

BK 3.1 Interaktions- und Kommunikationskompetenz
in der frühkindlichen Entwicklung

Dr. Rüdiger Kießgen

Referatsausarbeitung

Frühkindliche Regulationsstörungen

Sonja Berchem
Liane Hansen

Inhalt

1. Einführung in das Thema

1.1 Selbstregulation

1.2 Präverbale Kommunikation in der alltäglichen Interaktion

1.3 „Engelskreis“

1.4 „Teufelskreis“

1.5 Mögliche Risikofaktoren für die gestörte Co-Regulation und Regulationsstörungen

2. Schreistörung

2.1 Erscheinungsbild

2.2 Definition

2.3 Diagnostik

2.3 weitere mögliche Faktoren

3. Schlafstörung

3.1 Erscheinungsbild

3.2 Definition

3.3 Diagnostik

4. Fütter-und Gedeihstörung

4.1 Erscheinungsbild

4.2 Definition

4.3 Diagnostik

5. Therapie

- Motorische Anspannung: Fäustchen
- Ängstlicher Affekt: Anspannung im Bereich von Stirn, Mund
- Aufmerksamkeit und Orientierung auf Bezugsperson (soziale Rückversicherung) => durch mimische und stimmliche Signale gibt Bezugsperson Regulationshilfe, die Kind hilft sich zu entspannen und mit der Situation vertraut zu machen.

1.2 Präverbale Kommunikation in der alltäglichen Interaktion

Ein Säugling ist auf Unterstützung in seinen Entwicklungsaufgaben angewiesen. Die Herausforderungen der frühen Kindheit sind von Eltern und Baby gemeinsam im Sinne einer Co-Regulation zu bewältigen, das bedeutet, dass beide Seiten zusammenarbeiten müssen. Diese Co-Regulation vollzieht sich im Alltag: beim Beruhigen, Schlafen legen, Füttern, Spielen u.s.w.. Die Voraussetzung für die gemeinsame Regulation ist ein Gelingen der vorsprachlichen (präverbalen) Kommunikation.

Elterliche Seite:

- unterstützen Baby mit ihren eigenen intuitiven elterlichen Kompetenzen
- sie kompensieren, was das Baby noch nicht alleine bewältigen kann- sowohl physisch als auch psychisch

Kindliche Seite:

- Baby erlebt sich als gesehen, beruhigt, angeregt etc. und entwickelt das Gefühl der Selbstwirksamkeit und regulatorische Fähigkeiten
- Baby gibt positives Feedback an Eltern



1.3 „Engelskreis“

- Im kommunikativen Zusammenspiel können sich Anpassung- und Entwicklungsaufgaben, Krisen- gemeinsam bewältigen.
- **Bsp.:** Die Mutter beruhigt ihr schreiendes Baby. Es kommt zur beidseitigen Entspannung -> positives Feedback->Stärkung der intuitiven Kompetenzen

1.4 „Teufelskreis“ - Dysregulation

- hohes Risiko, dass bei nachhaltiger Belastung der intuitiven elterlichen Kompetenzen ein Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit entsteht
- **Bsp.:** Mutter erkennt Signale des Babys nicht, Baby wendet sich ab/lässt sich nicht beruhigen => Mutter fühlt sich abgelehnt, Vertrauen in ihre Kompetenzen werden geschwächt

1.5 Mögliche Risikofaktoren für die gestörte Co-Regulation und Regulationsstörungen

Der „Teufelskreis“ birgt ein hohes Risiko für Störungen in den Entwicklungsschritten eines Kindes, die Bewältigung und die Anpassung an den Alltag. Mögliche Ursachen für eine Co-Regulation und somit eine Entgleisung der Kommunikation zu einem dysfunktionalen Teufelskreis können folgende sein:

a) präpartale Faktoren:

Mutter/Eltern:

- Stressbelastung der Mutter
- Ängste der Mutter
- Schwangerschaftsdepression
- Partnerschaftskonflikte
- Unerwünschte Schwangerschaft

Kind:

- Infertilitätsbehandlung
- Alter der Mutter
- Mehrlingsschwangerschaft
- Substanzabusus (Drogen, Alkohol, Nikotin)

b) peripartale Faktoren:

Mutter / Eltern:

- traumatisch erlebte Geburt
- frühe Trennung von Mutter und Neugeborenem

Kind:

- Früh- oder Mangelgeburt
- Geburtskomplikationen

c) postnatale Faktoren:

Mutter/Eltern:

- anhaltende Paarkonflikte
- psychische Störungen der Eltern
- soziale Isolation
- Traumen
- finanzielle Belastung

Kind:

- neurologische Auffälligkeiten
- Entwicklungsstörungen
- Hospitalisationen

2. Schreistörung

2.1 Erscheinungsbild des Säuglings:

- exzessives Schreien ohne erkennbaren Grund
- unruhig, quenglig, lässt sich nicht beruhigen
- wirkt überreizt und überempfindlich, fordern aber scheinbar immer neue Reize
- bevorzugen vertikale Körperhaltung, neigen zur Überstreckung
- ruhige Wach- und Schlafphasen am Vormittag, Zunahme von Unruhe und Schreien zum späten Nachmittag und Abend
- relativ ruhige Nacht, aber durch zu spätes Einschlafen meist Schlafdefizit (0 bis 6 Uhr), sie scheinen gegen das Schlafen anzukämpfen

=> Schreianfälle wirken als ob das Kind Schmerzen hat und werden oft als Koliken abgetan. Diese machen aber tatsächlich nur 11% der durchschnittlichen Schrei- und Quengeldauer aus.

Wichtig in dem Zusammenhang ist auch immer das Erscheinungsbild der Eltern zu betrachten.

Dieses sieht meist wie folgt aus:

- hochgradige Erschöpfung und Anspannung, depressiv
- hohe Stressbelastung, da sie rund um die Uhr beschäftigt sind
- fühlen sich als Versager, da sie scheinbar die Bedürfnisse des Kindes nicht stillen können
- Hilflosigkeit, Verzweiflung

- Wut, Aggressionen, ablehnende Einstellung gegenüber dem Kind => erschrecken darüber, Minderung des Selbstwertgefühls
- meistens Paarkonflikte

Meistens fühlen sich die Väter nicht mehr zuständig, wenn es in der Familie ein Säugling mit Schreistörung gibt. Mütter stehen also oft alleine da mit ihren Problemen.

2.2 Definition

Dreier-Regel von Wessel (Kinderarzt,1954):

- ein ansonsten gesunder Säugling mit Schreianfällen von „mehr als 3 Stunden am Tag, an mehr als 3 Tagen der Woche seit mehr als 3 Monaten“
- Unterscheidung: exzessives Schreien vs. persistierendes exzessives Schreien (über den 3. Lebensmonat hinaus)

2.3 Diagnostik

Zuerst ist es immer wichtig zu überprüfen, ob akute Krankheiten vorliegen. Also ein Besuch beim Kinderarzt ist unerlässlich.Folgende diagnostische Maßnahmen werden außerdem ergriffen:

- 24-Stunden Schreiprotokoll von 5 aufeinander folgenden Tagen mit Dauer und tageszeitliche Verteilung von Schreien und Quengeln.
- ausführliches diagnostisches Interview mit Erhebung (genaue Anamnese, Familienanamnese, Belastungsfaktoren, und Ressourcen der Familie)
- Fragebögen (Temperament, Befindlichkeit der Mutter etc.)
- spontane und Videogestützte Interaktionsbeobachtung von Eltern und Kind

2.4 weitere Mögliche Risikofaktoren

Es gibt noch spezifische Risikofaktoren, die eine Schreistörung begünstigen können, die nicht unter 1.5 aufgeführt sind:

- Magen-Darm Erkrankungen, Allergien, Laktoseunverträglichkeit (seltene Faktoren)
- Häufig: neurologische Auffälligkeiten (58,3%): zentrale Koordinationsstörung, Funktionsstörung der Wirbelsäule, Tonusregulationsstörung
- Stillen < 1 Monat (33,3%)

3.Schlafstörung

3.1 Erscheinungsbild

Es geht, um die Schwierigkeit des Kindes sein Schlafverhalten selbst zu regulieren. Kinder mit Einschlafstörungen schlafen ohne extensive elterliche Hilfe nicht ein.

Kinder mit Durchschlafstörungen können beim Aufwachen nur mit elterlicher Hilfe wieder einschlafen. Beiden Störungsbildern unterliegt das gleiche Problem:

- a) Kinder, die nicht alleine ein- oder wieder einschlafen können.
>> daher beeinträchtigte Befindlichkeit am Tag.

b) Eltern denen es schwer fällt, ihr Kind dabei zu unterstützen, einen solchen Entwicklungsschritt zu vollziehen.

>>mit dem Alter zunehmende Beruhigungs-und Einschlafhilfen.

- Schlafgestörte Kinder benötigen mehr aktive Einschlafhilfe der Eltern (herumtragen, Flasche,gestillt, Medikamente). Versuchen die Eltern die elterngesteuerten Einschlafhilfen zu entziehen, fordern die Kinder diese in der Regel mit Schreien wieder ein.
- Kinder ohne Schlafprobleme nutzen eher Hilfsmittel die sie selbstständig, ohne fremde Hilfe der Eltern einsetzen können (Schnuller; Daumen, Kuscheltier).
- Die in diesem Verhalten zugrunde liegenden Kommunikationsmuster sind als dysfunktional zu bezeichnen, da sie auf wechselseitigen Missverständnissen beruhen und das Schlafverhalten aufrechterhalten oder verschlimmern.

3.2 Definition

Eine einheitliche Definition für die Schlafstörungen der frühen Kindheit hat sich heute nicht durchgesetzt!

Gründe:

- hohe individuelle Variabilität des Erscheinungsbildes
- raschen altersabhängigen Veränderungen des Schlafes und des Schlafverhaltens.

Wolke:

Durchschlafprobleme: einmal Aufwachen pro Nacht in mind. 5 Nächten pro Woche

Ausgeprägte Durcschlafstörung: zwei- oder mehrmaliges Aufwachen pro Nacht in mind. 5 Nächten pro Woche.

Einschlafstörung: mehr als 60 Minuten Einschlafdauer.

3.3 Diagnostik

- **Anamnestische Befragung** der Eltern über: den Tages- und Nachtablauf, die Schlafgewohnheiten der Familie („wer schläft wo?“), Stillen, nächtliches Füttern, räumliche Voraussetzungen, Einschlafrituale, Beruhigungs- und Einschlafinterventionen, Interaktionsmuster zwischen Eltern-Kind im Kontext Schlafengehens und Einschlafens.

Die Anamnese beinhaltet außerdem Fragen nach:

- Beginn, Auslösern und bisherigem Verlauf der Schlafprobleme.
- Wachempfindlichkeit des Kindes im Erstgespräch, um ein mögliches Schlafdefizit einzuschätzen.
- Störungen in anderen Alltagsbereichen, wie Füttern, um den Grad der Pervasivität* der Regulationsprobleme zu erfassen.
- dem Verhalten des Kindes in anderen Kontexten und Beobachtungen der Eltern-Kind-Interaktionen. Diese liefern Erkenntnisse über altersspezifische Konfliktsituationen zwischen Eltern und Kind (Grenzsetzungs- und Abgrenzungsprobleme), die auch im Schlafkontext eine Rolle spielen können.
- den Vorstellungen und Wahrnehmungen der Partner über die Ursachen der Schlafstörung sowie die Vorgehensweise zur Behebung der Schlafstörung, welche nämlich, wenn sie unterschiedlich sind, eine gegenseitige Hilfe erschweren oder blockieren werden.

Diagnostische Instrumente

- **Schlafstagebücher**, die von den Eltern über mehrere Tage geführt werden
- **Videosomnographie***: liefert Informationen über qualitative Schlafmerkmale wie Schlafstadien, motorische Unruhe im Schlaf, Art&Ausmaß des Schreiens, elterliche Interventionen, Eltern-Kind-Interaktionen beim Schlaflegen und nächtlichen Beruhigen.
- **Schlafprotokolle**: erfordern weniger Aufwand + lassen sich schneller auswerten.
- **Home-Videos**: werden von den Eltern in der Einschlafsituation oder auch nachts angefertigt.-> Aufschluss über die nächtlichen Interaktionen
- **Differenzialdiagnostische Methoden** wie Hinstromableitungen im Schlaflabor sind nur bei hirnganischen Störungen indiziert.

4.Fütter- und Gedeihstörung

4.1 Erscheinungsbild

- hartnäckige kindliche Nahrungsverweigerung oder Essunlust
- Füttern nur mit Ablenkung, „Theater“
- Füttern im Schlaf bzw. Halbschlaf
- Eltern erkennen schlechter Hunger- oder Sättigungszeichen
- zusätzliche regulatorische Probleme: chronische Unruhe, Schreiphasen, Schlafprobleme
- panische Abwehr bei jeglicher Stimulation im Gesichts-, Mund- und Rachenbereich (durch traumatische Füttererfahrung oder Eingriffe in diese Bereiche)

4.2 Definition

Vorübergehende Fütterprobleme gibt es häufig im Säuglingsalter. Eine Fütterstörung liegt vor, wenn die Füttersituation über längeren Zeitraum (> 1Monat) von den Eltern problematisch erlebt wird. Folgende Kriterien können noch hinzugezogen werden:

- durchschnittliche Dauer einzelner Fütterungen dauert länger als 45 min und/oder zwischen den Mahlzeiten liegt ein Intervall von 2 Std.

Eine Fütterstörung muss nicht immer mit Gedeihstörungen einhergehen. Fütterstörungen neigen zur Persistenz.

4.3 Diagnostik

Hier werden auch 24-Stunden Protokolle, Anamnesegespräche, Interviews und Videosequenzen zur Diagnose herangezogen. Weiterhin werden aber noch Laboruntersuchungen bei Gedeihstörungen vorgenommen, sowie eine Anamnese bei eventuellen Essstörungen der Mutter.

5.Therapie

Die Therapie und Behandlungsansätze von Regulationsstörungen werden auf alle Störungen angewendet und sind deshalb hier zusammengefasst.

Entwicklungsberatung:

Hier werden allgemeine Informationen zur kindlichen Entwicklung (Schlafbedarf..) vermittelt und auf die aktuell anstehenden Entwicklungsaufgaben Bezug (Einführen von Regeln, selbständiges Essen) genommen.

Der Therapeut orientiert sich gemeinsam mit den Eltern an den Stärken und Schwächen, den phasentypischen und individuellen Bedürfnissen des Kindes und seinem Entwicklungsstand und erarbeitet mit ihnen welchen Herausforderungen sie sich in der Erziehung stellen müssen.

=> besseres Verständnis und Zugang zum Kind

Psychotherapeutische Gespräche:

Die Eltern haben die Möglichkeit bei den psychotherapeutischen Gesprächen ihr physisches und psychisches Befinden zur Sprache zu bringen. Sie werden bei ihren anstehenden

Entwicklungsaufgaben unterstützt (von Paarebene zu Elternebene, Mutter- und Vaterrolle).
Ziel der Gespräche ist es elterliche Ressourcen und intuitiven Kompetenzen zu stärken und finden.

Kommunikationsanleitung:

Die Kommunikationsanleitung richtet sich konkret auf die Eltern-Kind-Interaktionen in den störungsrelevanten Kontexten (Füttern, Schlafenlegen etc.), die durch häusliche Videobeobachtungen ergänzt werden.

Das Ziel ist die dysfunktionalen Kommunikationsmuster durch funktionale Muster zu ersetzen. Den Eltern wird außerdem geholfen, die Signale des Kindes wieder erkennen zu können und intuitiv darauf zu reagieren.

Videogestützte Kommunikationsanleitung:

1. Videoaufzeichnung

- spontane Zwiesgespräche
- gemeinsame Spielsituationen
- störungsrelevante Kontexte (Füttern, Schlafen legen, Grenzen setzen etc.)

2. Vorbereitung der Eltern

Vor oder unmittelbar nach der Videobeobachtung werden die Gefühle der Eltern während der Aufzeichnung besprochen und geklärt, ob der Ablauf ähnlich ist, wie im Alltag. Das Kind sollte nicht anwesend sein.

3. Identifikation von positiven und negativen Interaktionssequenzen

- a) Hervorhebung positiver Sequenzen durch wiederholtes Betrachten => Stärkung in der Elternrolle, Verbesserung des Selbstwertgefühls, Freude
- b) gemeinsames Betrachten von negativen Sequenzen
 - welche Gefühle lösen bei den Eltern negative Interaktionen aus?
 - Eltern sollen sich in Kind hineinversetzen
 - es werden nach Möglichkeiten gesucht den „Teufelskreis“ zu durchbrechen und alternative Verhaltensweisen zu erproben und einzuüben

4. Umsetzen im Hier und Jetzt und im Alltag