

Pädiatrie up2date

3 · 2018

Entwicklung 1

# Regulationsstörungen

*Astrid Schirmer-Petri  
Laura Többens*

VNR: 2760512018154654370  
DOI: 10.1055/s-0043-115870  
Pädiatrie up2date 2018; 13 (3): 211–225  
ISSN 1611-6445  
© 2018 Georg Thieme Verlag KG

## Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

**Elektronische Medien und frühe Kindheit** V. Mall, F. W. Paulus  
2/2018

**Das späte Frühgeborene – unterschätzte Morbidität** R. Klein,  
A. Kribs 1/2018

**Primärer vesikoureteraler Reflux** R. Beetz 3/2016

**Psychosomatische Störungen im Kindes- und Jugendalter**  
S. Towfigh, L. Kuntze, M. von Aster 2/2016

**Perinatale Programmierung** E. Nüsken, F. Lechner,  
K.-D. Nüsken 1/2016

**Vorsorgeuntersuchungen bei Jugendlichen – Teil 2**  
T. Baumann 3/2015

**Vorsorgeuntersuchungen bei Jugendlichen – Teil 1**  
T. Baumann 2/2015

**Chronischer Mittelohrerguss** M. Jungehülsing, C. Erle-Bischoff  
4/2013

**Wie Kinder die Welt abbilden – und was man daraus  
folgern kann** O. Jenni 3/2013

**Wachstumsschmerzen** H.-I. Huppertz 2/2013

**„Floppy Baby“** A. Klein, E. Boltshauser 4/2011

**Asperger-Syndrom** R. Gundelfinger 3/2011

**Das Entwicklungsprofil** O. Jenni, C. Benz, B. Latal 2/2011

**Die Entdeckung der Sprache** B. Zollinger 3/2010

**Entwicklungspädiatrische Säuglingsuntersuchung**  
T. Baumann 1/2009

**Motorik im Schulalter** O. Jenni, J. Caflisch, B. Latal 4/2008

**Gedeihstörungen** M. Rhein, M. Knuf 2/2008

**Schlafstörungen** O. Jenni, C. Benz 4/2007

**Vesikoureteraler Reflux** H. Bachmann 3/2007

### ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen Sie Ihre Zeitschrift:  
online wie offline, am PC und mobil, alle bereits  
erschiedenen Artikel. Für Abonnenten kostenlos!  
<https://eref.thieme.de/paed-u2d>

### JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeitschrift noch nicht  
freigeschaltet? Ein Klick genügt:  
[www.thieme.de/eref-registrierung](http://www.thieme.de/eref-registrierung)

# Regulationsstörungen

Astrid Schirmer-Petri, Laura Többens



Selbstregulation beschreibt die Fähigkeit eines Kindes, das eigene Verhalten entsprechend den kognitiven, emotionalen und sozialen Anforderungen einer bestimmten Situation zu modulieren [1]. Wenn die Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben nicht gelingt, die kindliche Selbstregulation nicht greift und die Eltern-Kind-Beziehung deutlich leidet, ist dies häufig Ausdruck einer Regulationsstörung.

## Allgemeines

Die Diagnostik von Regulationsstörungen findet auf mehreren Ebenen statt, denn sie sind in den allermeisten Fällen nicht Ausdruck eines Syndroms oder einer Störung allein beim Kind. So hängt die emotionale Entwicklung des Kindes sehr stark von der Eltern-Kind-Beziehung ab, und das emotionale Regulationssystem von den regulativen Kompetenzen der Eltern [2]. Daher geht es in erster Linie um die Diagnostik einer Beziehung. Sichtbar wird dies z. B. im Zusammenhang mit der unterschiedlichen Wahrnehmung ein und derselben Schreiiintensität oder -dauer in verschiedenen Familien. Diese unterschiedliche Wahrnehmung führt zu Reaktionen, die von Familie zu Familie stark divergieren können. Daher muss u. a. auch der Leidensdruck der Eltern einbezogen werden.

### FALLBEISPIEL

#### Primär exzessives Schreien

„Wir sind am Ende unserer Kräfte. Wenn das so weiter geht die nächsten Monate, haben wir auch schon darüber nachgedacht, unseren Sohn zur Adoption freizugeben.“ Kaum haben die Eltern des 6 Wochen alten Moritz (Name geändert) Platz genommen, bricht es aus der Kindsmutter heraus. Die Familie kommt zur Erstvorstellung in die Regulationssprechstunde des SPZ. Die Mutter berichtet weiter: „Ich selbst habe seit Wochen eigentlich nicht mehr richtig geschlafen. Moritz schreit vor allem abends ab 17:00 Uhr stundenlang, aber auch nachts erwacht er stündlich und verlangt nach der Brust. Der Kinderarzt sagt, Moritz sei gesund. Wir waren aber trotzdem schon zweimal beim Osteopathen. Nach den Behandlungen war das Schreien besser, aber immer nur für einen Tag.“

Papoušek fasst die wesentlichen Belastungsfaktoren, welche bei Regulationsstörungen eine Rolle spielen, in einer diagnostischen Trias zusammen [3]:

- Problem(e) der frühkindlichen Verhaltensregulation
- dysfunktionale Kommunikationsmuster im störungsrelevanten Kontext
- Überforderungssyndrom der Hauptbezugsperson(en)

In einem systemischen Modell zur Genese der frühkindlichen Regulations- und Entwicklungsstörungen fasst Papoušek die möglichen Einflussfaktoren der basalen adaptiven Verhaltensregulation des Säuglings und der intuitiven elterlichen Kompetenzen mit jeweils multiplen Risikofaktoren sowie das Zusammenspiel von kindlichen und elterlichen Prädispositionen zusammen [3]. Aus einer positiven Gegenseitigkeit entstehende Engelskreise beschreiben die gemeinsame Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, Entwicklung von Bindung und Sprache in der Alltagsinteraktion von Eltern und Kind. Aus einem vermehrten Einfluss ungünstiger Faktoren können sich Eltern und Kinder jedoch auch in Teufelskreisen dysfunktionaler Kommunikationsmuster befinden, in denen eine negative Gegenseitigkeit vorherrscht.

In diesem Artikel beschränken wir uns auf die vier häufigsten Arten von Verhaltensstörungen des Säuglings- und Kleinkindalters, die unter dem Begriff Regulationsstörungen zusammengefasst werden: exzessives Schreien, Schlafstörungen, Trotzen und Fütterstörungen.

## Das „Schrei-Baby“

### FALLBEISPIEL

#### Physiologisches Schreien

Lena (Name geändert) wird von ihrer Mutter im Alter von neun Wochen in der Regulationsprechstunde des Sozialpädiatrischen Zentrums vorgestellt. Lena schreie häufig und langanhaltend, bis zu drei Stunden pro Tag, manchmal an mehreren Tagen hintereinander, mitunter an einigen Tagen auch etwas weniger. Sie verlange alle zwei bis drei Stunden nach der Brust, schlafe aber beim Trinken häufig ein. Die Kindsmutter selbst leidet an einer Colitis ulcerosa, mehrere Darmverschlüsse haben die Schwangerschaft verkompliziert. Intrauterin habe das Wachstum von Lena immer an der unteren Normgrenze gelegen und den Eltern stets Sorge bereitet. Größter Wunsch der Mutter sei es gewesen, das Kind zu stillen. Wenn sie selbst abwesend sei, bekomme das Kind die abgepumpte Milch per Flasche. Die Menge der abgepumpten Milch belaufe sich auf ca. 30 ml. Die Sorge der Eltern und deren mögliche Ursachen waren einfühlbar und zunächst ein für die Eltern wichtiges Thema in der Beratung. Sie fühlten sich verstanden und konnten eine anschließende kurze Erörterung kindlicher Trinkmengen gut annehmen. Sie beschlossen, die Stillmahlzeiten mit Pre-Nahrung zu ergänzen. Im weiteren Verlauf war eine deutliche Verminderung der Schreihäufigkeit und -dauer zu beobachten.

#### Physiologisches Schreien

Vermehrtes Schreien gehört in den ersten drei Lebensmonaten zu den Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten der normalen kindlichen Entwicklung [4]. Es ist zunächst vor allem eine grundsätzliche Kommunikationsmöglichkeit des Kindes, um Bedürfnisse auszudrücken und prompte Unterstützung von den Bezugspersonen zu erhalten. Auch altersentsprechende Adaptations- und Reifungsprozesse können eine vermehrte Unruhe in den ersten drei Monaten mitbedingen. Außerdem gibt es Säuglinge, die besonders reizoffen sind und regelrecht nach Stimulation suchen. Diese benötigen ein besonderes Maß an elterlicher Unterstützung bei der Regulation, was bereits eine hohe Anforderung an die Eltern darstellen kann.

Die Schreineigung entwickelt sich in den ersten drei Lebensmonaten, um nach dem dritten Monat wieder abzunehmen (► **Abb. 1**). Außerdem schreien die meisten Säuglinge in dieser Zeit vermehrt in den Abendstunden. Von dieser kindlichen Schreineigung mit phasenweise vermehrtem Schreien ist das exzessive Säuglingsschreien abzugrenzen.

#### Exzessives Schreien

Exzessives Schreien stellt im Unterschied zu der oben beschriebenen kindlichen Schreineigung für Familien häufig eine hohe Belastung dar und kann, obwohl es generell als selbstlimitierend gilt [6], über die ersten drei Monate hinaus bestehen bleiben und auf andere Bereiche der Verhaltensregulation übergreifen [7]. Einer deutschen Studie zufolge zeigen 21% aller Säuglinge in den ersten drei Lebensmonaten exzessives Schreien, und in 39,6% der Fälle persistiert dieses über die ersten drei Monate hinaus [6]. Vor allem für Familien mit geringen psychosozialen Ressourcen entstehen daraus weitere Risiken in Bezug auf die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung des Kindes.

### PRAXIS

#### Merkmale exzessiven Schreiens bei gesunden Säuglingen in den ersten 3 Lebensmonaten [8, 9]

- unstillbares Schreien
- lange Quengel- und Unruhephasen, die keine ersichtliche Ursache haben
- unerklärliche, heftige Schreiatteckungen mit Anziehen der Beine, hypertonen Extremitäten sowie Blähungen
- gehäuftes Auftreten in den Abendstunden
- Rückgang dieser Episoden bis zum Ende des 3. Lebensmonats nach einem Schreigipfel in der 6. Lebenswoche

In der Fachliteratur wird für die Diagnostik außerdem auf die sog. Dreier-Regel nach Wessel [10] hingewiesen. Danach liegt exzessives Schreien dann vor, wenn ein generell sattes und gesundes Kind mehr als drei Stunden am Tag, an mehr als drei Tagen in der Woche, seit mehr als drei Wochen schreit, quengelt oder Anfälle von Irritabilität zeigt. Allerdings ist eine Definition, die sich an der Schreidauer orientiert, nicht sinnvoll, da dies die Auffälligkeiten auf der kindlichen, elterlichen und interaktionellen Ebene unbeachtet lässt. Diese sind aber ein wesentlicher Bestandteil der Diagnostik einer Regulationsstörung. So bringen viele Eltern in die Sprechstunde ein durchaus unauffälliges Schlaf- und Schreiprotokoll mit, sind aber subjektiv überdurchschnittlich belastet.

### Merke

**Vorübergehendes exzessives Schreien in den ersten drei Lebensmonaten ist für die Familien zwar mitunter sehr belastend, stellt jedoch für die weitere Entwicklung des Kindes kein erhöhtes Risiko dar. Dieses entwickelt sich jedoch, wenn das Schreien persistiert, auf andere Bereiche der Verhaltensregulation übergreift und in der Familie vermehrte psychosoziale Belastungen bestehen [7]. Das persistierende exzessive Schreien sollte nicht vor dem Alter von drei Monaten diagnostiziert, aber als belastendes Symptom erfasst werden [8].**

## Ursachen

Die Ursachen des Schreiens werden in der Fachliteratur kontrovers diskutiert. Neben einem akustisch differenzierbaren Schreien mit bestimmten Mustern, die möglicherweise bestimmte Funktionen haben bzw. unterschiedliche Bedürfnisse ausdrücken, ist häufig auch ein undifferenzierbares bzw. unspezifisches Schreien zu beobachten, welches nicht einer eindeutigen Ursache zugeordnet werden kann. Dieses Schreien kann eine Signalfunktion haben und auf ein bestimmtes Bedürfnis hinweisen, aber auch Ausdruck einer entwicklungstypischen Irritation in der Befindlichkeit bzw. einer relativen Unreife sein. Eine evolutionstheoretische Erklärung geht davon aus, dass Säuglinge in der Entwicklungsgeschichte der Menschheit immer wieder einer unsicheren Versorgungslage ausgesetzt waren und Schreien in solchen unsicheren Kontexten die Überlebenschancen sicherte [11].

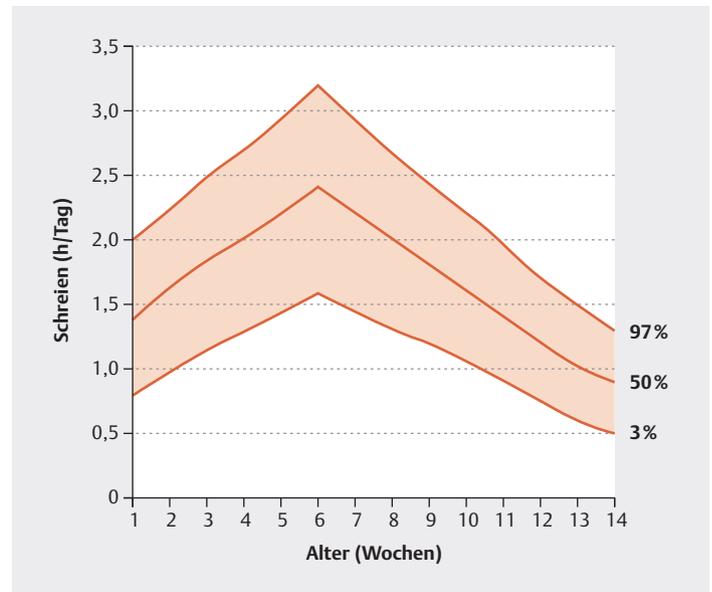
### PRAXIS

#### Gründe für kindliches Schreien [12, 13]

- primär physiologisches Schreien (z. B. aufgrund von Hunger, Müdigkeit, nassen Windeln oder unvertrauten Personen und Umgebungen)
- sekundäres exzessives Schreien (z. B. aufgrund von Infektionen, gastroösophagealem Reflux)
- primär pathologisches Schreien (z. B. genetische Anomalien)
- unspezifisches exzessives bzw. unstillbares Schreien (ohne erkennbaren Grund, bei erhöhter Irritierbarkeit und Unreife der selbstregulatorischen Kompetenzen)

Exzessives Schreien kann in einigen Fällen auch auf organische Faktoren i. S. einer genetischen oder neurologischen Grunderkrankung zurückzuführen sein. Dieses Schreien (primär pathologisch) zeigt mitunter weitere Auffälligkeiten und kann z. B. entweder besonders schrill oder dumpf sein, eine Vibration der Stimme aufweisen oder Anomalien in der Schreimelodie, wie das „Katzenschrei-Syndrom“ [12].

Akute Erkrankungen, die beim sog. sekundären exzessiven Schreien infrage kommen, sind z. B. Beschwerden im Zusammenhang mit gastrointestinalen Störungen wie gastroösophagealer Reflux oder Kuhmilchproteinintoleranz sowie Mittelohrentzündungen oder andere, mit Schmerzen verbundene Erkrankungen [12]. Exzessives Schreien infolge von Bauchkoliken bzw. gastrointestinalen Beschwerden wird ansonsten kontrovers diskutiert. Einige Autoren gehen davon aus, dass diese Beschwerden durch das Schreien in vielen Fällen erst hervorgerufen bzw. verstärkt werden [5, 13].



► **Abb. 1** Schrei-Gipfel. Quelle: Daten aus [5]

Auch das sog. KISS-Syndrom (kopfgelenkinduzierte Symmetriestörung) wurde in der Vergangenheit häufig als Schreiursache diskutiert. Eine großangelegte Doppelblindstudie konnte jedoch keine signifikanten Effekte bei manualtherapeutisch behandelten Kindern mit exzessivem Schreien nachweisen [14].

### Merke

**Überreizte Kinder schreien häufiger in den Abendstunden, da es ihnen aufgrund von Übermüdung nicht mehr gelingt, in den Schlaf zu finden.**

### Interaktionen

Das vermehrte Schreien in den ersten Lebensmonaten, häufig gepaart mit weiteren kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten wie Ess- oder Schlafproblemen stellt an Eltern zeitweise deutlich erhöhte Anforderungen im Umgang mit dem Kind. Die elterlichen intuitiven Kompetenzen stehen auf dem Prüfstand, wenn das Verhalten längerfristig überdauert. In der Folge kann es zu ungünstigen Interaktionsmustern zwischen Eltern und Kind kommen. Im ungünstigsten Fall kann sich die Schreisyndromatik negativ auf die Eltern-Kind-Bindung auswirken. So können z. B. Fehlinterpretationen von kindlichen Signalen zu elterlichen Reaktionen führen, die das Schreiverhalten eher verstärken. Eltern, die z. B. das Abwenden des Kopfes bei ihrem Baby als Desinteresse oder Ablehnung interpretieren, reagieren unter Umständen anders als solche, die dies als eindeutiges Überforderungs- bzw. Müdigkeitszeichen wahrnehmen.

## Beratung und Therapie

Auch wenn viele Eltern nach Dokumentation in einem Verhaltensprotokoll kein eigentliches „Schreibaby“ in der Sprechstunde vorstellen, sind eine differenzierte Entwicklungsberatung sowie das Erörtern angemessener Regulationshilfen notwendig, um Verunsicherungen und Irritationen aufseiten der Eltern zu reduzieren. So empfehlen wir häufig eine Reduktion der äußeren Reize, da viele Eltern eher dazu neigen, das Kind überzustimulieren und Müdigkeitszeichen zu übersehen. Da viele regulationschwache Kinder sehr reizoffen sind, wird das Schreien dadurch meist sogar kurz unterbrochen. Jedoch mündet gerade eine solche Reizüberflutung in ein stundenlanges exzessives Schreien. Häufig profitieren die Eltern bereits von diesem Wissen und der Stärkung ihrer intuitiven Kompetenzen.

Manche Familien benötigen eine niederfrequente beratende Begleitung. Mitunter sind aber weitergehende Unterstützungen der Familien sinnvoll, wie aufsuchende Familienhilfen, familienentlastender Dienst oder auch die

therapeutische Begleitung eines Elternteils bei eigener psychischer Problematik.

## Gestörter Schlaf

### Normale Schlafentwicklung

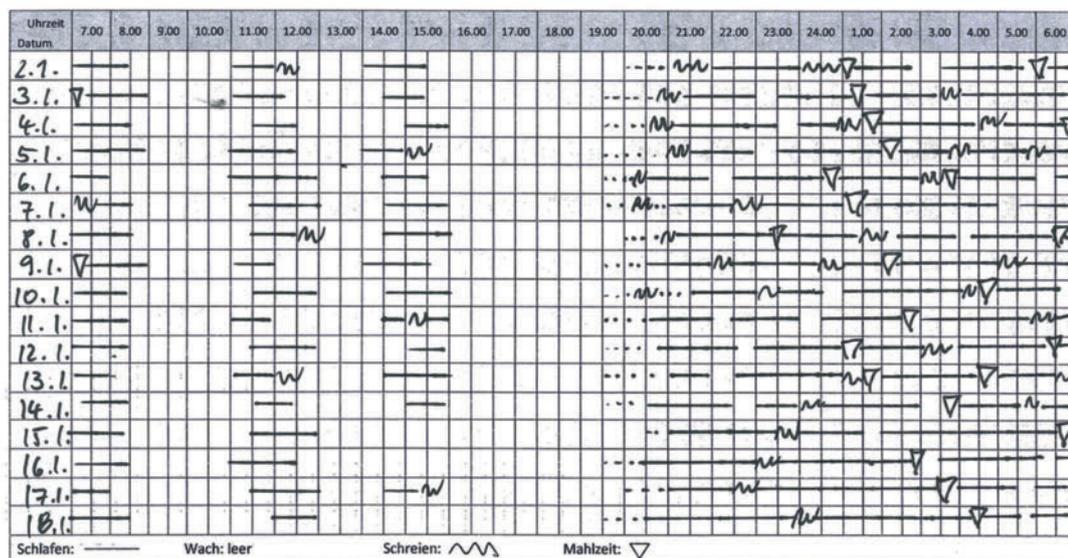
Eine Kenntnis der Schlafentwicklung ist hilfreich, um Erwartungen in Bezug auf den Schlaf einordnen zu können (► **Tab. 1**).

### Durchschlafen

Durchschlafen in der Säuglings- und Kleinkindzeit bedeutet, die Zeit von Mitternacht bis in die frühen Morgenstunden zu schlafen und nach kurzem nächtlichen Aufwachen ohne Einschlafhilfe der Eltern wieder einzuschlafen [5, 15]. In verschiedenen Studien wurde festgestellt, dass dies etwa die Hälfte der Kinder mit einem Jahr schafft, wobei einmaliges Aufwachen inklusive ist (► **Abb. 3**). Largo gibt Häufigkeiten an, die zeigen, dass zunächst die Zahl der Kinder, die nachts aufwachen, bis

### FALLBEISPIEL

Nach vorheriger telefonischer Ankündigung durch den Kinderarzt wird der 11 Monate alte Leon (Name geändert) vorgestellt. Die Eltern berichten, am Ende ihrer Kräfte zu sein, da Leon immer noch nachts mindestens viermal erwache. Das selbstständige Wiedereinschlafen gelinge ihm ausschließlich an der Brust. Auch tagsüber müsse er in den Schlaf gestillt werden. Der Schlafmangel belastete die Kindseltern sehr, außerdem frage man sich, wie die anstehende Eingewöhnung in der Kita unter diesen Umständen klappen solle. Während der Vorstellung ist Leon erst gut gelaunt, dann wird er zunehmend quengelig. Im Verlauf zeigt er deutliche Müdigkeitszeichen und versucht, auf dem Schoß der Mutter deren Bluse zu öffnen. Als sie dies unterbindet, wirft sich Leon auf den Boden und trommelt mit beiden Fäusten auf denselbigen. Das Schlafprotokoll von Leon ist in ► **Abb. 2** dargestellt.



► **Abb. 2** Schlafprotokoll von Leon.

zum 6.–9. Monat absinkt, dann wieder ansteigt und mit vier Jahren einen neuen Gipfel erreicht. Hier haben dann die Eltern ihre Kinder oft wieder im eigenen Bett (► **Abb. 4**). So schläft ca. die Hälfte der Kleinkinder im Alter zwischen zwei und vier Jahren immer wieder im Elternbett, 10–15% der Drei- bis Vierjährigen tun dies jede Nacht [5].

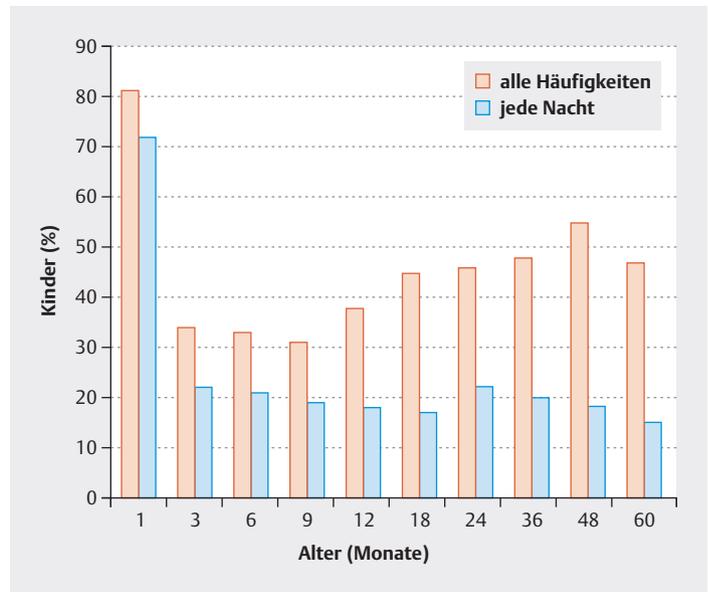
Mehrere Stunden nicht einschlafen, zigmal wachwerden, sehr lange wach sein in der Nacht, trotz Müdigkeit nicht dem Bedürfnis nach Schlaf nachgeben, dann schreien und quengeln, die Eltern holen oder zu diesen kommen: In jeder Familie ist die Schwelle, ab wann dies als Störung wahrgenommen wird, sehr unterschiedlich.

### Pathologisches Schlafverhalten

Pathologisches Schlafverhalten äußert sich in den einzelnen Entwicklungsphasen unterschiedlich und hat auch verschiedene Ursachen (► **Tab. 2**).

#### Merke

**Die häufigste Ursache für Schlafstörungen ist eine Überschätzung des kindlichen Schlafbedarfs.**



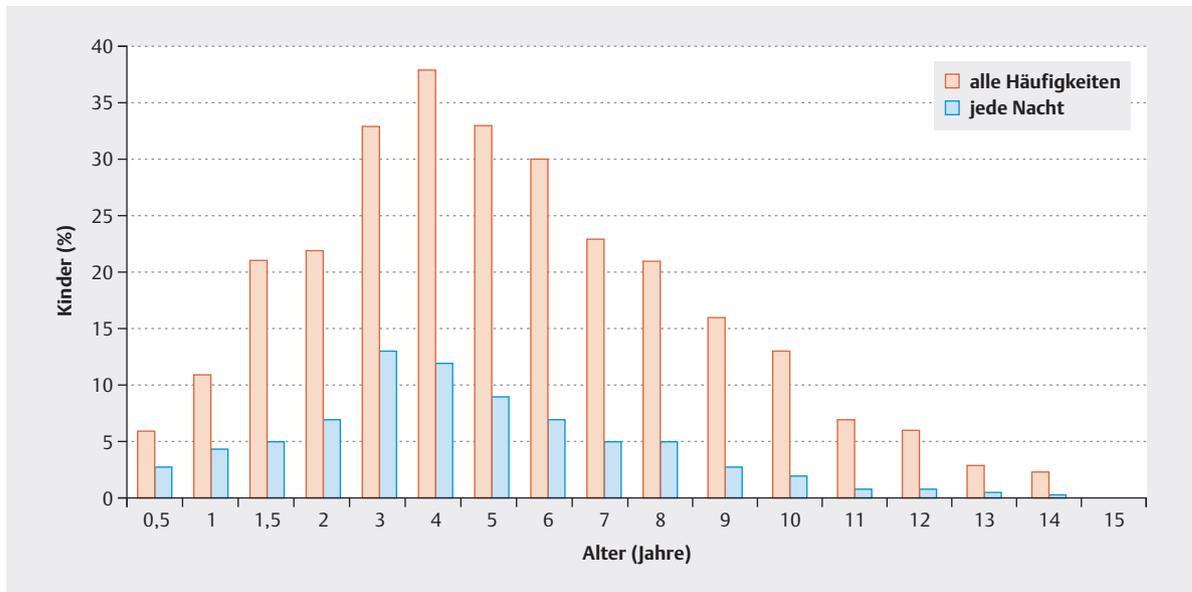
► **Abb. 3** Nächtliches Aufwachen. Quelle: Daten aus [5]

► **Tab. 1** Daten zur normalen Schlafentwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter.

Alter	Erläuterung
0.–3. Monat	Der Schlafbedarf beträgt im Schnitt 14–18 Stunden, manche Kinder kommen mit 12 Stunden aus. Die Kinder haben verteilt über 24 Stunden Schlafphasen von 1,5–3 Stunden. Zunächst ist noch kein Tag-Nacht-Rhythmus vorhanden. Es gibt viele REM-Phasen, die unruhig sind. Der Übergang in die nächste Schlafphase klappt häufig noch nicht. Auch besteht eine Unreife in der Entwicklung der motorischen Koordination, sodass Babys sich oft selbst aufwecken. Babys in den ersten 6 Wochen wachen wiederkehrend auf und finden häufig zunächst noch nicht allein in die nächste Tiefschlafphase. Diese Selbstregulation des eigenständigen (Wieder-)Einschlafens ist ein wichtiger Entwicklungsschritt.
4.–7. Monat	Der Schlaf wird zunehmend in die Nacht verlagert. Tags bilden sich zunehmend zwei Schlafphasen heraus. Selbstregulative Fähigkeiten entwickeln sich.
8.–12. Monat	Wiederholtes Aufwachen nach Tiefschlafphasen normal. Durchschlafen erst, wenn Tiefschlafphasen miteinander verbunden werden können. Ablösungsprozesse zwischen Eltern und Kind wirken sich auf das Schlafverhalten aus. Häufig werden Übergangsobjekte zur Unterstützung der Selbstregulation wichtig.
2.–3. Lebensjahr	Schlafbedarf nimmt ab. Zumeist gelingt eigenständiges Einschlafen sowohl beim Zubettgehen als auch nach dem nächtlichen Aufwachen.

► **Tab. 2** Daten pathologischen Schlafverhaltens im Säuglings- und Kleinkindalter.

Alter	Erläuterung
0.–3. Monat	Schlafstörungen i. S. eines unregulierten zirkadianen Rhythmus mit unstillbaren Schreiphasen, die vor allem in den Abendstunden auftreten. Die Kinder finden durch eine Überreizung häufig trotz Müdigkeit nicht in den Schlaf.
4.–7. Monat	Die Selbstregulation ist noch nicht ausreichend möglich, die Veränderung der kindlichen Bedürfnisse und das Verhalten der Eltern stehen oft im Widerspruch.
8.–12. Monat	Neurophysiologische Reorganisation kann zu gehäuftem nächtlichem Aufwachen führen. Auch nicht verarbeitete Ablöseprozesse bzw. ein Widerspruch zwischen Selbstständigkeitsbestrebungen und Abhängigkeit führen zu Schlafstörungen. Kinder wachen häufiger auf und schreien.
2.–3. Lebensjahr	Häufiges Aufwachen beruht zumeist auf vermindertem Schlafbedürfnis. Unangemessene Einschlafhilfen wie häufiges nächtliches Anlegen erhalten das wiederholte Aufwachen in der Nacht aufrecht. Das Auftreten von Pavor nocturnus ist möglich.

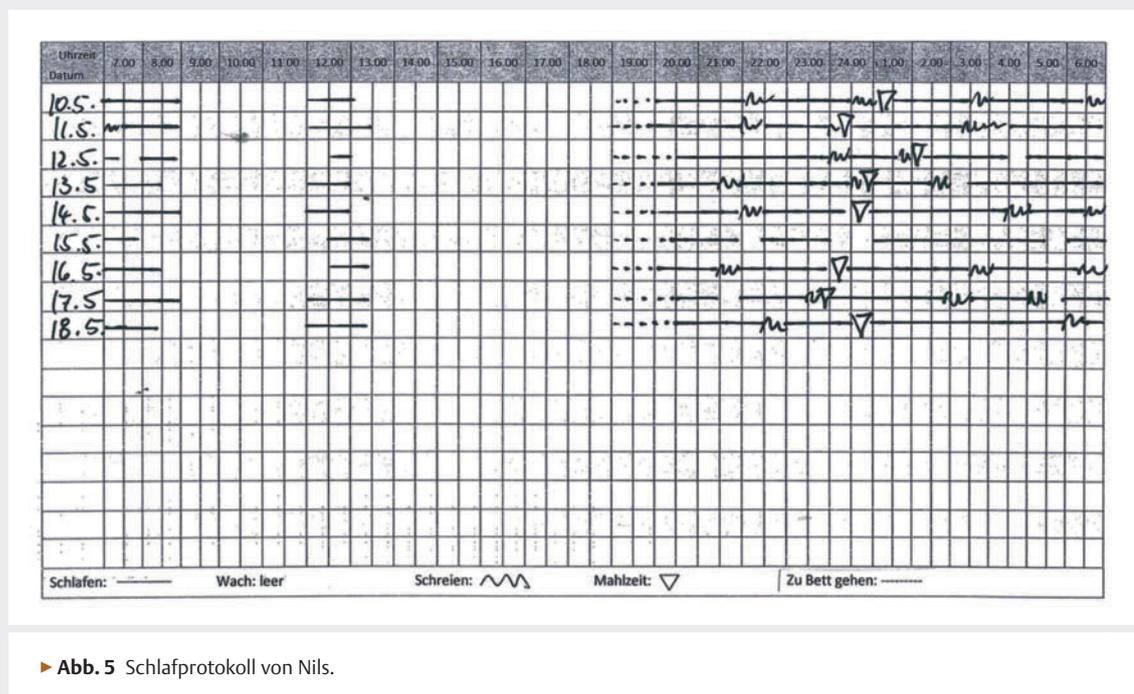


► **Abb. 4** Kinder im Elternbett. Quelle: Daten aus [5]

## FALLVIGNETTE

### Pavor nocturnus

Die Eltern von Nils (Name geändert), 2 Jahre, berichten, er zeige einen durchgehend gestörten Nachtschlaf, welcher vor allem geprägt ist durch ein zeitweise mehrfaches Aufschrecken nach einer Zeit von ca. 45 Minuten bis 1,5 Stunden Schlaf. Nils schreie begleitet von Weinen auf, welches sich minutenlang hinziehen kann. Er sei dann sehr verkrampft und meist nicht ansprechbar. Außerdem sei er sehr aufgewühlt und verschwitzt. Das Aufschrecken in diesem Sinne sei zunächst mehrfach in der Nacht aufgetreten, jetzt nur noch einmal. Meist stehe einer der Eltern auf, um Nils zu beruhigen und bleibe dann bei ihm. Dabei falle auf, dass Nils weitere Male aufwache und sich hinsetze, allerdings könne er dann auch schnell wieder zum Schlafen bewegt werden durch beruhigende Gesten oder Laute. Einmal pro Nacht bekomme er eine Flasche. Des Weiteren schlafe Nils an den meisten Abenden erst nach ca. einer Stunde im Beisein eines Elternteils ein. Er setze sich dann immer wieder hin, krabbele auf dem Bett herum und erzähle. Im Kindergarten mache er problemlos Mittagsschlaf. Sein Schlafprotokoll ist in ► **Abb. 5** wiedergegeben.



► **Abb. 5** Schlafprotokoll von Nils.

## Beratung und Therapie

In den ersten drei Lebensmonaten sind Regulationshilfen wie Herumtragen und Wiegen angemessen. Manche Kinder benötigen bereits nach einem Tiefschlafblock von einer Dreiviertelstunde wieder die nächste Unterstützung. Ein Verwöhnen ist in dieser Zeit praktisch nicht möglich. Besonders profitieren die Kinder von einer festen Tagesstruktur. Diese fungiert in der ersten Zeit als äußerer Taktgeber.

In den folgenden Monaten wird ein promptes Reagieren auf Müdigkeitszeichen immer wichtiger. So werden die Selbstregulationskompetenzen des Kindes gestärkt und weiter gefördert. Ziel ist das Erlernen des selbstständigen Einschlafens, da sie während des nächtlichen Aufwachens diese Kompetenz benötigen. Unangemessene Einschlafhilfen wie dauerndes Trinken in der Nacht sollten langsam abgewöhnt werden, da ein andauerndes nächtliches Verdauen die Kinder zusätzlich vom Schlafen abhält. Ein fester Schlafplatz ist wichtig. Kleine Trennungen tagsüber können ebenfalls das selbstständige Einschlafen fördern.

Ab Ende des ersten Lebensjahrs nimmt der Schlafbedarf langsam ab, tagsüber schlafen die Kinder meist nur noch einmal. Wichtige Regulationshilfen in diesem Alter sind Übergangsobjekte wie Kuscheltiere. Einschlaf- und Aufwachzeiten sind voneinander abhängig.

### Merke

**Das Erlernen selbstständigen Einschlafens kann wesentlich zum nächtlichen Durchschlafen beitragen. Erst nach 7 bis 14 Tagen konsequenter Umstellung der Schlafgewohnheiten darf eine Änderung erwartet werden. Der zirkadiane Rhythmus stellt sich nur langsam um.**

## Fütter- und Essstörungen

### Bedeutung der Ernährung

Die Aufnahme von Flüssigkeit und Nahrung ist nicht nur überlebenswichtig im Sinne einer Kalorien- und Nährstoffzufuhr. Vielmehr sind gemeinsame Mahlzeiten seit jeher ein zentrales Element des menschlichen Zusammenlebens. Gemeinsame entspannte Mahlzeiten dienen darüber hinaus der Kommunikation, dem Zusammengehörigkeitsgefühl und dem Genuss.

In Bezug auf das eigene Kind kommt nun der Wunsch hinzu, das Kind ernähren zu können: Meist verfolgen die Eltern das kindliche Wachstum bereits in der Schwangerschaft anhand der sonografischen Untersuchungen. Jede noch so kleine Abweichung von der Norm wird im Mutterpass dokumentiert. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie sehr Fütterstörungen die Eltern schon post partum sorgen können, auch wenn Fütterprobleme im Säuglingsalter meist nur vorübergehend bestehen. Mani-

festen Fütter- bzw. Essstörungen sind relativ selten und betreffen nur 1–2% aller Vorschulkinder. Problematische Füttersituationen bzw. ein auffälliges Essverhalten zeigen jedoch nach klinischen Studien bis zu 25% der Kinder [16].

Das eigene Kind nicht oder vermeintlich nicht adäquat ernähren zu können, löst in vielen Eltern Ängste und Schuldgefühle aus. Da die Fütter- bzw. Essenssituationen unvermeidbar sind und mehrmals täglich stattfinden, kommt es nicht selten zu einer sehr raschen Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung. Bei Persistenz der Symptomatik kann diese sich auch negativ auf die Bindung zwischen Eltern und Kind auswirken. Da die belastenden Situationen (Mahlzeiten) nicht zu umgehen sind, geraten die Eltern sehr schnell in ein hohes Spannungsniveau. Häufig entsteht auf Elternseite zusätzlich eine Erwartungsangst bezüglich der nächsten anstehenden Nahrungsaufnahme, sodass ein Teufelskreis beginnt.

### Definition

Fütter- und Essstörungen sind schwere Störungen mit der Tendenz zur Persistenz und einem erhöhten Risiko für spätere Essstörungen [17]. Das Leitsymptom bei Fütterstörungen ist die hartnäckige kindliche Nahrungsverweigerung oder ausgeprägte Essunlust. Bei Säuglingen äußert sich dies meist in Kopfwegdrehen, Löffelwegschieben, Nahrungsausspucken bzw. Erbrechen oder Würgen und Mundzukneifen. Die Säuglinge zeigen meist wenig Hungersignale, die Essfertigkeiten sind oft wenig ausgebildet [18]. Im Säuglingsalter sind vorübergehende Fütterstörungen ein häufiges Problem. Daher sollte man erst von einer Störung sprechen, wenn sie länger als einen Monat besteht. Die Fütterstörung kann, muss aber nicht mit einer Gedeihstörung einhergehen.

### Merke

**Größen- und Gewichtswachstum müssen immer in Korrelation zur elterlichen Größe gesetzt werden.**

Als objektiv auf eine Fütterstörung hinweisend können jenseits der ersten drei Lebensmonate folgende Kriterien herangezogen werden [18]:

- Die Störung besteht seit mindestens einem Monat, und die Fütterinteraktion wird von den Eltern als problematisch und belastend empfunden,
- die durchschnittliche Dauer einzelner Fütterungen beträgt mindestens 45 Minuten, und/oder
- das Intervall zwischen den Mahlzeiten beträgt weniger als zwei Stunden.

Allgemein umfasst die Fütterstörung Nahrungsverweigerung und extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson in Abwesenheit einer organischen Erkrankung [20]. Viele Säuglinge und Kleinkinder mit Fütterproblemen zeigen keinen eindeutigen Hunger

**FALLBEISPIEL****Fütterstörung vor dem Hintergrund einer extremen Frühgeburt**

Sara (Name geändert) ist bei Erstvorstellung in der Regulationsstörungssprechstunde 3,4 Jahre alt, sie ist ein ehemaliges Frühgeborenes der 25 + 1. SSW mit Z. n. Sondenernährung. An Vorerkrankungen sind eine bronchopulmonale Dysplasie, ein pulmonaler Hypertonus sowie eine Hypothyreose bekannt. Außerdem bestehen bei Sara ein Strabismus sowie eine zentrale Tonus- und Koordinationsstörung.

Die ärztliche Betreuung in den ersten Lebensjahren erfolgte im Rahmen der Frühgeborenen-Nachsorge durch die Neuropädiater im SPZ. Auch im Rahmen dieser regelmäßigen Vorstellungen erwähnte die Kindsmutter wiederholt das sehr wählerische Essverhalten und den mangelnden Appetit ihrer Tochter. Bei unzureichender Gewichtszunahme und geringem Größenwachstum wurden die Kindseltern wiederholt beraten und ein Kontakt zu unserer Ernährungsberaterin wurde hergestellt. Diese empfahl die Gabe einer hochkalorischen Trinknahrung zusätzlich zu den Mahlzeiten.

Bei Erstvorstellung in unserer Sprechstunde zeigt sich die Symptomatik einer Ess- und Interaktionsstörung manifestiert: Die Eltern berichten, dass Sara von sich aus praktisch nie Hungersignale zeige. Beim Essen müsse Sara immer noch gefüttert werden. Fast bei jeder Mahlzeit käme es dann zum Hochwürgen und anschließenden Erbrechen von Nahrung. Bei Vorstellung zeigt sich das Kind altersentsprechend entwickelt. Größe, Gewicht und Kopfumfang liegen harmonisch unterhalb des 3. Perzentils. Auffällig im Erstkontakt ist eine stetige Suche nach Grenzsetzungen, vor allem in der Interaktion mit der Kindsmutter.

Anamnestisch berichten die Kindseltern, erst kurz vor der Geburt nach Deutschland immigriert zu sein. Die extreme

Frühgeburt habe ihre Pläne umgeworfen. Außerdem erwähnt die Mutter, sie habe die intensivmedizinischen Maßnahmen an frühgeborenen Kindern nur schwer mit ihrem Glauben vereinbaren können. Sie sei durch die ganze Situation sehr belastet und leide unter Depressionen. Ihre einzige Hoffnung sei, dass die Situation sich nun durch den seit einigen Wochen bestehenden Kindergartenbesuch ihrer Tochter entspanne. Allerdings nehme Sara dort bislang noch keinerlei Nahrung zu sich.

Es wird die Schaffung möglichst stress- und druckfreier Familienmahlzeiten besprochen und eine Entwicklungsberatung durchgeführt. Im Sinne der Autonomieentwicklung wird empfohlen, Sara möglichst selbstständig Nahrung aufnehmen zu lassen. Bezüglich der hochkalorischen Trinknahrung wird empfohlen, diese je nach aufgenommener Nahrungsmenge und je nach Erbrechen zu verabreichen. Als verhaltenstherapeutische Maßnahme wird dringend zur Entkopplung von Spiel- und Essenssituationen geraten. Weiterhin soll die Kindsmutter bei der Suche nach einem eigenen Therapeuten unterstützt werden.

Bei Wiedervorstellung nach einigen Wochen berichtet die Kindsmutter, Sara sei nun gut in der Kindergartengruppe angekommen. Die Mahlzeiten würde sie dort regelmäßig und unkompliziert zu sich nehmen, wenn sie auch nur geringe Mengen esse. Im Kindergarten komme es auch nicht zu Erbrechen während der Tischsituationen, überhaupt käme Sara dort gut zurecht. Zu Hause seien die Mahlzeiten weiter sehr angespannt und das Kind müsse häufig Nutriini nachtrinken. Deutlich gebessert habe sich das Phänomen des Erbrechens, dieses trete immer seltener auf. Das Wachstum erfolge harmonisch unterhalb des 3. Perzentils.

oder Sättigungssignale. Dieses Verhalten erschwert die Kommunikation zwischen Bezugsperson und Kind. Liegt eine Nahrungsverweigerung vor, werden nicht wenige Säuglinge in Folge dessen im Halbschlaf gefüttert, da in diesem Zustand weniger Abwehr vorliegt.

Bei Kleinkindern zeigt sich meist eine ausgeprägte Essunlust bzw. selektive Nahrungsaufnahme, welche sich ebenfalls durch Kopfabwenden und eine ablehnende Miene bei Nahrungsangebot äußert, aber auch durch Aufstehen bei den Mahlzeiten. Aus Verzweiflung greifen viele Eltern dann sehr bestimmend in die Fütter- bzw. Essenssituation ein. Teilweise erfolgt auch ein Füttern unter Zwang. Die zunehmende Autonomieentwicklung des Kindes (hier: selbstständige Nahrungsaufnahme) wird von den Eltern nicht gesehen. Fütterprobleme äußern sich in dieser Pha-

se oft als Machtkämpfe um Kontrolle versus Autonomie. Das kindliche Bedürfnis nach selbstständiger Beteiligung an der Füttersituation wird nicht gesehen. Im Gegenzug übt das Kind über die Nahrungsverweigerung Macht auf die Eltern aus [21].

**Merke**  
**Selbstständige Nahrungsaufnahme ist ein zentraler Baustein der Autonomieentwicklung.**

Bleibt bei der Füttersituation der Erfolg aus, setzen viele Eltern auf Ablenkungsmechanismen. Nicht selten dürfen Kinder beim Essen spielen oder Fernsehen bzw. Tablet schauen. Die Kinder befinden sich folglich in einem Zustand der geringsten Gegenwehr. Hierdurch können diese Essen nicht als Lustgewinn und Zuwachs an Autonomie

begreifen lernen. Im schlimmsten Fall erleben diese Kinder die Nahrungsaufnahme als etwas Unangenehmes, von dem sie abgelenkt werden müssen.

Durch die oben genannten Mechanismen entsteht folgender Teufelskreislauf: Die Eltern nehmen die aversiven Verhaltensweisen ihrer Kinder übermäßig stark wahr, während sie die auf die Nahrungsaufnahme gerichteten Signale immer häufiger übersehen. Eine entspannte Nahrungsaufnahme in Form gemeinsamer Familienmahlzeiten wird so immer weniger möglich.

### PRAXIS

#### Symptomtrias Fütterstörungen

- kindliche Probleme bei der Verhaltensregulation (Nahrungsaufnahme)
- infolgedessen auftretende dysfunktionale Fütterinteraktionsmuster
- elterliches Überforderungssyndrom

## Ursachen

### PRAXIS

#### Arten von Fütterstörungen

- Regulationsfütterstörung
- Fütterstörung der reziproken Interaktion
- frühkindliche Anorexie
- sensorische Nahrungsverweigerung
- Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen
- posttraumatische Fütterstörung

Es gibt verschiedene organische Erkrankungen, die mit einer Fütterproblematik in Zusammenhang stehen können, z. B. ein gastroösophagealer Reflux, zystische Fibrose, Herzfehler, Nieren- und Leberfunktionsstörungen. In epidemiologischen Stichproben ist die Inzidenz organischer Faktoren allerdings niedrig [22]. Viel häufiger sind Regulationsprobleme oder mundmotorische bzw. -sensorische Auffälligkeiten. Aber auch traumatische Erfahrungen wie maschinelle Beatmung oder die Fütterung unter Zwang führen zu einer Abwehr bei Mundstimulation.

Erfahrungsgemäß stellen psychische und psychosoziale Belastungen in der Schwangerschaft und postpartalen Phase das größte Risiko für die Entstehung von Fütter- bzw. Essstörungen dar. So leiden zwei von drei Müttern füttergestörter Säuglinge und Kleinkinder bereits in der Schwangerschaft unter übermäßigen Ängsten, psychosozialen Stress oder partnerschaftlichen Konflikten [23].

## Interaktionen

Säuglinge und Kleinkinder, die mit Fütterstörungen vorgestellt werden, bringen häufig als Temperament eine erhöhte Irritabilität und Ablenkbarkeit mit. Wenn die Mutter nun bereits vor der Geburt sehr besorgt um das Gedeihen ihres Kindes war, kommt es nun häufig seitens der Kindsmutter zu einem übertriebenen Aktionismus, verbunden mit häufigen Nahrungswechseln. Führen diese Maßnahmen dann trotzdem nicht zum gewünschten Erfolg, kommt es zu einem Teufelskreis aus Erwartungshaltung und Enttäuschung.

Nahrungsverweigerung äußert sich je nach Entwicklungsabschnitt unterschiedlich. So können im Neugeborenenalter Stillprobleme bei z. B. einer Saugschwäche oder einer dysfunktionalen Mutter-Kind-Kommunikation bestehen. In den folgenden Monaten stehen vor allem Regulationsprobleme im Vordergrund bei beispielsweise erhöhter Irritierbarkeit. Rund um den sechsten Lebensmonat kommt es vor allem bei Umstellung auf Breikost zu Fütterstörungen und Nahrungsverweigerung. Gegen

### FALLBEISPIEL

#### Fütterstörung vor dem Hintergrund einer beginnenden Interaktionsstörung

Der kleine Fabian (Name geändert) wird im Alter von 2,1 Jahren vorgestellt. Die Kindseltern äußern, dass ihr Sohn schon immer ein schlechter Esser gewesen sei. Er sei aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs nach unauffälliger Schwangerschaft fünf Wochen zu früh zur Welt gekommen und habe nur 2100 Gramm gewogen. Das Stillen habe von Anfang an nur mäßig geklappt. Er sei insgesamt drei Monate voll gestillt worden und für drei weitere Monate habe er abgepumpte Milch erhalten. Im Alter von fünf Monaten habe er einen selbstgekochten Milchbrei gut gegessen, mit Einführung neuer Breie sei das Essverhalten jedoch zunehmend schlechter geworden. Mit etwa einem Jahr habe er unter rezidivierenden Infekten gelitten und es sei zu einem Gewichtsverlust gekommen.

Zum Vorstellungszeitpunkt berichten die Eltern von einem sehr wählerischen Essverhalten. Hunger oder Appetit zeige Fabian eigentlich nie. Auch wenn andere Kinder in seiner Gegenwart essen würden, erzeuge dies bei ihm keinerlei „Futterneid“. Ansonsten sei Fabian gesund und gut entwickelt. Auch in der entwicklungsneurologischen Untersuchung zeigt sich ein unauffälliger Befund. Aktuell sei die Symptomatik, seit Geburt des Bruders vor 3 Monaten, noch schwieriger geworden. Da Fabian tagsüber häufig so gut wie gar nichts mehr esse, serviere man abends häufig Wunschkost.

Die Eltern zeigen sich in der Beratungssituation gut reflektiert bezüglich des guten Entwicklungsstands ihres Sohnes und ihrer eigenen Verhaltensweisen. Es wird besprochen, bereits bestehende Grenzen weiter konsequent einzuhalten und Mahlzeiten auch in die Kindergartenzeit zu verlagern. Bereits nach einigen Wochen melden sich die Kindseltern telefonisch und berichten, dass die Symptomatik verschwunden sei.

Ende des ersten bzw. Beginn des zweiten Lebensjahrs beruht Nahrungsverweigerung häufig auf Autonomiekonflikten.

### Beratung und Therapie

Bei Fütter- und Gedeihstörungen ist eine umfassende somatische Diagnostik zum Ausschluss organischer Ursachen indiziert. Zudem ist eine Interaktionsdiagnostik der Essenssituation zwischen Eltern und Kind sinnvoll. Hierzu bietet sich die videogestützte Diagnostik an. Aber auch das Erkennen einer elterlichen Psychopathologie (Depression, eigene Essstörung) ist unverzichtbar.

Bei Fütterstörungen ist wie erwähnt neben der psychosozialen eine somatische Abklärung wichtig; lässt man diesen Schritt gänzlich aus, sind die Eltern oftmals nicht bereit, Tipps aus der Beratung anzunehmen, da sie gedanklich noch mit der somatischen Ursachensuche beschäftigt sind.

Häufig genügt bei leichten Fütter- und Essstörungen ein beratendes Setting. Viele Eltern profitieren bereits von klaren Essensregeln (s. Box unten). Auch das Besprechen

sog. „Home-Videos“ der häuslichen Füttersituationen führt häufig zur Besserung der Symptomatik. Das Ziel hierbei sollte sein, eine gelungene Eltern-Kind-Interaktion in der Füttersituation zu visualisieren.

Reicht dieses Angebot nicht aus, lassen sich Fütterstörungen am besten im multimodalen Setting (Logopädie, verhaltenstherapeutische Interventionen, Ernährungsberatung, Ergotherapie, Jugendhilfemaßnahmen) behandeln. Auch psychodynamische Aspekte sollten besprochen werden. Gemeint sind hiermit die „Gespenster im Kinderzimmer“ [24]. Hierbei werden die eigenen psychodynamisch relevanten Kindheitserfahrungen der Eltern in Zusammenhang mit z. B. Essenssituationen bzw. Nahrungsaufnahme thematisiert. Bei schweren Verläufen ist eine stationäre Behandlung indiziert.

## Exzessives Trotzen

### Ursachen

Das Kind fängt mit Anfang des 2. Lebensjahrs an, seinen eigenen Willen zu entdecken. Durch die neu hinzugekommenen Fortbewegungsmöglichkeiten bekommt es auch mehr Möglichkeiten dazu. Es beginnt durch Handeln und Ausprobieren Zusammenhänge zu entdecken. Wird es hierbei durch die Eltern oder durch Gegenstände (z. B. nicht passende Eisenbahnschienen) begrenzt, zeigen sich häufig Wut und Enttäuschung. Diese Reaktion kann von Situation zu Situation variieren und ist stark temperamentsabhängig. Einige Kinder geben lediglich Widerworte und wirken leicht missmutig, während andere laut schreien, mit den Fäusten auf den Boden trommeln und minutenlang Wutgeschrei ausstoßen. Auch autistische Verhaltensweisen kommen vor.

In den ersten zwei Lebensjahren ist die Bindung des Kindes zu den Eltern am engsten. Im dritten und vierten Lebensjahr beginnt das Kind sich allmählich von den Eltern

### PRAXIS

#### Essensregeln [18]

- Feste Mahlzeiten in einem regelmäßigen Tagesablauf zu sich nehmen, möglichst gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern.
- Kein Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten; Wasser ad libitum, jedoch nicht kurz vor der Mahlzeit.
- Eltern bestimmen, wann, wie oft und was das Kind isst.
- Kind bestimmt, ob und wie viel es isst.
- Schaffen einer bestimmten Atmosphäre während der Mahlzeit.
- Beachtung kindlicher Hunger- und Sättigungssignale: kein Nahrungsangebot ohne kindliches Signal!
- Kleine Portionen anbieten.
- Kein Spiel, keine Ablenkung zwischen den Mahlzeiten.
- Vermeiden von Druck oder Zwang, keine Forcierung der Nahrungsaufnahme.
- Positive Zuwendung bei Interesse am Essen und aktiver Teilnahme; Unterstützen und Verstärken von altersangemessenem, zunehmend selbstständigem Essverhalten.
- Ignorieren von Zeichen kindlicher Vermeidung, Abwehr, Ablenkung; evtl. Pausieren während der Mahlzeit, bis das Kind wieder Interesse zeigt.
- Dauer der Mahlzeit höchstens 30 Minuten.
- Grenzsetzung nach festgesetzten Regeln bei unangemessenem Essverhalten, z. B. durch Wegräumen des Essens nach 10–15 Minuten, wenn das Kind nur mit der Nahrung spielt, oder Beenden der Mahlzeit, wenn das Kind wütend Essen umherwirft.
- Mund abwischen nur nach Beenden der Mahlzeit.
- Nahrungsmittel sollten nicht als Belohnung oder Geschenk eingesetzt werden.

### FALLVIGNETTE

#### „Trotzen“

Die 18 Monate alte Lisa (Name geändert) wird von ihrer alleinerziehenden Mutter vorgestellt. Diese berichtet, Lisa sei seit einigen Wochen wie ausgewechselt. Sobald sie ihren Willen nicht bekomme, schreie und tobe sie. Zeitweilig schlage sie auch mit dem Kopf auf den Boden. Solche „Anfälle“ würden bis zu 30 Minuten dauern. Besonders nach dem Kindergartenbesuch zeige Lisa dieses Verhalten. Die Mutter äußert nun die Sorge, Lisa könne es im Kindergarten besser gefallen als zu Hause. Eigentlich sei Lisa immer ein pflegeleichtes Kind gewesen.

abzulösen. Dieser langsame Ablöseprozess verlangt sowohl von den Eltern als auch vom Kind einiges ab. Einerseits soll das Kind selbstständiger werden, andererseits braucht es aber auch weiterhin die emotionale Sicherheit der Beziehungspersonen. Kinder geraten durch die Entwicklung der Selbstwahrnehmung in einen Konflikt: Sie möchten ihren eigenen Willen durchsetzen können, ohne dabei die Liebe der Eltern zu riskieren [5].

### PRAXIS

#### Symptomtrias des exzessiven Trotzens [25]

Die Emotions- und Selbstregulationsstörung beim exzessiven Trotzen und bei den Trotzanfällen zeigt sich in der Trias von:

- Verhaltensproblemen,
- dysfunktionalen Mustern der Interaktion mit den Bezugspersonen,
- psychophysischer Belastung des Kindes und der Familie.

Wie das exzessive Schreien ist das exzessive Trotzen eine Extremvariante der emotionalen Verhaltensregulation. Nicht das Auftreten, sondern die Persistenz kann zum Problem werden.

### Beratung und Therapie

Als hilfreich haben sich bei exzessivem Trotzen folgende elterliche Verhaltensweisen erwiesen:

- elterliche Übereinkunft über Regeln sowie freundliche, aber bestimmte Durchsetzung derselben.
- Dem Kind Hilfestellungen zum Rückzug ohne Gesichtsverlust geben.
- Ggf. elterlicher Rückzug zum Abbau eigener Aggressionen.
- Bezugspersonen sollten nach dem Trotzanfall auf das Kind zu kommen, nicht umgekehrt.
- Das Kind sollte möglichst nicht abgewertet werden.
- Deeskalationsstrategien des Kindes hervorheben, Stärkung seiner Kompetenzen.
- Ggf. Aufarbeitung eigener Kindheitserlebnisse, welche in diesem Zusammenhang verstärkt hervortreten.

Kinder mit exzessivem Trotzverhalten profitieren besonders von einem übermäßig konsequenten Erziehungsstil. Daher ist in der Beratung eine ausführliche Familienanamnese unabdingbar, um evtl. elterliche Psychopathologien (z. B. depressive Erkrankungen) aufzudecken, da diese einer geradlinigen Haltung im Wege stehen. Besonders Machtkämpfe und ein Vertauschen der Eltern-Kind-Ebene sind zu vermeiden. Ziele einer Therapie sollten eine bessere Selbstregulation beim Kind und eine Entspannung der Eltern-Kind-Beziehung sein.

### Merke

Bei exzessivem Trotzverhalten ist auch an eine depressive Erkrankung und damit verbundene mangelnde Grenzsetzung eines Elternteils zu denken.

## Spielunlust und exzessives Klammern

### Ursachen

Im Gegensatz zur häufigen Annahme ist das kindliche Spiel nicht zielgerichtet. Den Antrieb zum Spiel bekommt das Kind aus seiner Neugier und seinem Explorationsbedürfnis der Umwelt. Im selbstständigen Spiel erfahren die Kinder Selbstwirksamkeit [26]. Auch erlernen Kinder so ein „Ursache-Wirkungs-Prinzip“ und üben im gemeinsamen Spiel mit Gleichaltrigen soziale Kompetenzen. Erleben die Kinder ihre Bezugspersonen im gemeinsamen Spiel nun wiederholt sehr bestimmend, kommt es nicht selten im Verlauf zu einer Spielunlust beim Kind. Es beschäftigt sich so gut wie gar nicht alleine mit zur Verfügung gestelltem Spielzeug, sondern sucht ununterbrochen die Aufmerksamkeit seiner Bezugsperson. Häufig geht dieses Verhalten auch mit exzessivem Klammern einher.

### FALLBEISPIEL

#### Spielunlust

Der 11 Monate alte Michael (Name geändert) wird nach Überweisung durch den Kinderarzt vorgestellt. Die Mutter berichtet unter Tränen, dass sie „einfach nicht mehr weiter wisse“. Michael quengele praktisch den ganzen Tag und laufe ihr ständig in der Wohnung hinterher. Er könne sich keine 5 Minuten alleine beschäftigen. Zufrieden sei er nur, wenn die Mutter mit ihm spiele oder wenn sie ihn herumtrage. Auch Beschäftigungsangebote durch den Vater nehme er nicht an. Dadurch komme es mittlerweile auch zu einer angespannten Paarbeziehung. Ebenso sei er beim wöchentlichen Besuch einer Mutter-Kind-Gruppe ausschließlich auf die Mutter fixiert. Man könne sich Michaels Verhalten nicht erklären: Er sei eigentlich gut entwickelt und nach jahrelanger Kinderlosigkeit ein absolutes Wunschkind gewesen. Während der Vorstellung kann Michael sich nur wenige Minuten mit zur Verfügung gestelltem Spielzeug beschäftigen. Immer wieder läuft er mit Spielzeug in der Hand zu seiner Mutter. Diese versucht anfangs das Verhalten zu ignorieren, was nur zu noch mehr Protest bei dem Jungen führt. Entnervt gibt die Kindsmutter im Verlauf des Gesprächs nach und setzt sich zu ihrem Sohn auf die Spieldecke.

**Merke**

**Durch eigenständiges Spiel entdecken Kinder Selbstwirksamkeit.**

**Beratung und Therapie**

Wie bei den oben genannten Störungsbildern ist es auch bei Störungen der emotionalen Verhaltensregulation essentiell, die Sorgen der Eltern ernst zu nehmen und ihnen Empathie entgegenzubringen. „Sie sind der Experte Ihres Kindes“. Häufig profitieren die Bezugspersonen bereits von Informationen zu anstehenden kindlichen Autonomieschritten. Auch sollte in diesem Kontext der positive Blick auf das eigene Kind gestärkt werden. Hilfreich ist zudem häufig ein Festlegen von Strukturen und Grenzen. Gemeint ist hiermit die Grenzsetzung gegenüber dem Kind, aber auch die Festlegung der eigenen Grenzen. Viele Eltern zeigen mit fortschreitender Symptomatik immer weniger Gefühl für die eigenen Bedürfnisse. Reicht der beratende Kontext nicht aus, ist eine Eltern-Kind-Psychotherapie indiziert. Bei ausbleibendem Erfolg erscheint eine Behandlung auf einer Eltern-Kind-Station sinnvoll.

**KERNAUSSAGEN**

- Regulationsstörungen wie exzessives Schreien, Schlaf- oder Fütterstörungen, aber auch exzessives Trotzverhalten sind häufige Störungen des Säuglings- und Kleinkindalters.
- Regulationsstörungen neigen zur Persistenz und führen nicht selten zu auffälligen Eltern-Kind-Interaktionen oder auch Entwicklungsverzögerungen.
- In der kinderärztlichen Praxis werden die Störungsbilder im Alltag häufig unterschätzt, denn oft ist der subjektiv wahrgenommene Belastungsgrad der Eltern deutlich höher, als die aktuell beschriebene Symptomatik des Kindes es vermuten lässt.
- Durch eine ausführliche Anamnese und eine entsprechende Beratung können Kinderärzte in vielen Fällen zur Verbesserung der Situation beitragen.
- Der diagnostische Fokus liegt auf einer Symptomtrias von Verhaltensproblemen des Kindes, Eltern-Kind-Interaktion sowie psychophysischen Belastungen der Familienmitglieder.
- Besonders bei belasteten Familien mit geringen Ressourcen und/oder psychisch erkrankten Eltern teilen ist die Prognose von Regulationsstörungen als ungünstig einzuschätzen. In diesen Fällen, aber auch bei Persistenz der Symptomatik, erscheint es sinnvoll, verstärkt das Angebot von Spezialambulanzen zu nutzen.

**Interessenkonflikt**

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

**Autorinnen/Autoren****Astrid Schirmer-Petri**

Jahrgang 1969, Dipl.-Psychologin, Psychologiestudium an der Humboldt-Universität zu Berlin, seit 2008 am Sozialpädiatrischen Zentrum der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln. Klinische Neuropsychologin, Verhaltenstrainerin, Weiterbildung am HSI Heidelberg für Systemische Therapie und Beratung. Betreuung der Schwerpunktambulanz für Adipositas im Kindes- und Jugendalter sowie der Regulationsstörungssprechstunde.

**Laura Többens**

Dr. med., Jahrgang 1979, 2006 Approbation als Ärztin, 2007 Promotion. Seit 2008 tätig in der Klinik u. Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, i. R. d. Facharztausbildung in der Regulationsstörungssprechstunde des SPZ der Klinik u. Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln. Weiterbildung zur integrativen Eltern-, Säuglings- und Kleinkindberaterin bzw. Psychotherapeutin (IESK-P).

**Korrespondenzadresse****Astrid Schirmer-Petri**

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Uniklinik Köln  
Kerpener Straße 62, Gebäude 26  
50937 Köln  
astrid.schirmer-petri@uk-koeln.de

**Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen**

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Laura Többens, Köln.

## Literatur

---

- [1] Posner MI, Rothbart MK. Developing mechanisms of self-regulation. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 427–441
- [2] Groß S. Zur Diagnostik der Regulationsstörungen. In: Cierpka M, Hrsg. Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012: 147–158
- [3] Papoušek M. Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Hrsg. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber; 2004: 101–103
- [4] Largo RH, Benz-Castellano C. Die ganz normalen Krisen – Fit und Misfit im Kleinkindesalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Hrsg. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Hans Huber, 2004: 17–30
- [5] Largo RH. Babyjahre. 16. Aufl. München, Zürich: Piper; 2015
- [6] Wurmser H, Laubereau B, Hermann M et al. Excessive infant crying: often not confined to the first 3 months of age. *Early Hum Dev* 2001; 64: 1–6
- [7] Thiel-Bonney C, Cierpka M. Exzessives Schreien. In: Cierpka M, Hrsg. Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012: 171–198
- [8] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Hrsg. Leitlinie „Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“ (2015). Im Internet: [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html); Stand: 08.05.2018
- [9] Ludwig-Körner C. Exzessives Schreien. *Pädiatr up2date* 2008; 3: 163–181
- [10] Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB et al. Paroxysmal Fussing in Infancy, Sometimes Called “Colic”. *Pediatrics* 1954; 14: 421–435
- [11] Soltis J. The signal functions of early infant crying. *Behav Brain Sci* 2004; 27: 443–458
- [12] Jenni O. Säuglingsschreien und Schlaf-Wach-Regulation. *Monatsschr Kinderheilkd* 2009; 157: 551–557
- [13] Bensel J. Übermäßiges Schreien bei Säuglingen. Ursachen, Folgen und Behandlung. *pädiat prax* 2006; 69: 377–387
- [14] Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G et al. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child* 2001; 84: 138–141
- [15] Scholtes K, Benz M, Demant H. Schlafstörungen im Kindesalter. In: Cierpka M, Hrsg. Frühe Kindheit 0–3. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012: 199–218
- [16] Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002; 11: 163–183
- [17] Ammaniti M, Lucarelli L, Cimino S et al. Feeding disorders of infancy: a longitudinal study to middle childhood. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 272–280
- [18] von Hofacker N. Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Hrsg. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber, 2004: 174–175
- [19] Groß S. Zur Diagnostik der Regulationsstörungen. In: Cierpka M, Hrsg. Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012: 154
- [20] Gontard A von. Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie: Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer; 2010
- [21] von Hofacker N, Papoušek M, Wurmser H. Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Hrsg. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber; 2004: 175
- [22] Skuse D, Wolke D. The Nature and Consequences of Feeding Problems in Infancy. In: Cooper A, ed. Feeding Problems and Eating Disorders in Children and Adolescents. Chur: Harwood; 1992
- [23] von Hofacker N, Papoušek M, Wurmser H. Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Hrsg. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber; 2004: 182
- [24] Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the Nursery: A Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationships. *J Am Acad Child Psychiatry* 1975; 14: 387–421
- [25] Manfred C, Cierpka A. Entwicklungsgerechtes Trotzen, persistierendes Trotzen und aggressives Verhalten. In: Cierpka M, Hrsg. Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Berlin, Heidelberg: Springer; 2014: 263–283
- [26] Papoušek M. Dysphorische Unruhe und Spielunlust in der frühen Kindheit: Ansatz zur Früherkennung und Prävention von ADHS? In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Hrsg. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber; 2004: 357–388

## Bibliografie

---

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-115870>  
*Pädiatrie up2date* 2018; 13: 211–225  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 1611-6445

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter [cme.thieme.de/hilfe](https://cme.thieme.de/hilfe) eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter [eref.thieme.de/ZZX8YFT](https://eref.thieme.de/ZZX8YFT) oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512018154654370



### Frage 1

Welche Aussage zu Regulationsstörungen trifft zu?

- A Bei der Diagnose von Regulationsstörungen spielt die Befindlichkeit der Eltern keine Rolle.
- B Eine dauerhafte Überlastung der Eltern im Zusammenhang mit Regulationsstörungen kann das Risiko für emotionale oder körperliche Misshandlungen erhöhen.
- C Die elterlichen Kompetenzen spielen bei der Behandlung von Regulationsstörungen keine Rolle.
- D Fast immer zeigen betroffene Kinder Folgestörungen.
- E Alle Kinder verfügen über gleich gute Selbstregulationskompetenzen.

### Frage 2

Welche Aussage trifft zu? Die Diagnose „exzessives Schreien“ ...

- A wird ausschließlich nach der „Dreier-Regel“ von Wessel gestellt.
- B orientiert sich allein am Zustand bzw. an einer Störung des Kindes.
- C orientiert sich an einer diagnostischen Trias, welche die Dysregulation des Kindes, Muster der Eltern-Kind-Interaktion sowie die Belastung der Eltern bzw. Hauptbezugspersonen berücksichtigt.
- D wird gestellt, wenn die Eltern überfordert sind.
- E ist immer auf eine organische Ursache zurückzuführen.

### Frage 3

Welche Aussage trifft zu? Exzessives Schreien ...

- A ist in den meisten Fällen ein selbstlimitierendes Verhalten und klingt mit Ende des 3. Lebensmonats in der Regel langsam ab.
- B wirkt sich immer auf andere Bereiche der Verhaltensregulation des Kindes aus.
- C hat immer eine ungünstige Prognose.
- D stellt für Eltern mit guten psychosozialen Ressourcen nie eine große Belastung dar.
- E kann am ehesten mit immer neuen Reizen unterbrochen werden, wie Hüpfen, Schaukeln, Autofahren.

### Frage 4

Welche Aussage trifft zu? Kinder, die übermäßig viel schreien, benötigen ...

- A möglichst stark schaukelnde Bewegungen, um beruhigt zu werden.
- B einfach weniger Schlaf als andere Kinder.
- C vermehrte Spielangebote.
- D meist mehr Nahrung.
- E meist Unterstützung zur Selbstregulation, um in den Schlaf zu finden.

### Frage 5

Welche Aussage zu Schlafstörungen trifft *nicht* zu?

- A Die Schlaf-Wach-Phasen sind beim Neugeborenen noch nicht an den zirkadianen Rhythmus gebunden.
- B Zur Behebung einer Schlafstörung ist es unabdingbar, das selbstständige Einschlafen zu erlernen.
- C Es empfiehlt sich immer, das Einschlafen mit einer Regulationshilfe wie der Milchflasche zu unterstützen.
- D Auch Neugeborene profitieren bereits von einem strukturierten Tag-Nacht-Rhythmus.
- E Im ersten Lebensjahr sind Schlafblöcke von vier bis fünf Stunden mit Durchschlafen gleichzusetzen.

### Frage 6

Welche Aussage zu Schlafstörungen trifft *nicht* zu?

- A Schlafstörungen können im Rahmen von Entwicklungsanforderungen bzw. deren Bewältigung vorübergehend auftreten.
- B Schlafstörungen sind immer auf eine Überreizung des Kindes zurückzuführen.
- C Häufige Ursache für Ein- und Durchschlafstörungen ist eine Überschätzung des Schlafbedarfs.
- D Pavor nocturnus tritt auch bei gesunden Kindern auf.
- E Entwicklungsbedingt kommen Kleinkinder in verschiedenen Entwicklungsphasen häufiger ins Elternbett.

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

## Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung...

### Frage 7

Welche Aussage trifft in Bezug auf eine Fütterstörung *nicht* zu?

- A Eigenständig Nahrung aufzunehmen, stellt einen der zentralen Bausteine der Autonomieentwicklung dar.
- B Eine manifeste Fütter- bzw. Essstörung kann die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig beeinträchtigen.
- C Manche Kinder zeigen so gut wie kein Interesse an der Nahrungsaufnahme.
- D Das Gestalten entspannter Familienmahlzeiten stellt einen zentralen Baustein in der Therapie dar.
- E Gemäß der „Essensregeln“ bestimmen die Eltern, ob und wieviel das Kind isst.

### Frage 8

Welche Aussage zu Fütterstörungen trifft *nicht* zu?

- A Die somatische Abklärung bei Fütterstörungen sollte parallel zu den psychotherapeutischen Interventionen erfolgen.
- B Als diagnostische Maßnahme sind u.U. „Home-Videos“ sinnvoll.
- C Das Erkennen der „Gespenster im Kinderzimmer“ stellt eine wesentliche Therapiesäule dar.
- D Der mangelnden Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme folgt immer eine Wachstumsstörung.
- E Passagere Schwierigkeiten in der Nahrungsaufnahme sind in den ersten drei Lebensmonaten sehr häufig.

### Frage 9

Welche Antwort zu Störungen der emotionalen Verhaltensregulation trifft zu?

- A Exzessivem Trotzverhalten liegt fast immer eine Bindungsstörung zugrunde.
- B Eine Sprachentwicklungsverzögerung hat keine Relevanz für die Ausprägung exzessiven Trotzverhaltens.
- C Autoaggressive Verhaltensweisen im Rahmen eines Trotzanfalls sind immer als pathologisch zu werten.
- D Das Schaffen von klaren Abgrenzungssituationen vermindert das Auftreten von Trotzanfällen.
- E Eine psychische Erkrankung der Eltern stellt kein größeres Risiko für die emotionale Verhaltensregulation dar.

### Frage 10

Welche Antwort zur Spielunlust trifft *nicht* zu?

- A Kinder mit Spielunlust sind meist chronisch unzufrieden.
- B Durch selbstbestimmtes Spiel erfahren Kinder Selbstwirksamkeit.
- C Spielunlust entsteht meist durch mangelnde Förderung.
- D Das direktive, von Erwachsenen vorgegebene Spiel trägt eher zur Spielunlust beim Kind bei.
- E Spielunlust geht häufig mit dem Symptom des „exzessiven Klammerns“ einher.