

Baby schreit dauernd, isst nicht und schläft schlecht

Was dahinter steckt und wie man abhilft

VON M. PAPOU EK

An ein entspanntes Familienleben ist nicht mehr zu denken, wenn im Kinderzimmer Stress herrscht. Schrei-, Ess- und Schlafstörungen sind heute bemerkenswert häufig: 15–30% aller Säuglinge sind betroffen. Der folgende Beitrag beleuchtet die Ursachen und sagt Ihnen, wie Sie beratend und wenn nötig auch therapeutisch Abhilfe schaffen.

— Frühkindliche Regulationsstörungen werden heute in die Gruppe der „neuen Kinderkrankheiten“ eingereiht. Sie reichen von exzessivem Schreien über Schlaf-, Fütter- und Gedeihstörungen, chronischer Unruhe und Spielunlust bis hin zu sozialer Ängstlichkeit, exzessivem Klammern und Trotzen, Trennungängsten und oppositionell-aggressivem Verhalten im Kleinkindalter.

Fast jedes vierte Kind wird auffällig

Die einzelnen Störungsbilder weisen einige Gemeinsamkeiten auf [7, 8]:

- Sie sind bemerkenswert häufig (Prävalenz 15–30%). Jeder vierte bis fünfte sonst gesunde Säugling ist von mindestens einer dieser Störungen betroffen.
- Verschiedene Störungsbilder treten häufig bei einem Kind zeitgleich oder aufeinander folgend auf.
- Die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten sind als solche nicht pathologisch, sie sind vielmehr Extremausprägungen der normalen individuellen Variabilität. Jedoch stellen sie erhöhte Anforderungen an die intuitiven elterlichen Kompetenzen und verunsichern die Eltern.
- Sie treten zeitgleich mit alterstypischen Reifungs-, Anpassungs- und Regulationsprozessen auf.
- Die Entwicklungsaufgaben werden in der Regel von Kind und Eltern in den alltäglichen Interaktionen – beim Füttern, Beruhigen und Schlafenlegen, im Zwiegespräch und Spiel, später auch in Trennungs-, Abgrenzungs- und Grenzsetzungssituationen – gemeinsam reguliert. Dass es dabei zu vorübergehenden

**Prof. Dr. med.
Mechthild Papoušek**

Institut für Soziale
Pädiatrie und Jugend-
medizin, Universität
München



krisehaften Zuspitzungen mit vermehrtem Schreien, Schlaf-, Fütterproblemen oder Trotzanfällen kommt, gehört zur normalen Entwicklung.

- Kann die Entwicklungsaufgabe nicht bewältigt werden und entstehen daraus Belastungen für die psychische Entwicklung des Kindes und der Eltern-Kind-Beziehung, entwickelt sich aus der normalen Krise eine Regulationsstörung.
- Nur in Ausnahmefällen sind eindeutige Ursachen identifizierbar. Meist bestehen multiple organische und/oder psychosoziale Risikofaktoren beim Kind (z. B. Früh- und Mangelgeburt, gastroösophagealer Reflux, Hyperexzitabilität und andere Merkmale eines „schwierigen Temperaments“). Die Eltern sind häufig durch pränatalen Stress und Ängste, postpartale Depression, Substanzmissbrauch, Paarkonflikte, familiäre und soziale Isolation belastet.
- Regulationsstörungen sind daher nicht Störungen des Säuglings allein. Charakteristisch ist eine Symptomtrias von kindlicher Verhaltensauffälligkeit, aktuellem/chronischem Überforderungssyndrom der Eltern und der Entgleisung der Eltern-Kind-Interaktion.

- Mit einer günstigen Prognose ist zu rechnen, wenn die allgemeine Risikobelastung gering ist und Kind und/oder Eltern über ausreichende Ressourcen verfügen. Andernfalls drohen die Probleme zu persistieren und in dysfunktionalen Interaktionsmustern zu exazerbieren. Die Eltern-Kind-Beziehung kann langfristig gestört werden und das Risiko für Verhaltensstörungen im späteren Kindesalters steigt [8, 13].
- Frühzeitigen entlastenden Interventionen kommt deshalb auch präventive Bedeutung zu [6, 12, 14].

Exzessives Schreien – die so genannten Dreimonatskoliken

Dem Schreien des Säuglings kann sich niemand entziehen. Als angeborenes Alarmsignal löst es Stressreaktionen aus, die ein Fürsorgeverhalten provozieren. Intuitive Beruhigungshilfen bringen Baby und Eltern gleichermaßen wieder zur Ruhe. Um die sechste Woche nach dem Geburtstermin erreicht das exzessive Schreien als Ausdruck von Missbehagen und starker Erregung seinen Höhepunkt [1]. Erst jenseits des dritten Monats differenzieren sich Quengeln und Schreien zu Signalen, die an die Eltern gerichtet sind. Jetzt werden damit Gefühle von Ärger, Frustration, Wut und Protest, von Angst, Furcht und Panik oder von Traurigkeit und Verlassenheit ausgedrückt.

Symptomtrias des exzessiven Schreiens

① Als Kriterium „exzessiven Schreiens“ bei einem ansonsten gesunden, wohl genährten Säugling gilt: Schreien und Quengeln von mehr als drei Stunden täglich, an mindestens drei Tagen die Woche über mindestens drei Wochen. Bedeutsamer als das zeitliche Ausmaß ist jedoch das Kernsymptom des unstillbaren Schreiens. Normale Beruhigungshilfen wirken nicht und das Schreien eskaliert bis zum Gipfel in den Abendstunden. Der Säugling lässt sich nicht trösten und kann sich auch von selbst nicht beruhigen. So wird seine Schlaf-Wach-Regulation gestört, was zu weiterer Unruhe und Überreiztheit führt. Das Schlafdefizit summiert sich bis in die

späten Abendstunden auf, erst dann ist ein ruhiger Nachtschlaf möglich.

② Die vergeblichen Beruhigungsversuche und das stundenlange Herumtragen führen zu einer Anspannung bei Eltern und Kind. Auch auf dem Arm bleibt der Säugling unruhig und macht sich steif. Dies verunsichert die Eltern weiter, die häufig mit einem Wechsel von heftigen Bewegungen, Lauten oder intensiv ablenkenden Stimulationen versuchen, das Kind zu beruhigen – Teufelskreise wechselseitiger Eskalation von Erregung und Anspannung.

③ Bei der Mutter, oft auch bei beiden Eltern, findet sich regelmäßig ein Überlastungssyndrom, das von chronischer Erschöpfung, Schlafdefizit, Übererregbarkeit, Frustration, Verunsicherung und agitiert-depressiver Stimmungslage geprägt ist. Dieser Zustand ist in der Regel nicht die Ursache, sondern die Folge des unstillbaren Schreiens und einer Beanspruchung rund um die Uhr. Die Mutter empfindet das Schreien und Quengeln als Beleg für ihre Unfähigkeit, ihr Baby zufrieden stellen zu können. Dies löst Versagensgefühle und Selbstzweifel aus und führt nicht selten

zu einer postpartalen Depression, zu ohnmächtiger Wut auf Partner und Baby oder zu Ambivalenzkonflikten.

Entspannung nach der zwölften Woche

Jeder vierte bis fünfte gesunde Säugling überschreitet das normale Maß an Quengeln und Schreien, wenn neue Anpassungs- und Reorganisationsprozesse anstehen. Die Schreixesse gipfeln um die sechste Woche nach dem errechneten Geburtstermin und werden im Alter von zehn bis zwölf Wochen durch einen Entwicklungsschub abgelöst [1]. Als Ursache der Extremausprägungen werden genetische und im Zuge pränataler Stressbelastung erworbene konstitutionelle Faktoren diskutiert. Am häufigsten jedoch scheint es sich um eine passagere relative Unreife zu handeln, die sich auch in einer leichten neuromotorischen Unreife manifestiert [15]. Neuropädiatrische Störungen und pädiatrische Erkrankungen, speziell im Bereich des Verdauungstraktes, sind nur bei 5-10% die Ursache für exzessives Schreien [5]. Regelmäßig besteht dagegen eine Kumulation von prä-, peri- und postnatalen organischen und psychoso-

Tabelle 1

Entwicklungsberatung bei exzessivem Schreien

- Gestaltung und Unterstützung regelmäßiger Schlaf-Wach-Zyklen im Tagesablauf
- Signale des Kindes von Interaktionsbereitschaft, Hunger, Ermüdung, Belastung, Überreiztheit beobachten und verstehen lernen. Sich von den Signalen leiten lassen, frühzeitig schlafen legen
- Vermeiden von Übermüdung und Überreizung
- Vermeiden von überstimulierenden Beruhigungsstrategien („Cocktailshaker-Syndrom“),
- Vermeiden von permanentem „Bei-Laune-Halten“
- Reizreduktion vor dem Einschlafen und gemeinsame „Ruheinseln“ am Tag
- Informieren über Gefahren des Schüttelns (Shaken-Baby-Syndrom)
- Timeout für die Mutter zur eigenen Entspannung
- Bei großer Anspannung, Erschöpfung oder aufsteigender Wut zunächst Ablegen des Kindes an sicherem Ort, selbst zur Ruhe kommen (dem Ärger im Nebenraum Luft lassen), erst dann das Kind beruhigen
- „Verordnung“ von Entspannungszeiten für die Mutter/das Elternpaar ohne Kind

zialen Belastungsfaktoren auf kindlicher und/oder elterlicher Seite, die die kindlichen und elterlichen Ressourcen beeinträchtigen [15].

Grundstein für psychische Störungen?

Das frühe exzessive Schreien ist normalerweise selbstlimitierend. Besteht allerdings eine Risikokonstellation, und sind die Eltern wenig belastbar, führen die Probleme rasch zu Eskalation und persistieren über den dritten Monat hinaus. Dann treten häufig auch anhaltende Regulationsprobleme in anderen Bereichen auf. Langfristig zeigen erste prospektive Daten [8, 13], dass das Risiko von Störungen des Sozialverhaltens, von ADHS und emotionalen Entwicklungsstörungen des späteren Kindesalters bei diesen Kindern erhöht ist.

Die Eltern brauchen Unterstützung

Zunächst werden pädiatrische und neuropädiatrische Störungen, die zu vermehrtem Schreien führen können, diagnostiziert und behandelt. Dazu gehören in erster Linie Kuhmilchweiß-unverträglichkeit, gastroösophagealer Reflux und hypomobile Funktionsstörungen im HWS-Bereich [5, 10, 15]. Um das Ausmaß und die tageszeitliche Verteilung der Schrei- und Schlafproblematik zu klären, hat sich ein 24-stündiges Tagesprotokoll bewährt, das die Eltern einige Tage lang ausfüllen.

Wichtig ist es, die physische und psychische Entlastung der Mutter bzw. beider Eltern zu erreichen (z. B. Haushaltshilfe, verstärktes Einbeziehen des Partners) und das Vertrauen der Eltern in ihre intuitiven Kompetenzen zu

stärken. Bei extrem dysregulierten Säuglingen und eskalierenden Interaktionen kann eine Ergotherapeutin zu verbessertem Handling und Beruhigungshilfen beitragen [14]. Die entwicklungsorientierte Beratung zielt auf ein verbessertes Verständnis der kindlichen Regulationsprobleme und damit auf Reizreduktion und Unterstützung eines regelmäßigen Schlaf-Wach-Zyklus ab (Tabelle 1) [10]. Bei schwer wiegenden psychischen Belastungen der Eltern ist die Überweisung in eine Spezialambulanz indiziert.

Ein- und Durchschlafstörungen jenseits des sechsten Monats

In der Schlaf-Wach-Organisation vollziehen sich während des ersten Lebensjahres vielfältige Anpassungs- und Reorganisationsprozesse, die wiederholt zu vorübergehenden Schlafproblemen führen können. Wichtig ist in jeder Schlafberatung, der ausgeprägten individuellen Variabilität des Schlafbedarfs Rechnung zu tragen [4].

Symptomtrias der Schlafstörungen

- 1 Das Kind ist unfähig, ohne aufwändige Einschlahilfen der Eltern in den Schlaf zu finden und bei nächtlichem Erwachen ohne diese Hilfen wieder einzuschlafen. Weil der Säugling nicht gelernt hat, eigenständig einzuschlafen, fordert er die Einschlahilfen durch Schreien immer wieder ein.
- 2 Die Eltern leiden an einem Überlastungssyndrom mit kumulierendem Schlafdefizit, chronischer Erschöpfung und „blank liegenden Nerven“.
- 3 Die Interaktionsmuster des Schlafens halten die Schlafstörung aufrecht. Das Kind weigert sich vehement mit sofortigem Schreien, etwas von den vertrauten, oft bizarren Einschlahritualen (z. B. am Ohrfläppchen der Mutter zupfen) aufzugeben. Die Eltern geben meist unter zunehmender Anspannung, Wut oder Verängstigung nach, um das Schreien abzustellen [9].

Schreien statt Schlafen

Die häufigste Ursache von frühkindlichen Schlafstörungen bei gesunden Säuglingen und Kleinkindern liegt in

Tabelle 2
<p>Schlafberatung in der Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Führen eines Schlaftagebuches während der Intervention - Beruhigendes Zubettgeh-/Einschlafritual außerhalb des Bettchens mit viel körperlicher Nähe und ungeteilter Aufmerksamkeit, jeden Abend zur gleichen Zeit, wenn das Kind müde wird - Danach wach ins Bettchen legen - Gewöhnen an bald vertraute, selbst steuerbare Einschlahhilfen (Schmusewindel, Teddy, bei dysregulierten Säuglingen auch Schnuller) - Verabschieden und den Raum verlassen, die Tür einen Spalt offen lassen, Licht im Flur, im Hintergrund vertraute Geräusche und Stimmen - Erwartungsgemäß wird das Kind während der Intervention schreien als Ausdruck von (in abnehmender Häufigkeit): <ul style="list-style-type: none"> - Protest gegen Verletzung der bisherigen Gewohnheiten - Hartnäckigen Versuchen, das Vertraute wieder zu erreichen - „Austesten“ der Grenzen - Trennungssängsten und Verlassenheitsgefühlen - Bei anhaltendem Schreien in regelmäßigen Abständen (nicht durch das Schreien gesteuert, etwa alle 5 Min.) dem Kind eine kurze Zuwendung und Rückversicherung geben, ohne es aus dem Bett zu nehmen oder Flasche/Brust anzubieten - Dabei ist entscheidend, dass die Eltern dem Kind Folgendes vermitteln: <ul style="list-style-type: none"> - Wärme, Sicherheit, Verlässlichkeit anstelle wie bisher Ängstlichkeit, Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Ärger, Straftendenz oder Abwertung - Eindeutige Regeln - Rückversicherung: „Du bist nicht allein“ - Vergewisserung: „Alles ist in Ordnung, schlaf schön, ich schau wieder nach dir“ - Zutrauen: dem Kind zutrauen, sich selbst zu beruhigen und sich seiner Müdigkeit und dem Schlaf anheimzugeben - Sobald das abendliche Einschlafen gelingt, bei nächtlichem Aufwachen und Schreien ebenso vorgehen wie am Abend

Tabelle 3

Fütterregeln bei Fütterstörungen

- Feste Mahlzeiten mit Nahrungskarenz zwischen den Mahlzeiten
- Klare, für das Kind verständliche Trennung von Mahlzeiten und Spielzeiten
- Aufteilung der „Zuständigkeiten“ zwischen Mutter und Kind:
 - Kontrolle eines altersadäquaten ausgewogenen Nahrungsangebotes durch die Mutter (wann, wie oft und was)
 - Kontrolle der Nahrungsmenge (wie viel) durch Hunger- und Sättigungssignale des Kindes
- Freundliches Beenden der Mahlzeit bei deutlichem Ablehnen
- Vermeidung von dysfunktionalen Regulationshilfen (Ablenkung, Druck, Zwang)
- Unterstützen und Verstärken von altersangemessenem, zunehmend selbstständigerem Essverhalten
- Delegation von Sorgen und Ängsten an die Verantwortung des Kinderarztes

der Beibehaltung aufwendiger elterlicher Einschlahhilfen, die im ersten Trimenon oder später z. B. im Rahmen einer Krankheit hilfreich waren [12]. Auf diese Weise entstehen fast 80% der frühkindlichen Schlafstörungen in direkter Fortsetzung des exzessiven Schreiens [9]. Die übrigen treten in Zusammenhang mit unbekanntem Situationen (Erkrankung, Schlafen in fremder Umgebung, nach Umzug) und Trennungssituationen (z. B. Hospitalisation des Kindes, der Mutter; Fremdbetreuung) auf.

Die „wunden Punkte“ der Eltern

Häufig leidet auch die Partnerschaft, was umgekehrt die Schlafproblematik des Kindes aufrechterhalten kann. Das nächtliche Rufen, Weinen oder Schreien des Babys kann bei den psychisch belasteten Eltern eigene Nähebedürfnisse, Verlassenheitsängste, Erinnerungen an unbewältigte Verlust- und Trennungserfahrungen oder an Erfahrungen bei eigenen Schlafstörungen auslösen [2]. Spricht man die Eltern darauf an, können schmerzhaft Ereignisse aus der Biografie der Eltern zutage treten, die es ihnen erschweren, künftig auf übertriebene Einschlahhilfen zu verzichten.

Frühkindliche Schlafstörungen neigen mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Persistenz bis ins Vorschulalter. Zudem wirken sie sich auf die Tagesbefindlichkeit und Regulationsfähigkeiten in anderen Entwicklungsbereichen aus [12].

Liegen organische Ursachen vor?

Nicht selten werden frühkindliche Schlafstörungen durch pädiatrische oder neuropädiatrische Störungen ausgelöst oder aufrechterhalten [9]. Hierzu gehören Nahrungsmittelunverträglichkeit/Allergien, atopisches Ekzem, gastroösophagealer Reflux, erschwerte Atmung durch Obstruktion der Atemwege, Schlafapnoe-Syndrom/Undine-Syndrom, eine hirnanorganische Schädigung mit fehlendem/desorganisiertem Schlaf-Wach-Rhythmus, ein hirnanorganisches Anfallsleiden und sonstige somatische Störungen mit rezidivierenden Schmerz- und Unruhezuständen.

Schlafen als Lernprozess

Zur Klärung der Problematik empfiehlt sich das mehrtägige Ausfüllen eines Schlafprotokolls. Zur weiteren diagnostischen Einschätzung der Schlafstörung hat es sich bewährt, das kindliche Schlafverhalten, die psychophysische Verfassung der Eltern und belastete Bettzeitinteraktionen zu betrachten und verständnisvoll anzusprechen.

Eine Schlafberatung in der Praxis (Tabelle 2) sollte nur beginnen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Beide Eltern sollten sich sicher und einig sein, dass sie ihrem Kind das Erlernen des Einschlafens zutrauen.
- Sie sollten sich einig darüber sein, dass sie die mit der Durchführung einhergehenden Belastungen (vermehrter Protest und Schreien) aushalten und

sich gegenseitig unterstützen werden.

- Das Kind sollte körperlich und psychisch gesund sein. Auch sollten keine größeren Veränderungen für die nächste Zeit anstehen (Umzug, Scheidung).
- Mit der Veränderung sollte zu einem Zeitpunkt begonnen werden, an dem beide Eltern mehr Zeit als sonst haben (Wochenende oder Ferien).

Wenn sich die Eltern schwer tun, sich auf ein Schlaflernprogramm einzulassen, insbesondere bei starken psychischen Belastungen der Eltern und/oder der Paarbeziehung, ist eine Überweisung in eine Spezialambulanz indiziert.

Fütter- und Gedeihstörungen

Auch die Nahrungsaufnahme verlangt in der frühen Kindheit vielerlei phasentypische Anpassungen. Sie reichen von der intrauterinen kontinuierlichen Nahrungszufuhr zur Regulation von Hunger-Sättigungs-Zyklen, vom Stillen zum Saugen an der Flasche, zur Löffelfütterung und zum Kauen fester Nahrung, Anpassungen an neue Geschmacksrichtungen und Konsistenzen und die Umstellung vom Gefüttertwerden zum Selbstessen [7].

Symptomtrias der Fütterstörungen

1 Fütter- und Gedeihstörungen sind im Säuglingsalter vielgestaltig und schließen ein breites Spektrum von passageren einfachen Verhaltensproblemen beim Essen bis zu vollständiger Nahrungsverweigerung und lebensbedrohlichen Gedeihstörungen ein. Das Kind empfindet statt Hunger- und Sättigungssignalen Essunlust oder es verweigert die angebotene Nahrung. Dabei kann es erregt, motorisch unruhig oder stark ablenkbar sein. Manchmal wehrt das Kind das Essen auch aus Angst vor allem Neuen ab. Ausspucken, Herauslaufen lassen oder passives Horten der Nahrung im Mund, provokatives Würgen und Erbrechen können das Füttern erschweren. Die Mahlzeiten sind abnorm lang, oft gefolgt von kontinuierlichem Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten. Häufig ist die angebotene Nahrung nicht dem Alter des Kindes angemessen, insbesondere bei wählerischem Essverhalten.

2 Die Fütterinteraktionen münden oft in einen Teufelskreis. Die Mutter bestimmt die Nahrungszufuhr mit überfürsorglicher Zuwendung, Ablenkstrategien, Druck oder Zwang. Umgekehrt kontrolliert der Säugling die Mutter, indem er die Nahrungsverweigerung instrumentalisiert, um attraktive Unterhaltung, Zuwendung oder bevorzugte Nahrung zu erhalten oder etwas Unangenehmes zu entgehen.

3 Die Mutter wird durch Esslust und Nahrungsverweigerung ihres Babys in ihrer Rolle als Ernährerin verunsichert. Dies kann tief greifende, oft irrationale Ängste um Überleben und Gedeihen des Kindes bei ihr hervorrufen. Die Abwehr des Kindes löst Versagensgefühle in der Mutterrolle, verletztes Selbstwertgefühl und depressive Verstimmungen aus, in anderen Fällen Ärger und Wut, seltener auch Ambivalenzen in der Beziehung zum Kind mit latenter Ablehnung und starken Schuldgefühlen. Viele der betroffenen Mütter sehen sich unter erheblichem Druck vonseiten der sozialen Umwelt, von Kinderarzt oder Kinderschwestern oder setzen sich selbst unter Druck, um das normative Soll an Trinkmenge oder Gewichtszunahme zu erreichen [7, 11].

Richtiger Zeitpunkt für die Löffelkost? Fütterstörungen ohne erkennbare organische Ursache entstehen oft, wenn eine alterstypische regulatorische An-

passung noch nicht bewältigt werden kann. Durch dysfunktionale Interaktionsmuster werden sie aufrechterhalten. Die Kinder sind häufig von schwierigem Temperament, hyperreaktiv, leicht ablenkbar und passen sich nur schwer an Unbekanntes an [7].

Zu Fütter- und Gedeihstörungen kommt es aber auch bei genetisch bedingten Stoffwechselstörungen und organischen Erkrankungen, die mit chronischem Appetitverlust, Erbrechen und Verdauungsstörungen einhergehen. Bei posttraumatischen Fütterstörungen haben die Kinder Angst vor jeder Stimulation im Mundbereich. Die phobische Vermeidungsreaktion hängt oft mit vorausgegangenen aversiven Erfahrungen im Mund-Schlund-Ösophagus-Bereich zusammen (z. B. nach Intubationen, Sondenernährung, Erstickungsanfällen, bei neurologischen Störungen von Mundmotorik und Sensorik oder nach Zwangsernährung) [3].

Das Ende des Machtkampfs

Wichtig sind auch hier Diagnostik und Behandlung einer möglichen mitbedingenden pädiatrischen/neuropädiatrischen Störung. Zudem muss speziell die Mutter entlastet werden. Wertvolle Aufschlüsse über das Verhalten von Mutter und Kind gibt die Beobachtung des Fütterns in der Praxis. Ziel der Beratung ist es, dem Kind eine von Hunger und Sättigung gesteuerte, zunehmend

selbstständigere Nahrungsaufnahme zu ermöglichen, während die Mutter lediglich in regelmäßigen Mahlzeiten für ein altersangemessenes gesundes Nahrungsangebot Sorge trägt. Gemeinsam werden die Fütterregeln erarbeitet (Tabelle 3).

Sprechen Sie einfühlsam mit den Eltern

Haus- und Familienärzte sind in der Regel die ersten Ansprechpartner und können mit relativ geringem Aufwand zur Entlastung und Stärkung der Eltern (z. B. Haushaltshilfe) und des Kindes (z. B. Physio- oder Ergotherapie) beitragen. Verständnisvolles Ansprechen der akuten Belastungen und eine gezielte entwicklungsorientierte Beratung in der Praxis führen meist rasch zu einer deutlichen Besserung. Bei schwer wiegenden psychischen Belastungen der Eltern, postpartaler Depression, Paar Konflikten, anderen psychosozialen Risiken und manifesten Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen sind multimodale psychotherapeutische Therapiekonzepte angezeigt.

Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:

Prof. Dr. med. Mechthild Papou ek
 Institut für Soziale Pädiatrie und
 Jugendmedizin, LMU
 Heiglhofstr. 63, D-81377 München
 Tel.: 089/71009-331, Fax: 089/71009-369
 E-Mail: cry.kiz@lrz.uni-muenchen.de

Zusammenfassung | MMW-Fortschr. Med. 147 (2005), 208–214

Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Praxisberatung bei Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen

Frühkindliche Regulationsstörungen umfassen die häufigsten Verhaltensauffälligkeiten des Säuglings- und Kleinkindalters, die aus regulatorischen Problemen der alterstypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben resultieren. Aufgrund wachsender empirischer Evidenz verdienen sie volle Aufmerksamkeit. Unbehandelt beeinträchtigen sie die frühe Eltern-Kind-Beziehung und erhöhen das Risiko des Kindes für spätere Störungen. Meist ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner für Eltern, die mit exzessivem Schreien

ihres Säuglings, Schlaf- oder Fütterstörungen überfordert sind. Eine Reihe bewährter Methoden unterstützen die Entwicklungsberatung in der Praxis.

Schlüsselwörter: Regulationsstörung – Exzessives Schreien – Schlafstörung – Fütterstörung – Interaktion

Regulatory Disorders in Early Childhood. Family Physician Counseling for Crying, Sleeping and Feeding Disorders

Early childhood regulatory disorders account for the most common behavioral abnormalities of the infant and young child that result from regulatory problems associated with age-specific adaptational and developmental tasks.

Increasing empirical evidence indicates that these problems need to receive full attention. If left to themselves, such disorders impair the early parent-child relationship, and increase the risk for disturbances later on in life. In most cases, the family doctor is the first person to be consulted by the infant's parents who are unable to cope with excessive crying, sleeping or feeding disorders. A range of proven methods are available to support counseling on child development in the physician's office.

Keywords: Regulatory disorders – Excessive crying – Sleep disorders – Feeding disorders – Interaction