

Frühkindliche Regulation





© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com



search ID: dpan1600

"Call him Koffee-he keeps us awake!"



Zählen zu den häufigsten Gründen, weshalb Eltern mit ihren Kindern und Kleinkindern die kinderärztliche Praxis aufsuchen

Selbst unter reif geborenen, körperlich gesunden Kindern, weist etwa jedes vierte bis fünfte Kind eines oder mehrere der genannten Störungsbilder auf

(Papousek, 2004)

Unter Regulationsstörung wird eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem, häufig aber in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern, Zwiegespräch und Spiel, kurze Trennung, Grenzsetzung u.a.) angemessen zu regulieren. Regulationsstörungen äußern sich in alters- und entwicklungsphasentypischen kindlichen Symptomen (...) und bestehen typischerweise aus einer Kombination von gestörter Regulation des kindlichen Verhaltens, assoziierten elterlichen physischen und psychischen Belastungen sowie belasteten oder gestörten Interaktionen zwischen dem Säugling/Kleinkind und seinen primären Bezugspersonen (Symptomtrias). Regulationsstörungen können in spezifischen Beziehungskonstellationen mit bestimmten Bezugsgruppen auftreten, mit anderen Bezugspersonen dagegen nicht.

(Hofacker et al. , 2007)



Physiologische Anpassungsprozesse als vordergründige Aufgaben der Verhaltensregulation

Während der ersten drei Lebensmonate :

Nahrungsaufnahme und Verdauung
Immunologie
Thermoregulation
Schlaf-Wach-Organisation
Aufrechterhaltung eines ruhig-aufmerksamen Wachzustandes
...

Exzessives Schreien
Probleme der Schlaf-Wach-Organisation
Fütterstörungen

Drei bis sieben Monate:

Nachtschlaf
Zufüttern
Affektive Regulation
Steuerung der Aufmerksamkeit
Gerichtete Aktivität
...

Motorische Unruhe
Dysphorie
Spielunlust
Fütterstörungen
Schlafstörungen

Mitte des ersten Lebensjahres:

Eigenständige Fortbewegung
Sprachliche Kommunikation
Personenspezifische Bindung
Exploration – Sicherheitsbedürfnis

exzessives Klammern
übermäßige Fremdenangst
Trennungsangst
Fütter- , Schlafstörungen

Zweites Lebensjahr:

Freies Laufen
Abhängigkeit – Autonomie
Soziale Regeln – Grenzen

Exzessives Trotzen
Aggressiv-oppositionelles Verhalten
Fütter- , Schlafstörungen

Entwicklungsphasen der frühen Kindheit

	Geburt
Physiologische Regulation	2 – 3 Monate
Affektive Regulation	7 – 9 Monate
Intersubjektive Regulation	12 – 13 Monate
Symbolische Integration	18 – 20 Monate
Sprachliche Integration	

Zentrale psychische Bereiche

Vier „A“ – spielen in der nonverbalen Kommunikation eine zentrale Rolle – werden bei eine Auseinandersetzung mit einem (un)bekanntem Ereignis aktiviert und innerhalb einer Toleranzgrenze durch hemmende Prozesse in ihrer Balance gehalten

Arousal – Erregung – z.B. weit geöffnete Augen, beschleunigte Atmung

Aktivität – motorische Aktivität - Fäusteln

Affekt – affektive emotionale Erregung – Anspannung von Stirn und Mund

Aufmerksamkeit – neuronale Netzwerke – soziale Rückversicherung

Fehlanpassung durch

Zu starke Aktivierung - Zu starke Hemmung



<http://www.bilderfotos.com/bild-schlaf-mama-schrei-baby-4123.htm>

Frühkindliche Regulation - Engelskreis

Die Anforderungen der frühen Kindheit sind von den Eltern und dem Säugling gemeinsam in einer Co-Regulation zu bewältigen

Die Eltern unterstützen den Säugling mit ihren eigenen intuitiven Kompetenzen und kompensieren physisch wie psychisch, was der Säugling noch nicht alleine bewältigen kann

Der Säugling erlebt sich als gehalten, geborgen, wahrgenommen, beruhigt, angeregt,... und erlebt auf diese Weise seine Selbstwirksamkeit sowie Selbstregulation

Bei funktionierender Anpassung und Kommunikation entsteht ein positives kindliches Feedback an die Eltern, die in ihrem Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz gestärkt werden

Frühkindliche Regulation - Engelskreis

Die Anforderungen der frühen Kindheit sind von den Eltern und dem Säugling gemeinsam in einer Co-Regulation zu bewältigen

Die Eltern unterstützen den Säugling mit ihren eigenen intuitiven Kompetenzen und kompensieren physisch wie psychisch, was der Säugling noch nicht alleine bewältigen kann

Der Säugling erlebt sich als gehalten, geborgen, wahrgenommen, beruhigt, angeregt,... und erlebt auf diese Weise seine Selbstwirksamkeit sowie Selbstregulation

Bei funktionierender Anpassung und Kommunikation entsteht ein positives kindliches Feedback an die Eltern, die in ihrem Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz gestärkt werden

Frühkindliche Dysregulation - Teufelskreis

Es kommt zu einem negativen kindlichen Feedback

Die Eltern zweifeln an ihren eigenen Kompetenzen und es entstehen Hilflosigkeit, Ohnmacht, Frustration, Wut, Angst vor Ablehnung, Depression, Aggression,

Es entsteht ein Teufelskreis aus negativer Gegenseitigkeit, die Eltern erhalten negative Feedbacksignale und entwickeln einen Mangel an intuitiver Kompetenz

Frühkindliche Dysregulation - Teufelskreis

Hemmung der intuitiven elterlichen Kompetenz - Vermeidung spielerischer Interaktion, verarmtes und stereotypes Repertoire, Ignorieren kindlicher Signale, inadäquate und ineffektive Antworten, verzögerte Latenz

Mangel an intuitiver Unterstützung – ggf. Vernachlässigung / Misshandlung

Erlernte Hilflosigkeit – der Traum der perfekten Mutter platzt und es entstehen ein verletztes Selbstwertgefühl, Depressionen und Schuldgefühle

Bestehende oder unterschwellige neurotische Konflikte werden aktualisiert – Partnerkonflikte, Rollenkonflikte, Konflikte mit den Eltern

Chronische Erschöpfung – Schlafdefizit, Chronischer Stress, Abnorme Erregbarkeit

Ambivalenz – Abschied vom Traumbaby, Ablehnung, Angst vor Ablehnung, Aggression



Mögliche Risikofaktoren für eine gestörte Co-Regulation

Präpartal

Stress der Mutter
Ängste der Mutter
Schwangerschaftsdepression
Partnerschaftskonflikte
Unerwünschte Schwangerschaft

Infertilitätsbehandlung
Alter der Mutter
Mehrlingsschwangerschaft
Substanzabusus

Peripartal

Traumatisch erlebte Geburt
Frühe Trennung von Mutter und Neugeborenem
Geburtskomplikationen
Früh- oder Mangelgeburt

Postpartal

Anhaltende Paarkonflikte
Psychische Störungen der Eltern
Soziale Isolation
Trauma
Finanzielle Belastung

neurologische Auffälligkeiten
Entwicklungsstörungen
Hospitalisationen



<http://renatealf.de/bilder/cartoons3/Schreibbaby.jpg>

Schreien

Schreien ist eine vorsprachliche Kommunikation

Der Säugling äußert seine Bedürfnisse und Befindlichkeit

Physiologisches Schreien – nach der Geburt, bei Hunger, nasser Windel, Bedürfnis nach Zuwendung

Pathologisches Schreien – akute Erkrankung, Unwohlsein, genetische Störung

Unspezifisches Schreien – Eltern und Fachleute finden keinen Grund dafür, Kann sich zu exzessivem Schreien steigern

Schreien

Schreiepisoden beginnen in der 2. Lebenswoche, nehmen an Intensität zu und erreichen ihr Maximum meist im 2. Monat, zum 3. Monat gehen sie wieder zurück

In der Nacht und am Morgen sind Schreiepisoden selten, sie treten v.a. abends zwischen 16 und 22 Uhr auf

Die interindividuelle Variabilität ist sehr hoch – im Alter von 6 Wochen schreien die einen knapp 1h, die anderen über 3h – manche erreichen den Schreigipfel bereits in der 3. Lebenswoche, andere erst in der 8. Lebenswoche

Geburtsrang, sozioökonomischer Status, Bildungsstand der Eltern oder elterliche Erfahrung und Pflegeverhalten haben keinen wesentlichen Einfluss auf das Schreiverhalten des Säuglings

Das Schreiverhalten unterscheidet sich nicht in westlich und traditionell geprägten Kulturen



Exzessives Schreien

Dreierregel von Wessel et al. – während mehr als 3h täglich, an mehr als 3 Tagen in der Woche und seit mehr als 3 Wochen

Die Dreierregel ist im Alltag wenig hilfreich. Es gibt Eltern, die ihre Kinder während weniger als 3h täglich und an weniger als 3 Tagen in der Woche als exzessive Schreikinder betrachten

Im ersten Trimenon quengeln und schreien etwa 20% der Säuglinge mehr als 3h pro Tag, von diesen Betroffenen persistiert bei fast 40% die Schreiproblematik über den 3. Lebensmonat hinaus. Von den o.g. 20% werden wiederum etwa 20% klinisch vorgestellt, d.h. etwa 4% aller Säuglinge.

Exzessives Schreien

Bei fast allen Müttern von exzessiv und persistierend schreienden Säuglingen findet sich ein chronisches Erschöpfungs- und Überforderungssyndrom (96%)

Darüber hinaus finden sich kumulative Belastungen, die bereits vor oder in der Schwangerschaft beginnen – In-vitro-Fertilisation (7%) – Tokolyse (19%) - Depression (6%) – Paarkonflikte (30%) – Konflikte mit den Herkunftsfamilien (16%) – pränataler Stress und Ängste (51%) – traumatisch erlebte Geburt (9%) – frühe Trennung von Mutter und Neugeborenem (15%)

Postpartale Belastungen werden durch das exzessive Schreien verstärkt – akutell belastete Beziehungen zum Partner (44%) – aktuell belastete familiäre Beziehungen zu den Herkunftsfamilie (36%) – Mangel an sozialem Rückhalt (33%) – Wiederbelebung eigener belasteter oder traumatischer Kindheitserfahrungen (40%) – Wiederbelebung eines unbewältigten Verlusts einer bedeutsamen Bezugsperson (16%) – hohe Rate an postpartaler Depression (40%) – hohe Rate anderer psychischer Störungen der Mutter (weitere 7%)

Exzessives Schreien

Das Misshandlungsrisiko bei exzessivem Schreien ist hoch!

In einer niederländischen Studie berichten 5,6% der Eltern von Kindern unter 6 Monaten, das Kind schon mindestens einmal aufgrund des Schreiens geschlagen oder geschüttelt zu haben oder versucht haben, das Schreien zu ersticken. In 80% der Fälle, in denen ein Kind geschlagen wurde, war ein exzessives Schreien vorausgegangen.

Unstillbares Schreien ist als der häufigste Trigger für eine frühe Misshandlung zu sehen!



Exzessives Schreien - Therapie

Strukturierung des Tagesablaufs, regelmäßige Schlaf-Wach-Zyklen, regelmäßige 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

Passende, entwicklungsangemessene Antworten auf kindliche Signale

Exzessives Schreien - Therapie

Vermeidung überstimulierender Beruhigungsstrategien (andauerndes Tragen, Anbieten ständiger vestibulärer, visueller, akustischer Reize und häufiges Bei-Laune-Halten aufgrund vermeintlicher kindlicher Langeweile)

Pucken von Kindern unter 8 Wochen bei vermehrter motorischer Unruhe/Hyperexzitabilität



Schlafstörungen

Es existiert bisher keine allgemeingültige Definition für die Schlafstörung in der frühen Kindheit, da schnelle altersabhängige Veränderungen und hohe individuelle Variabilität

Einschlafstörungen – Durchschlafstörungen

Kriterien zu Beurteilung: Aufwachhäufigkeit, nächtliche Wachzeit, Einschlafdauer, Unfähigkeit alleine einschlafen zu können, Einschlafhilfen, Wachbefindlichkeit tagsüber

Störungsspezifische Anamnese: 24-Protokoll, Schlafgewohnheiten der Familie, Schlafsetting, Stillen, nächtliches Füttern, Einschlafrituale, Ablauf und Form von Beruhigungs- und Einschlafhilfen

Die erhobenen Prävalenzraten schwanken zwischen 15 – 24%

Schlafstörungen

Veränderungen in den Lebensgewohnheiten wie Umzug, Urlaub oder Krankheit können Auslöser für die Entwicklung von Ein- und Durchschlafproblemen sein

Abnorme Ängste der Eltern und familiäre Konflikte fördern die Angst des Kindes vor Nacht, indem sie sein emotionales Erregungsniveau steigern können

Alpträume sind im Vorschulalter mit einer geschätzten Prävalenz von 5 – 30%
Häufig, zu den Risikofaktoren zählen Stressoren, traumatische Ereignisse, Angst, Schlafdeprivation und Medikamente, die den REM-Schlaf verändern



Fütterstörungen

Vorübergehende Fütterprobleme sind im Säuglingsalter häufig, oft in Kombination mit anderen regulatorischen Problemen (chron. Unruhe, unstillbare Schreiphasen, Schlafprobleme)

Fütter- und Gedeihstörungen neigen zur Persistenz

Leichte bis mittelschwere Fütterstörungen kommen in den beiden ersten Lebensjahren bei 15 – 25% der Kinder vor, schwere bei 3 – 10%

Gedeihstörungen kommen bei 3 – 4% der Kinder vor

Fütterstörungen

Die Probleme dauern länger als 1 Monat, es wird häufiger als alle 2h gefüttert, die einzelne Mahlzeit dauert länger als 45 min.

Je nachdem ob Eltern das kindliche Bedürfnis, selbstständig essen zu wollen, zulassen und unterstützen oder nicht, ob sie das Kind durch ständig wechselnde Nahrungsangebote oder durch Ablenkung zum weiteren Essen zu motivieren versuchen oder die Füttersituation klar strukturieren, kann diese sich entspannt oder zunehmend belastet entwickeln

Fütterstörungen

Kennzeichen – hartnäckige Nahrungsverweigerung oder Essunlust, Füttern nur mit Ablenkung möglich, Füttern im Schlaf bzw. Halbschlaf, zu lange/kurze Intervalle zwischen den Mahlzeiten, zu lange Dauer der Füttersituation, Eltern erkennen beim Kind schlechter sowohl Hunger- wie auch Sättigungsanzeichen, nach traumatischen Füttererfahrungen oder traumatisierenden Eingriffen im Mund-Rachenbereich angstvolle bis panische Abwehr, häufige Nahrungswechsel in der Vorgeschichte, nicht-altersgemäße Nahrungsangebote

Diagnostik – 24-Std.-Protokoll von 5 aufeinander folgenden Tagen mit Dauer und tageszeitlicher Verteilung von Schreien, Quengeln, Schlafen, Füttern, gemeinsames Spiel – ausführliches diagnostisches Interview betr. Anamnese, Familienanamnese, Schwangerschaftsanamnese, Belastungsfaktoren und Ressourcen, pädiatrische Untersuchung, Fragebögen, Interaktionsbeobachtung, Labor, mütterliche Essstörung?

Fütterstörungen

Bedeutsame elterliche Belastungen – mütterliche Depression und Angststörungen, elterliche Trennungs- und Verlusterfahrungen, elterliche posttraumatische Symptome nach kindlicher Frühgeburt, ungelöste mütterliche Autonomie- und Abhängigkeitskonflikte, eigene mütterliche Essstörungen (32% der Mütter!)

Die Esssituation wird gewissermaßen zur Bühne auf der sich kindliche und elterliche Belastungen begegnen, in dysfunktionalen Fütterinteraktionen bis hin zur kindlichen Gedeihstörung entwickeln

Fütterstörungen - Therapie

Somatische Grund- oder Begleiterkrankungen müssen ausreichend berücksichtigt und mit behandelt werden

Zusätzliche regulatorische Probleme müssen einbezogen werden. Eltern müssen angeleitet werden, die Erregungsschwelle ihres Kindes angemessen einzuschätzen und auf welche Weise sie ihr Kind beruhigen und die Selbstregulation unterstützen können

Strukturierung der Nahrungsaufnahme. Nahrungspausen sind notwendig, um Hunger als Motivation zur Nahrungsaufnahme entstehen zu lassen. Zwischen den Mahlzeiten sollten keinerlei Kohlenhydrate angeboten werden

Klare Regelungen der Zuständigkeiten zwischen den Eltern und dem Kind: Die Eltern bestimmen, wann was angeboten wird – das Kind bestimmt, ob und wie viel es essen möchte

Fütterstörungen - Therapie

Trennung von Ess-/Fütter- und Spielphasen

Erkennen und Unterstützen jeglicher kindlichen Bereitschaft zur aktiven selbstregulierten Nahrungsaufnahme – Erkennen der Zeichen von Hunger und Durst, Akzeptanz des Löffels, positives Feedback. Elterliche Aufmerksamkeit und Lob sollten auf die selbstregulierte Nahrungsaufnahme gerichtet sein und nicht darauf, wie viel das Kind isst

Abbau dysfunktionaler elterlicher und kindlicher Verhaltensweisen. Elterliche Ablenkung und jegliche Ausübung von Druck, Forcierung oder Zwang sollten vermieden werden. Bei kindlicher Abwehr, Ablenkung, Vermeidung wird pausiert bis das Kind wieder Interesse zeigt. Bei Provokation / Desinteresse wird die Fütteraktion nach vorheriger Ankündigung abgebrochen

Fütterstörungen - Therapie

Gestaltung der Esssituation, Essen am Familientisch – Die Esssituation sollte so gestaltet sein, dass Kind und Eltern diese als etwas Angenehmes, Lustvolles erleben können. Mahlzeiten sollten wo weit möglich gemeinsam eingenommen werden. Die familiäre Kommunikation am Tisch kann ein wichtiger sozialer Verstärker sein. Die Kinder verlassen nicht vorzeitig den Tisch. Kulturell unterschiedliche Gestaltungsgewohnheiten sollten respektiert werden

Die meisten Fütterstörungen können ambulant behandelt werden

Ggf. Einbeziehen von Pädiatrie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Logopädie, Ernährungsberatung, Entwicklungspsychologie, Psychotherapie



Therapie

Im Mittelpunkt der Diagnostik wie auch der Therapie steht die Kommunikation in der alltäglichen Eltern-Kind-Interaktion sowie das Zusammenspiel der intuitiven elterlichen Kompetenzen und der selbstregulatorischen Kompetenzen des Kindes

Interdisziplinarität

Psychische und physische Entlastung der Eltern – Entwicklungsberatung, entlastende psychotherapeutische Gespräche (Halt, Zeit und Raum geben), Kommunikationsanleitung, Psychodynamisch orientierte Gespräche über unbewusste Blockaden, Fixierungen, Konflikte der Eltern

Therapie

Betroffene in ihrem hohen Leidensdruck ernst nehmen und ihnen ohne Schuldzuweisung eine angemessene Hilfe anbieten

Väter sollten immer in die Beobachtung und Beratung mit einbezogen werden

Positive Rückmeldungen zu gelingenden Interaktionssequenzen geben

Stärkung des elterlichen Selbstwertgefühls und ihrer intuitiven Fähigkeiten

Bearbeitung elterlicher Gefühle und Empfindungen

Elterliche Erinnerungen und Fantasien aus deren eigenen Biographie sowie ungelöste mehrgenerationale Beziehungskonflikte thematisieren

Therapie

„Tankstelle“ der Eltern

Pflege der Beziehung unter den Eltern

Rituale im Alltag

Emotionale, bildhafte Zuwendung statt intellektueller Ansprache

Selbstverständlichkeiten statt Erklärungen und Rechtfertigungen

Praktisch-musische Betätigungen, die aus der Anschauung heraus erlebbar sind

Therapie

Bereitschaft eigene Lebenspläne zurückzustellen

Das Kind wird den Eltern für deren Zuwendung nicht „dankbar“ sein – Die Eltern sollten nicht auf das Einverständnis des Kindes hoffen und keine Angst vor eigenen Fehlern haben



http://www.orangesmile.com/common/img_final_large/stuttgart_places.jpg