Alleinspiel des Babys im Laufstall, Beobachtung von Müdigkeitssignalen und zeitnahes Zu-Bett-Bringen. Nach der ersten Interventionswoche hatte sich das Schreien um 42% reduziert. Dabei zeigte sich für Kinder unter 8 Wochen ein signifikanter zusätzlicher Effekt durch das Einbinden in ein Tuch („Pucken“) mit einer größeren Abnahme der Schreidauer über die Interventionszeit.

Interaktions- und kommunikationszentrierte Ebene

Es ist von besonderer Bedeutung, dass Ärzte und Therapeuten die Eltern in ihrem hohen Leidensdruck ernst nehmen und ihnen, ohne Schuldzuweisung, eine angemessene Hilfe anbieten. Betroffene Eltern fühlen sich in hohem Maße durch das unstillbare Schreien ihres Kindes belastet.

Wie zuvor in der Symptomtrias der Regulationsstörung beschrieben, erscheint die Interaktion zwischen Mutter/Vater und Kind z. B. im Beruhigungskontext signifikant häufig dysfunktional [14]. Interaktions- und Kommunikationsanleitung der Eltern zielen darauf ab, sie für die Bedürfnisse ihres Kindes zu sensibilisieren. In angeleiteten „Baby-Lesestunden“ [3] werden sie ermutigt, feinfühlig und entwicklungsangemessen auf die Signale des Kindes zu antworten [6]. Dies kann in den belasteten Alltagskontexten geschehen (beim Füttern, Beruhigen, Schlafenlegen usw.). Gleichzei-

tig sollten auch unbelastete Interaktionsmomente (z. B. im Spiel) berücksichtigt werden, um Ressourcen zu erkennen und Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken. In der kinderärztlichen Praxis können solche dyadischen oder triadischen Momente zwischen Mutter/Vater und Kind während der Anamnese, beim An- und Ausziehen und Wickeln des Säuglings/Kleinkindes beobachtet werden.

— Der Vater sollte immer in die Beobachtung und Beratung mit einbezogen sein.

Die Eltern erhalten positive Rückmeldungen zu gelingenden Interaktionssequenzen und erleben so eine Stärkung ihres elterlichen Selbstwertgefühls und ihrer intuitiven Fähigkeiten. Hierzu kann auch die videogestützte Arbeit mit jungen Familien [22, 30] einen wichtigen Beitrag leisten.

Psychodynamisch-beziehungs-zentrierte Ebene

Die Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie fokussiert auf elterliche Repräsentanzen, biografische Erfahrungen und Belastungen aus den Herkunftsfamilien sowie paar- und familiensystemische Aspekte und bezieht die psychosoziale Situation der Familie, ihre möglicherweise eingeschränkten Ressourcen und die Bearbeitung elterlicher Gefühle und Empfindungen (z. B. eigene Trennungs- und Verlusterlebnisse, Misshandlungs- und Gewalterfahrungen, Traumatisierung usw.) mit ein. Elterliche Erinnerungen und Fantasien aus der eigenen Biografie und ungelöste mehrgenerationale Beziehungskonflikte aus den Herkunftsfamilien können sich in die Interaktion mit dem Kind einmischen. Dies führt zu einer verzerrten Wahrnehmung und einer Fehlinterpretation der kindlichen Signale und behindert eine entwicklungsgemäße Unterstützung des Kindes.

Der psychotherapeutische Zugang zu dysfunktionalen Interaktions- und Beziehungsmustern kann entwicklungspsychologisch fundiert über verschiedene Wege erfolgen (Übersicht in Liebermann et al. [18] und Stern [29]), die sich in ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit auf kindliche Verhaltensprobleme, die psychische Verfassung der Mutter und die Bindungsent-

wicklung nicht grundsätzlich unterscheiden [8, 26]. Ein psychodynamischer Therapieansatz, meist im Rahmen einer sequenziellen Kurzzeittherapie, fokussiert verstärkt auf elterliche Repräsentanzen [7]; Interaktionszentrierte und verhaltenstherapeutische Ansätze nehmen intensiv Einfluss auf die Interaktionsebene zwischen Eltern und Kind, und ein systemischer Zugang bezieht verstärkt die Beziehungskonstellationen innerhalb der Paare und Familien (auch mehrgenerational) mit ein.

Die Münchner Sprechstunde für Schreibabys mit dem Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -psychotherapie [23, 36] und die Heidelberger Spezialambulanz für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern [31] sehen sich einem Ansatz verpflichtet, der Methoden und Konzepte der verschiedenen therapeutischen Richtungen integriert und auf die Bedürfnisse der jeweiligen Familien ausrichtet.

In einer Stichprobe der Münchner „Sprechstunde für Schreibabys“ [36] zeigten sich nach Entwicklungsberatung, entlastenden psychotherapeutischen Gesprächen, Kommunikationsanleitung und bei Bedarf einer psychodynamisch orientierten Kommunikations- und Beziehungstherapie eine Erfolgsrate der Behandlung (vollständige und überwiegende Besserung der Symptomatik, Eltern entlastet) von 89,9%. Im Durchschnitt war eine Behandlung nach etwa 4 Terminen abgeschlossen.

Eine Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie bei exzessivem Schreien ist indiziert (s. auch **Abb. 1** und [10]), wenn

- das Schreiproblem über 3 Monate hinaus persistiert und sich keine wesentliche Besserung der kindlichen Symptomatik nach entwicklungsorientierter Beratung zeigt,
- das Schreiproblem pervasiv auf andere Interaktionskontexte übergreift (z. B. Fehlen positiver Interaktionsmomente, Entstehen von Fütterproblemen),
- das Schreiproblem mit dysfunktionalen, maladaptiven Interaktionsmustern und Vernachlässigungs- und Misshandlungsgefährdung einhergeht und

- sich deutliche Belastungen/Störungen in den Eltern-Kind-Beziehungen zeigen (z. B. Beobachtung eines feindseligen, aggressiven Umgangs, von verzerrter Wahrnehmung des kindlichen Bedürfnisses mit Schuldzuschreibung; bei eingeschränktem emotionalem Zugang zum Kind bei postpartaler Depression usw.).

Finden sich organische und/oder psychische/psychiatrische Erkrankungen [z. B. schweres Überlastungssyndrom, (postpartale) Depression, Angststörungen, Psychose] der Eltern oder schwerwiegende Paarkonflikte, sollten die Mütter/Väter in eine individuelle z. B. psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung oder eine Paarberatung/-therapie vermittelt werden.

➤ In schweren Fällen kann eine stationäre Behandlung erforderlich werden

Bei schwerer Beeinträchtigung des elterlichen Verhaltensrepertoires im Umgang mit dem Kind und ausgeprägter Interaktions- und Beziehungsstörung, bei ausgeprägten kindlichen organischen/konstitutionellen Belastungen (z. B. bei Frühgeburtlichkeit, organischer Erkrankung, schwerer Gedeihproblematik) und bei unmittelbarer Bedrohung des Kindeswohls, z. B. bei schwerer mütterlicher Psychopathologie, wird die Indikationsstellung zu einer teilstationären oder stationären Mutter-/Eltern-Kind-Behandlung notwendig.

Entscheidungsbaum zum therapeutischen Vorgehen

Der in **Abb. 1** dargestellte Entscheidungsbaum fasst die Indikationsstellung zum therapeutischen Vorgehen bei frühkindlicher Regulationsstörung zusammen.

Fazit für die Praxis

Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation sollten aufgrund ihrer Pervasivität und Persistenz als möglicher Ausdruck oder als Folge belasteter Eltern-

Kind-Beziehungen und mit der Gefährdung der weiteren, insbesondere sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes keineswegs bagatellisiert werden. Kinderärzte sind die ersten und häufigsten Ansprechpartner für die jungen, beunruhigten Eltern. Indem Ärzte die Sorgen und Belastungen der Eltern ernst nehmen und ein beratendes Angebot machen, sind sie in der Lage, Weichen für die weitere positive Entwicklung des Kindes und seiner Familien zu stellen. Die verfügbaren, wissenschaftlich überprüften Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der Regulationsstörung geben der Pädiatrie die Möglichkeit, primär oder sekundär präventiv zu intervenieren und sollten somit verstärkt Eingang in die Betreuung der jungen Patienten und ihrer Eltern finden. Die Kinderärzte können sich ermutigt fühlen, Eltern z. B. bei einer Vorsorgeuntersuchung ihres Kindes auch nach dem Gelingen und Misslingen der verschiedenen Bereiche der Verhaltensregulation (insbesondere Schlafen, Trinken/Essen, Spielen) anzusprechen, Eltern im Zutrauen in ihre eigenen und die kindlichen Kompetenzen zu stärken, bei Bedarf die Familien zu beraten oder sie beim Erkennen von Gefährdungen an eine Spezialambulanz weiterzuweisen.

Korrespondenzadresse

Dr. C. Thiel-Bonney



Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg
 Consolata_Thiel-Bonney@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Barr RG (1998) Colic and crying syndromes in infants. *Pediatrics* [Suppl E 5] 102:1282–1286
- Bensel J, Haug-Schnabel G (2003) Exzessives Schreien. In: Keller H (Hrsg) *Handbuch der Kleinkindforschung*. Huber, Bern
- Cierpka M (Hrsg) (2004) Elternkurs „Das Baby verstehen“. *focus familie, heidelberg*, www.focus-familie.de
- Cierpka M, Windaus E (Hrsg) (2007) *Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte – Leitlinien – Manual*. Brandes & Apsel, Frankfurt
- Desantis A, Coster W, Bigsby R, Lester B (2004) Colic and fussing in infancy and sensory processing at 3 to 8 years of age. *Infant Mental Health J* 25(6):522–539
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter*. AWMF, Düsseldorf, www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-028.htm
- Garrison MM, Christakis DY (2000) Early childhood: colic, child development and poisoning prevention. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics* 106:184–190
- Heine RG, Jordan B, Lubitz L et al (2006) Clinical predictors of pathological gastro-oesophageal reflux in infants with persistent distress. *J Pediatr Child Health* 42:134–139
- Hill DJ, Roy N, Heine RG et al (2005) Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: a randomised, controlled trial. *Pediatrics* 116:709–715
- Huhtala V, Lehtonen L, Heinonen R, Korvenranta H (2000) Infant massage compared with crib vibrator in the treatment of colicky infants. *Pediatrics* 105(6):E84
- Largo RH, Benz-Castellano C (2004) Die ganz normalen Krisen – Fit und Misfit im Kleinkindalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Huber, Bern
- Lieberman AF, Silverman R, Pawl JH (2000) Infant-parent psychotherapy: core concepts and current approaches. In: Zeanah CH (ed) *Handbook of infant mental health*. Guilford Press, New York
- Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Gubbels JW et al (1998) Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ* 316:1563–1569
- McKenzie S (1991) Troublesome crying in infants: effect of advice to reduce stimulation. *Arch Dis Child* 66:1416–1420
- Papoušek M (2000) Einsatz von Video in der Eltern-Säuglingsberatung und -psychotherapie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 49:611–627
- Papoušek M, Rothenburg S, Cierpka M, Hofacker N von (2004) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. CD-basierte interaktive Fortbildung für Kinderärzte*. Stiftung Kindergesundheit, München, www.kindergesundheit.de
- Reijneveld SA, Van der Wal MF, Brugman E et al (2004) Infant crying and abuse. *Lancet* 364:1340–1342
- Robert-Tissot C, Cramer B, Stern D et al (1996) Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health J* 17(2):97–114
- Savino F (2007) Focus on infantile colic. *Acta Paediatr* 96:1259–1264
- Sferra TJ, Heitlinger LA (1996) Gastrointestinal gas formation and infantile colic. *Pediatr Clin North Am* 43(2):489–510
- Stern DN (1998) *Die Mutterschaftskonstellation*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thiel-Bonney C (2002) *Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Videogestützte Verhaltensbeobachtung und Videomikroanalyse als Interventionsmöglichkeit*. Psychotherapeut 47:381–384
- Thiel-Bonney C, Cierpka M, Cierpka A (2005) Präventives Beratungsmodell für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. In: Cierpka M (Hrsg) *Möglichkeiten der Gewaltprävention*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Engelberts AC et al (2006) Comparison of behaviour modification with and without swaddling as interventions for excessive crying. *J Pediatr* 149:512–517
- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB et al (1954) Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 14(5):421–435
- White BP, Gunnar MR, Larson MC et al (2000) Behavioral and physiological responsivity, sleep and patterns of daily cortisol production in infants with and without colic. *Child Dev* 71(4):862–877
- Wolke D, Gray P, Meyer R (1994) Excessive infant crying: a controlled study of mothers helping mothers. *Pediatrics* 94:322–332
- Wollwerth de Chuquisengo R, Papoušek M (2004) *Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie*. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Huber, Bern
- Wurmser H, Papoušek M (2004) *Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz*. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Huber, Bern
- Ziegler M, Wollwerth de Chuquisengo R, Papoušek M (2004) *Exzessives Schreien im Säuglingsalter*. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Huber, Bern
- Zwart P, Vellema-Goud MAG, Brand PLP (2007) Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants. *Acta Paediatr* 96:401–405

Das vollständige Literaturverzeichnis ...

... finden Sie in der html-Version dieses Beitrags im Online-Archiv auf der Zeitschriftenhomepage www.MonatsschriftKinderheilkunde.de