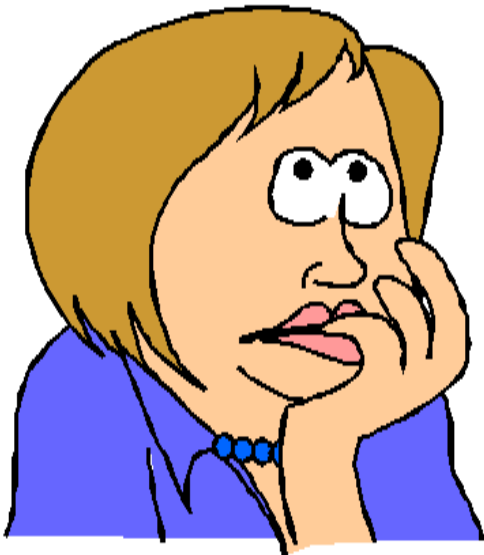


*Warum hilft
mir/uns keiner?*



*Probleme im Umgang
mit dem Schreikind:
7 Fragen und 7 Antworten*

Dr. Ulrich Kohns
Kinder-Jugendarzt
Ärztl. Psychotherapeut

1. Fallbericht

„So hab´ ich mir das mit den Kindern nicht vorgestellt. Manchmal möchte ich sie loswerden, abgeben oder sonst was. Alles ist fürchterlich: die viele Arbeit im Haushalt... und dann noch die Kinder, die immer von mir etwas wollen. Am liebsten würde ich einfach weglaufen.“

Das Schlimmste ist das Geschrei des Kleinen. Ich kann machen, was ich will ...der schreit nur, hört nie auf – selbst beim Füttern. Der schläft fast nie. Der treibt mich noch in den Wahnsinn.

Die Große ist ja wenigstens vor dem Fernseher ruhig, aber der Kleine nicht. Wenn der brüllt, nutzt nichts: nicht der Schnuller oder die Flasche, nicht mal das Herumtragen oder Schütteln, nicht das Baden oder ins Bett legen. Nur wenn er herumgetragen wird oder auf mir liegen kann, ist er mal ruhig. Manchmal lass ich ihn schreien und mach mir den Fernseher laut. Es hat auch schon mal einen Klaps gegeben, obwohl ich das nicht wollte. [Frau K. weint.]

Das Schlimmste ist, dass mir keiner helfen kann. Die Ärzte, bei denen ich schon war, sagen immer, es sei alles in Ordnung und das würde sich auswachsen. Aber wann denn? Die Frau vom Amt meint nur, ich soll geduldiger sein und gibt mir tausend Ratschläge, die auch nichts nutzen. Soll die doch mal kommen, wenn beide herumbrüllen und ich nicht mehr kann.

Frau K. verzweifelt:

Kann ich nicht auch mal meine Ruhe haben – eine rauchen, in Ruhe fernsehen? Man kann sich doch nicht immer mit dem Kleinen beschäftigen. Einmal muss doch mal Schluss sein, muss Feierabend sein.“

Frau K. ist 21 Jahre alt. Ihre Große ist 15 Monate alt, der Kleine gerade mal 4 Monate. Frau K. lebt mit den Kindern in einer kleinen 2-Raum-Wohnung. Allein mit den Kindern erhält sie Sozialhilfe. Der Vater der Kinder ist vor Geburt des 2. Kindes „abgetaucht“. Ihre Eltern wollen nichts mehr von ihr wissen. Im Stadtteil kennt sie niemanden, da sie erst vor 6 Monaten in die Straße gezogen ist.

2. Fallbericht

„Seit 6 Monaten frage ich mich immer wieder: Was mache ich nur falsch? Mein Kleiner schreit und weint meist, obwohl ich mich doch so bemühe, ihm alles recht zu machen, damit er nicht schreien muss. Mein Mann und ich waren so glücklich, als wir schwanger wurden. Wir haben uns gemeinsam im Elternkurs auf die Geburt vorbereitet, viele Bücher zur Erziehung gelesen und holen uns im Internet Rat. Aber so haben wir uns das nicht vorgestellt: mein kleiner Teufel ... [Frau B. wirkt über ihre Wortwahl beschämt] ... ist nur ruhig, wenn ich ihn herumtrage oder er auf mir liegen kann. Stundenlang kriege ich ihn nicht von der Brust. Sonst schläft er nicht.“

Obwohl ich alles genau aufschreibe, konnte uns kein Kinderarzt helfen. Wie oft waren wir schon in der Notfallambulanz der Kinderklinik! Danach war es immer wie vorher. Vielleicht sollte er dort mal aufgenommen und gründlich untersucht werden. Der muss doch was haben. Ja, leider haben Tees und Kügelchen für uns, die wir vom Heilpraktiker erhalten haben, nicht geholfen.

Ihn Schreien zu lassen, halte ich nicht aus... [Frau B. versucht ihre Tränen zurückzuhalten] ... Ich glaube, mein Mann ist mittlerweile froh, wenn er nicht bei uns ist. So kann es doch nicht weitergehen!

Frau B. ist 34 Jahre alt. Zu Beginn der Schwangerschaft war sie 6 Jahre verheiratet und zuvor als Wirtschaftsprüferin im Betrieb ihres 45 Jahre alten Ehemanns tätig. Sie lebt mit ihm und den Schwiegereltern zusammen in einem großen Haus. Sie kennt nur wenige andere Frauen.

1. Wann spricht man von Schreikind?

Ein gesundes Baby schreit nie mehr so viel wie in den ersten drei Lebensmonaten. *Schrei- und Unruheperioden ohne erkennbare Ursachen* und mit nur geringer Beeinflussbarkeit haben ihr *Maximum in der 3. – 6. Lebenswoche*, dauern *selbstbegrenzend ca. 1½ Stunden am Tag* und bevorzugen *die frühen Abendstunden von 17-22 Uhr*. *Nach dem dritten Lebensmonat* nehmen diese im Normalfall kontinuierlich ab.

Als exzessives Schreien eines Säuglings werden *anfallsartige Perioden unstillbaren Schreiens und nicht behebbarer Unruhe* angesehen, die *ohne erkennbaren Grund bei einem ansonsten gesunden Säugling* auftreten. **Wissenschaftlich** wird exzessives Schreien durch die **„3-Regel“** definiert: *durchschnittliche Schrei-/Unruhedauer von mehr als 3 Stunden pro Tag an durchschnittlich mindestens 3 Tagen der Woche über mindestens 3 Wochen*.

Bedeutsamer ist die subjektive Bewertung der Schreiperioden durch die Eltern. Diese können das *exzessive Schreien als stark belastend* empfinden, wodurch die junge *Familie gleich zu Beginn in eine Krise* stürzen kann.

2. Wie oft kommen Schreikinder vor?

Auch wenn Schreien in den ersten drei Lebensmonaten zur Alltagserfahrung von Müttern und Kindern gehört, beginnt bei *ca. 5-10%* der Säuglinge *nach* dieser zunächst als harmlos angesehenen Periode sogenannter *„Dreimonatskoliken“* mit dem *Fortbestehen von exzessivem Schreien, Schlaflosigkeit und Fütterungsschwierigkeiten* eine *lange Leidensgeschichte für Eltern und Kind*.

Dem exzessiven Schreien *folgen nicht selten weitere Verhaltensauffälligkeiten*: ständige Unzufriedenheit mit hohem Versorgungsanspruch, Fütterungsprobleme und Schlaflosigkeit, motorische Unruhe, heftige Trotzanfälle mit aggressivem Verhalten gegen sich selbst und andere.

3. Wie entsteht exzessives Schreien?

Schreien hat seinen *Ursprung in der Stammesgeschichte*. **Schreien** muss als **fürs Überleben wichtiges Signal** angesehen werden, das die Aufmerksamkeit der Bezugspersonen oder der sozialen Gruppe erregt. Schreien ist ein **Mehrzweckverhalten** und *signalisiert verschiedene Bedürfnisse*: Kontaktwunsch, Wunsch nach Abstellen von Hunger, Durst, Unwohlsein oder Schmerzen, Missfallen, Wunsch nach Schlaf bei Müdigkeit, Wunsch nach Unterhaltung bei Nicht-Beachtet-Werden oder Fehlen von Angeboten bei unbefriedigter kindlicher Neugier. **Schreien ist Sprache** – Aufforderungen, Bedürfnisse zu erfüllen, auch wenn Eltern diese nicht gleich verstehen.

Nach dem dritten Lebensmonat wächst infolge fortschreitender Hirnentwicklung die Fähigkeit zur Selbstregulation, wird die Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit größer und verlängert sich die Interaktionszeit mit den Bezugspersonen. Durch neue Mög-

lichkeiten anderer Ausdrucksformen entsteht zunehmende soziale Kompetenz – unabhängig vom Schreien.

Anderes, ungewöhnliches, **exzessives Schreien** eines Säuglings kann **unterschiedliche Gründe** haben, die auf Seiten des Säuglings und/oder der Bezugspersonen liegen.

Dazu drei Feststellungen:

Der Säugling kommt nicht als „unbeschriebenes Blatt“ zur Welt.

Seine *Konstitution* ist *bereits genetisch geprägt*: der Säugling ist *unterschiedlich vorgeprägt, äußere und innere Reize wahrzunehmen, zu verarbeiten und zu beantworten*.

Hoch empfindliche, leicht stimulierbare, überschießend und generalisiert reagierende Säuglinge können von wenig empfindlichen, begrenzt verarbeitenden und gezielt reagierenden Säuglingen unterschieden werden.

Das *Verhalten des Säuglings* ist zusätzlich durch seine Erfahrungen im Uterus infolge der engen Verbindung zur *Gefühlswelt der Mutter* geprägt.

Mangelhafte Reifung oder *minimale Beeinträchtigungen von Hirnstrukturen* vor, unter oder nach der Geburt können zusätzlich zu erschwerter Eigenregulation bei der Anpassung an das nachgeburtliche Leben und zu länger anhaltenden *Störungen der Reizverarbeitung* führen. Die Folgen sind einzeln oder kombiniert auftretende Überempfindlichkeit und Überreaktion auf sensorische Reize, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und dysfunktionale vegetative Reaktionen des Säuglings.

Schreien ist Sprache, Sprache muss verstanden und will beantwortet werden.

Die *Qualität der Versorgung* des Säuglings ist *von der Wahrnehmung seiner Signale, deren richtigen Interpretation und der angemessenen Reaktion* auf sie durch die Bezugspersonen abhängig. Bestehen bei den Bezugspersonen *Mängel in den Fähigkeiten der Wahrnehmung, der Interpretation und der Reaktion auf die Sprache* des Säuglings, wird seine Sprache nicht gehört, nicht verstanden oder nicht angemessen beantwortet werden.

Diese *notwendigen Fähigkeiten* der Bezugspersonen hängen von der *aktuellen emotionalen Situation, der erworbenen Kenntnis über den Umgang mit Säuglingen* und deren *Verhaltensprägung durch die eigene Lebenserfahrung* ab.

Das Verhalten des Säuglings wird von der Eigenwahrnehmung und der Fremdwahrnehmung bestimmt.

Beim Säugling wirken *vegetative, sensorische und motorische Wahrnehmungen, deren Verarbeitung und Regulation aufeinander ein*. Störungen eines Bereiches erschweren es, *körperliche Prozesse und Verhalten zu regulieren*. Die Folgen sind *exzessives Schreien und andere Regulationsstörungen*.

Das *Verhalten des Säuglings ruft elterliches Verhalten* hervor. Dieses kann zur *Gegenregulation* des Säuglingsverhaltens führen, wenn es kompetent, d. h. funktional angepasst ist - *wenn nicht, bleiben Beruhigung und Bedürfnisbefriedigung aus*.

Beispiele:

Bei Schreien durch Hunger, Durst, heftige Darmtätigkeit, Müdigkeit oder Überstimulation wie bei An- oder Ausziehen, Getragen- oder Hingelegtwerden kann ein geschickter Umgang mit dem Säugling die Eigenwahrnehmung des Säuglings und sein Verhalten günstig beeinflussen. Bei unangemessenem elterlichem Verhalten wird sich das Verhalten des Babys eher verschlechtern.

Bei **Schreien durch Müdigkeit**, durch zu viele und zu starke Reize, zu wenige oder zu geringe Wahrnehmungsangebote wird ein dann passendes Verhalten der Eltern zur Beruhigung führen.

Bei **Schreien durch Kontaktbedürfnis** wird durch günstige Beantwortung eine erfolgreiche Beziehungserfahrung und -regulation entstehen.

Elternverhalten gestaltet über die Beziehungserfahrung des Kindes seine Persönlichkeitsentwicklung.

Die Selbstregulation des Babys ist eng mit der Fremdregulation durch die Bezugspersonen gekoppelt.

Ist die Entwicklung der Wahrnehmung, Wahrnehmungsverarbeitung und Wahrnehmungsregulation des Säuglings nicht gestört und verlaufen gleichzeitig Wahrnehmung, Deutung und Reaktion der Bezugspersonen auf die Signale des Kindes angemessen, sind wesentliche Störungen im Verhalten des Säuglings nicht zu erwarten.

Der Verlauf der Selbst- und Fremdregulation prägt die Beziehungserfahrungen von Säugling und Eltern. Die Beziehungserfahrung prägt die **Persönlichkeitsentwicklung** des Kindes. Dazu später mehr.

4. Welche Besonderheiten bestehen bei Schreikinder?

Bei der nun mehr als zehn Jahre dauernden Forschung über Regulationsstörungen und Beziehungserfahrung des Säuglings wurden **disponierende Faktoren** sowohl beim Kind wie bei den Bezugspersonen gefunden, die **zu vermehrten Regulationsstörungen** führen können. Folgende **Auffälligkeiten beim Schreikind** kommen vor:

- leichte (35%) Geburtskomplikationen (Vaccum-Zangen-Extraktionen, Anpassungsstörungen),
- schwere (6%) Geburtskomplikationen (Asphyxie, u.a.)
- Sektioentbindung (25%, davon 12% Notsektio)
- Verdauungsprobleme (12%)
- neurologische Auffälligkeiten (34%):
motorische Unreife besonders bei der Aufrichtung,
Regulationsstörungen der Wahrnehmungsaufnahme,
-verarbeitung und -integration, Muskeltonusprobleme
- Infekthäufung (29%)
- Pädiatrische Erkrankungen (17%)

Überraschend ist die **Zahl psychosozialer Belastungsfaktoren** in Familien mit Schreikindern:

- Psychisch beeinträchtigte Mütter mit Störung des Selbstwertempfindens und Neigung zu Ängstlichkeit und Zwängen

Dies wird von der Mutter oft auf die eigene „schwere Kindheit“ zurückgeführt. Die **post-partale Depression** – als **Babyblues** in der Literatur dargestellt – ist eine immer noch nicht ausreichend akzeptierte Belastung, die oft nicht wahrgenommen wird und ohne Hilfe bleibt.

- Überdurchschnittlich häufige psychiatrische Erkrankungen der Mütter wie Depression, Persönlichkeitsstörungen und neurotische oder somatoforme Störungen
- Weitere überdurchschnittlich häufige Probleme:
 - Unerwünschte Schwangersch.

- Schwangerschafts- und/oder Geburtskomplikationen
- Partner- und Familienkonflikte
- Substanzmissbrauch in Familie
- Finanzielle Nöte der Familie
- Situation des Alleinerziehens

Die verschiedenen psychosozialen Belastungen der Bezugspersonen führen zu chronischer Überforderung. Hilfsangebote sind nötig.

Einige dieser Risikofaktoren haben auch für das spätere Auftreten von Entwicklungsstörungen im Vorschulalter und für Gewalterfahrung im Kindesalter Bedeutung.

5. Was muss beim Schreikind untersucht werden?

Nur nach sinnvoller Diagnostik kann effektiv beraten und therapiert werden.

Es ist notwendig, Kenntnis über den organischen, psychovegetativen und funktionellen Zustand des Säuglings, über die aktuellen Lebenshintergründe des Säuglings und über die Persönlichkeitsstruktur der Bezugspersonen zu haben. Erst dann kann eine Intervention individuell geplant und erfolgreich durchgeführt werden.

Zur Diagnostik gehören:

- Anamnese der bisherigen vor- und nachgeburtlichen Lebensgeschichte des Kindes,
- Abklärung der kindlichen Struktur und Funktionsabläufe
 - durch eine allgemeinpädiatrische und
 - neuropädiatrische Untersuchung,
- Erhebung der Sozialanamnese bezüglich
 - der Lebensgeschichte der Eltern,
 - der somatischen/psychischen Erkrankungen der Eltern,
 - der Beziehung der Eltern,
 - der aktuellen sozialen Situation,
- Beurteilung der Interaktionsmuster zwischen Kind und Eltern.

Der Umfang dieser Diagnostik erfordert ein ausreichendes Zeitkontingent und eine hohe Qualifikation der Ansprechpartner für die Eltern. Ein derartiges Hilfsangebot kann von Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen nach entsprechender Weiterbildung und bei ausreichender Erfahrung in Spezialsprechstunden oder Ambulanzen gemacht werden.

6. Warum muss Schreikindern und Eltern geholfen werden?

Das Schreikind überfordert sehr bald die Kompetenz der Bezugspersonen und lässt sie Hilflosigkeit verspüren. Das Gefühl der Hilflosigkeit aber ist eng mit den Gefühlen Angst, Traurigkeit und Wut verbunden. Nur wenige Mütter und Väter sind in der Lage, diese unangenehmen Gefühle bei sich ohne Selbstentwertung festzustellen, zu ertragen und nicht am vermeintlichen Verursacher, d. h. dem Schreikind abzureagieren. Diese negative Selbstwahrnehmung ruft ihrerseits erneut Angst, Traurigkeit und Wut hervor.

Ein Teufelskreis ungünstiger Emotionen ist in Gang gesetzt!

Es drohen unterschiedliche Formen der Gewalt: körperliche Gewalt oder emotionale Gewalt im Bild der Vernachlässigung. Gewalt gegen Kinder ist meist expressive Gewalt, Ausdruck eines unguuten eigenen Gefühls der Bezugspersonen.

Es nicht verwunderlich, wenn in der Zeit exzessiven Schreiens von Babys die Häufigkeit von Gewalt gegen diese zunimmt. Das Schütteltrauma – meist mit tödlichem Ausgang – geschieht Säuglingen gerade in diesem Alter exzessiven Schreiens. Säuglings- und Kleinkindzeit werden so zu den Altersstufen mit der meisten Gewalterfahrung von Kindern durch Eltern. **Wenn Eltern frühzeitig beraten werden**, zu lernen mit ihrer Überforderung umzugehen, diese zu mildern oder zu beseitigen, ist dies ein **Beitrag zur Gewaltprävention** in Familien.

Ungünstige wechselseitige Beziehungserfahrung prägt späteres Verhalten.

Ohne oder bei später Hilfe wird das gegenseitige *Verhalten* von Säugling und Bezugspersonen nicht gebessert, sich *eher verschlechternd* entwickeln und die *gegenseitige Beziehung unzureichend* wachsen.

Bei unzureichender, nicht gegenseitig beglückender Beziehung wird das Kind wenig Vertrauen zu sich selbst und zu anderen Menschen entwickeln. **Mangelndes Selbstvertrauen und fehlende Selbstsicherheit** sind die Folgen und werden zum **Nährboden**, auf dem das Kind sich **psychosoziale auffällig** entwickelt. *Persönlichkeitsstörungen, Sozialverhaltensstörungen und Bindungsstörungen* müssen als *Spätfolgen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter* befürchtet werden.

7. Wie kann dem Schreisäugling geholfen werden?

Die biologischen Faktoren seitens des Säuglings und die psychosozialen Bedingungen seitens der Bezugspersonen machen eine *komplexe Intervention zur Einflussnahme auf Verhaltensregulationsstörungen* eines Säuglings notwendig.

Voraussetzungen für Hilfsangebote:

Für die weitere Entwicklung des Schreikindes und seiner Beziehungserfahrung ist eine *frühzeitige Beratung* wichtig. Das setzt ein **niederschwelliges Beratungsangebot** voraus: *unmittelbarer, zeit- und ortnaher, nicht bürokratisierter, kostenloser Zugang zur Beratung*.

Die seit 2001 bestehende **Schreikindambulanz der Ärztlichen Beratungsstelle** e. V. in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund Ortsverein Essen erfüllt diese Voraussetzungen.

Effektive Hilfe ist dort möglich, wo die **Qualität der Beratenden** ein hohes Niveau hat. Dazu müssen sie einige Voraussetzungen erfüllen, gleich welcher Berufsgruppe sie angehören:

- Kenntnis über Regulationsstörungen im Säuglingsalter,
- Fähigkeit zur Empathie:
d. h. positive Annahme vermitteln und Zuhören können, Schwierigkeiten akzeptieren und Hintergründe verstehen können
- Hilfsangebote bei der Wahrnehmung, bei der Interpretation und beim Umgang mit unterschiedlichen, widersprüchlichen Emotionen,
- Gemeinsamkeit bei der Suchen nach Lösungsmöglichkeiten beim Kind, bei den Bezugspersonen und bei der Interaktion der Beteiligten,
- Anstreben der Akzeptanz von Notwendigkeit, Vermittlung, Aufsuchen und Umsetzung von Hilfen,
- Teamfähigkeit.

Formen der Hilfe

Hilfe muss immer individuell sein, da sie vom Ergebnis der Anamnese, Untersuchung und Beobachtung, den funktionellen Störungen des Säuglings, der psychosozialen Situation und der Beziehungsqualität der Bezugspersonen abhängt.

Im Vordergrund stehen **Aufklärung, Beratung und Anleitung**.

Aufklärung über

- die Bedeutung des psychischen Angenommenseins für das Baby
- ein „nicht böswilliges“ Baby
- die strukturellen Besonderheiten des Babys

Beratung zum

- Erlernen der richtigen Wahrnehmung, Interpretation und Beantwortung der Signale des Babys
- passenden Umgang mit Baby – handling

Beistand bei

- Prüfung der Auswirkung eigener Kindheitserfahrung der Eltern
- Verarbeitung der neuen Lebenssituation
- Neubewertung der Selbstanforderung der Eltern
- Wahrnehmung der aktuellen emotionalen Situation der Eltern
- Verminderung der psychosozialen Belastungen und Entlastung der Eltern

Das *Zusammenwirken unterschiedlicher Einflussfaktoren* in der Entwicklung eines Schreikindes macht eine *Eltern-Kind-Therapie* mit verschiedenen, therapeutischen Ansätzen notwendig. *Einfluss genommen wird*

- *auf die Verarbeitungsstruktur der Wahrnehmungen des Babys,*
- *auf die Auseinandersetzung mit innerpsychischen Prozessen bei den Bezugspersonen und*
- *auf die Interaktion zwischen Bezugsperson und Schreikindes.*

Unabhängig von den Entstehungsursachen ist das **Ziel der Intervention**, durch *Besserung der beeinträchtigten Interaktion zwischen Schreikind und Bezugsperson die Entstehung einer sicheren Bindungsorganisation des Babys* zu fördern.

Wenn sich Eltern mit einem Schreikind frühzeitig beraten lassen, kann sich **emotionale Sicherheit und Zufriedenheit der Eltern** im Umgang mit dem Kind entwickeln, wird eine **sichere Bindungsfähigkeit in einer guten Eltern-Kind-Beziehung** gefördert und werden **Voraussetzungen für Bindungssicherheit (Geborgenheit) und eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung** des Kindes geschaffen.

Dr. Ulrich Kohns