



5 Exzessives Schreien

Margarete Bolten

Fallbeispiel

Frau M. stellt sich und ihren Sohn Tim, 7 Monate, wegen dessen anhaltenden Schreiens vor. Die Mutter berichtet über unstillbare Schreiphasen bis zu acht Stunden am Tag, Ein- und Durchschlafprobleme und wenige Schlafphasen am Tag.

Die Schwangerschaft war nicht geplant, sie entschied sich aber, das Kind auszutragen. Im Anamnesegespräch berichtet Frau M., dass die Schwangerschaft und

die Geburt sehr schwierig gewesen seien. Bereits in der Schwangerschaft gab es häufiger Konflikte mit ihrem Mann, die sich nach der Entbindung noch verschlimmerten. Tim sei von Geburt an sehr unruhig gewesen, habe viel und lang anhaltend geschrien und sich kaum beruhigen lassen. Tagsüber sei er unruhig, häufig quengelig und schlafe nur sporadisch. Sie trage Tim dann oft stundenlang auf dem Arm durch die Wohnung, doch egal was sie auch versuche, oft sind es nur ein paar Minuten, die ihr Sohn zur Ruhe findet. Wenn sie Tim auf den Arm nimmt, um ihn zu beruhigen, versteift sich sein Körper. Er überstrecke sich dann in ihrem Arm, teilweise läuft sein Kopf feuerrot an. Auch das Füttern von Tim empfindet Frau M. als sehr schwierig. Von Beginn an sei ihr Sohn ein sehr „schlechter Esser“ gewesen. Er sperre sich und sie müssen ihn dann durch Festhalten zur Nahrungsaufnahme zwingen.

Insgesamt ist Frau M. sehr erschöpft und verzweifelt. Bedingt durch ihren Schlafmangel habe sie kaum noch die Kraft, den Alltag mit Tim zu bewältigen. Sie komme selbst fast gar nicht mehr zur Ruhe und fühle sich völlig ausgelaugt. Die Eltern wissen nicht mehr, was sie noch mit ihrem Sohn anstellen sollen. Das permanente Schreien erzeugt bei ihnen Enttäuschung, Verunsicherung, Hilflosigkeit, Überforderung und Wut. Manchmal möchten sie ihn am liebsten anschreien oder beschimpfen. Frau M. sucht deshalb Unterstützung im Umgang mit Tim.

5.1 Diagnostische Kriterien

Die ICD-10 bietet für spezifische Erscheinungsformen von Verhaltensstörungen im frühen Kindesalter zum momentanen Zeitpunkt nur unzureichende Klassifikationsmöglichkeiten. Auch das exzessive Schreien im Säuglingsalter wird bisher nicht angemessen berücksichtigt. In der Diagnostischen Klassifikation: 0–3 (ZERO TO THREE National Center for Infants and Families, 1999) werden Regulationsstörungen, zu deren Kernsymptomen das exzessive Schreien sowie Schlaf- und Fütterprobleme zählen, als primäre Störung (Achse I) aufgeführt. Dabei werden vier Subtypen von regulatorischen Störungen unterschieden:

- (1) der hypersensitive Typus,
- (2) der unterreaktive Typus,
- (3) der motorisch desorganisierte, impulsive Typus sowie
- (4) ein vierter Typus, der dann klassifiziert wird, wenn Kinder mit regulatorischen Problemen die Kriterien der ersten drei Typen nicht erfüllen.

Zur Klassifikation mittels dieser Kriterien muss jedoch kritisch bemerkt werden, dass die Diagnosen auf Achse I nur schwer voneinander abgrenzbar sind und dass

geeignete Methoden zur Diagnostik der Kriterien nicht zur Verfügung stehen. Außerdem spielt das soziale Umfeld des Säuglings und besonders die Eltern-Kind-Interaktion nur eine untergeordnete Rolle für die Einteilung in die genannten Subtypen. Für die kindliche Verhaltensregulation ist jedoch die Eltern-Kind-Beziehung von entscheidender Bedeutung (Papoušek, 2004).

Wessel und Kollegen definierten exzessives Schreien 1954 erstmals als anfallsartiges, unstillbares Schreien, das ohne erkennbaren Grund bei einem ansonsten körperlich gesunden Säugling auftritt. Angemessene Beruhigungsversuche der Eltern haben meist keinen Erfolg. Um die Störung näher zu fassen, wird die so genannte 3er-Regel angewandt:



Die Dreier-Regel

Sie verlangt, dass die Schrei- und Unruhephasen länger als drei Stunden pro Tag, öfter als 3-mal die Woche und insgesamt länger als drei Wochen anhalten müssen, um von exzessivem Schreien sprechen zu können.

Meist tritt die Schreiproblematik in physiologischen Reifungs- und Adaptationsphasen auf und geht zudem häufig mit einer Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation oder mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme einher. So haben die Kinder nur sehr kurze Tagschlafphasen (meist weniger als 30 Minuten) und ausgeprägte Ein- und Durchschlafprobleme. Dies bewirkt häufig eine Kumulation der Schreiphasen in den Abendstunden durch Übermüdung bzw. Reizüberflutung.

Differentialdiagnostik. Abzugrenzen ist das exzessive Schreien von alters- und entwicklungsphasenspezifischen Störungen der Verhaltensregulation und Entwicklungsstörungen, welche entsprechend diagnostiziert und anderweitig klassifiziert werden müssen. Ausgeschlossen werden müssen hirnorganische Schädigungen oder somatische Störungen, die mit exzessivem Schreien einhergehen können. Außerdem muss auch geprüft werden, ob keine Kindesmisshandlung als Ursache von exzessivem Schreien vorliegt.

5.2 Epidemiologie, Verbreitung und Altersrelevanz

Prävalenz. Die Prävalenz von exzessivem Schreien schwankt je nach Stichprobe erheblich. Diese Differenzen können primär auf Unterschiede in den Kriterien, den Erhebungsinstrumenten oder dem Zeitpunkt der Datenerhebung zurückgeführt werden. Reijneveld et al. (2001) verglichen beispielsweise die Prävalenzraten in einer niederländischen Population für zehn verschiedene Operationalisierungen von exzessivem Schreien und fanden Häufigkeiten von 1,5–11,9 %.

Wird die 3er-Regel von Wessel (s. Kasten) zur Definition herangezogen, liegen aktuelle Prävalenzzahlen in europäischen Ländern zwischen 1,5 % (Niederlande; Reijneveld et al., 2001), 9,2 % (Dänemark; Alvarez, 2004) und 16,3 % (Deutschland; von Kries et al., 2006).

Verlauf. Im Kontext des unstillbaren Schreiens müssen Alter und Entwicklungsstand eines Säuglings berücksichtigt werden. Dabei ist insbesondere das passagere exzessive Schreien innerhalb der ersten drei Lebensmonate (3-Monatskoliken) vom persistierenden exzessiven Schreien über den dritten Lebensmonat hinaus zu unterscheiden. Die vermehrte Schrei- und Unruhedauer beginnt typischerweise in den ersten zwei Lebenswochen und tritt meist in den Abendstunden auf. Mit sechs Wochen erreicht eine solche Schreiproblematik häufig ihr Maximum und nimmt bis zum dritten Lebensmonat kontinuierlich wieder ab. Dieser charakteristische Verlauf zeigt sich auch bei „normalen“ Säuglingen, allerdings ist bei diesen die Schreidauer generell geringer. So fanden von Kries et al. (2006), dass zwar 16,3 % der untersuchten Säuglinge exzessiv schrien, aber nur 5,8 % über den dritten Lebensmonat und sogar nur 2,5 % über den sechsten Lebensmonat hinaus. Als Ursache werden in den ersten drei Lebensmonaten eine vorübergehende Unreife bzw. Anpassungsschwierigkeiten vermutet. Bei anhaltendem Schreien über die ersten drei Monate hinaus scheint jedoch eine konstitutionell bedingte erhöhte Reaktivität vorzuliegen.

Komorbidität. Exzessives Schreien tritt in vielen Fällen gemeinsam oder zeitlich nacheinander mit Fütter- und/oder Schlafstörungen auf. Von Hofacker et al. (1999) berichten, dass 81 % der vorgestellten Säuglinge neben unstillbaren Schreiepisoden zusätzlich Probleme in mindestens einem weiteren Bereich der Regulation hatten. 76 % der Schreikinder wiesen Schlafstörungen, 33 % zusätzlich Fütterprobleme und 23 % der Säuglinge hatten sowohl Schlaf- als auch Fütterprobleme auf.

5.3 Diagnostik

Im Rahmen eines anamnestischen Gesprächs mit den Eltern müssen Dauer, tageszeitliche Verteilung und Verlauf des exzessiven Schreiens erfasst werden. Außerdem sollte nach bestehenden Erkrankungen, aber auch den selbstregulatorischen Fähigkeiten des Säuglings, also seiner Fähigkeit, sich ohne Hilfe der Eltern zu beruhigen (z. B. durch Saugen an Händen oder Gegenständen und Nutzen von Ersatzobjekten wie Tuch oder Kuscheltier), gefragt werden.

In Hinblick auf die Rahmenbedingungen, die die Störung aufrechterhalten, ist es wichtig, dass die Eltern hinsichtlich aktueller Belastungen und Krisen in der Familie, ihren Lebensverhältnissen (in diesem Zusammenhang auch nach einer möglichen sensorischen Überstimulation des Säuglings), ihren Erziehungsvorstellungen und -normen, zurückliegender oder aktueller psychischer Probleme und ihren störungsspezifischen Belastungen und Bedeutungszuschreibungen, befragt werden.

Zentrale diagnostische Informationen (in Klammern: mögliche Instrumente)

Beurteilung des Schweregrades der Störung

- ▶ Tageszeitliche Verteilung und Dauer der Schreiphasen, Fütter- und Schlafzeiten (Schreitagebuch)
- ▶ Beginn und Verlauf des unstillbaren Schreiens, Erfassung komorbider Fütter- oder Schlafprobleme (Anamnese)
- ▶ Selbstregulatorische Fähigkeiten des Säuglings (Beobachtung, evtl. videogestützt)

Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- ▶ Begleitende somatische Erkrankungen oder Behinderungen des Kindes (Abklärung durch den behandelnden Kinderarzt)
- ▶ Biologische und psychosoziale Belastungen der Eltern, insbesondere der Mutter während Schwangerschaft, Geburt und postnataler Anpassungsphase (Anamnese)
- ▶ Elterliche Vorerfahrung mit Regulationsstörungen in der eigenen Kindheit/Vorgeschichte (Anamnese)

Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

- ▶ Interaktionsdiagnostik (videogestützte Beobachtung) der Eltern-Kind-Beziehungen zur Abschätzung:
 - der Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings
 - der elterlichen Responsivität/Sensitivität in störungsspezifischen Kontexten (z. B. beim Wickeln, Füttern oder Spielen)
 - der Angemessenheit des elterlichen Verhaltens
 - dysfunktionaler Interaktions- bzw. Kommunikationsmuster zwischen Kind und Eltern
- ▶ Schlafgewohnheiten der Familie und Einschlafrituale
- ▶ Entwicklungsanamnese der Essfertigkeiten

Störungsaufrechterhaltende Faktoren

- ▶ Elterliche Psychopathologie (aktuell oder zurückliegend, besonders Depression, Angst und Essstörungen) (Diagnostisches Interview; Schneider et al., 2006)
- ▶ Elterliche Bedeutungszuschreibung und dysfunktionale Gedanken der Eltern in Bezug auf die Regulationsproblematik (Working Modell of the Child Interview; Benoit et al., 1997)
- ▶ Einschätzung der Störung der Eltern-Kind-Beziehungen (z. B. Globale Einschätz-Skala der Eltern-Kind-Beziehung, GES-EKB; ZERO TO THREE National Center for Infants and Families, 1999)
- ▶ Elterliche Paarbeziehung einschließlich der Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft (z. B. Partnerschaftsfragebogen PFB; Hahlweg, 1996; Familiendiagnostisches Testsystem FDTS; Schneewind et al., 1985)
- ▶ Familiäre Lebenssituation und Krisen besondere unter dem Gesichtspunkt der Überstimulation (Hausbesuch)
- ▶ Erziehungsvorstellungen und -normen der Eltern (Anamnese)

Ausschlussdiagnostik

- ▶ Entwicklungsretardierung (z. B. Bayley Scales of Infant Development, Bayley-II)
- ▶ Hirnorganische Schädigung (Pädiatrische Abklärung)
- ▶ Kindesvernachlässigung/-misshandlung (Pädiatrische Abklärung ergänzt durch anamnestisches Gespräch)
- ▶ Schwere somatische Störungen oder Anomalien (Pädiatrische Abklärung)

Die Eltern werden sehr in die diagnostischen Prozesse und später in die Therapie einbezogen. Wenn Eltern wegen exzessiven Schreiens zur Beratung kommen, sind sie meist extrem belastet. Schlafentzug kann die Stimmung negativ beeinflussen und zu depressiven Episoden führen. Dies wiederum wirkt sich beeinträchtigend auf die Eltern-Kind-Interaktion aus und kann somit störungsfördernd bzw. -aufrechterhaltend sein. Es bedarf einer äußerst feinfühligem Anamnese mit den Eltern, um die aktuelle Belastung abzuschätzen.

Im Zentrum der weiteren Diagnostik steht eine videogestützte Interaktions- und Verhaltensbeobachtung, um die elterlichen Kompetenzen, die Sensitivität und Angemessenheit elterlichen Verhaltens in Bezug auf kindliche Verhaltenssignale, aber auch die selbstregulatorischen Kompetenzen des Kindes und die Eltern-Kind-Interaktion einschätzen zu können. Dabei sind immer mehrere Kontexte zu beurteilen, um abzuschätzen, inwieweit es sich um isolierte oder übergreifende Regulationsstörungen handelt.

Protokolle und Tagebücher zur Erfassung der tageszeitlichen Verteilung von Schrei- und Unruheepisoden, Fütterzeiten, Schlaf-Wach-Zyklen und Phasen gemeinsamen Spiels ergänzen den Diagnostischen Prozess (Wolke, 2003). Zusätzlich werden testdiagnostische Verfahren zur differenzierten Entwicklungsdiagnostik hinzugezogen (z. B. Bayley Scale of Infant Development, Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik). Eine Erfassung der elterlichen Einschätzung des kindlichen Temperaments mittels Fragebogen (z. B. Infant Behavior Questionnaire) und die Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung mittels der Globalen Einschätz-Skala der Eltern-Kind-Beziehung (GES-EKB) der Diagnostischen Klassifikation: 0–3 (ZERO TO THREE National Center for Infants and Families, 1999) sind eine sinnvolle Ergänzung.

5.4 Bedingungsmodell

Lange wurde angenommen, dass das exzessive Schreien Ausdruck einer gastrointestinalen Störung ist. Daher stammt auch der Begriff des Kolikschreiens. Mittlerweile gilt es jedoch als gesichert, dass lediglich 10 % der Schreikinder eine somatische Störungen im Magen-Darm-Trakt aufweisen. Vielmehr ist das unstillbare, exzessive Schreien durch eine Störung in der kindlichen Verhaltensregulation bedingt, welche Folge eine Dysregulation aktivierender und inhibierender neurologischer Prozesse ist.

Papoušek und Papoušek führten dafür ein entwicklungsdynamisches Modell ein, welches sich an dynamischen Systemtheorien orientiert und auf gemeinsamen Regulationsprozessen von Eltern und Kind in der vorsprachlichen Kommunikation basiert (Papoušek, 2004). In Anlehnung an dieses Bedingungsmodell lässt sich das

exzessive Schreien als Störung der frühkindlichen Regulation und Beziehung erklären. Dabei wirken intuitive elterliche Kompetenzen und selbstregulatorischen Kompetenzen des Säuglings interaktiv zusammen:

Kompetenzen des Säuglings. Die selbstregulatorische Kompetenz des Säuglings wird in den ersten Lebenswochen durch physiologische Anpassungsprozesse an die extrauterine Umwelt (Nahrungsaufnahme, Wärmeregulierung, Verdauung usw.) stark in Anspruch genommen. Eine erfolgreiche Selbstregulation zeigt sich beim Säugling im Erreichen und Aufrechterhalten eines ruhigen und aufmerksamen Wachzustandes, visueller Orientierung und gezielter Aufmerksamkeit. Ermüdung führt zum Zur-Ruhe-Kommen und einem problemlosen Übergang in den Schlaf. Dabei kann das Neugeborene verschiedene Strategien nutzen, um sich selbst zu beruhigen, wie das Saugen an den Händchen. Besteht kein regulatorisches Gleichgewicht zwischen aktivierenden und inhibitorischen Prozessen, kann es zu überschreitenden Reaktionen oder Entgleisungen kommen.

Kompetenzen der Eltern. Auf der Seite der Eltern ist die intuitive regulative Unterstützung für die kindliche Verhaltensregulation von zentraler Bedeutung – die Unterstützung basaler Regulationsbereiche und Förderung selbstregulatorischer Kompetenzen. Die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion ist entscheidend für eine erfolgreiche Verhaltensregulation bzw. die Selbstberuhigung des Säuglings. Eltern helfen ihrem Säugling mit Hilfe ihres Repertoires intuitiver Unterstützungskompetenzen, also der Fähigkeit, die Signale des Kindes lesen zu lernen und angemessene darauf zu reagieren (z. B. Sprechen in Babysprache, Übertreibungen der Mimik, Hochnehmen, Wiegen und mit sanfter Stimme beruhigen), unterstützen seine affektive und Aufmerksamkeitsregulation, und stimmen sich ab auf die kindliche Interaktionsbereitschaft, Befindlichkeiten, Bedürfnisse sowie auf den Reife- und Entwicklungszustand ihres Kindes) bei der affektiven Erregungssteuerung bzw. unterstützen seine Fähigkeit zur Selbstberuhigung. Dabei wird das elterliche Verhalten unbewusst durch Signale des kindlichen Verhaltenszustandes gesteuert. Wenn Eltern über einen längeren Zeitraum wiederholt die Erfahrung machen, dass sie in ihren Bemühungen um eine Beruhigung ihres Kindes kaum erfolgreich sind, verlieren sie das Vertrauen in ihre elterlichen Kompetenzen. Sie verlernen ihre intuitiven Verhaltensweisen adäquat einzusetzen. Fehlende Selbstwirksamkeitserwartungen der Mutter in Bezug auf die Beruhigbarkeit des Säuglings können zu erlernter Hilflosigkeit führen. Die Folge davon ist, dass hoch irritable und schwer beruhigbare Kinder von ihren Eltern häufig weniger responsive Unterstützung erhalten, obwohl gerade sie in besonderem Maße auf feinfühligte Hilfestellungen angewiesen wären.

Das exzessive Schreien eines Kindes muss also immer im familiären Kontext und unter Berücksichtigung elterlicher Faktoren betrachtet werden. Die Funktionsfähigkeit der Eltern-Kind-Interaktion hängt dabei von der kumulativen Belastung des

gesamten Systems ab. So kann das Eltern-Kind-System durch ein schwieriges Temperament oder eine relative Unreife des Kindes als Folge von Frühgeburt, durch eine postpartale Depression der Mutter oder partnerschaftliche Konflikte belastet sein. Diese Belastungsfaktoren stellen wiederum erhöhte Anforderungen an die intuitive elterliche Kompetenz.

Folgen. Unstillbares Schreien kann zu Beziehungskonflikten in der Partnerschaft führen. Dysregulierte kindliche Verhaltenszustände können auf Seiten der Eltern zu Erschöpfung, Schlafdeprivation, Ohnmachtgefühlen und Versagensängsten führen. Auch Wut, Ablehnung, Selbstvorwürfe oder ängstliche Überfürsorglichkeit können die Folge sein. Chronische Unruhe und unstillbares Schreien wirken sich negativ auf die Beziehungsgestaltung zum Kind aus und gehen zunehmend auf Kosten entspannter Interaktionen zwischen Eltern und Säugling. Eine positive Eltern-Kind-Interaktion stellt jedoch einen zentralen Verstärker für Eltern und Kind dar.

Belastungsfaktoren für das Eltern-Kind-System sind besonders dann kritisch, wenn infolge der überwiegenden negativen Rückkopplungssignale des unstillbar schreienden Säuglings und der erlebten Hilflosigkeit durch die Eltern die intuitive elterliche Kompetenz in ihrer Ausprägung gehemmt wird oder nicht mehr auf die kindlichen Bedürfnisse abgestimmt ist. In solchen Fällen fehlt dem Säugling die koregulatorische Unterstützung seiner Eltern. Damit kann das gesamte System in einen Teufelskreis der negativen Gegenseitigkeiten geraten und es kann im schlimmsten Fall zu einer tiefgreifenden Ablehnung, Vernachlässigung oder sogar Misshandlung des Kindes kommen. Je länger eine solche dysfunktionale Wechselseitigkeit aufrecht erhalten wird und somit belohnende Beziehungserfahrungen fehlen, umso mehr können sich bestimmte Interaktionsmuster verselbständigen, rigide werden und die Entwicklung langfristig gefährden.

5.5 Therapieplanung

Bei psychotherapeutischen Interventionen im Säuglings- und frühen Kindesalter muss immer die Entwicklungsdynamik mit in Betracht gezogen werden. Dieser Tatsache tragen zeitlich begrenzte Interventionen Rechnung, die auf eine rasche Veränderung problematischer Interaktions- und Beziehungsbereiche abzielen und intermittierend wieder aufgenommen werden, wenn im Rahmen weiterer Entwicklungsschritte des Kindes oder im Zuge familiärer Veränderungen das Problemverhalten erneut auftritt oder aufzutreten droht. Grundsätzlich müssen therapeutische und pädagogische Maßnahmen an die individuellen Bedürfnisse und Gegebenheiten der jeweiligen Eltern-Kind-Beziehung und ihrer Störung angepasst sein.

In der Regel ist bei exzessivem Schreien eine ambulante Behandlung ausreichend.



Von einer ambulanten Therapie sollte insbesondere dann Abstand genommen werden wenn:

- ▶ die elterliche Wahrnehmung der kindlichen Verhaltenssignale schwerwiegend verzerrt ist, mit der Gefahr von Kindesvernachlässigung oder -misshandlung;
- ▶ die Störung pervasiv mehrere Regulations- und Interaktionskontexte umfasst;
- ▶ das Gedeihen des betroffenen Säuglings wesentlich beeinträchtigt ist;
- ▶ bei den Eltern eine psychische Störung vorliegt, die mit einer deutlichen Beeinträchtigung einhergeht (z. B. Schizophrenie) und/oder die intuitiven elterlichen Kompetenzen schwerwiegend einschränkt;
- ▶ bereits eine ambulante Eltern-Säuglings-Psychotherapie ohne Erfolg durchgeführt wurde.

In diesen Fällen ist eine stationäre oder teilstationäre Therapie in Erwägung zu ziehen.

Bei Hinweisen auf neuromotorische Unreife und/oder spezifische sensorische Auffälligkeiten des Säuglings sind je nach Symptomatik eine begleitende Physiotherapie, Ergotherapie oder eine Anleitung zum adäquaten Umgang mit dem Säugling indiziert. Liegen psychische Belastungen oder Partnerschaftskonflikte bei den Eltern des Kindes vor, ist zusätzlich eine Einzel-, Familien- oder Paartherapie sinnvoll.

5.6 Behandlung exzessiven Schreiens

Das Ziel der Behandlung exzessiven Schreiens im Säuglingsalter liegt in erster Linie auf der Unterstützung und Förderung der intuitiven elterlichen Kompetenzen im Umgang mit ihrem Säugling. Die Therapie sollte die Eltern im Erkennen und im angemessenen Umgang mit den Verhaltenssignalen (insbesondere der Überlastung/Überstimulation oder fehlenden Interaktionsbereitschaft) ihres Kindes unterstützen und die selbstregulatorischen Fähigkeiten des Säuglings fördern, so dass entspannte und spielerische Interaktionen wieder möglich werden. Dabei sollte jedoch unbedingt eine Verstärkung vorhandener elterlicher Insuffizienz- und Schuldgefühle vermieden werden, denn dies kann zum Behandlungsmisserfolg und -abbruch führen. Die Eltern dürfen nicht durch die Vermittlung des Eindruckes, die der Therapeut sei kompetenter im Umgang mit dem Säugling, verunsichert werden. Um der Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehungen im Kontext des exzessiven Schreiens ausreichend Rechnung zu tragen, sollten während der Therapiesitzungen die primären Bezugspersonen (in der Regel beide Elternteile) und das Kind anwesend sein. Als optimal haben sich Therapiesitzungen von jeweils 50–90 Minuten Länge

erwiesen. Ein bis zwei Therapietermine pro Woche sind in der Regel ausreichend, im Bedarfsfall kann die Therapie aber auch hochfrequent im Sinne einer Krisenintervention erfolgen. Ein unterstützendes therapeutisches Umfeld sollte das Zulassen und Artikulieren ambivalenter elterlicher Gefühle ermöglichen. Die Bearbeitung von Vernachlässigungs- und Misshandlungsimpulsen ohne Schuldzuweisung ist ein wichtiger Aspekt der Therapie. Eine von vornherein vereinbarte Wiedervorstellung in regelmäßigen Abständen (in sog. „kritischen“ Entwicklungsphasen) erscheint bei Risikokonstellationen wie frühgeborenen und/oder behinderten Kindern, psychisch kranken oder suchtkranken Eltern, minderjährigen Müttern, sozial unterstützungsbedürftigen Familien oder bei Kindesvernachlässigung/-misshandlung aus präventiver Sicht unbedingt sinnvoll.

Therapeutisches Vorgehen

Psychoedukation und Entwicklungsberatung. Zu Beginn der Behandlung sollten die Eltern hinsichtlich des Verlaufs von Schrei- und Unruhephasen gesunder Säuglinge in den ersten drei Monaten sowie die normale Entwicklung der Schlaf-Wachphasen im ersten Lebensjahr informiert werden. Allein die Information, dass sie mit ihrem Problem nicht allein dastehen, stellt für die meisten Eltern eine große Entlastung dar.

Entlastung der Eltern. Infolge des oft wochenlangen Schlafmangels und der täglichen Stressbelastung sind vor allem Mütter oft so erschöpft und überfordert, dass Maßnahmen zur Entlastung durch Einbezug des unmittelbaren sozialen Umfeldes sinnvoll sind und bereits zu einer Besserung der Symptomatik führen können. Insbesondere bei schweren psychosozial belastenden Lebensumständen und Risikokonstellationen ist die Einschaltung Familien entlastender Dienste (Kinderkrankenpflege, Kinderbetreuung) oder einer sozialpädagogischen Familienhilfe sinnvoll. Außerdem sollten mit den Eltern Möglichkeiten für eine Auszeit, mit der Möglichkeit zur Erholung und Auftanken (z. B. Kino, Sauna, Joggen etc.) bei Überlastung für die primäre Bezugsperson erarbeitet werden.

Reizreduktion, Beruhigungsmaßnahmen und geregelte Tagesstruktur. In einem weiteren Schritt werden mit den Eltern Maßnahmen zur Reizreduktion und Vermeidung von kindlicher Übermüdung besprochen. Die Eltern werden angeleitet, ihr Kind in regelmäßigen, altersangemessenen Abständen zur Ruhe und in den Schlaf zu bringen. Wichtig ist dabei, die Eltern für die Anzeichen von Überreizung zu sensibilisieren und zu vermitteln, dass Maßnahmen wie z. B. nächtliches Autofahren oder permanente Stimulation nicht dauerhaft zu einer Beruhigung des Kindes und damit zum Beheben der Schreiproblematik beitragen. Vielmehr ist es wichtig, eine klare Umgebung zu schaffen (z. B. immer am selben Ort schlafen lassen), Sicherheit zu vermitteln und Ruheinseln am Tag zu schaffen. Durch eine geregelte Tagesstruktur und zyklische Wechsel zwischen Stillen, Wachphasen und Schlafen

wird eine Übermüdung verhindert. Die Eltern werden ermutigt, individuell angepasste, adäquate Beruhigungsstrategien während akuter Schrei-/Unruhephasen anzuwenden.

Durchbrechen des Teufelskreises. In „Baby-Lesestunden“ wird gemeinsam mit den Eltern die Sprache des Babys erforscht – welche Bedürfnisse es durch Quengeln und Schreien zum Ausdruck bringt. Auslöser wie Schmerz, Hunger, Langeweile oder Übermüdung sollen unterschieden werden können. Dabei ist wichtig zu bearbeiten, welche Gefühle und Attributionen das Schreien ihres Kindes bei den Eltern auslöst. Oft werden durch das Schreien intensive Gefühle und autobiographische Erfahrungen ausgelöst, die die Wahrnehmung des realen Säuglings überlagern und verzerren können. So kann das Verhalten des Säuglings als aggressiver Akt interpretiert werden, was entsprechend eine unangemessene Antwort zu Folge hat. In einer zweiten Phase lernen die Eltern auf das positive Verhalten des Kindes zu reagieren und dieses durch entspannte Interaktionen bzw. Spiele zu verstärken. Ziel ist es, den Teufelskreis der gegenseitigen Negativität zu durchbrechen – aufmerksame Wachphasen sollen verstärkt und den Phasen des Schreiens oder Quengeln weniger Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Rückfallprophylaxe. Im Sinne einer Rückfallprophylaxe ist es sinnvoll, Eltern Hinweise zu geben, wie sie ihr Kind in seiner Selbstregulationsfähigkeit unterstützen können:

- ▶ Versuche des Kindes, sich selbst zu beruhigen (z. B. durch Saugen an den Fingern), sollten unbedingt zugelassen und unterstützt werden.
- ▶ Quengeln oder Schreien muss nicht immer unverzüglich mit Beruhigungsmaßnahmen durch die Eltern beantwortet werden. Vielmehr sollten die Eltern kurz abwarten, um Versuche der Selbstberuhigung zu ermöglichen.
- ▶ Gelingt es dem Baby nicht, sich selbst zu beruhigen, sollten die Eltern es durch Aufnehmen, ruhigem Zureden und Körperkontakt beruhigen.
- ▶ Entspannungszeichen sollten unbedingt positiv verstärkt werden (z. B. durch Anlächeln und Streicheln).

Zudem ist es wichtig, mit den Eltern die erarbeitete angemessene Schlaf-, Still-, Ruhe- und Aktivitätsphasen so anzupassen, dass sie nach der Behandlung aufrechterhalten werden können. Für die primäre Bezugsperson müssen Entlastungsmöglichkeiten geschaffen werden, um eine erneute Eskalation zu vermeiden.

Die Eltern sollten außerdem darauf hingewiesen werden, dass im Laufe der Entwicklung erneut Probleme mit der Verhaltensregulation auftreten können. Diese sind in den meisten Fällen peripher und können überwunden werden. Sollte die akute Schreiproblematik länger anhalten, ist eine erneute Vorstellung unbedingt zu empfehlen.

5.7 Wirksamkeit und Wirksamkeitsbedingungen der Therapie

Die Wirksamkeit von Interventionen bei exzessivem Schreien lässt sich aufgrund der häufigen Spontanremission im Alter von drei Monaten oft nur unbefriedigend überprüfen. Einige wenige kontrollierte Studien konnten einen positiven Effekt verhaltenstherapeutischer Maßnahmen nachweisen. Die gezielte Beratung durch einen Kinderarzt oder geschulte Laien mit dem Ziel, die Eltern für die Signale ihres Kindes zu sensibilisieren, den Tagesablauf zu strukturieren sowie Überstimulation zu vermeiden, führte im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einer deutlichen Reduktion des Schreiverhaltens (Wolke, 1993). Dieser Effekt zeigte sich jedoch nur bei persönlicher Beratung der Eltern, nicht aber wenn die Verhaltensempfehlungen in schriftlicher Form gegeben wurden. Auch McKenzie (1991) fand eine signifikante Besserung der Schreiproblematik nach einer Elternberatung. Wolke et al. (1994) untersuchten die Wirkung einer komplexen verhaltenstherapeutischen Intervention auf das unstillbare Schreien und verglichen den Verlauf mit einer Gruppe von Eltern, die entlastende Gespräche erhielten sowie einer Kontrollgruppe. Bei den Kindern der verhaltenstherapeutischen Gruppe (Reizreduktion, Sensitivitätstraining und Unterstützung der Selbstregulationsfähigkeit des Kindes) zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe (Reduktion der Schreidauer bei 35,2 %) eine signifikant häufigere Reduktion des Schreiens im Vergleich zur Ausgangslage (bei 51,2 %). Dieser Gruppenunterschied war signifikant und unabhängig vom Geschlecht der Kinder.

Als entbehrliche Therapiemaßnahmen haben sich medikamentöse Therapieversuche mit Sedativa oder Simecon gezeigt, denn diese Maßnahmen zeigen bei exzessivem Schreien keine Langzeiterfolge. Eine spezielle Diät der Mutter oder Nahrungsumstellungen beim Kind sind ohne klare Indikation kontraindiziert.

Grundlegende Literatur

Papoušek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.). (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*. Bern: Huber.

ZERO TO THREE National Center for Infants and Families (Hrsg.). (1999). *Diagnostische Klassifikation: 0–3, seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Wien, New York: Springer.

Weiterführende Literatur

Alvarez, M. (2004). Caregiving and early infant crying in a danish community. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25 (2), 91–98.

Kries, R. v., Kalies, H., & Papoušek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160 (5), 508–511.

McKenzie. (1991). Troublesome crying in infants: Effect of advice to reduce stimulation. *Arch Dis Child*, 66, 1416–1420.

Reijneveld, S. A., Brugman, E., & Hirasing, R. A. (2001). Excessive infant crying: The impact of varying definitions. *Pediatrics*, 108(4), 893–897.

Wolke, D. (1993). The treatment of problem crying behavior. In I. St James Roberts, G. S. Harris, Jr. & D. Messer (Eds.), *Infant crying, feeding and sleep-*