

Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter – Folgen für die frühkindliche Entwicklung



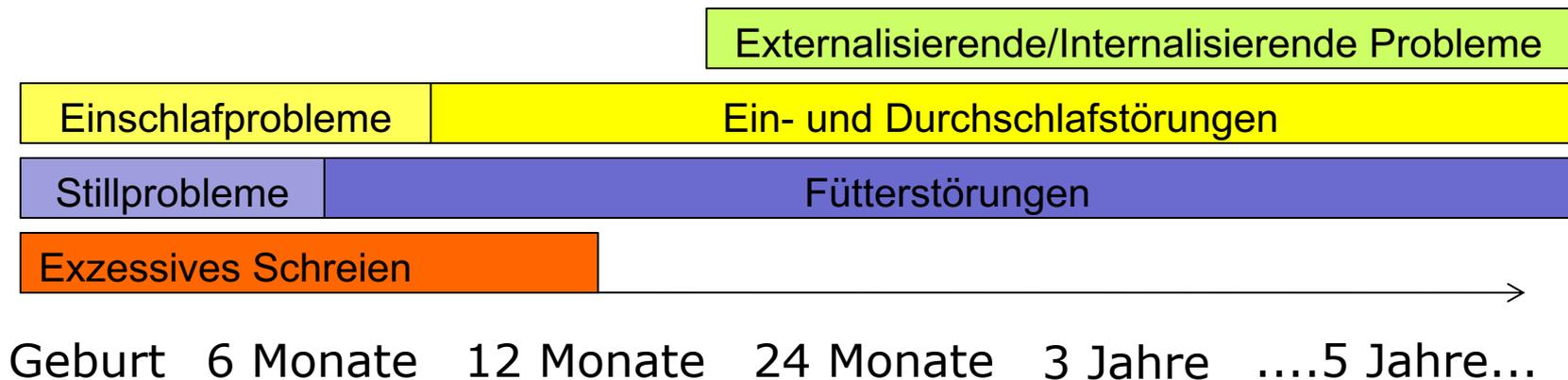
PD Dr. Margarete Bolten
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Klinik für Kinder
und Jugendliche (UPKKJ)

Entwicklungsaufgaben der ersten 6 Lebensjahre nach Sroufe (1989)

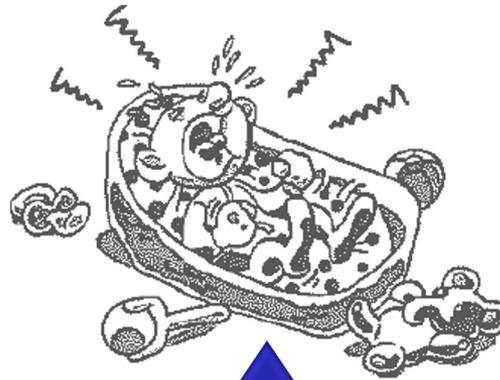
1. Regulierung innerer Abläufe wie beispielsweise Schlaf und Nahrungsaufnahme (0-6 Monate)
2. Bindung und motorische Selbstkontrolle (6-12 Monate)
3. Sprache, Exploration und Autonomie (1-3 Jahre)
4. Impulskontrolle und Beziehung zu Peers (3-6 Jahre)

Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

- › Schwierigkeit des Säuglings, sein Verhalten in Interaktions- und regulativen Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern/Essen, Wut/Trotz, Ängste, Aufmerksamkeit) angemessen zu regulieren.
- › Symptome sind in alters- und entwicklungsphasentypisch
- › Im ersten Lebensjahr in erster Linie exzessives Schreien sowie Schlaf- und Fütterstörungen.



Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter



Regulationsstörungen der frühen Kindheit



Definition Excessives Schreien

- › Dreierregel von Wessel (1954)

- › mind. 3 mal pro Woche
- › mind. 3h pro Tag
- › mind. 3 Wochen lang



Schreien und Quengeln in
den ersten Lebensmonaten

- › Anfallsartiges, unstillbares Schreien, das ohne erkennbaren Grund bei einem ansonsten körperlich gesunden Säugling auftritt
- › Angemessene Beruhigungsversuche der Eltern haben meist keinen Erfolg

Definition Schlafstörungen

- › Research Diagnostic Criteria Preschool Age (RDC-PA)
 - › Diagnose von Schlafstörungen **erst nach dem 12. Lebensmonat**
 - › Einschlafprobleme:
 - › Kind braucht >30 min (12-24 Mt.)/ >20 min(>24 Mt.) zum Einschlafen und/oder
 - › Kind kann nur in unmittelbarer Nähe der Eltern einschlafen und/oder
 - › Eltern müssen >3 Mal (12-24 Monate)/ > 2 Mal (>24 Monate) zum Kind gehen
 - › Durchschlafprobleme:
 - › Entweder Gesamtwachzeit pro Nacht >30 min (12-24 Mt.)/ >20 min (24-36 Mt.); >10 Minuten (> 36 Mt.) und/oder
 - › Eltern nehmen das Kind bei jedem Erwachen aus dem Bett und/oder
 - › Kind wacht > 3 x (12-24 Mt.)/ >2 x (24-36 Mt.)/ >1 x (> 36 Mt.) pro Nacht auf
 - › Schwierigkeiten treten 5 – 7 Mal pro Woche, während mindestens 4 Wochen auf
 - › Leiden und Beeinträchtigung der Eltern oder Tagesmüdigkeit beim Kind

Knackpunkt Regulationsfähigkeit?

- › Unterentwickelte Kompetenz des Kindes zur Regulation von Erregung/Schlaf-Wach-Zuständen/Verhaltensabläufen
- › Regulationsfähigkeit ist angeboren oder erworben:
 - › Unterschiedliches Temperament/Persönlichkeit
 - › Prä- und Perinatale Einflüsse
 - › Unterschiedliche Reifungsgeschwindigkeit
 - › Behinderung
 - › Zu geringe Unterstützung der Entwicklung interner Kontrolle des Kindes

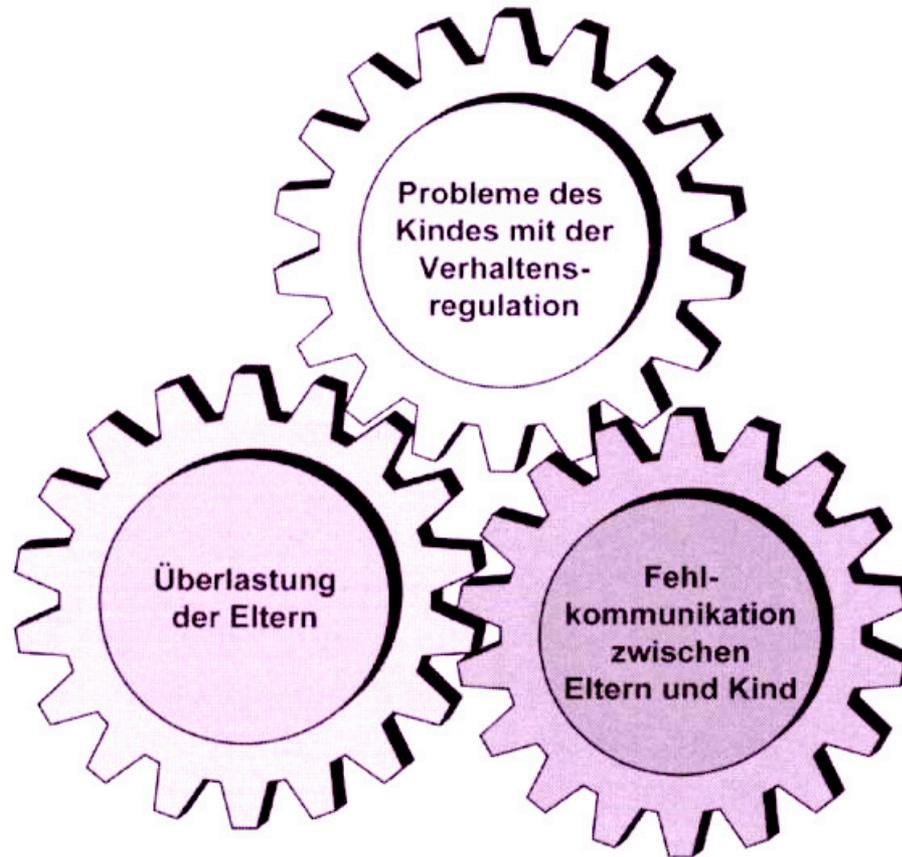
Säuglinge/Kleinkinder mit einer Ess- oder Fütterstörung ...

- › Essen durchgängig weniger als für ihr Alter zu erwarten wäre
- › Haben sensorische Aversionen/Hypersensibilitäten
- › Haben Angst vor dem Essen/Vermeiden das Essen
- › Zeigen persistierende Fehl- oder Mangelernährung mit Folgeerscheinung (z.B. Gewichtsverlust oder Gedeihstörung, Nährstoffmangel, Notwendigkeit von Sondennahrung oder Nahrungsergänzungsmittel)
- › Sind oft in ihrer psychosozialen und motorischen Entwicklung verzögert

Säuglinge/Kleinkinder mit einer Ess- oder Fütterstörung ...

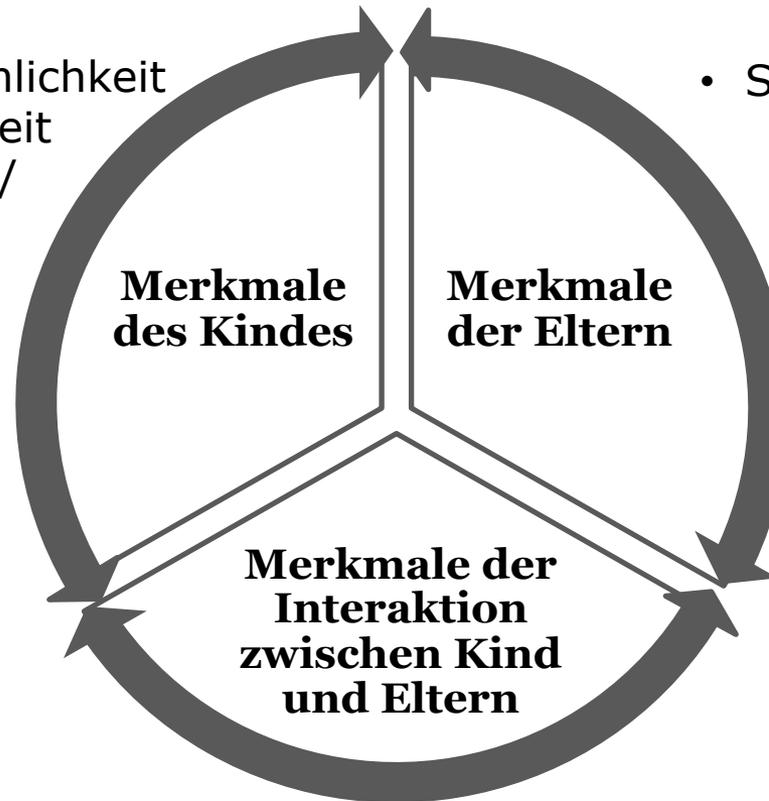
- › Zeigen maladaptives Essverhalten:
 - › durchgehender Mangel an Interesse am Essen/ sehr geringer Appetit
 - › Schwierigkeiten den eigenen Erregungsgrad so zu regulieren, dass eine Nahrungsaufnahme möglich ist
 - › Nahrungsaufnahme ist nur im Schlaf möglich
 - › Jegliche feste Nahrung wird verweigert bzw. der Übergang zur festen Nahrung ist bisher nicht gelungen (Entwicklungsalter mind. 6 Monate)
 - › Nahrung wird nur aufgenommen, wenn bestimmte, vom Kind erzwungene, Bedingungen durch die Bezugspersonen erfüllt werden. (z.B. Essen nur mit Videoablenkung)
 - › Extrem selektives Essverhalten
 - › Langes Zurückhalten der im Mund befindlichen Nahrung, ohne zu schlucken

Das Kind ist nie allein!



Bolten, Möhler & von Gontard (2013)

Das Kind ist nie allein!

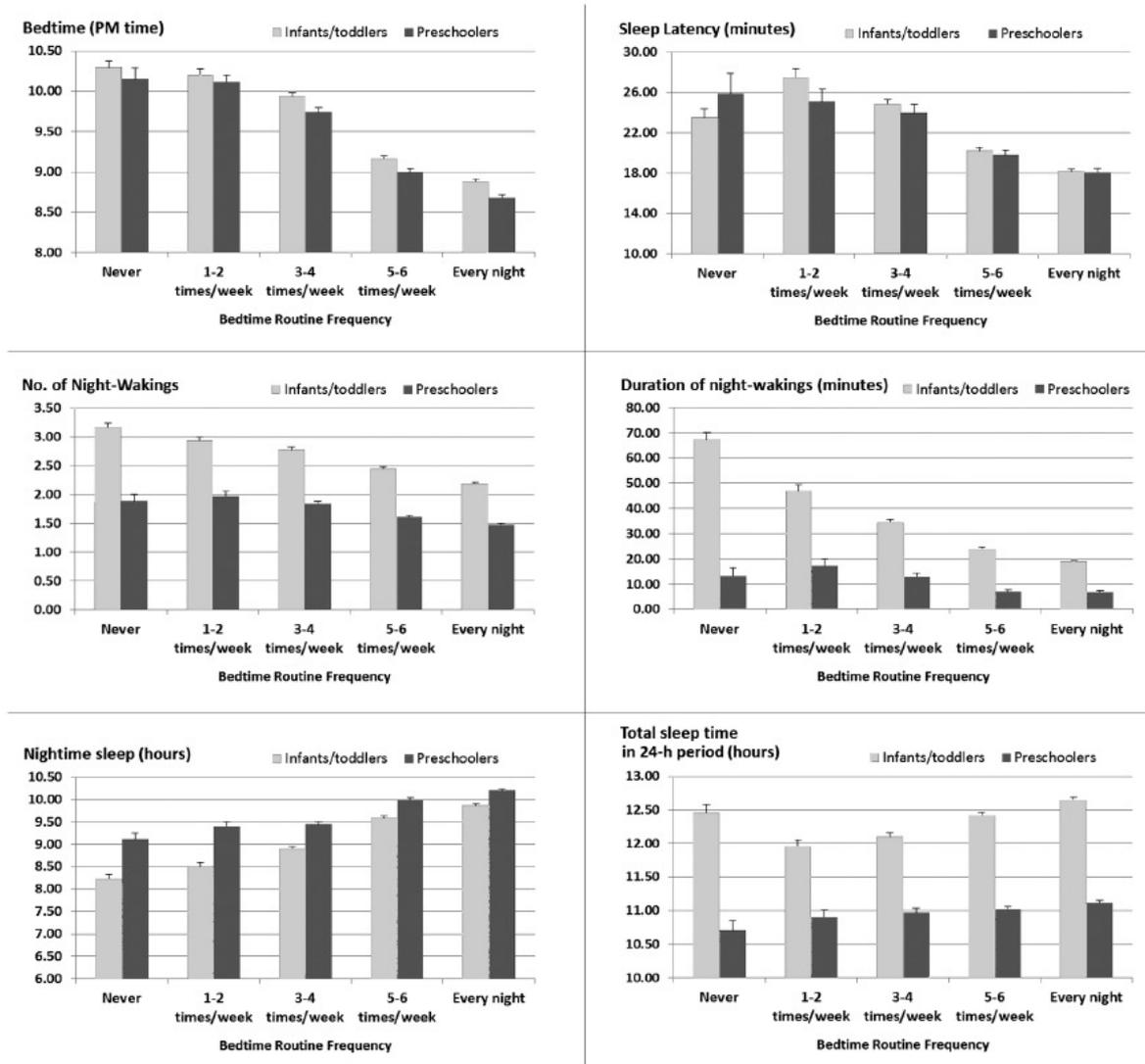


- Temperament/Persönlichkeit
- Irritabilität/Eregbarkeit
- Fähigkeit zur Selbst-/ Emotionsregulation
- Schlafbedürfnis/ Schlafregulation
- medizinische Faktoren
- Entwicklungsstand/ Reifungsgeschwindigkeit

- Stressbelastung/Erschöpfung
 - Schlafstörungen
 - Negatives Selbstbild/ geringes Selbstvertrauen
- Psychische Erkrankungen
- Psychosoziale Probleme
- Partnerschaftskonflikte
 - Soziale Isolation
- Überhöhte Ansprüche an sich selbst

- Ungünstige Beruhigungsstrategien
 - Verkennen kindlicher Signale
- Aggressive Impulse (Äußerungen/ Gedanken/ Handlungen)
- Überbehütung (fehlende Möglichkeit zur Selbstregulation)
- Ungünstige Einschlafhilfen

Schlafhygiene und Qualität des Schlafes



Mindell et. al., *SLEEP* 2015;38(5):717-722.

Geringe Schreitoleranz = Ursache für kindliche Schlafstörungen?

Table 2 Prediction of intervention delay to crying infant video

Parameter	Estimate	SE	Lower B	Upper B	t	P
Intercept	4.55	0.28	4.47	461	16.13	<0.0001
Gender (men = 1)*	0.128	0.048	0.125	0.135	2.66	0.0134
Age	-0.0037	0.0060	-0.0052	-0.0025	-0.62	0.5410
Education (years)	0.0059	0.012	-0.0015	0.0115	0.47	0.6444
Distress on ISVIS	-0.151	0.040	-0.166	-0.136	-3.73	0.0012
Cry audio difficult	-0.013	0.023	-0.020	-0.009	-0.56	0.5815
Cry audio distress	-0.051	0.027	-0.061	-0.040	-1.93	0.0674
Noise sensitivity	-0.042	0.035	-0.066	-0.023	-1.17	0.2598
Clinical group (= 1)*	-0.208	0.072	-0.210	-0.206	-2.90	0.0075
Control parents (= 1)*	-0.134	0.079	-0.147	-0.127	-1.70	0.1013

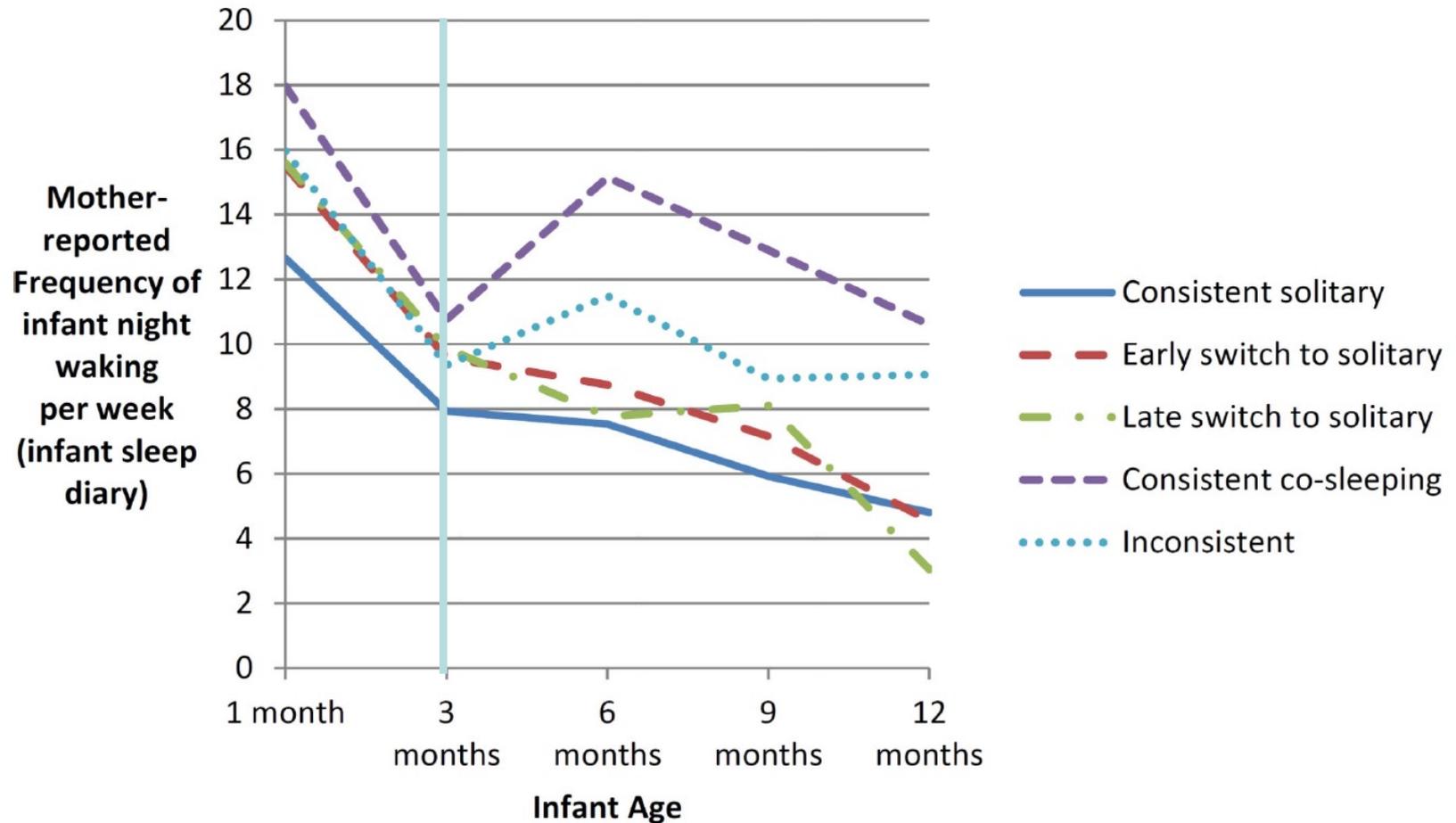
*Other options of these dummy variables were set to zero. ISVIS, Infant Sleep Vignette Interpretation Scale; SE, standard error.

- Eltern von Kindern mit einem Schlafproblem zeigten in einer Laboruntersuchung eine geringere Schreitoleranz beim Schauen eines Videoclips mit einem schreienden Baby ($P < 0.0001$).
- Diese Eltern schätzen den Stress, den das Baby im Video zeigte, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, höher ein ($P < 0.05$).
- Frauen zeigten insgesamt eine geringere Schreitoleranz als Männer ($P < 0.05$).

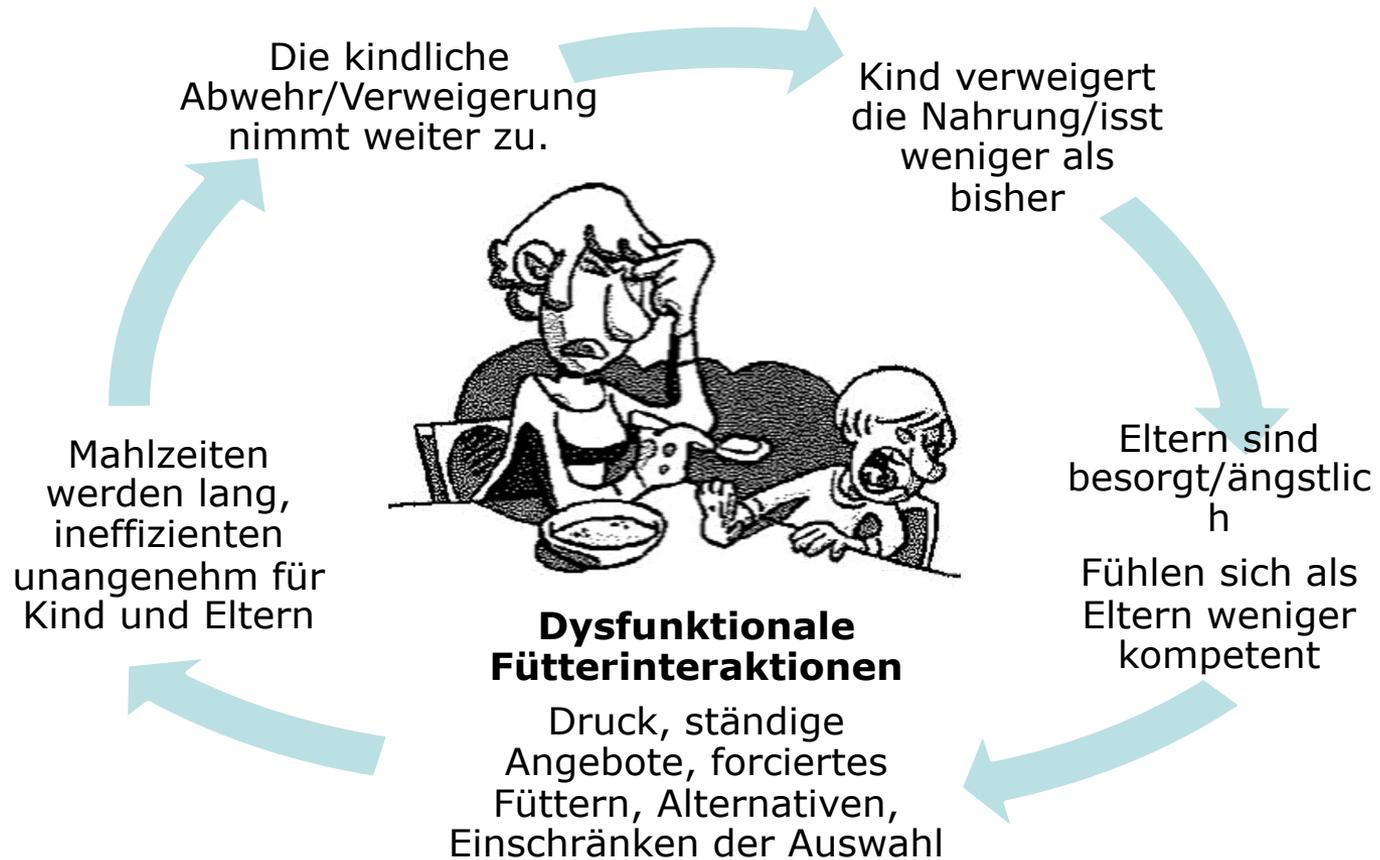
Sadeh et al. (2016). J Sleep Res. 25, 501–507

Kindliches Erwachen und Schlafarrangement

Teti et al. (2016). Dev Psychol.; 52(8): 1169–1181



Teufelskreise im Kontext von Nahrungsverweigerung und Fütterstörungen



Wie geht es den Eltern?

Erschöpfung

Verzweiflung

Schuld

Angst

Hilflosigkeit

Depression

Ratlosigkeit

Wut

Scham

Trauer

Leere

Panik

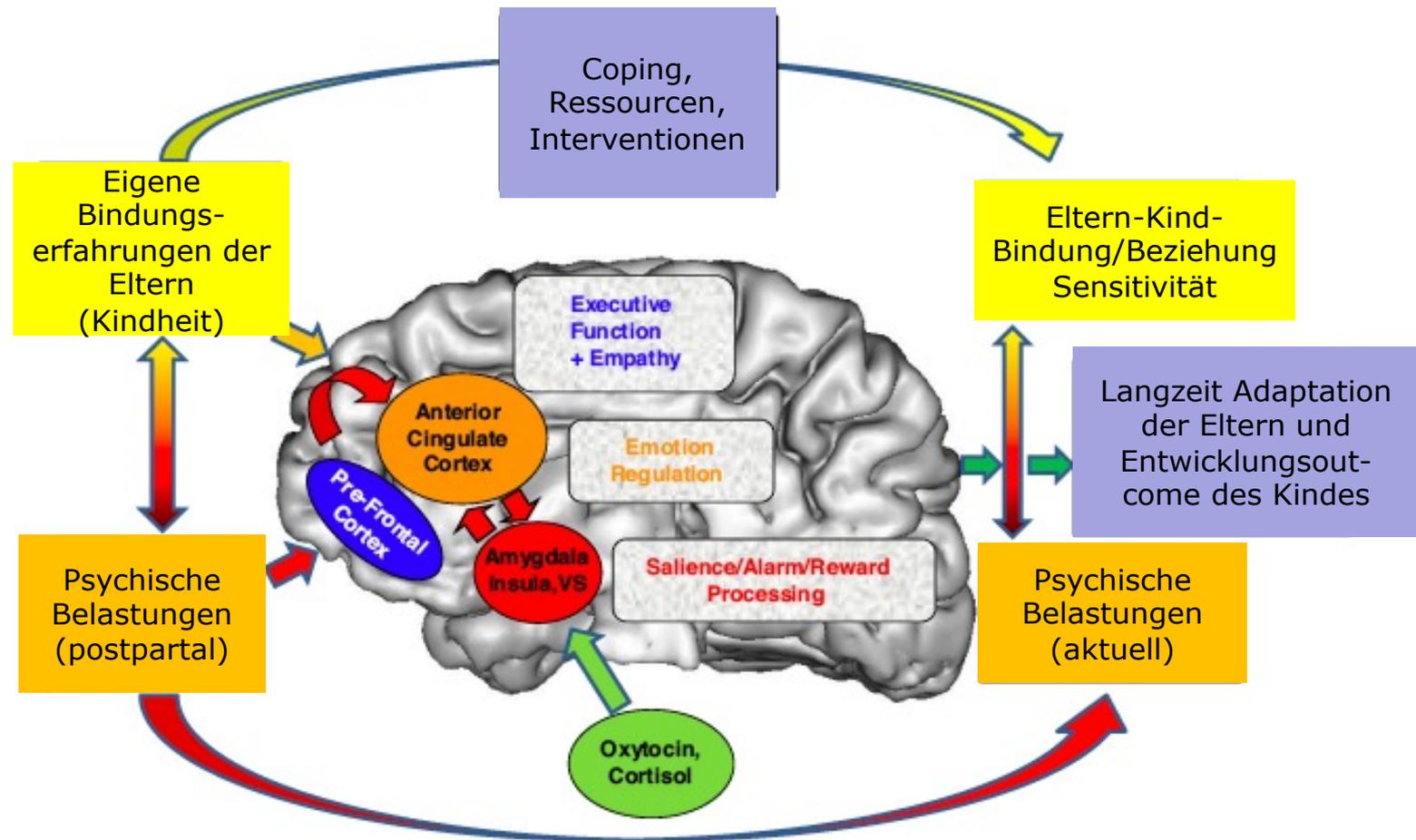
Überforderung

Trauma



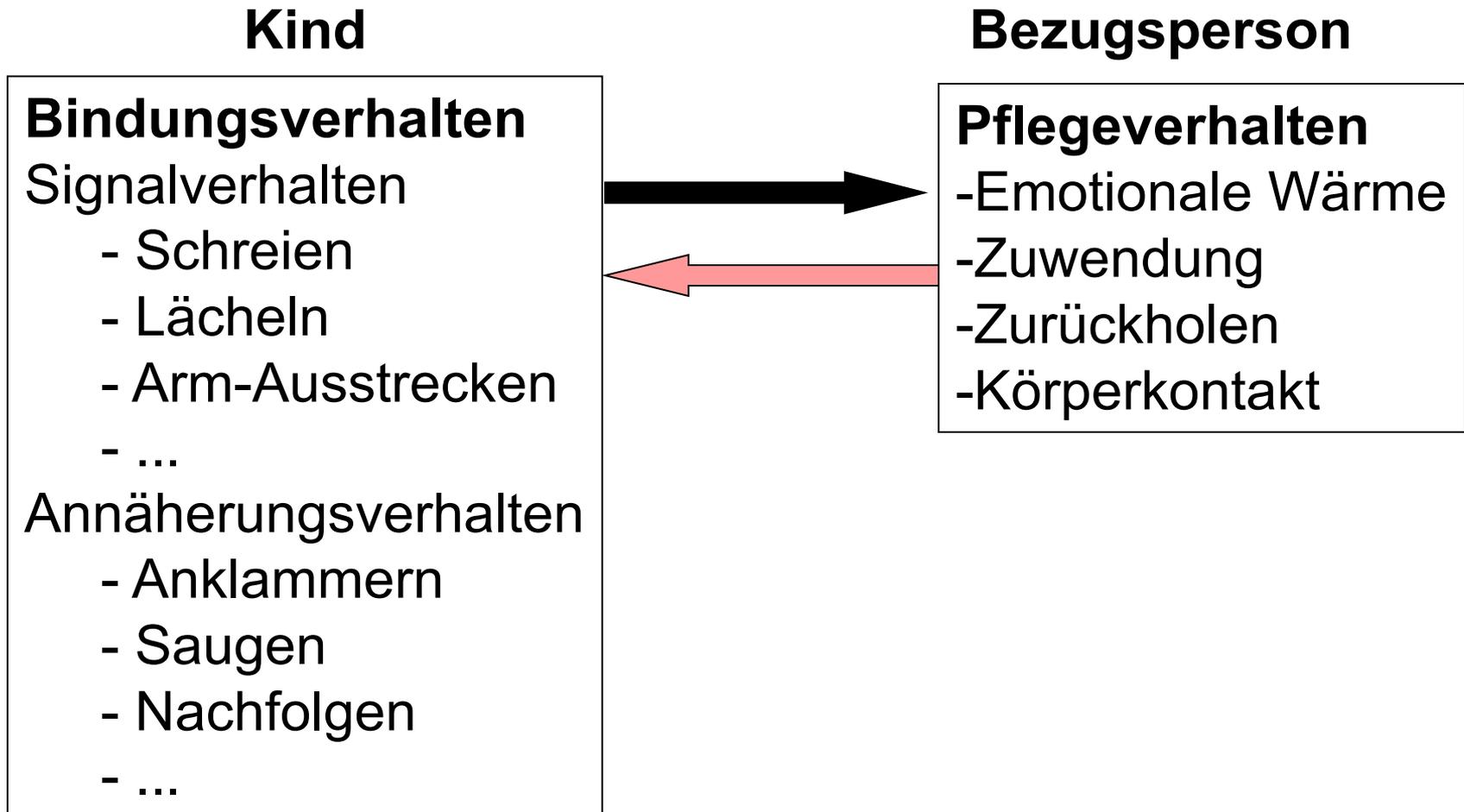
Parental brain

Swain & Ho (2017) Current Opinion in Psychology 2017, 15:105–110

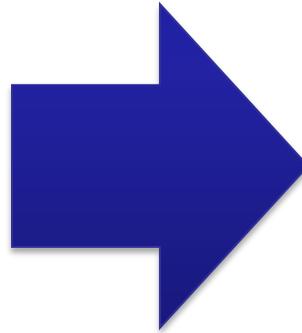


Current Opinion in Psychology

Frühe Kindheit = Reziproke Beziehungen

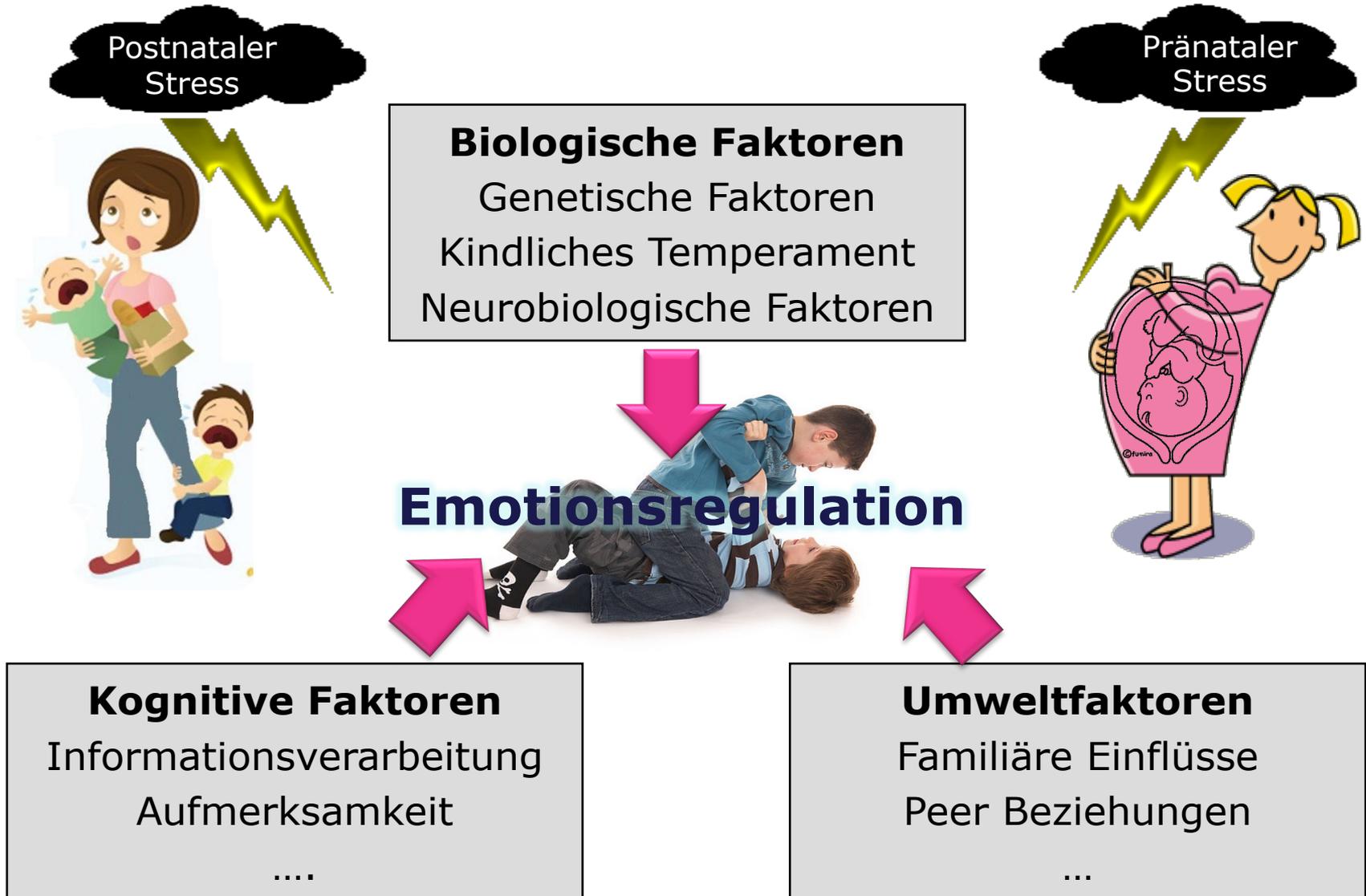


Entwicklung der Emotionsregulation



Einflussfaktoren

(nach Kullik & Petermann, 2012)



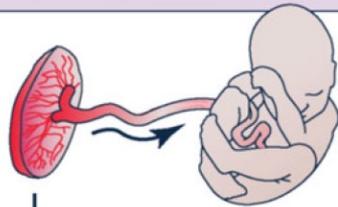
...und warum ist Schlaf nun so wichtig?

Bennet, Walker & Horne (2018). J Physiol, 1–22

PRENATAL

Sleep development altered by:

- Preterm birth
- Infection/inflammation
- Hypoxia-ischaemia
- Intrauterine growth restriction (IUGR)



Placental hormones lost at birth - important for neurosteroid production, supporting:

- Neural development
- GABA neurotransmitter regulation and transition from excitatory to inhibitory
- Neuroprotection

Delayed sleep state maturation

Reduced glia and neuron production/maturation

Impaired neural network connectivity

Impaired neurotransmitter function

POSTNATAL

Sleep development affected by:

- Gestational age at birth, IUGR, chronic inflammation
- Brain injury –impaired brain maturation
- Environmental/socioeconomic factors, parental input – sleep training
- Sleep position
- Sleep disordered breathing – obstructive sleep apnea, snoring

- Reduced sleep quantity and quality
- Delayed sleep onset
- Increased night waking
- Early chronotype?



- Impaired learning, memory and cognition
- Behavioural and emotional difficulties

Verlauf von Schlafstörungen

› **Schlafstörungen sind stabil**

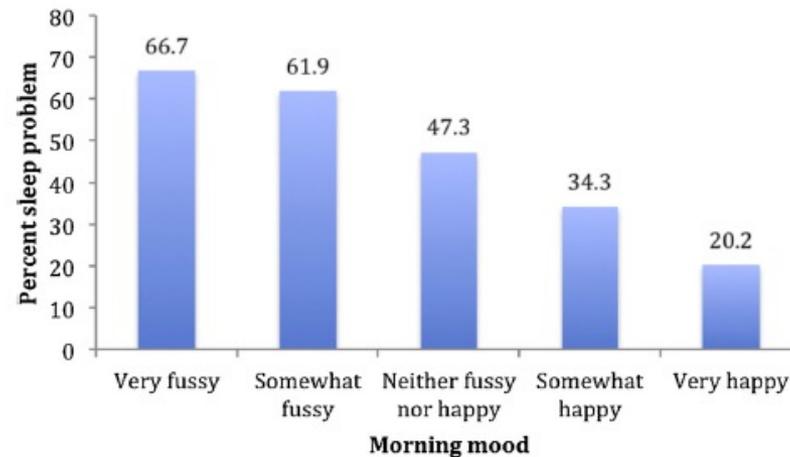
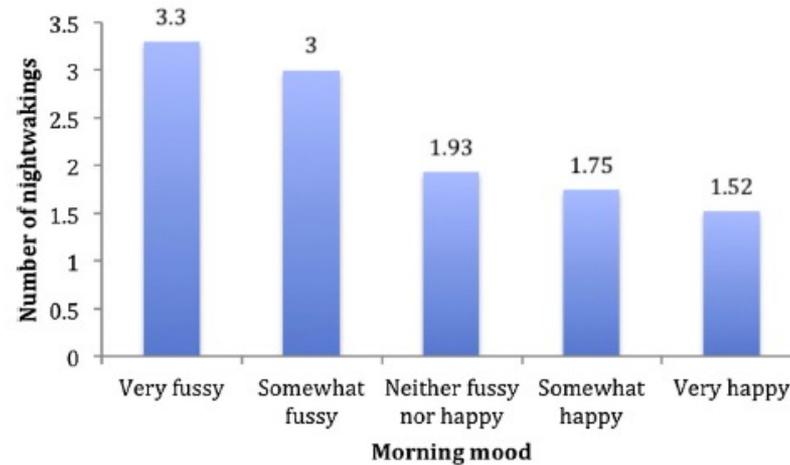
- › Kinder mit Durchschlafproblemen in den ersten 2 Lebensjahren haben 2-3mal häufiger Durchschlafprobleme im späteren Vorschulalter

› **Schlafstörungen sind ein Risikofaktor**

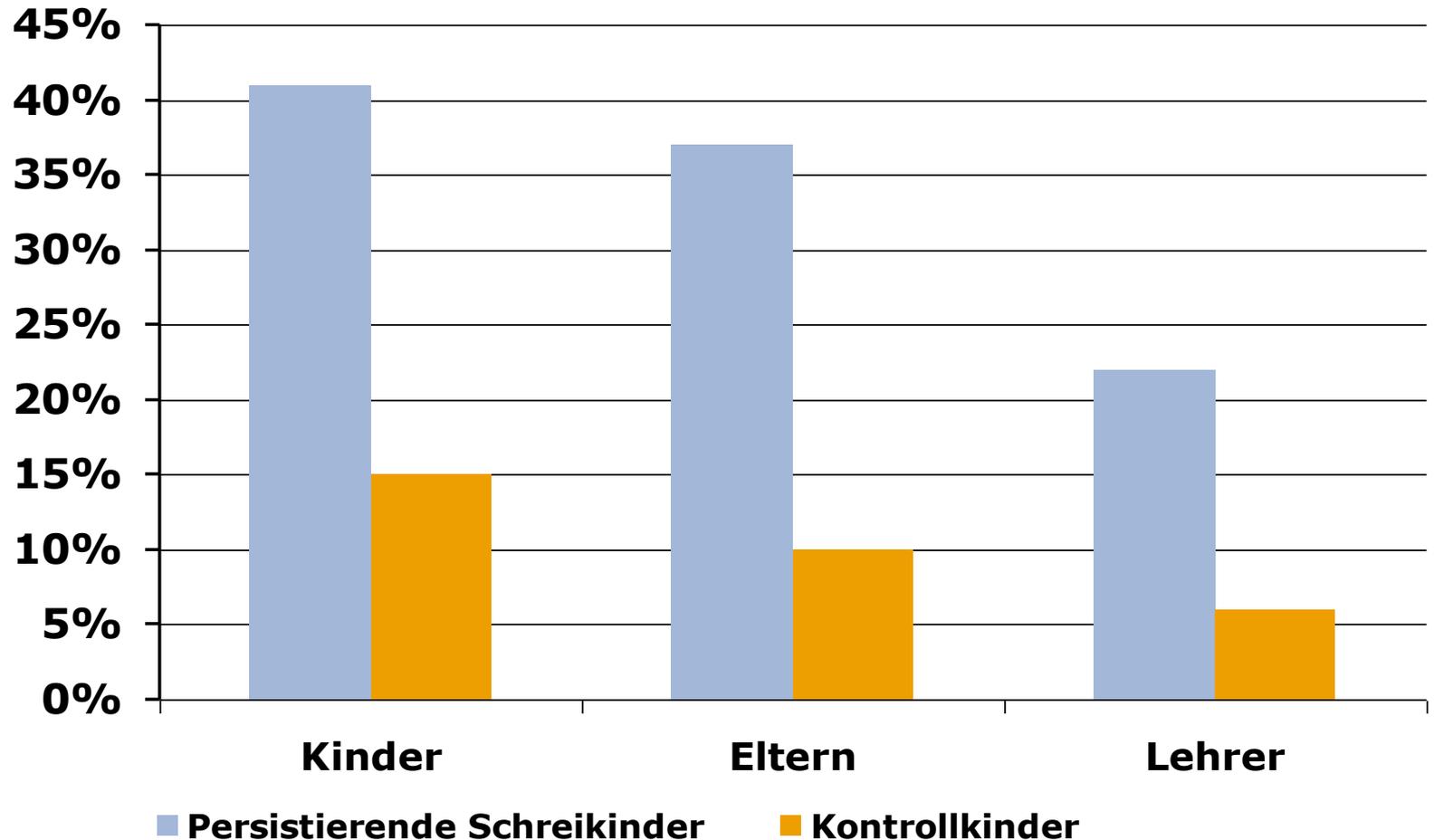
- › für weitere psychische Auffälligkeiten, sowohl internalisierender wie externalisierender Art (Reid et al., 2009).
- › für die Gesamtentwicklung (Motorik, Sprache, Kognition) des Kindes

Schlaf und Emotionen

Mindell & Lee (2015). *Infant Behavior & Development* 41, 102-107.



Relative Häufigkeit (%) persistierender Schreikinder vs. Kontrollkinder für ADHD im Alter von 8-10 Jahren



Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel | www.upk.ch | PD Dr. Margarete Bolten

Wolke, D. (1994). Feeding and sleeping across the lifespan. In Sir M. Rutter & D. Hay (Hrsg.), *Development through Life: A Handbook for Clinicians* Oxford: Blackwell Scientific Publications, S. 517-557.

Ziel der Behandlung

- › Entlastung der Mütter und Väter
- › Unterstützung und Förderung der intuitiven elterlichen Kompetenzen im Umgang mit dem Säugling:
 - Erkennen und angemessener Umgang mit kindlichen Verhaltenssignalen (Überlastung/Überstimulation oder fehlende Interaktionsbereitschaft)
 - Förderung der selbstregulatorischen Fähigkeiten des Säuglings
 - Es sollten wieder entspannte und spielerische Interaktionen möglich werden.
- › Beachte! Insuffizienz- und Schuldgefühle der Eltern dürfen auf keinen Fall verstärkt werden. Die Eltern dürfen nicht durch die Vermittlung des Eindrucks, der/die Beraterin sei im Umgang mit dem Säugling kompetenter, verunsichert werden → Beziehungsabbruch

Formen des Einbezugs der Eltern nach Chethik (2003)

1. Elternführung oder Elternbegleitung
2. Behandlung der Eltern-Kind-Beziehung
3. Zeitlich begrenzte Übernahme von Elternfunktionen durch den Therapeuten wenn Elternfunktionen schwer beeinträchtigt sind
4. Behandlung des Kindes durch die Behandlung der Eltern



Therapiebausteine

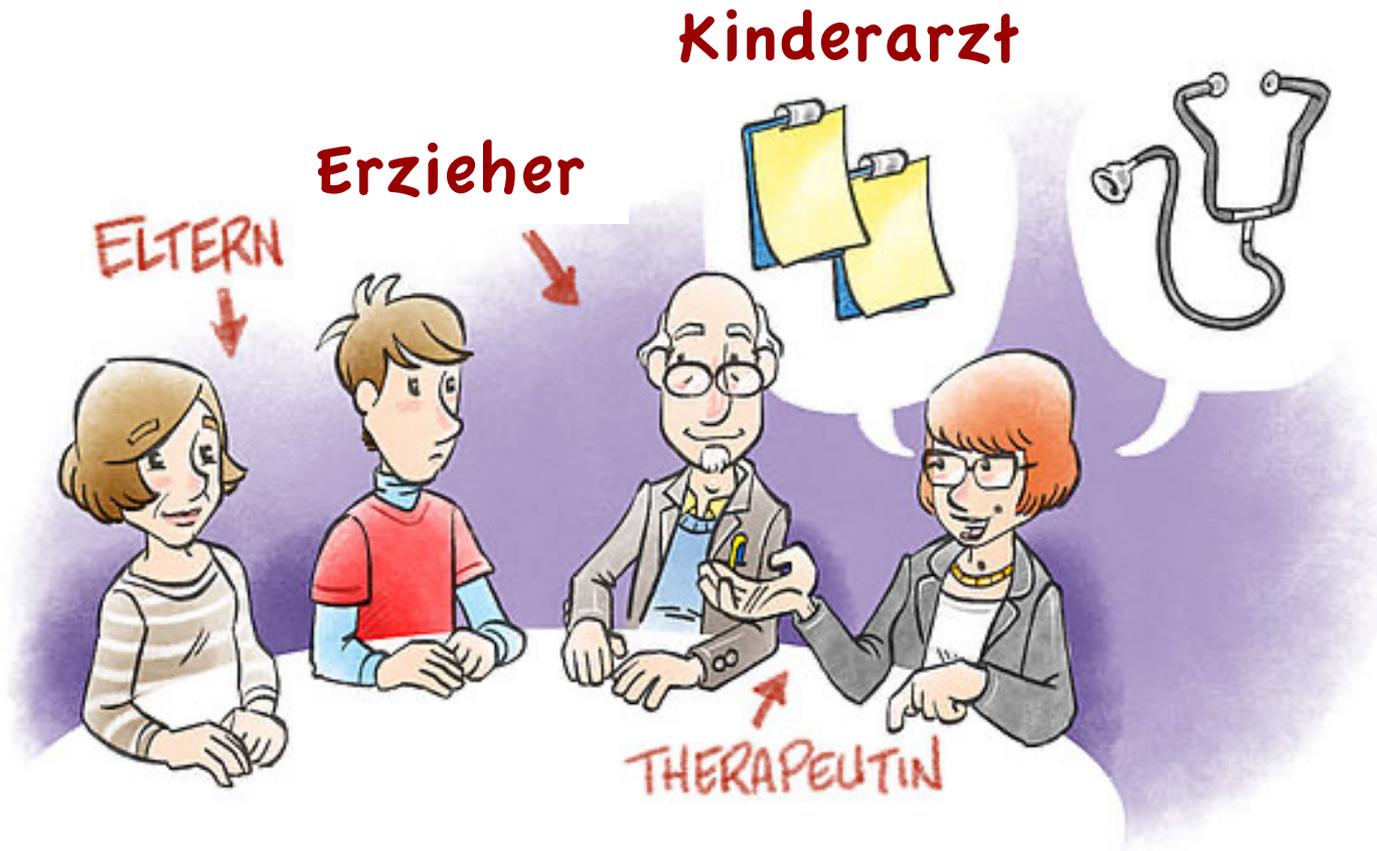


- › Psychoedukation und Beratung
- › Entlastung der Eltern
- › Ggf. Suche nach neuem Kindergarten (Integrationsplatz)
- › Videofeedback
- › Individuelle psychotherapeutische Behandlung nach Indikation (Mutter, Paar und Kind)
- › Jugendhilfemaßnahmen, z. B. ambulante Familienhilfen nach Entlassung
- › Ggf. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Heilpädagogik
- › Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung eines Elternteils
- › Evtl. Tagesklinische oder stationäre Behandlung
- › Medikamentöse Therapien nur, wenn psychotherapeutische Massnahmen nicht greifen und immer begleitet von Psychotherapie

Playpicknick



Behandlung von Verhaltensproblemen im Vorschulalter



Wenn wir Eltern helfen,
ihren Kindern zu helfen,
helfen wir in Wirklichkeit
ihnen selbst.

Donald W. Winnicott

