

# Frühkindliche Regulationsstörungen

R. Kohl-Munthiu, J. Kujack, M. v. Stauffenberg

## Einleitung

In der kinderärztlichen Praxis begegnen uns relativ häufig, u. a. bei den Vorsorgeuntersuchungen, ratlose Eltern, die im Umgang mit ihren Kindern im Kontext elementarer Alltagssituationen (Beruhigung, Schlafen, Essen) sehr verunsichert sind.

Was bedeutet es, wenn Säuglinge und Kleinkinder exzessiv schreien, nicht ein- und durchschlafen wollen, sich übermäßig anklammern, sich nicht normal füttern lassen oder extrem trotzig oder überängstlich sind? Und wie sind diese Phänomene von ganz normalen Entwicklungskrisen abzugrenzen?

Diese Fragen führen uns mitten ins Thema der sogenannten „Frühkindlichen Regulationsstörungen“, Störungsbildern, die eine Schwierigkeit des Säuglings oder Kleinkindes in der Auseinandersetzung mit seiner sozialen Umwelt kennzeichnen.

Dank vielfältiger Forschungsergebnisse aus der Temperaments-, Säuglings-, und Bindungsforschung, mittlerweile in zahlreiche Studien eingeflossen, wissen wir heute mehr über Phänomene wie beispielsweise die bislang viel beschworenen Trimenonkoliken des frühen Säuglingsalters und können Eltern anders beraten als zuvor. Nur etwa 5–10 % des exzessiven Schreiens bei jungen Säuglingen lassen sich auf gastroenterologische Ursachen wie Kuhmilch- oder Lactoseintoleranz oder den gastroösophagealen Reflux zurückführen (Ziegler et al., 2004, S. 122). Vor mehr als 15 Jahren wurden bereits u. a. in der „Münchner Sprechstunde für Schreibabies“ in Kooperation mit dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU München von Frau Prof. Dr. Mechthild Papousek und Mitarbeitern Studien an über 700 Familien durchgeführt und evaluiert. Diese belegen ursächlich Interaktionsstörungen

zwischen Kind und Bezugsperson auf dem Boden vielschichtiger biopsychosozialer und medizinischer Risiken als Faktoren für die Entstehung der beschriebenen Regulationsstörungen (Wurmser und Papousek, 2004, S. 49 ff.). Somit steht uns heute neben dem psychiatrisch diagnostischen Manual „ZERO TO THREE“ (ZERO TO THREE, 1994) auch ein klinisch brauchbares Konzept der frühkindlichen Regulationsstörungen zur Verfügung. Es umfasst die Einordnung, Prävalenz und diagnostische Abgrenzung dieser Störungsbilder ebenso wie deren Behandlungsansätze.

## Theoretischer Hintergrund und Definition

Die Entwicklung der kindlichen Psyche vollzieht sich innerhalb menschlicher Bindungsbeziehungen. Deshalb ist gerade in der frühen Kindheit nicht das Kind oder ein Elternteil allein verantwortlich, wenn Störungen auftreten, sondern der „Patient“ ist die Beziehung zwischen dem Kind und seinen wichtigsten Bezugspersonen.

So wird die Regulation von basalen Erregungs- und Verhaltenszuständen, von Affekten und Emotionen im Rahmen dieser frühen Eltern-Kind-Interaktionen in unterschiedlichen Alltagskontexten erworben, im Laufe unserer Entwicklung differenziert und begleitet uns unser Leben lang.

Gelungene Regulationsprozesse bedingen positive Wechselseitigkeiten zwischen Eltern und Kind und stärken die Eltern-Kind-Beziehung. Umgekehrt können misslungene Regulationsprozesse in einen Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit münden und die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig belasten. Wenn dies droht oder bereits eingetreten ist, kann man nicht mehr nur von passageren Entwicklungskrisen ausgehen, hier gilt es

aufmerksam zu sein und Unterstützung zu suchen.

Die Qualität dieser Beziehungsinteraktionen wird von multiplen Faktoren beeinflusst:

1. Kindliche Faktoren wie Geschlecht, Temperament, Erkrankungen (v. a. chronische Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit etc.) oder andere Beeinträchtigungen der Entwicklung,
2. Elterliche Faktoren wie die sogenannten intuitiven elterlichen Kompetenzen (Fähigkeiten, die es den Eltern ermöglichen, sich auf ihr Kind einzustellen, seinem Wahrnehmungssystem und seinen Bedürfnissen zu folgen und angemessen darauf zu reagieren), eigene Bindungs- und Beziehungserfahrungen der frühen Kindheit, psychische oder somatische Erkrankungen,
3. Psychosoziale Faktoren wie z. B. Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Familie, Freunde, sonstige Unterstützung, Ressourcen.

Nach gegenwärtigem Forschungsstand treten in der Bundesrepublik Deutschland bei ca. 20% der Kinder von 0–3 Jahren Symptome einer frühkindlichen Regulationsstörung auf (Papousek, 2004, S. 79). Zu den häufigsten frühkindlichen Regulationsstörungen gehören Exzessives Schreien mit Problemen der Schlaf-Wach-Regulation (vor dem 6. Lebensmonat), Schlafstörungen (nach dem 6. Lebensmonat) und Fütterstörungen. Eltern können hierdurch im Zusammenleben mit ihrem Kind in eine eskalierende Situation von Überforderung und Hilflosigkeit geraten. Das Baby kann seine Bedürfnisse nach Geborgenheit, Nahrung, Entspannung, Aktivität und positiver Beziehungs- und Kommunikationserfahrung nicht ausreichend befriedigen, die Eltern scheinen zu versagen, fühlen sich abgelehnt, inkompetent und alleingelassen. Die Entwicklung des Kindes ist gefährdet, positive

Beziehungs- sowie gegenseitige Kompetenzerfahrungen sind nicht mehr möglich. Heftige negative Affektäußerungen des Kindes, wie unstillbares Schreien oder mangelnde Beruhigbarkeit, können schon kurz nach der Geburt zu Veränderungen der mütterlichen Reaktionsbereitschaften im Sinne von Rückzug, ignorieren kindlicher Signale oder Vermeidung spielerischer Zuwendung führen. Schlimmstenfalls drohen in besonders belastenden Situationen psychische Dekompensation und Kindesmisshandlung.

Unter Berücksichtigung spezifischer Entwicklungsaufgaben in den frühkindlichen Lebensphasen kommt es bei Fehlanpassungen zu verschiedenen Manifestationsformen kindlicher Regulationsstörungen:

Exzessives Schreien	29,4 %
Probleme der Schlaf-Wach-Regulation (0–6 Monate)	25,8 %
Dysphorische Unruhe und Spielunlust	30,1 %
Fütterstörungen	40,4 %
Schlafstörungen (nach dem 6. Lebensmonat)	62,8 %
Exzessives Klammern (mit Ängstlichkeit, sozialem Rückzug und abnormen Trennungsreaktionen)	12,3 %
Exzessives Trotzen (mit Grenzsetzungskonflikten)	20,3 %
Aggressives/Oppositionelles Verhalten	6,8 %

(Wurmser und Papousek, 2004, S. 57)

Ursächlich sind eine Reihe *organischer und psychosozialer Risikofaktoren* bekannt, die bei der Entstehung frühkindlicher Regulationsstörungen relevant sind und jeweils in *präinatale, perinatale* und *postnatale Risiken* untergliedert werden. Zu den pränatalen Risiken gehören u. a. Zustand nach Infertilitätsbehandlung, Nikotinabusus, vorzeitige Wehen mit Tokolyse, schwere Ängste, Stress, De-

pression etc. Zu den *perinatalen Risiken* gehören u. a. Sectio, Forceps, Vakuum, Frühgeburt < 37. SSW, als traumatisierend erlebte Geburt, frühe Trennung von Mutter und Kind etc. Zu den *postnatalen Risiken* gehören u. a. familiäre Atopie oder manifeste Atopie beim Kind, rezidivierende Infektionen, neurologische Auffälligkeiten in der Anamnese, anhaltende ausgeprägte Paarkonflikte, psychische Störungen der Mutter, aktuelle Konflikte mit den Herkunftsfamilien, unbewältigtes Trauma der Mutter etc. (Wurmser und Papousek, 2004, S. 64 ff.).

### Schreiambulanz am Clementine Kinderhospital

Um den erheblichen Bedarf an kurzfristigen Interventionen bei frühkindlichen Regulationsstörungen aufzufangen, etablierte das Clementine Kinderhospital in Frankfurt am Main (mit Unterstützung der Stiftung Polytechnische Gesellschaft Frankfurt am Main und der Kinderhilfestiftung e.V.) im September 2007 eine psychotherapeutische Ambulanz. Vorteile dieses Standortes sind die zahlreichen Möglichkeiten der Kooperation mit dem Fachpersonal der Kinderklinik sowie mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Vereins für Arbeits- und Erziehungshilfe (VAE).

Das Therapiezentrum für frühkindliche Regulationsstörungen (umgangssprachlich als „Schreiambulanz“ bezeichnet) bietet Familien mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren ein ambulantes Beratungs- und Behandlungsangebot. Nach somatischer Diagnostik und Überweisung durch den Kinderarzt findet hier eine umfassende psychodynamische Diagnostik statt (mit ausführlichem anamnestischem Erstgespräch, Erfassen des kindlichen Entwicklungsstandes, Fragebögen, Schlaftagebuch, Fütterprotokoll und ggf. Video-Interaktionsanalysen).

Grundelemente der kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie sind entwicklungspsychologische Informationen, entlastende psychotherapeutische Gespräche, die (u. a. videogestützte) Kommunikationsanleitung und die psychodynamisch orientierte Kommunikations- und Beziehungstherapie. Ziel der therapeutischen Intervention ist die Förderung einer feinfühligem Kommunikation und positiver Beziehungserfahrungen zwischen Eltern und Kind, die Stärkung elterlicher Kompetenzen und familiärer Ressourcen in Wechselseitigkeit mit der Unterstützung der kindlichen Entwicklungspotentiale, seiner Fähigkeit zu Selbstberuhigung und Selbstregulation. Dies gelingt in den meisten Fällen innerhalb von zwei bis fünf Beratungsterminen. Nur in Ausnahmefällen sind mehr als fünf Beratungen erforderlich.

Um eine Familie individuell behandeln zu können, ist es immer notwendig, die biologischen und psychosozialen Belastungen der Familie in ihrer Gesamtheit im Blick zu haben. Nur so können die Komplexität der frühkindlichen Verhaltensauffälligkeit und die Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion verstanden und behandelt werden.

Im folgenden Abschnitt soll eine Fallvignette über eine Fütterstörung das therapeutische Vorgehen illustrieren:

### Aktuelle Anamnese

Familie A. meldet sich im Sommer 2008 im Therapiezentrum wegen des auffälligen Essverhaltens ihrer 21 Monate alten Tochter T. Sie ernähre sich hauptsächlich von Milch (bis zu 1,5 l täglich), die sie aus einer Babyflasche trinke und Breikost, verweigere neu angebotene Nahrungsmittel und oft auch feste Speisen. Mit heftigem Geschrei setze sie das Trinken von Milch immer wieder durch. Sie esse

gelegentlich Laugengebäck, Salzstangen oder Butterkekse, an warmem Essen lediglich pürierten Karotten- oder Kartoffelbrei und oft nur, wenn sie durch gleichzeitige Spielangebote abgelenkt werde. Die Befindlichkeit des Kindes sei tagsüber gelegentlich durch Hunger belastet, die gesamte familiäre Situation sei angespannt und die Eltern fühlten sich durch diesen „Machtkampf“ ums Essen zunehmend erschöpft. Frau A. sei seit zwei Monaten wieder berufstätig in Teilzeit. T. sei während dieser Zeit bei einer Tagesmutter, bei der sie ebenfalls nicht gut esse.

## Vorgeschichte und Ernährungsanamnese

T. ist das zweite Kind ihrer Eltern. Vorausgegangen war eine Fehlgeburt im Jahr zuvor. Die Schwangerschaft sei wegen vorzeitiger Blutungen, Infektionen und vorzeitiger Wehen ab der 30. SSW mit hochdosierter stationärer Tokolyse über sechs Wochen emotional extrem belastet gewesen. Die Geburt erfolgte in der 36. SSW spontan, GG 2.910 g, KL 50 cm. T. habe in den ersten vier Monaten viel geschrien. Sie sei sechs Monate voll und bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres teilgestillt worden. Wegen familiärer Allergien (beide Eltern) sei die Einführung von Beikost ab dem 7. LM behutsam erfolgt. T. habe die Löffelkost anfänglich gut toleriert, im weiteren Verlauf habe sie die Nahrung zunehmend verweigert. Unter diesem Druck haben die Eltern begonnen, T. während der Mahlzeit mit Spielzeug abzulenken. Die Auswahl an Nahrungsmitteln sei eingeschränkt gewesen, um den Kontakt mit potentiellen Allergenen zu vermeiden. Dennoch hätte sie eine Neurodermitis entwickelt.

## Familienanamnese

Es sind keine manifesten Ess-Störungen bekannt, jedoch scheint das Essen für

beide Eltern im Alltag eher eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die vierjährige ältere Schwester von T. zeige auch ein auffälliges und selektives Ess-Verhalten, das sich inzwischen aber gebessert habe und nach den Schilderungen die Vermutung einer sensorischen Nahrungsaversion (orale und gustatorische Überempfindlichkeit, die häufig mit der Vermeidung bestimmter Nahrungskonsistenzen einhergeht und die Annäherung an neue Nahrungsmittel erschwert) nahelegt. Dies wird durch die familienanamnestischen Hinweise, dass auch der Vater, Herr A., gewisse Nahrungsmittel nie gemocht bzw. angefasst habe, gestützt.

## Befund/Interaktion

Im Erstkontakt begegnet uns T. als ernstes, aufmerksames 21 Monate altes Mädchen, altersgerecht entwickelt und nicht untergewichtig (T. gedeiht auf der 50. Perzentile für Gewicht und Körperlänge). Sie hält sich vorwiegend in der Nähe der Eltern auf, spricht zunächst nur wenige Worte, trinkt fast permanent Apfelschorle aus einer Flasche, isst später Butterkekse. Als die Apfelschorle ausgetrunken ist, wird T. wütend, möchte mehr, lässt sich aber durch Zureden der Eltern beruhigen. Nach ca. einer Stunde beginnt sie langsam den Raum und Spielmaterial zu explorieren. Frau A. hält während des Gesprächs fast dauernd Körperkontakt zu T., streichelt ihr den Kopf oder nestelt an ihrem Haar, berichtet ängstlich-angespannt und nervös von ihren Sorgen um T. und dem daraus resultierenden Kontrollbedürfnis der Ernährung ihrer Tochter. Herr A. wirkt ruhiger und etwas distanzierter. Die Eltern, beide Akademiker, sind offen, freundlich und im Kontakt liebevoll auf T. und aufeinander bezogen. Im Verlauf der Beratungen wird T. offener, erkundet schneller Spielmaterial wie

Spielküche oder eine Handpuppe, die sie hingebungsvoll füttert. Sie spricht mehr, bewegt sich freier und unabhängiger von den Eltern. Wir erkennen auch Veränderungen innerhalb der Familiendynamik. Herr A., initial eher passiv involviert, übernimmt zunehmend Initiative sowohl im Gespräch als auch zu Hause im Kontext der gemeinsamen Mahlzeiten. Frau A. wird im Verlauf gelassener und kann den inneren Fokus mehr auf eigene wichtige Themen richten (eigene Ängste und Trauer). In dem Maße, in dem die Eltern ihre Verantwortlichkeiten umverteilen bzw. umbewerten können, kann T. den dadurch gewonnenen Freiraum für die Entwicklung altersangemessenerer Ess-Verhaltensweisen nutzen und mehr Autonomie gewinnen. Diese Schritte wurden auch mit Hilfe videogestützter Interaktionsanalysen erzielt, in denen sich zeigte, dass T. eindeutig Interesse am Essen signalisiert und auch neue Nahrungsmittel probieren kann.

## Therapie und Verlauf/ Beurteilung

Mit Herrn und Frau A. wurden neben den ausführlichen und für sie selbst entlastenden Gesprächen, T.'s Entwicklungsstand sowie elterliche Strategien zur Unterstützung ihrer emotionalen und Autonomie-Entwicklung thematisiert. Konkrete Schritte zur Entspannung der gemeinsamen Mahlzeiten (ausreichende Pausen zwischen den MZ, kein nächtliches Essen, kein ständiges Anbieten von Nahrung zwischen den MZ, klare zeitliche Begrenzung der MZ, keine Ablenkung durch Spielzeug während des Essens, Unterstützen einer selbstständigen Nahrungsaufnahme und Zulassen von Exploration der Nahrungsmittel) halfen, die Situation klarer zu strukturieren und dem Kind mehr Autonomie zu ermöglichen. Von besonderer Bedeutung

in den Beratungen waren die Thematisierung von Belastungsfaktoren im Hinblick auf die elterliche emotionale Regulation, insbesondere die von uns vermuteten Ängste der Mutter, die sich hinter ihrem Kontrollbedürfnis und dem inneren Druck verbargen. So wurden insbesondere Frau A.'s Trauer durch das Erleben einer Fehlgeburt und die als massiv erlebten Verlustängste um ihre Kinder, hier insbesondere um T.'s Gedeihen und Entwicklung vertieft reflektiert. Diese im Hinblick auf die Fütterstörung psychodynamisch relevanten Ängste der Mutter konnten so innerpsychisch differenziert werden und ermöglichten es ihr, T. als vitales und weniger gefährdetes Kind mit seinen realen Bedürfnissen und Fähigkeiten wahrzunehmen.

Im Verlauf der sechs Beratungsgespräche kam es zu einer deutlichen Entspannung der vormals sehr belasteten Ess-Situation und zu einer Verbesserung der innerfamiliären Beziehungen. T. zeigt zwar weiterhin ein selektives Ess-Verhalten, möglicherweise auch im Sinne einer sensorischen Nahrungsaversion, bei der auch genetische Komponenten relevant sind. Im Unterschied zu vorher isst sie jetzt aber zu Hause und bei der Tagesmutter altersentsprechende Kost, probiert gelegentlich ein neues Nahrungsmittel und hat den übermäßigen Milchkonsum reduziert.

### Abschlussbemerkung/ Zusammenfassung

Frühe Interventionen im Bereich dysfunktionaler Interaktionen zwischen Eltern und Kind haben neben akuter Entlastung auch einen präventiven Charakter. Die oben beschriebene Fallvignette zeigt exemplarisch wie durch eine kurzfristige therapeutische Intervention eine nachhaltige Entspannung innerhalb des familiären Systems erreicht werden konnte.

Eingebunden in ein Gesamtkonzept „Früher Hilfen“ leistet das Therapiezentrum für frühkindliche Regulationsstörungen einen wichtigen Beitrag. Derzeit hat das Clementine Kinderhospital die Verhandlungen mit den Kostenträgern des Gesundheitssystems aufgenommen, um die Weiterfinanzierung der Schreiambulanz (auch nach der zweijährigen Anschubfinanzierung, ab September 2009) zu sichern. Die Schreiambulanz versteht sich dabei als Teil der psychosomatischen Versorgung von Kindern im Rhein-Main-Gebiet. Im Sinne der Unterstützung einer stabilen Bindung zwischen Eltern und Kind kann die Arbeit der Schreiambulanz einen entscheidenden Beitrag zur Prävention von psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter leisten.

Aktuell ist ein professionelles flächendeckendes Behandlungsangebot im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung für Familien mit kleinen Kindern nicht gewährleistet. Neben Ärzten und Psychotherapeuten sind auch Hebammen, Angehörige anderer Heilberufe sowie Pädagogen in Frühförderstellen und Tagesstätten aufgerufen, sich zu vernetzen und zusammen zu arbeiten. Frühe Hilfen für Familien bereit zu halten, sind politisch-gesamtgesellschaftliche Aufgaben.

#### Literatur

- Bensel, Joachim, „Freiburger Säuglingsstudie: Welche Faktoren beeinflussen das frühe Säuglingsschreien?“, in: *Die Hebamme* 2006 19(1), S. 12–18.
- Bensel, Joachim: *Was sagt mir mein Baby, wenn es schreit? Wie Sie Ihr Kind auch ohne Worte verstehen und beruhigen können. Ratingen* 2003.
- Largo, Remo H.: *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. 15. Aufl., Hamburg 2002.
- Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004.

Papousek, Mechthild, „Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept“, in: Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004, S. 77–110.

Stern, Daniel: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 9. erw. Aufl., Stuttgart 2007

Stern, Daniel: *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart 1998.

Wurmser, Harald und Papousek, Mechthild, „Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz“, in: Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004, S. 49–76.

ZERO TO THREE. National Center for Clinical Infant Programs (Hg.): *Diagnostic classification: 0–3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Arlington 1994.

Ziegler, Margret; Wollwerth de Chuquisengo, Ruth und Papousek, Mechthild, „Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter“, in: Papousek, Mechthild; Schieche, Michael und Wurmser, Harald (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern 2004, S. 111–143.

#### Anschrift der Verfasserinnen

Ruth Kohl-Munthiu, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztliche Psychotherapeutin

Jennifer Kujack, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Dipl.-Musiktherapeutin

Dr. Maya von Stauffenberg, Leitende Ärztin der psychosomatischen Abteilung

Therapiezentrum für frühkindliche Regulationsstörungen

Clementine Kinderhospital  
Verein Frankfurter Stiftungskrankenhäuser e. V.

Theobald-Christ-Straße 16  
60316 Frankfurt am Main

E-Mail: r.kohl-munthiu@ckhf.de

E-Mail: j.kujack@ckhf.de

E-Mail: m.v.stauffenberg@ckhf.de