

Unstillbares Schreien: Gestresste Babys – verzweifelte Eltern

Warum frühe Hilfe wichtig ist

In den ersten drei Lebensmonaten ihres Babys müssen viele Eltern lernen, mit wenig Nachtschlaf und entspannenden Ruhephasen auszukommen – immer wieder melden die Kleinen mit Unruhe, Quengeln und durchdringendem Geschrei ihre Nöte und Befindlichkeiten. Manche Eltern meistern diese Zeiten – Hauptsache, das Baby ist gesund! –, andere aber fühlen sich zunehmend ausgelaugt, ständig übermüdet und gestresst. Dies umso mehr, wenn das Kind ausgeprägte Schreiphasen entwickelt und sich kaum noch beruhigen lässt. Unstillbares Schreien lässt Eltern an sich und dem Kind verzweifeln und beeinträchtigt die für die kindliche Entwicklung so notwendige enge Interaktion mit dem Baby. Wie solchen Eltern und ihren Babys geholfen werden kann, welche Faktoren unstillbares Schreien auslösen und wie sich das verhindern lässt, dazu befragten wir den Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater Dr. med. Nikolaus von Hofacker, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik am Klinikum München Harlaching.

Pädiatrie: Herr Dr. von Hofacker, wie häufig ist das Phänomen des unstillbaren Schreiens, und wie wird es definiert beziehungsweise welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Nikolaus von Hofacker: Die Prävalenz liegt bei etwa 15 bis 20 Prozent, das heisst etwa jedes 5. bis 6. Baby schreit in den ersten Lebensmonaten unstillbar. Zur Definition lassen sich objektive und subjektive Kriterien heranziehen. Als objektives Kriterium hat sich die inzwischen mehr als 50 Jahre alte einfache Dreierregel nach Wessel bewährt. Demnach spricht man von unstillbarem Schreien, wenn ein Baby 3 Stunden pro Tag an mehr als 3 Tagen in der Woche

über einen Zeitraum von mindestens 3 Wochen ohne erkennbare Ursache schreit. Es hat sich gezeigt, dass sich mit dieser Definition die klinisch auffälligen Babys und ihre Familien recht gut von denen unterscheiden lassen, die klinisch weniger belastet sind. Wir haben Anfang der Neunzigerjahre in der Münchner Schreisprechstunde mit Frau Papoušek etwa 200 Babys untersucht und dabei diese Wessel-Kriterien angewandt: Dabei hat sich gezeigt, dass die durchschnittliche Schreidauer der Säuglinge, die diese Kriterien erfüllt haben, bei täglich fast 5 Stunden lag. Bei Babys, die diese Kriterien nicht erfüllten, aber dennoch wegen der subjektiven Belastung

der Eltern in die Beratung kamen, betrug die durchschnittliche Schreidauer dagegen 2 Stunden/Tag, in der unauffälligen Kontrollgruppe dagegen nur 1 Stunde. Das zeigt, wie eklatant sich diese beiden klinischen Gruppen voneinander unterscheiden.

Die subjektiven und aus meiner Sicht für den klinischen Umgang besseren Kriterien definieren sich allerdings primär über die Eltern. Demnach ist unstillbares



Dr. med. Nikolaus von Hofacker hat von 1991 bis 1995 zusammen mit M. Papoušek und Mitarbeitern die Münchner Sprechstunde für Schreibabys aufgebaut; dabei wissenschaftliche Evaluation des Konzepts der Regulationsstörung und Untersuchung einer ersten Stichprobe von 63 exzessiv schreienden Babys und ihren Familien sowie 49 Kontrollfamilien. 1995 bis 1998 erfolgte die kinder- und jugendpsychiatrische Facharztausbildung in Hamburg und Landshut. Ab 1999 Aufbau der Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik am Klinikum Harlaching. Von Anfang an gab es in diesem Zusammenhang einen Schwerpunkt Eltern-Säuglings- und Kleinkindpsychosomatik, seit 2002 gibt es eine eigene Station für Eltern-Säuglings- und Kleinkindpsychosomatik mit sechs Mutter-/Eltern-Kind-Betten für Säuglinge und Kleinkinder mit schweren frühen Regulationsstörungen. N. von Hofacker ist Mitverfasser der «Leitlinien Regulationsstörungen der frühen Kindheit» der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.



Schreien immer dann gegeben, wenn die Eltern das Schreien des Babys als so belastend empfinden, dass sie Hilfe suchen und auch Hilfe brauchen. Diese Eltern kommen mit der Aussage: Unser Kind schreit so sehr, dass wir es nicht mehr beruhigen können – was sollen wir tun?

Schreien die Kinder vor allem nachts, oder sind die Schreiphasen über 24 Stunden verteilt?

von Hofacker: Die Schreiphasen sind tatsächlich über den ganzen Tag verteilt, wobei es eine Häufung in den Abendstunden gibt. Eine englische Arbeitsgruppe hat herausgefunden, dass der grössere Teil dessen, was Eltern als «Schreien» erleben, auch ein unruhiges Nörgeln und Quengeln sein kann, das von gelegentlichen Schreiphasen unterbrochen wird. Diese unterschiedlichen Unmutsäusserungen ihres Kindes erleben die Eltern jedoch wie ein Schreien. Und diese Unruhe- und Schreiepisoden sind für die Eltern ausserordentlich belastend, denn diese Babys lassen sich auch während der Unruhe- und Nörgelphasen oft gar nicht oder nur ganz schwer beruhigen.

Also sollten betroffene Eltern möglichst früh fachlichen Rat suchen?

von Hofacker: Auf jeden Fall! Sie sollten sich gar nicht erst in ein totales Er-

schöpfungssyndrom hineinmanövrieren lassen. Eine rechtzeitige Beratung ist schon deshalb wichtig, da unstillbares Schreien mit einem ernst zu nehmenden Risiko für Kindesmisshandlungen verbunden sein kann. Immer wieder werden die Babys beispielsweise in der Verzweiflung von den Eltern geschüttelt. Dabei kann es jedoch zu einem Abriss der Hirnvenen und nachfolgend zu Hirnblutungen kommen, weil die Kopf-Nacken-Muskulatur des Säuglings noch zu schwach ist. Die Folgen können tödlich sein. Die Eltern sollten also unbedingt entlastet werden.

Wie geben Sie bei der Diagnosestellung vor?

von Hofacker: Wichtig ist zunächst die subjektive Ebene, es geht darum, belastete Eltern ernst zu nehmen und ihnen zu helfen, mit den Bedürfnissen ihres Kindes umgehen zu lernen; darüber hinaus ist es sinnvoll, das Ausmass der Schrei- und Unruhephasen eines Babys quantitativ zu bestimmen. Eine grosse Hilfe sind hier Tagesprotokolle, in denen die Eltern ein paar Tage lang die verschiedenen Verhaltensdimensionen ihres Babys notieren: also Schlaf- und Wachphasen, wann und wie lange es schreit, wann das Baby gefüttert und wann mit ihm gespielt wird. In den Tagen dieser Aufzeichnungen beobachten die Eltern

oft vieles, das ihnen bisher nicht aufgefallen ist. Also: Mein Kind schreit immer, wenn ich es ablege oder bevor es anfängt einzuschlafen beziehungsweise wenn es müde ist. Diese Verhaltensprotokolle erlauben es den Eltern, erstmals mögliche Zusammenhänge zu erkennen und Hypothesen aufzustellen. Zusätzlich gibt es noch Fragebögen, zum Beispiel wie die Eltern das Temperament ihres Babys wahrnehmen oder wie der elterliche Belastungsgrad empfunden wird. So lässt sich erkennen, welchen unterschiedlichen Belastungen Eltern und Kinder gemeinsam ausgesetzt sind.

Welche Differenzialdiagnosen sind zu beachten? Sind das mehrheitlich genetisch determinierte Erkrankungen?

von Hofacker: In den allermeisten Fällen von unstillbarem Schreien spielt die organische Seite keine bedeutsame Rolle. Dennoch gibt es eine Reihe organischer Erkrankungen, die man sicher ausschliessen sollte. Dies sind neben dem gastroösophagealen Reflux und einer Kuhmilchproteinintoleranz in selteneren Fällen auch einmal genetische Syndrome, die dann mit der Tendenz zu qualitativ auffälligem Schreien einhergehen, sowie neurologische Schädigungen. Und nicht zu vergessen ist, dass das Schreien auch Ausdruck einer Kindesmisshandlung sein kann, die ihrerseits als Folge der el-

terlichen Überforderung im Rahmen der unstillbaren Schreiphasen resultieren kann.

Wie ist das mit den Bauchschmerzen, die doch bei Säuglingen immer wieder diskutiert werden?

von Hofacker: Auch dieses Problem taucht immer wieder auf. Man hat diese Fragestellung intensiv untersucht und unterschiedlichste Hypothesen (Laktasemangel etc.) aufgestellt, aber eigentlich keine klaren Ursachen für diese Koliken finden können. Die einfachste Erklärung dafür ist, dass die Babys während des Schreiens grosse Mengen Luft schlucken, die durch den Darm wandern und dort tatsächlich zu Blähungen führen. Aber das ist die Folge und nicht die Ursache – oder höchstens eine sekundäre Ursache – des Schreiens.

Ist die Schreiproblematik bei den betroffenen Babys auf die ersten drei Lebensmonate begrenzt, oder kann sich das länger hinziehen?

von Hofacker: In dieser Intensität tritt dieses Phänomen vor allem im ersten Lebenshalbjahr auf – wobei es auch danach noch Schrei- und Unruhephasen geben kann, die dann aber einen anderen Hintergrund haben. Es ist allerdings wichtig, das Schreien in den ersten drei bis maximal sechs Monaten von demjenigen im zweiten Lebenshalbjahr zu unterscheiden, weil dann andere Lernprozesse eine Rolle spielen, was die Entstehungsgeschichte angeht. Das typische Säuglingsschreien tritt vor allem innerhalb der ersten drei Monate auf. Allerdings haben unsere Daten aus der Schreispreekstunde von Frau Papoušek seinerzeit gezeigt, dass es bei etlichen Babys auch protrahiert bis zum sechsten Lebensmonat auftreten kann. Laut Untersuchungen lässt sich in der sechsten bis siebten Lebenswoche ein Peak mit den ausgeprägtesten Schreiphasen beobachten. Dazu existiert auch eine grosse Studie, die Anfang der Sechzigerjahre von Brazelton durchgeführt wurde, der das Schreiverhalten von hunderten von Babys von der Geburt bis zum dritten Lebensmonat untersucht hat. Dort zeigte sich, dass die durchschnittliche Schreidauer ganz gesunder Babys um die sech-

ste Lebenswoche bei 2,75 Stunden liegt. Nachfolgende Studien hierzu haben ganz ähnliche Daten erbracht. Es gibt also auch bei ganz normalen Babys Zeiten längerer Unruhe- und Schreiphasen, und das hat, wie gezeigt werden konnte, sehr viel mit Reifungsprozessen zu tun, vor allem mit dem Einpendeln biologischer Rhythmen wie dem Schlaf-Wach-Rhythmus, dem Aktivitäts-Ruhe-Rhythmus und dem Fütterrhythmus. Deshalb nehmen diese Phänomene gegen Ende des ersten Viertel- bis Halbjahres normalerweise auch deutlich ab. Jenseits des sechsten Lebensmonates findet man unstillbare Schreiphasen nur noch bei etwa 10 Prozent der Babys. Im zweiten Lebenshalbjahr spielen dann vermehrt Lernprozesse eine Rolle, die kommunikativ eingesetzt werden. So hat das Baby beispielsweise gelernt, dass es durch Quengeln oder Schreien, zum Beispiel im Rahmen eines Infektes, Aufmerksamkeit und Beruhigung seitens der Eltern erfährt, und nutzt in der Folgezeit auch nach Abklingen der Erkältung diese Erfahrung – es handelt sich also vermehrt um ein «instrumentelles Schreien». Andererseits lernt der Säugling auch zunehmend, wie er sich durch Selbstregulation selber helfen kann, und dass er nicht nur auf elterliche Unterstützung angewiesen ist.

Früher hat man solche Babys ja öfter einfach schreien lassen – das Problem hat sich dann irgendwann von selbst gegeben. Wäre das auch eine Methode, um damit umzugehen?

von Hofacker: Diese Anschauung hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Frühere Generationen hatten noch die Einstellung «Schreien kräftigt die Lungen» oder «das Kind bloss nicht verwöhnen». Allerdings kann man ein Baby in den ersten Lebensmonaten nicht verwöhnen. Das Schreien in den ersten Wochen ist vielmehr ein Bindungssignal, das die Nähe zur Bezugsperson herstellen soll und eine Funktion hat. Es soll in Situationen, wo das Baby sich selbst nicht ausreichend regulieren kann, dazu führen, dass es elterliche ko-regulatorische Unterstützung erhält. Das Kind lernt sukzessiv, sich besser selbst zu regulieren, und – je nachdem, wie die Eltern reagie-

ren und diesen Prozess mit ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen unterstützen und fördern – kann es das gegen Ende des ersten Lebenshalbjahrs mehr oder weniger gut, dann muss man nicht mehr sofort auf jeden Mucks reagieren. Bei der Mehrzahl der Babys nehmen Unruhe und Schreiprobleme im Verlauf der ersten drei bis maximal sechs Monate ab – daraus könnte man schliessen, es gibt sich von selbst. Darauf zu vertrauen, ist jedoch kein probates Mittel – das beruhigt die Eltern keineswegs, sie sind vielmehr in ihrer akuten Not auf Hilfe angewiesen.

Schreien ist also während der ersten Lebensmonate für gesunde Babys unter anderem ein normales und notwendiges Kommunikationsmittel. Wie erklärt sich jedoch das Auftreten des exzessiven Schreiens, wenn keine organischen Ursachen vorliegen? Gibt es hier Erklärungsmodelle?

von Hofacker: Es gibt eine Reihe von Erklärungsmodellen für kindliche Schreiprobleme. Was in der Arbeitsgruppe von Frau Papoušek erarbeitet und von ihr massgeblich gestaltet wurde, ist nach meiner Überzeugung allerdings immer noch das plausibelste Modell. Das Auftreten des exzessiven Schreiens basiert demnach auf dem Zusammenwirken unterschiedlicher belastender Faktoren seitens des Kindes sowie seitens der Eltern, die sich in ihren ungünstigen Wechselwirkungen schliesslich negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Das Ganze wird auch als Trias beschrieben. Beim Kind können beispielsweise somatische Belastungen eine Rolle spielen (die wir schon besprochen haben) sowie spezifische Temperamentsmerkmale (vor allem wenn es sich um eher schwierige Babys handelt, die zurückhaltend reagieren, leicht irritabel sind, sich nicht gut trösten lassen, sich Neuem weniger gut anpassen und sich in ihrem Verhalten schlecht «lesen» lassen), die vielfach wesentlich konstitutionell vorgegeben sind; als weiterer Faktor kommt die Unreife des Babys in den ersten Monaten dazu. Aufseiten der Eltern spielt vor allem der Anpassungsprozess eine Rolle, also der Übergang zur Elternschaft und die damit verbundene Verän-

derung der Paarbeziehung mit allen Konsequenzen, die dazu gehören. Als zusätzlich belastend wirken sich psychosoziale Risikofaktoren aus wie Wochenbettdepressionen, Ängste sowie familiäre oder Partnerschaftskonflikte und so weiter. All diese Faktoren zusammengenommen beeinflussen wiederum die täglichen Interaktionen zwischen Eltern und Kind. Je nachdem, auf welche Ressourcen Eltern und Kind zurückgreifen können, kann sich das entweder unheilvoll aufschaukeln mit der Folge zunehmend dysfunktionaler Interaktionen – oder es gelingt den Eltern allmählich, ihrem Kind zu helfen, sich immer besser zu regulieren und so die erste schwierige Phase zu überwinden, dann geht das Schreien zurück.

Dieses Modell berücksichtigt körperliche und seelische Faktoren beider Seiten, die in ihrem Zusammenwirken in einen unheilvollen Teufelskreis münden können. Daraus lässt sich aber auch ableiten, dass es nicht nur schwierige Mütter oder Eltern gibt; ein schwer lesbares Kind kann ebenfalls spezifische Merkmale in die Beziehung einbringen, die manchen Eltern die Kommunikation erschweren können. Letztlich ist es eine Frage des «Fits», der Passung, wie Remo Largo hervorhebt, also eine Frage, wie gut Belastungen auf der einen Seite (Kind oder Eltern) von Ressourcen auf der anderen Seite kompensiert werden können – oder eben nicht.

Hat denn der Schwangerschaftsverlauf oder die Beziehung der Mutter zu dem ungeborenen Kind keinen Einfluss auf solche Verhaltensweisen?

von Hofacker: Doch, hat es. Allerdings sollte man mit dieser Information den Eltern gegenüber achtsam umgehen, da leicht Schuldgefühle erzeugt werden. Es gibt jedoch Hinweise dafür. In unseren Daten der Schreisprediktion zeigte sich damals beispielsweise, dass ein hoher Anteil der Mütter von unstillbar schreienden Babys während der Schwangerschaft vermehrt unter Ängsten, Partnerschaftskonflikten und psychischen Belastungen litt und soziale Probleme hatte. Das potenziert sich oft nach der Geburt. Auch aus anderen Studien ist bekannt, dass Schwangerschaftsbelastungen mit erhöh-

ter Irritabilität der Babys nach der Geburt einhergehen können. Man kann zwar davon ausgehen, dass das Kind dadurch nicht krank wird, es kann jedoch seine Vulnerabilität gegenüber Umwelteinflüssen – vor allem in der ersten Zeit nach der Geburt – erhöhen.

Kann auch mütterliches Rauchen während der Schwangerschaft einen Einfluss haben?

von Hofacker: Rauchen hat nachgewiesenermaßen einen Einfluss auf das Geburtsgewicht des Babys; epidemiologische Studien legen auch einen Zusammenhang mit vermehrtem exzessivem Schreien nach der Geburt nahe, dieser Zusammenhang ist allerdings bis anhin nicht eindeutig belegt.

Ich möchte hier nochmals auf die von Ihnen mehrfach erwähnten Regulationsstörungen eingehen. Das ist ein relativ «mechanistischer» Begriff – lässt sich der noch ein bisschen besser definieren?

von Hofacker: Der Begriff «Regulationsstörungen» bezeichnet nicht nur das Phänomen des unstillbaren Schreiens, sondern ist umfassender definiert. Bei vielen dieser Babys lässt sich nämlich beobachten, dass sie zusätzlich auch in anderen Verhaltensbereichen Probleme haben, wie zum Beispiel dem Schlaf-Wach-Rhythmus, oder dem Fütterrhythmus. Das liegt an der noch unreifen Regulationsfähigkeit des Kindes – man könnte auch sagen, der junge Säugling reagiert holistisch oder ganzheitlich. Er schreit also nicht nur, sondern hat sehr schnell auch noch Schlafprobleme und trinkt nicht mehr.

Man geht inzwischen davon aus, dass die Regulation des kindlichen Verhaltens nur im Kontext mit der individuell auf das Baby ausgerichteten regulatorischen Unterstützung durch die Eltern gelingt – beides ist untrennbar miteinander verwoben. Die Regulationsstörung empfinde ich daher auch als ein im weitesten Sinne psychosomatisches Symptom, weil sie die körperlich-seelische und die Verhaltensregulation des Babys betrifft, die ihrerseits im Kontext steht mit der Beziehung zwischen Eltern und Kind.

Offenbar handelt es sich um ausserordentlich komplexe Zusammenhänge, die im Einzelfall gar nicht so einfach zu durchschauen sind?

von Hofacker: Das ist tatsächlich so, und Vielen ist das gar nicht so leicht klarzumachen, weil sie am liebsten einfache Rezepte dagegen hätten. Aber das gibt es hier eben nicht. Man muss sich vielmehr Zeit nehmen, und nur wenn man der Komplexität des Ganzen annähernd gerecht wird, kann man den Familien auch wirklich helfen.

Lässt sich der Entwicklung des unstillbaren Schreiens vorbeugen und wenn ja, wie?

von Hofacker: Im Grunde genommen geht es darum, die Signale des Babys richtig zu «lesen», dann kann man schon die ersten Vorstufen der Unruhe erkennen und präventiv einschreiten, bevor das Kind in einen sich selbst aufschaukelnden Zyklus gerät, wo es unstillbar schreit und sich nicht mehr beruhigen lässt. Beispielsweise zu «lesen»: Wann wird das Baby müde? Vielfach klagen betroffene Eltern, ihr Baby schlafe so schlecht ein, sie müssten es lange wach halten, damit es richtig müde wird und schneller einschläft. Das ist ein Irrtum. Der Übergang vom Wachen zum Schlafen ist eine kritische Phase, die einem Kind relativ viel abverlangt. Ist das Baby bereits gestresst, kann es entsprechend schlecht einschlafen. Also muss den Kindern bei den ersten Anzeichen von Müdigkeit beim Einschlafen geholfen werden. Das funktioniert deutlich besser, als sie wach zu halten und sie womöglich noch vielen Reizen auszusetzen. Diese Kinder werden immer überdrehter. Irgendwann kippt das System, dann können sie nicht mehr und geraten in eine stundenlange Schreiphase, weil das Nervensystem Amok läuft.

Ganz wichtig zu erkennen ist auch, wann das Baby einen wachen, aufmerksamen Ruhezustand hat, denn das sind die Phasen, wo es maximal interaktionsbereit ist. Sich in diesen Phasen mit dem Baby zu beschäftigen und Zwiesprache zu halten, bringt Eltern und Kind eine ganze Reihe von positiven Erfahrungen und ist für die Eltern belohnend. Bei Babys mit Schreiproblemen passiert aber oft das Gegen-

teil – die Eltern sind stundenlang damit beschäftigt, das Kind zu beruhigen und herumzutragen. Ist es endlich ruhig, legt es die gestresste Mutter ab, damit sie sich anderen Dingen widmen kann. Und das Baby lernt: Wenn ich schreie, bekomme ich Beziehung und Kontakt, wenn ich aber ruhig bin, bricht der Kontakt ab – also muss ich schreien ...

... damit was läuft!?

von Hofacker: Genau. Diesen Prozess umzudrehen, ist extrem wichtig. In der Therapie muss man mit den Eltern daran arbeiten, wie sie erkennen, wann ihr Baby wach und aufmerksam ist. Dann ist es sehr wichtig, sich zehn Minuten Zeit zu nehmen und mit dem Baby zu spielen oder sich mit ihm zu unterhalten. Im Übrigen bin ich der Ansicht, dass Mütter beziehungsweise Eltern schon viel früher – spätestens aber durch die Hebammen nach der Geburt – darüber informiert werden sollten, dass und warum Schreiphasen bei Babys auftreten und wie sie vorgehen können, um exzessivem Schreien vorzubeugen. Das wäre vor allem für junge unerfahrene Eltern eine grosse Hilfe.

Welches therapeutische Vorgehen hat sich bei den betroffenen Eltern und ihren Babys bewährt – wie geben Sie vor?

von Hofacker: Es gibt ein paar Schritte, die sich sehr bewährt haben. Wenn die Eltern einmal in diesem Teufelskreis stecken, dann kommen sie meistens völlig verunsichert, total erschöpft und ausgebrannt zum Kinderarzt. In diesem Stadium muss man sich zuallererst die Zeit nehmen, den Eltern zuzuhören, was sie zu erzählen haben – das allein empfinden sie häufig schon als grosse Entlastung, denn sie fühlen sich mit ihren Problemen ernst genommen. Zudem ist dieses aufmerksame Zuhören aber auch ökonomisch, denn es ist eigentlich die wichtigste Intervention. In einem zweiten Schritt ist es wichtig, der Mutter (oder der primären Bezugsperson) etwas Entlastung und Schlaf zu verschaffen. Dazu braucht man beispielsweise die Väter oder Grosseltern. Und schliesslich geht es darum, gemeinsam mit den Eltern einen Rhythmus in den Tagesablauf einzuführen und ihnen zu helfen, die Phasen

ihres Babys zu erkennen: Wann ist das Baby müde, wann sind also Ruhephasen einzuhalten beziehungsweise wann ist das Baby wach, dann sollte man sich mit ihm beschäftigen. Auch für die Fütterphasen gilt es, einen entsprechenden Rhythmus mit nahrungsfreien Phasen zu finden. Insgesamt soll das Baby seine eigenen Rhythmen etablieren können, es ist dabei aber auf Unterstützung und Strukturierung durch die Eltern angewiesen. In diesem Zusammenhang ist vor allem auf Reizreduktion zu achten – häufig sind die Kinder in einem Teufelskreis völliger Überstimulation gefangen. Die Schreiphasen lassen sich natürlich nicht gleich eliminieren – aber es gilt, der Mutter dabei zu helfen, Auszeiten zu nehmen.

Sie haben bereits gesagt, es sei schwierig, den Circulus vitiosus zu durchbrechen, wenn sich das Baby einmal «eingeschriegen» hat – was gibt es für Möglichkeiten?

von Hofacker: Es gibt gewisse Reize, die auf manche Babys beruhigend wirken können. Zum Beispiel Körperkontakt – wobei viele Eltern ihre Kinder stundenlang herumtragen und dementsprechend die Erfahrung gemacht haben, dass das nicht mehr viel bringt. Aber manchmal sind Tragetücher sehr hilfreich, in denen die Kinder gut, eng umschlossen, etwas abgedunkelt und reizreduziert am Körper der Eltern platziert sind. Beruhigend wirken auch ruhige vestibuläre Stimulationen – Stichwort: Babyhängematte und sanftes Schaukeln. Auch die Reizung der tiefen Drucksensoren durch Babymassage oder enges Wickeln, wo das Baby sich eng umschlossen fühlt und einen engen Körperkontakt zu sich selbst hat, haben auf manche Kinder eine beruhigende Wirkung.

Ist das unstillbare Schreien eigentlich ein Signal, dass diese Kinder auch in ihrer weiteren Entwicklung eher «schwierig» sind?

von Hofacker: Nein. In den allermeisten Fällen verschwindet das unstillbare Schreien im Rahmen des Reifungsprozesses – und sei es mit therapeutischer Hilfe. Es handelt sich hier nicht per se um schwierige Kinder. Es gibt allerdings

eine Untergruppe, vor allem Kinder, die meist über den sechsten Lebensmonat hinaus Schrei-, Schlaf- und Fütterprobleme hatten, denen ein gewisses Risiko nachgesagt wird, im Vorschul- oder Schulalter mehr Verhaltensprobleme oder ein ADHS zu entwickeln. Aber ich bin mit dieser Botschaft sehr zurückhaltend, denn das ist keineswegs schlüssig bewiesen.

Besonders interessant ist für uns zu erfahren, was Therapeuten anderer Berufsgruppen Ihrer Erfahrung nach zur Behandlung betroffener Eltern und ihrer Babys beitragen können. Offensichtlich suchen Eltern ja bei den unterschiedlichsten Fachleuten Unterstützung. Dazu zählen Osteopathen, Homöopathen, die Mütter- und Stillberatung, selbstverständlich die Kinderärzte und pädiatrischen Gastroenterologen sowie Kinderpsychologen und Kinder- und Jugendpsychiater und natürlich die Schreispflichtstunden.

von Hofacker: In der Tat sind die Osteopathen eine der Fachgruppen, die in solchen Fällen sehr häufig von den Eltern befragt werden. Ob das sogenannte KISS-(Kopfgelenk-induzierte-Symmetriestörung-)Syndrom und andere Probleme rund um den Kopfgelenkbereich allerdings zum unstillbaren Schreien der Babys beitragen, wird kontrovers diskutiert. Es mag jedoch durchaus Kinder geben, bei denen das eine Rolle spielt – ich bin allerdings davon überzeugt, dass es bei dem Gros der Säuglinge nicht so ist. Die wenigen Studien zu manualtherapeutischen Interventionen bei exzessivem Schreien zeigen widersprüchliche Ergebnisse, der Grundtenor lautet: Es gibt bis anhin keinen klaren Wirkungsnachweis für diese Verfahren. Trotzdem können sie in Einzelfällen durchaus helfen – viele Eltern schwören darauf. Ich vermute allerdings, die Wirkung beruht nicht so sehr auf dem spezifischen Verfahren selbst als vielmehr auf der Beziehung zu einem Therapeuten, der es anwendet, den Eltern zuhört und sich Zeit nimmt für das Baby.

Viel Zeit nehmen sich auch die Homöopathen, die ja eine unglaublich differenzierte Anamnese erstellen und sich für jedes Detail interessieren, um die Konsti-

tution eines Babys zu erfassen. Da werden die Eltern in einer Weise ernst genommen, wie das kaum eine andere Fachgruppe oder ein Mediziner macht. Das ist ein nicht zu unterschätzender Faktor. Gute Homöopathen, die die Situation eines Babys so genau erfassen, werden also durchaus Möglichkeiten haben, seine Befindlichkeit nicht nur medikamentös, sondern auch, möglicherweise wirkungsvoller, durch Faktoren auf der Beziehungsebene zu beeinflussen – aber auch hier kann man nicht unbedingt sagen, dass sich diese Therapie bisher bei dem Gros der Betroffenen bewährt hätte.

Auch bei den Mütter- und Stillberatungen ist Zuhören ein wichtiges Kriterium ...

von Hofacker: Natürlich – vor allem handelt es sich hier um Berufsgruppen, die viel klinische Erfahrung mit dem frühen Regulationsbereich der Babys haben.

Und was ist mit den Kinderärzten?

von Hofacker: Aus meiner Sicht ist eine solche Beratung bei den Kinderärzten optimal verankert, wenn Kinderärzte sich in diesem Bereich Erfahrung und Kompetenz erwerben. Sie sind ja in einer idealen Position: Sie kennen die Familien und deren Situation, begleiten sie häufig längsschnittlich; vielleicht kennen sie sie sogar schon von früher? Einen so differenzierten Einblick in den familiären Hintergrund und die Entwicklung des Babys hat kaum eine andere Berufs-

gruppe. Zumindest können sie die relativ unkomplizierten Fälle beratend begleiten und jene Familien, die komplexer beeinträchtigt sind, an entsprechend spezialisierte Zentren (dazu gehören auch die Schreispprechstunde oder pädiatrische Gastroenterologen, wenn es darum geht, organische Erkrankungen auszuschließen) weiterverweisen. In verschiedenen Interventionsstudien hat sich gezeigt, dass 90 Prozent der Eltern bereits mit fünf bis zehn Beratungssitzungen geholfen werden kann, 50 Prozent brauchen nur maximal 3 Beratungssitzungen – das ist eine Frequenz, die man unter Umständen auch in der kinderärztlichen Praxis übernehmen kann. Damit liesse sich enorm viel Entlastung schaffen.

Inzwischen gibt es eine Reihe von Ausbildungsmöglichkeiten für Therapeuten in Eltern-Säuglings- und Kleinkindberatung und -Psychotherapie. Auch bei Kinderpsychologen und Kinderpsychotherapeuten können Eltern gut aufgehoben sein, soweit diese über ausreichend entwicklungspsychologische Kenntnisse und Erfahrung im frühkindlichen Bereich verfügen. Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern zögere ich ein bisschen, obwohl ich selbst dazu gehöre, weil es noch immer so ist, dass diese Berufsgruppe in ihrer Ausbildung nichts über die ersten Lebensjahre der Kinder erfährt. Wenn sie also nicht aus der Pädiatrie kommen, fehlt ihnen das Wissen über diese Zeitspanne. Durch die Leitlinien wurde dieser Bereich inzwischen in die Kinderpsy-

chiatrie aufgenommen, aber es wird noch etwas dauern, bis diese Kompetenz hier verfügbar ist.

Könnten Sie uns abschliessend noch sagen, welches aus Ihrer Sicht die drei wichtigsten Regeln für die Therapie betroffener Eltern und Babys sind?

von Hofacker:

1. Sich Zeit nehmen, den Eltern zuhören und sie ernst nehmen.
2. Für Entlastung und Reizreduktion sorgen, also Ruhe und Entspannung schaffen für Eltern und Baby, und Überlastungssignale des Babys frühzeitig erkennen.
3. Förderung der Phasen, in denen das Baby aufmerksam ist und Zwiesprache möglich wird, denn das ist die wichtigste Ressource für die Eltern, die viel Freude macht und dem Auftanken dient. In diesen Phasen können Eltern unterstützt werden, die Signale ihres Babys wahrzunehmen und angemessen darauf zu reagieren. Die Hamburger Eltern-Baby-Therapeutin Renate Barth hat solche therapeutisch begleiteten Sitzungen als Eltern-Baby-Lese-Stunden bezeichnet, ein Begriff, der sehr zutreffend beschreibt, worum es geht: die Eltern darin zu unterstützen, ihr Baby richtig «lesen» zu lernen. ☺

Besten Dank für das Gespräch!

Das Interview führte: Dr. Claudia Reinke