



# Schreikinder

- / = ~ ?

## die Angst des Säuglings

Dr. K. Burmucic\*, Univ. Prof. Dr. M. Dunitz-Scheer\*,

Dr. K. Sargsyan\*\*, Univ. Prof. Dr. A. Hauer\*\*

Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz

\* AG Psychosomatik & Psychotherapie, \*\* AG Gastroenterologie

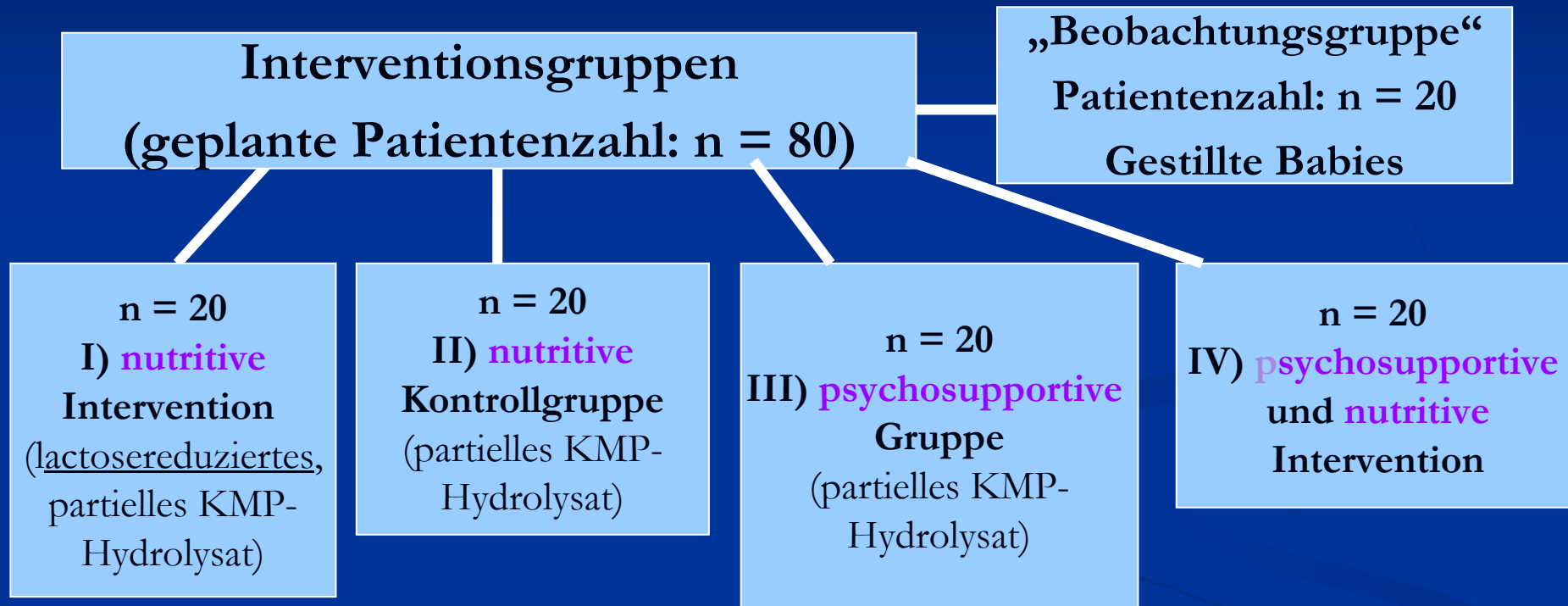
„Wenn mein Baby doch reden könnte, dann wüsste ich wenigstens, was ihm fehlt“, klagte eine junge Mutter.

„Ihr Baby kann reden, Sie müssen nur lernen, ihm zuzuhören“.

William Sears, aus „Das 24 Stunden Baby“



# Studiendesign zu „nutritive vs. psycho-supportive Intervention bei Schreibabies“



**Basisdiagnostik:**

pädiatrische Untersuchung  
abdominelle Sonographie, Harn-/ Stuhldiagnostik,  
Psychodiagnostik (Fragebogen und Video)

**Finanzierung: Wissenschaftsstipendium 2005 (Nutricia International)**

# Warum weinen Babys

- Schreien vor Schmerzen
- Schreien aus Hunger
- Wutgeschrei
- Schreien um Nähe zu bekommen
- Schreien um Aufmerksamkeit
- Schrei aus Müdigkeit
- Schreien aus Lust am Schreien?

**Ist der Grund so wichtig?!**

# Unterschiedliche Elternmodelle

- The „Facilitator“:
- Primäre Anpassung, Hingabe
- Stellt seine eigenen Bedürfnisse unter die Biorhythmik des Babies
- Ist abwartend im Kommunikationsangebot
- Erträgt mehr Chaos
- Oft explizite Einzel-Wunschkinder
- The „Regulator“:
- Gleichgewicht zwischen den eigenen und kindlichen Bedürfnissen muss angestrebt werden,
- Sieht elterliche Vorgaben als ihre primäre Aufgabe
- Wertewelt der Erwachsenen diktiert
- Stabilität durch Regelmäßigkeit, Struktur

# Das Kind und sein belebtes Umfeld

- Bedenken wir nun, dass das Baby für sich alleine nicht vorkommt („*there is no such thing as a baby*“, *D.Stern*) **muss** das Regulationskonzept heftige und unmittelbare Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung und die Interaktionen des Babys mit seinem Umfeld haben.



# Regulation

- Das Baby an sich
- Das Baby mit sich
- Das Baby mit seiner unbelebten Umwelt
- Baby und seine Wahrnehmungs-, Sinnesorganisation
- Input-Output Balance
- Biorhythmen
- Regelkreise

# Interaktion

- Zwischenhandlungen
- Interpersonal beobachtbare Verhaltensebene
- Baby und Mutter
- Baby und Vater
- Elternebene, Paarebene
- Geschwisterreihe
- ~Bindungsmuster

# Regulationsstörungen ZTT DC 0-3

- Typ 1 (401) **Hyperreguliert**: überwache, unruhige, speedige, hektische, stimulationshungrige Babys
- Typ 2 (402) **Hyporeguliert**: genügsame, „fade“, pflegeleichte, unnahbare, uninteressierte, niedertourige, teilnahmslose, langsame Babys
- Typ 3 (403) **Motorisch-desorganisiert**, unkoordiniert, unausgewogen, difficult, fussy

# Definition nach ZTTDC 0-3 (NICCIP1994/99)

- **Regulationsstörungen sind von der Schwierigkeit des Säuglings oder des Kleinkindes gekennzeichnet, seine Befindlichkeit, sein Verhalten und seine physiologischen, sensorischen, affektiven, motorischen und aufmerksamkeitsbezogenen Prozesse zu regulieren.**
- Mit eingeschlossen sind die Probleme einen ruhigen, aufmerksamen und positiven Wachzustand herzustellen.
- Diese Schwierigkeiten treten in Kombination mit Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen auf.

Psychologie Forschung

Mechthild Papoušek Michael Schieche Harald Wurmser  
Herausgeber

# Regulationsstörungen der frühen Kindheit

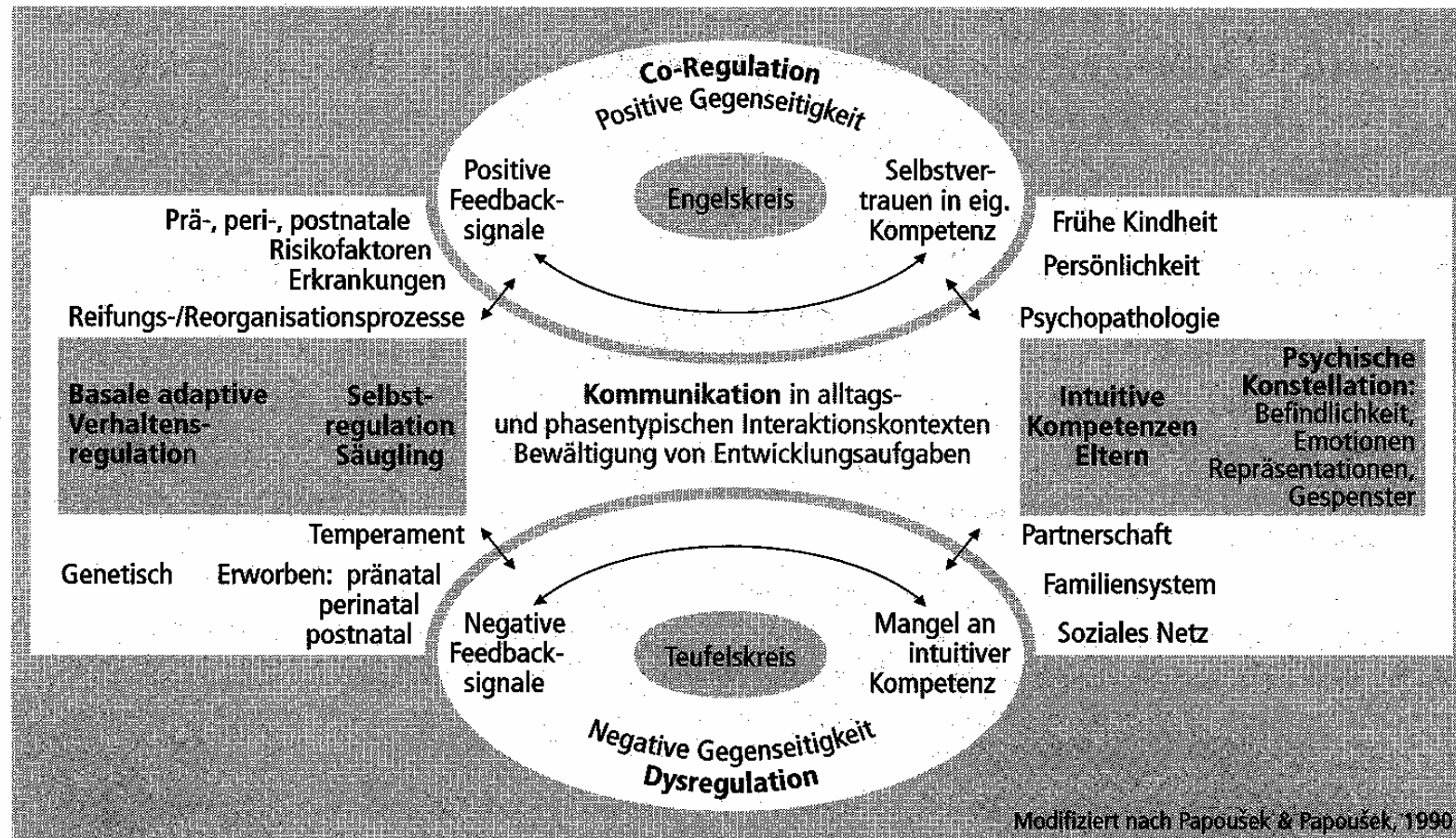
Frühe Risiken und Hilfen  
im Entwicklungskontext  
der Eltern-Kind-Beziehungen



Verlag  
Hans Huber



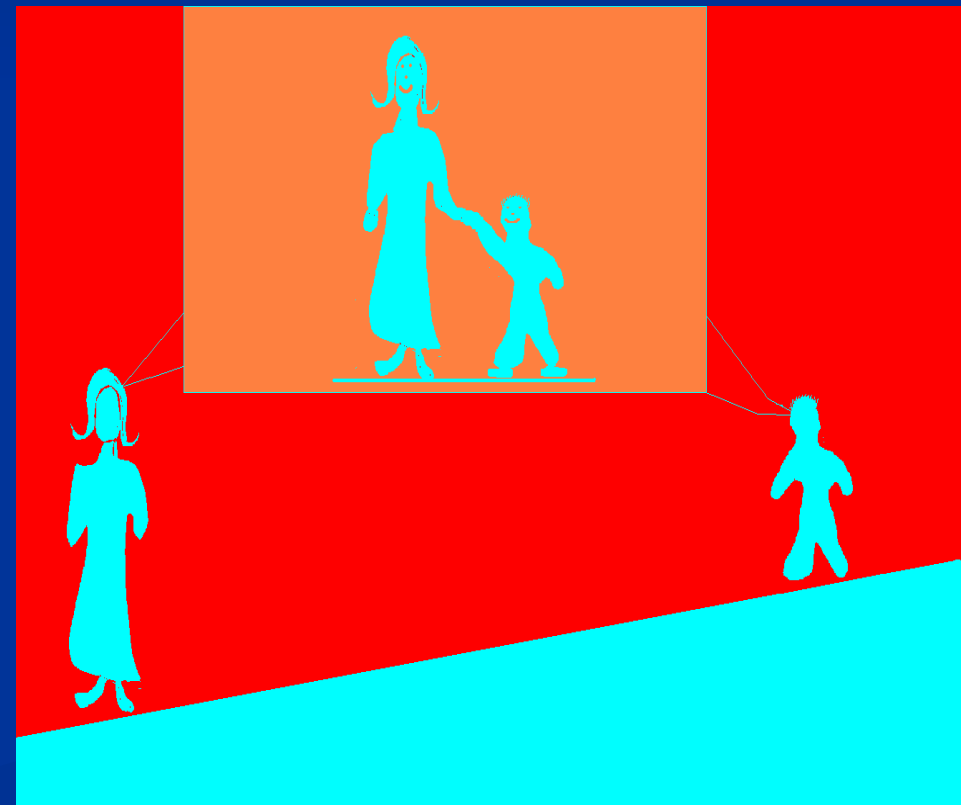
# Co- und Dysregulation zwischen Kind + intuitivem Elternverhaltensrepertoire



**Abbildung 4-6:** Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen.

# Interaktion ist...

- = „Zwischenhandlung“
- Sichtbar, beobachtbar
- Momentaufnahme
- Der aktuelle sichtbare Teil der Beziehung
- Geschehen zwischen mind. 2 Personen
- Situativ veränderbar
- Messbar
- Videographierbar



# Klassifikationsgruppen der IAD

- n. A. Sameroff

- Überreguliert

- Unterreguliert

- Irregulär

- nach ZTT DC 0-3

- 901: Überinvolviert

- 902: Unterinvolviert

- 903: ängstl.-gespannt

- 904: feindselig-abweisend

- 905: komplex gestört

- 906: missbrauchend (verbal, körperl., sexuell)

# ~Kindlich individuelle Disposition~ Bindung~Interaktion~Beziehung

- Sichere Bindungssituation gilt als protektiver Entwicklungsfaktor
- Sicherer bindende Eltern sind für ihre Kinder emotional und real vorhersehbar
- Die sichere Bindungssituation schafft ausgeglichene Interaktionen
- Ausgeglichene Interaktionssequenzen begünstigen Selbstvertrauen und positiven beidseitigen Beziehungsaufbau

# Das kindliche Schreien als kommunikatives Signal

- Die feinfühlig und prompt Wahrnehmung des kindl. Schreiens durch seine familiäre Umwelt trägt entscheidend zur Güte der zwischenmenschlichen Atmosphäre einer Lebens- und Arbeitswelt bei
- und die frühe Entwicklung und Selbstregulation des Kindes wird maßgeblich gefördert
- Was sich wiederum positiv auf die Eltern-Kind-Interaktion auswirkt

# Beispiel 1: Valentina das „typische Schreibaby“

- Vater technischer Angestellter, Mutter in Karenz
- Die Eltern von Valentina sind verheiratet und leben gemeinsam in einem Haushalt, 1. Kind
- Unauff. Schwangerschaft, 1. Kindesbew. 20 SSW
- Geburt per sectionem 40. SSW, Geburtsstillstand
- Eltern berichten über ein größeres familiäres Zusammengehörigkeitsgefühl seit der Geburt
- Valentina wird vollgestillt
- Vorstellungsgrund in unserer Ambulanz

**Exzessives Schreien seit der Geburt**

# Status Präsens

- 3 Monate alter vollgestillter Säugling
- Guter AZ und EZ; Gewicht+ Länge 50.Perz
- sehr wahrnehmungsaktiv
- sehr temperamentvoll, sehr lebhaft
- relativ hektisch, desorganisiert, impulsiv
- vermehrtes Luftschlucken beim Stillen
- Wegen vermehrtem Schreien sehr häufig angelegt

# Video Valentina



# Diagnosen nach ZTT DC 0-3

- Achse 1: Regulationsstörung motorisch desorganisierter Typ 403
- Achse 2: sensitive Mutter-Kind- und Vater-Kind-Interaktion
- Achse 3: seborrhoische Dermatitis, Schiefhals re.
- Achse 4: keine wesentlichen psychosozialen Belastungsfaktoren, Bikulturalität
- Achse 5: altersgerechtes, emotional funktionelles Entwicklungsniveau

# Therapie

- Gastroenterologische Untersuchung
- Ausführliches Beratungsgespräch
- Informationsmaterial über Schlaf- und Regulationsverhalten bei Säuglingen
- Videotherapie, Videoanalyse
- Physiotherapie, Tragetuch
- Füttern nach eigener Biorhythmik
- Zwei ambulante Kontrollen:
  - gastroenterologische Ambulanz
  - psychosomatische Ambulanz

## Beispiel 2: Katharina, der „extreme“ Fall

- Beide Eltern Rechtsanwälte in Greiz nahe Jena, D
- Beschreiben sich selbst als eher „niedertourig“
- nicht verheiratet, leben seit 6 Jahren gemeinsam
- Depression der Mutter seit 2. Staatsexamen
- Fluoxetin (seit 1999) wird vor SS abgesetzt
- Medikation mit Medazepam im 8. SSM
- Vorzeitige Wehen, neuerl. Depression der Mutter
- Spontangeburt 38. SSW, GG: 3955g, KL: 53cm
- Tod des Vaters der Mutter 3 Monate nach Geburt

# Aktuelle Anamnese

- seit der 4. LW schlechtes Trinkverhalten
- Nahrungsaufnahme geht nur im Schlafen
- Aufnahmegrund Jena: Mangelgedeihen und Muskelhypotonie, Schreiattacken, schwallartiges Erbrechen, vermehrtes Schwitzen
- Susp. GÖR: Beginn mit Omeprazol, Ernährung mittels Infusion, orale Trinkverweigerung
- Legen einer PEG-Sonde wird diskutiert
- Katharina kommt notfallsmässig am 23.12.2005 mit der Rettung aus Jena/Deutschland

# Aufnahmestatus

- 8 Monate alter Säugling in red. AZ und red. EZ (Gew. 2 kg unter 3. Perz.)
- Unauffälliger internistischer Status
- Keine aktive Interaktion, scheint Mutter nicht zu erkennen; wirkt starr, traurig, reaktionsarm
- Neurologie: schlechte Kopfkontrolle, Muskeltonus vermindert, MER lebhaft, seitengleich, Babinski neg., kann nicht frei sitzen, kaum Spontanbewegungen

# Videoanalyse 1



# Diagnose nach ZTT DC 0-3

- Achse 1: Frühkindliche Depression, 200
- Achse 2: Unterregulierte Mutter-Kindbeziehung, 902
- Achse 3: Hypotonie, grenzwertige Dystrophie,  
St.p. NG-Sondenernährung, St.p. parenteraler  
Ernährung, St.p. Zwangsernährung
- Achse 4: stabile materielle Situation, wenig familiäre  
Ressourcen, trotzdem Schweregrad 6-7
- Achse 5: deutlich verzögertes funktionell-emotionales  
Entwicklungsniveau, EQ ca. 3. LM

# Dg Kriterien der frühkindl. Depression

- Relative Muskelhypotonie, Langsamkeit
- Niedertourigkeit, Genügsamkeit
- Wenig Eigenmotivation
- Taktile und motorische Unterstimulation
- Tiefenwahrnehmung nicht altersgemäss
- Nahezu keine aktiven Bindungssignale
- Schlechtes Trinkverhalten, kein Lautieren

# Kriterien der MK-Beziehung - DG

- Minimales, inadäquates Handling
- Funktionell oberflächlich „lieb“, emotional flach
- Antriebslos und freudlos
- Kaum dialogische Kommunikation
- Im Gespräch unsicher und voller Ängste
- Wenig bis keine adäquaten Bindungsangebote

# Therapie

- Tägl. Physio-, Ergotherapie, Logopädie,
- Psychotherapie von Mutter & Kind
- Regelmäßige Teilnahme am „Spieleessen“
- Videoanalysen, Videotherapie
- Interaktive Begleitung der Mutter
- Tägliche Gewichtskontrolle
- Ernährung ohne Zwangsfüttern, vor allem im Schlaf und im Wachzustand mit Löffel

# Videoanalyse 2 / Spiele-essen nach 2 Wochen stat. Therapie



# Weitere Empfehlung

- Unterstützende Familienhelferin – 2-4 Std. tägl.
- Betreuung durch den Kinderfacharzt
- Physio- und Ergotherapie, Frühförderung
- Psychotherapie des Säuglings (dialogische Kommunikationsförderung)
- Psychoth. Begleitung der Eltern, Paarebene
- Weitere psychiatrische Behandlung der Mutter
- Einbindung der Oma und des Freundeskreises

# Wichtig!

- Kindliches Schreien ist ein wichtiges kommunikatives Signal
- Kindliches Schreien soll kein Zustand sein
- Das Interpretieren und Eingehen auf das Schreien ist unsere gemeinsame Aufgabe



**Vielen Dank für die  
Aufmerksamkeit**