

# 4. Regulations- und Beziehungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Von der Qualitätskommission verabschiedet am 17.06.2005

Endfassung vom Juli 2006

Publikation am 01.03.2007

## **Mitglieder des Qualitätszirkels:**

Frau Dr. med. B. Fritzweiler, Ludwigshafen (Qualitätszirkel-Leiterin bis Juni 2004)

Frau Dipl. Soz. Päd. H. Kreß, München

Frau Dr. med. S. von Loh, Leipzig

Frau Prof. Dr. med. M. Papoušek, München

Herr Dipl. Psych. F. Paulus, Landstuhl (kommissarische Qualitätszirkel-Leitung ab Juli 2004)

Frau Dipl. Psych. A. Thies, Hamburg

## **Korrespondenzadresse:**

Dipl. Psych. Frank Paulus, Psychologischer Psychotherapeut,  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

REHA Westpfalz, Sozialpädiatrisches Zentrum mit Frühförderung  
Am Rothenborn

66849 Landstuhl

Tel.: 06371-934146

E-Mail: fPaulus@reha-westpfalz.de

## 4.1 Einführung in das Thema

Die *frühkindlichen Regulationsstörungen* beinhalten exzessives Schreien, Schlafstörungen sowie Fütter- und Gedeihstörungen *im Säuglings- und Kleinkindalter*. Diese Verhaltensauffälligkeiten gehören zu den häufig auftretenden Problemen in der kinderärztlichen Versorgungspraxis. In repräsentativen Stichproben von reifgeborenen, körperlich gesunden Säuglingen präsentieren sie sich bei etwa jedem vierten bis fünften Kind, d. h. bei 20 – 25 % der Säuglinge (Papoušek, 2004). Die Mehrzahl dieser Kinder hat die Symptomatik nur passager in den ersten 3 Lebensmonaten bzw. in Zusammenhang mit späteren Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben. Im Rahmen der im Weiteren hier ausführlicher dargestellten interaktionellen Regulationsprobleme spielen auch Reifungsaspekte sowie konstitutionelle und somatische Faktoren eine wesentliche Rolle (vgl. dazu Straßburg, 2006).

Unter dem Konzept der frühkindlichen Regulationsstörungen sind auch Auffälligkeiten der frühen Verhaltens- und Beziehungsregulation im späten Säuglingsalter und *Kleinkindalter* subsumiert, insbesondere chronisch-dysphorische Unruhe, exzessive Ängstlichkeit und soziale Gehemmtheit, übermäßige Trennungsangst, frühe Aufmerksamkeitsstörungen im Spiel, exzessives Klammern, exzessives Trotzverhalten und aggressiv-oppositionelles Verhalten. Vom Säuglingsalter zum Kleinkindalter findet sich ein *sequentielles Auftreten* dieser Verhaltensauffälligkeiten. Die Probleme entwickeln sich in Abhängigkeit vom Lebensalter in den spezifischen Verhaltensbereichen, die in den jeweiligen Entwicklungsphasen als Entwicklungsaufgabe („*touchpoints*“; Brazelton, 1999) im Vordergrund stehen: physiologische Regulationsprozesse, affektive Regulationsprozesse, Bindung und Exploration, Entwicklung des Selbst und zielgesteuertes Handeln, Autonomieentwicklung. Die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes als solche stellen zumeist Extremausprägungen der normalen individuellen Variabilität dar („*die ganz normalen Krisen*“; Largo, 1993). Die Bewältigung hängt vom Zusammenspiel der kindlichen Regulationsfähigkeiten und der intuitiven Regulationshilfen der Eltern in den frühen Eltern-Kind-Interaktionen ab (Papoušek, 2004). Eine Passung zwischen Kind und Umwelt, zwischen seinem Temperament, seinen Bedürfnissen,

Eigenheiten und möglichen organischen Erkrankungen einerseits und den Erwartungen, Anforderungen und Ressourcen der bedeutenden Bezugspersonen und Umwelt andererseits, schafft günstige Entwicklungsvoraussetzungen in den Interaktionen des Alltags. Die fehlende Übereinstimmung zwischen dem kindlichen Verhalten und den Erwartungen, Anforderungen und Möglichkeiten der Umwelt führt zu ungünstigeren Entwicklungsbedingungen („*misfit*“, Largo, 1993).

Eine Regulationsstörung liegt vor, wenn über die Verhaltensauffälligkeit(en) des Kindes hinaus auch ein akutes oder chronisches Überlastungssyndrom im Elternsubsystem sowie belastende, dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionen bestehen, das heißt bei Vorliegen einer diagnostischen Trias von kindlichen, elterlichen und interaktionellen Auffälligkeiten (Papoušek, 2004). Dysfunktionale Besonderheiten können sich bei **Regulationsstörungen somit in drei Bereichen finden:**

1. *Verhaltensauffälligkeiten des Säuglings und Kleinkindes*, die auch mit Symptomen von organischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, drohenden und manifesten Behinderungen einhergehen können. Für das exzessive Schreien beispielsweise fand sich an der Münchner Spezialambulanz des Institutes für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, dass bei 71,1 % der in 4 Jahren untersuchten Säuglinge organische Risikofaktoren vorlagen. Pränatale psychosoziale Risikofaktoren mit möglichen Auswirkungen auf die fetale Entwicklung liegen insgesamt bei 64,2 % der vorgestellten Familiensysteme vor (Ziegler et al., 2004).
2. *Störungen im Elternsubsystem*: Es können massive Belastungsreaktionen bis hin zu vielfältigen psychischen Störungen eines oder beider Elternteile vorkommen.
3. *Interaktion, Kommunikation und Beziehung* zwischen dem Säugling oder Kleinkind und der Mutter oder anderen bedeutenden Bezugspersonen: Die Beziehungen sind immer belastet, seltener auch gefährdet oder gestört. Muster von negativer Gegenseitigkeit dominieren in den für die Verhaltensprobleme relevanten Kontexten.

Die Bandbreite von Problemen in diesen drei Bereichen und mögliche Kombinationen verdeutlichen die *Komplexität der frühkindlichen Regulationsstörungen*.

Im Kontext multipler organischer und psychosozialer Risikobelastungen auf Seiten von Kind und/oder Eltern haben Regulationsstörungen ein hohes Risiko zu exazerbieren und zu persistieren. Symptomübergreifend imponieren bei Regulationsstörungen hohe Raten von pränatalen organischen Faktoren, von pränatalem Stress, Ängsten, Depression und unbewältigten Konflikten sowie von aktuellen Belastungen durch kindliche Temperamentsauffälligkeiten, Paarkonflikte der Eltern, Konflikte mit den Herkunftsfamilien, soziale Isolation und eingeschränkte Ressourcen im Rahmen einer psychischen Störung der Mutter (Papoušek, 2004). Bei schwerwiegenden psychosozialen und biografischen Belastungen der Eltern können emotional belastende oder traumatische Bindungs- und Beziehungserfahrungen wieder belebt werden und die Kommunikation mit dem eigenen Baby überlagern. Unter solchen Bedingungen kann das negative Feedback von unstillbarem Schreien, Nahrungsverweigerung oder nächtlichem Schreien zu depressiv-resignativen Verhaltens- und Erlebensweisen und/oder zu Abwehr und aggressiven Verhaltensimpulsen bis hin zu einer Misshandlung des Kindes oder Vernachlässigung von basalen kindlichen Bedürfnissen führen. Immer muss daher bei exzessiv-unstillbarem Schreien und anderen Symptomen einer frühkindlichen Regulationsstörung auch an eine Kindesmisshandlung, insbesondere an ein Schütteltrauma gedacht werden.

**Der Schweregrad einer Regulationsstörung** lässt sich vor allem an den folgenden Entwicklungsmerkmalen bemessen (Papoušek, 2004):

1. anhaltendes Versagen der Bewältigung von anstehenden bzw. vorausgegangenen Entwicklungsaufgaben
2. Überwiegen von festgefahrenen dysfunktionalen Kommunikationsmustern in mehr als einem Alltagsbereich
3. Gefährdung oder Störung der Entwicklung von Bindungssicherheit, Autonomie und Eltern-Kind-Beziehungen

4. Verzerrung und Überformung von Kommunikation und Beziehung durch Transmission traumatischer elterlicher Beziehungserfahrungen (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1975)  
Regulationsstörungen verlangen eine *differenzierte Diagnostik* und *umfassende Beratung und Behandlung*, da sie
1. aktuell die Bewältigung basaler altersgemäßer Entwicklungsaufgaben gefährden;
  2. die Eltern-Kind-Kommunikation zum kritischen Zeitpunkt der Frühentwicklung von Bindung und Beziehung bedrohen;
  3. unbehandelt langfristig betrachtet das Risiko von Störungen der emotionalen und sozialen Entwicklung (Laucht, 2004), von Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen (Wolke, 2002), von chronischen Schlaf- und Essstörungen und von Bindungs- und Beziehungsstörungen erhöhen.

In dieser sensiblen Entwicklungszeit des Säuglings und Kleinkindes können geringfügige Störungen und Probleme über negativ-gegenseitige Rückkoppelungsprozesse und wechselseitige Eskalationen in der Interaktion mit den bedeutsamen Bezugspersonen zu Intensivierung und Chronifizierung von Symptomen beim Kind und in den Eltern-Kind-Beziehungen führen. In gleicher Weise können durch gezielte Interventionen aber auch deutlich positive Effekte für die Entwicklung des Kindes in seinem Beziehungskontext wirksam werden.

### *Epidemiologie*

„Die Prävalenz von exzessivem Schreien im ersten Trimenon wird in repräsentativen Stichproben (community based samples) für eine Reihe westlicher Industrieländer zwischen 16 und 29 Prozent angegeben“ (Lehtonen, 1994; St. James-Roberts & Halil, 1991). Eine repräsentative Telefonbefragung von Wurmser et al. (2001) in Deutschland ergab, dass 21 % der Mütter exzessives Schreien (mehr als drei Stunden täglich) in den ersten Lebensmonaten angaben, bei 8,3 % der Säuglinge persistierte das Schreien über den dritten Lebensmonat hinaus! (zitiert nach Ziegler et al., 2004, S.119)

Bei dem Kriterium einer ausgeprägten Schlafstörung (mindestens dreimaliges Aufwachen pro Nacht in mindestens fünf Nächten pro Woche bei mindestens dreimonatiger Dauer) ergeben sich Prävalenzraten zwischen 15 und 20 % in den ersten zwei Lebensjahren (zitiert nach Schieche et al., 2004).

Schwere persistierende Fütterprobleme wurden in unausgelesenen Populationen in 3 bis 10 Prozent gefunden, leichtere bis mittelschwere Fütterprobleme in 15 bis 25 Prozent der Fälle. Gedeihstörungen kommen in unausgewählten Populationen bei 3 bis 4 Prozent vor (zitiert nach von Hofacker et al., 2004).

## 4.2 Standards der Grundversorgung

Der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis ist der primäre Ansprechpartner der Eltern. Er erkennt die Symptome einer Regulations- und Beziehungsstörung des Säuglings oder Kleinkindes. Die Notwendigkeit einer Abklärung ergibt sich aus den kindlichen und elterlichen Belastungen, der Auftrag kommt von den betroffenen Eltern, evtl. im Verbund mit den Großeltern, der Hebamme oder sozialen Diensten wie dem Gesundheitsamt oder Jugendamt.

Der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gewährleistet die Grundversorgung:

1. Primär präventive Entwicklungsberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (Entwicklung von Schreien, Schlaf-Wach-Organisation und Ernährung)
2. Störungsspezifische Diagnose
3. Einsatz von Schrei-, Schlaf- und Fütterprotokollen
4. Differentialdiagnose und Behandlung assoziierter pädiatrischer/neurologischer Erkrankungen
5. Störungsspezifische Beratung
6. Beratungshilfen zur physischen und psychischen Entlastung der Eltern

Sollten die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Schritte nicht ausreichend sein, überweist er zur erweiterten Diagnostik an ein Sozialpädiatrisches Zentrum, in dem eine multimodale oder mehrdimensionale interdisziplinäre Bereichsdiagnostik und eine multiprofessionelle Behandlung möglich sind. Sie ist die Grundlage für die Erstellung des interdisziplinären Behandlungsplans und darauf basierender multiprofessioneller Behandlung.

## 4.3 Standards sozialpädiatrischer Komplexbehandlung

Die in den Leitlinien (vgl. Abschnitt 4.5: Leitlinien) empfohlene Diagnostik und Therapie für Regulations- und Beziehungsstörungen der frühen Kindheit wurde im Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der LMU München entwickelt und erprobt, in enger Abstimmung auf den aktuellen Wissensstand und die genuinen Aufgaben und Konzepte der Sozialpädiatrie.

Diagnostische und therapeutische Standards orientieren sich an den Leitlinien „Regulationsstörungen im Säuglingsalter“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und „Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen“ der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, die über AWMF-online, die Homepage der DGSPJ, sowie im Sammelband der Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin ausgeführt sind.

### 4.3.1 Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik

Für die erforderliche umfassende Diagnostik, Beratung und Behandlung der frühkindlichen Regulations- und Beziehungsstörungen bietet die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik (MBS) der Sozialpädiatrischen Zentren speziell im Hinblick auf die Trias von kindlichen Verhaltensproblem(en), Interaktionsstörung und elterlichen Problemen im Kontext multipler organischer und psychosozialer Belastungen optimale Voraussetzungen.

Die Probleme des Säuglings/Kleinkindes werden im Entwicklungskontext der multipel belasteten Eltern-Kind-Beziehungen untersucht und umfassend behandelt.

Die frühen Regulations- und Beziehungsstörungen treten gehäuft bei Störungsbildern und Risikokonstellationen auf, die ohnehin primär im SPZ betreut werden, z. B.:

- Frühgeborene und Mangelgeborene
- Kinder mit neuropädiatrischen Auffälligkeiten (Syndromkinder, Körper- und Sinnesbehinderte, Mehrfachbehinderte)

– Entwicklungsstörungen

– Gedeihstörungen

Es ist wichtig bei primären Regulationsstörungen auch Komorbidität zu erkennen oder auszuschließen. Auch aus diesem Grund ist eine interdisziplinäre Diagnostik vor der Erstellung eines Behandlungsplanes mit den Behandlungszielen unabdingbar.

### **4.3.2 Erstellung eines interdisziplinären Behandlungsplans**

Arzt/Ärztin und Psychologe/Psychologin und weitere beteiligte Berufsgruppen erkennen und differenzieren gemeinsam

– Verhaltensauffälligkeiten und Erkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern,

– Art und Grad der psychischen Belastung oder Störung bei Eltern,

– sozial-emotionale Störung, Interaktions- und Beziehungsstörung.

Eine gemeinsame Anamnese durch eine/n Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und eine/n Diplompsychologen/in hat sich als nützlich herausgestellt für eine optimale Koppelung der fachlichen Kompetenzen beider Berufsgruppen in der Diagnostik und Behandlungsplanung.

Die Erstellung eines interdisziplinären Behandlungsplans basiert auf einer umfassenden interdisziplinären Diagnostik, zu der folgende Berufsgruppen maßgebliche Beiträge liefern können:

#### **Kinder- und Jugendmedizin**

Die Erhebung der störungsspezifischen Diagnostik und Entwicklungsgeschichte beinhaltet

– Schwangerschafts- und Geburtsanamnese,

– Ernährungs-/Stillanamnese bzw. Ernährungsprotokolle,

– pädiatrisch-entwicklungsneurologische Anamnese und Befunderhebung zur Früherkennung auch subtiler neurologischer Beeinträchtigungen,

– Erhebung der Verhaltensentwicklung des Kindes,

– Erfassung von biologischen und psychosozialen Belastungen des Kindes und der Eltern (prä-, peri- und postnatal),

– Schlafanamnese, Schlaftagebuch.

Neben der störungsspezifischen Diagnostik sind bei entsprechendem Verdacht differenzialdiagnostische Überlegungen und Tätigkeiten notwendig. Diese betreffen:

Bei exzessivem Schreien

- pädiatrische Erkrankungen wie gastroösophagealer Reflux,
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
- Hirnorganische Schädigungen,
- mögliche Misshandlungsfolgen (wie z. B. Frakturen, Hautläsionen sowie subdurale und subretinale Blutungen durch ein Schütteltrauma),
- sonstige somatische Störungen, die mit rezidivierenden Schmerzzuständen einhergehen (wie z. B. Otitis media, atopisches Ekzem, nicht erkannte Frakturen etc.).

Bei Schlafstörungen

- Schlaf-Apnoe-Syndrom,
- Obstruktion der Atemwege,
- hirnorganische Anfälle.

Bei Fütterstörungen

- gastrointestinale und extra-gastrointestinale Erkrankungen, die mit Appetitlosigkeit, Erbrechen, Nahrungsverweigerung und Gedeihstörungen einhergehen können (z. B. Nahrungsmittelallergien, gastroösophagealer Reflux, chronische Nieren- und Lebererkrankungen, Stoffwechselstörungen, endokrine Störungen, Fehlbildungssyndrome).

## **Psychologie und Psychotherapie**

Die Erhebung der störungsspezifischen Diagnostik beinhaltet Interaktions- und Verhaltensbeobachtungen in störungs- und altersrelevanten Kontexten zur genaueren Diagnostik der Eltern-Kind-Interaktionen. Dabei hat sich der Einsatz von videogestützter Verhaltensbeobachtung als sehr bedeutsam herausgestellt zur Einschätzung der Selbstregulationsfähigkeit des Kindes, der intuitiven elterlichen Regulationshilfen und Feinfühligkeit sowie der Qualität und Funktionalität der Eltern-Kind-Interaktion in störungsrelevanten Alltagskontexten wie Beruhigen, Schlafenlegen, Füttern, Wickeln, gemeinsames Spiel, Grenzsetzen und Trennung. Hinweise zur diagnostischen Bedeutung von Video-Aufzeichnungen gibt Daniel Stern (Stern, 1998, S. 90–98). Klinisch bewährte konkrete Auswer-

tungshilfen zu den jeweiligen Interaktionskontexten finden sich bei Papoušek et al. (2004, S. 189, S. 227, S. 377 ff).

Weitere Tätigkeiten beinhalten

- die orientierende und ggf. differenzierte Entwicklungsdiagnostik des Säuglings bzw. Kleinkindes,
- die Erfassung von psychosozialen Belastungen des Kindes und der Eltern (prä-, peri-, und postnatal) sowie der Qualität von Bindung und Eltern-Kind-Beziehungen (Hilfen zur klinischen Einschätzung von frühen Belastungen und Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen geben die Parent-Infant Global Assessment Scale (PIR-GAS) und die Relationship Problems Checklist (RPCL), im DC:0-3R (Zero To Three, 2005)),
- die Erfassung der aktuellen psychischen Ressourcen, Belastungen und Störungen der bedeutsamen Bezugspersonen (z. B. postpartale Depression, elterliche Bindungsrepräsentanz und Traumatisierungen).

Qualifizierende Fortbildung und Erfahrung in der fachspezifischen Diagnostik bei Säuglingen/Kleinkindern und ihren Eltern (speziell beginnende Elternschaft) sind notwendig.

### **Therapeutische Berufsgruppen**

Eine ergänzende und differenzierte Diagnostik von Einzelaspekten der frühkindlichen Regulations- und Beziehungsstörungen in den jeweils im Fokus stehenden Entwicklungsbereichen wird durch therapeutische MitarbeiterInnen der folgenden Berufsgruppen durchgeführt:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Heilpädagogik
- Logopädie
- Musiktherapie

Qualifizierende Fortbildung und Erfahrungen in der jeweils fachspezifischen Diagnostik bei Säuglingen und Kleinkindern sind notwendig.

### **Sozialarbeit und Sozialpädagogik**

Dabei handelt es sich um eine ergänzende und differenzierte Diagnostik von

- störungsrelevanten Bedingungen im häuslichen Umfeld,
- Vernachlässigung und Misshandlung, Kindeswohl und Erziehungsfähigkeit,
- Auswirkungen psychischer Störungen der Eltern im Alltag des Familiensystems,
- der Notwendigkeit flankierender Maßnahmen (z. B. Haushaltshilfe, familienentlastende Hilfen, Krippe).

Qualifizierende Fortbildung und Erfahrungen in der fachspezifischen Diagnostik bei Säuglingen und Kleinkindern und ihren Eltern sind notwendig.

Zur Erstellung eines interdisziplinären Behandlungsplans werden gemeinsame Fallbesprechungen aller beteiligten Berufsgruppen durchgeführt. Sie ermöglichen eine auf die individuellen Bedürfnisse der Familie abgestimmte Therapieplanung „aus einer Hand“ mit engen Absprachen zwischen den Fachleuten der einzelnen Berufsgruppen. So kann auf der Basis einer multimodalen und mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik eine multiprofessionelle Behandlung eingeleitet und durchgeführt werden.

### **4.3.3 Koordination, Zielausrichtung und Durchführung der multiprofessionellen Behandlung**

Eine optimale Behandlungsmöglichkeit besteht im Rahmen einer Spezialsprechstunde für Regulations- und Beziehungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter.

Die bei einer Spezialsprechstunde beteiligten Fachärzte/innen für Kinder- und Jugendmedizin und Diplom-Psychologen/innen bzw. Psychotherapeuten/innen sollten neben einer umfassenden eigenen fachlichen Qualifikation (allgemein und speziell im Altersabschnitt Säuglingszeit und Kleinkindzeit) über Zusatzqualifikationen in Eltern-Säuglings-Kleinkind-Beratung und Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie verfügen.

Für eine **Spezialsprechstunde** sollten bei Arzt/Ärztin bzw.

Psychologe/in weitere Fachkenntnisse vorliegen in Bezug auf

- Psychotherapie (z. B. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie, systemische Familientherapie, Gesprächspsychotherapie),

- psychische Störungen und Belastungen des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters,
- entwicklungspsychologische Grundlagen,
- bindungstheoretische Grundlagen,
- Entwicklungspsychopathologie,
- familiensystemische Aspekte,
- videogestützte Verhaltensbeobachtung und Interaktionsanalyse,
- videogestützte Beratung, z. B. ressourcenorientierte Verfahren wie das Video-Home-Training VHT.

Bei Arzt/Ärztin sollten zusätzlich Fachkenntnisse in Neuropädiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklungsneurologie vorliegen.

Die erforderlichen Kenntnisse sind in speziellen Weiterbildungen zu erwerben (siehe auch Qualitätsanforderungen für Arzt und Psychologen im „Altöttinger Papier“ und die Fort- und Weiterbildungsstandards für Begleitung, Beratung und Psychotherapie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit – GAIMH; im Netz unter [www.gaimh.de](http://www.gaimh.de)).

Die am Gesamtbehandlungskonzept einer Spezialsprechstunde beteiligten therapeutischen Berufsgruppen und MitarbeiterInnen aus dem Bereich Sozialpädagogik/Sozialarbeit sollten neben einer umfassenden eigenen fachlichen Qualifikation im Altersabschnitt Säuglingszeit und Kleinkindzeit über allgemeine Zusatzqualifikationen verfügen in folgenden Bereichen:

- entwicklungspsychologische Grundlagen
  - bindungstheoretische Grundlagen
  - Entwicklungspsychopathologie
  - adäquates „Handling“ des Säuglings
  - familiensystemische Aspekte
  - Kriterien für Kindeswohlgefährdung und Erziehungsfähigkeit
- Auch sollten fachspezifische Zusatzqualifikationen vorhanden sein in spezifischen Verfahren wie z. B. Ernährungsberatung und Therapie bei Ess-, Trink- und Schluckstörungen.

Die erforderlichen Kenntnisse sind in speziellen Weiterbildungen zu erwerben.

Eine frühzeitige Therapie ohne lange Wartezeiten ist zugleich eine wichtige Prävention, um Spätfolgen zu verhindern.

Zusammenhänge zwischen frühkindlichen Regulationsstörungen und Vernachlässigung und Kindesmisshandlung durch Bezugspersonen sind seit langem empirisch belegt. Auf Zusammenhänge zwischen Regulationsstörungen und späteren Störungen des Sozialverhaltens, der Emotionalität, sowie ADHS, weisen zahlreiche retrospektive und zunehmend auch prospektiv durchgeführte empirische Studien hin.

Die Zielsetzung der Behandlung ist nicht nur auf die Behebung der aktuellen kindlichen Verhaltensprobleme ausgerichtet, sondern entsprechend der diagnostischen Symptomtrias ebenso auf

- Verbesserung der Funktionalität und Qualität in der Interaktion,
- Entlastung und Stärkung der Beziehungsqualität,
- Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung,
- Prävention von sekundären emotionalen und Verhaltensstörungen,
- Verhinderung der intergenerationalen Weitergabe traumatischer Beziehungserfahrungen.

In Abgrenzung zu anderen Psychotherapien lassen sich diese Behandlungen als „serielle Kurzbehandlungen“ (Stern, 1998) bezeichnen. Die Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und Psychotherapie sollte ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze beinhalten. Sie wird jeweils gezielt auf die alterstypischen und individuellen Bedürfnisse von Kind und Eltern abgestimmt (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Behandlungsbesonderheiten ergeben sich z. B. bei jugendlichen Müttern (Downing & Ziegenhain, 2001) oder bei Kindern im Kleinkindalter (Cierpka & Cierpka, 2000). Die bestehenden diagnostischen und therapeutischen Konzepte müssen in Bezug auf diese spezifischen sozialpädiatrischen Konstellationen in Vernetzung mit weiteren Berufsgruppen weiter differenziert, ergänzt und schließlich auch evidenzbasiert überprüft werden. Hieraus ergeben sich für die bereits in Sozialpädiatrischen Zentren bestehenden Spezialsprechstunden wichtige Aufgaben von hoher gesundheits- und gesellschaftspolitischer Relevanz.

### **4.3.4 Verlaufsbegleitung und Rückkoppelung an den Primärarzt**

Eine engmaschige Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ist zentral

- bei der Erstellung des Behandlungsplanes,
- in interdisziplinären Fallbesprechungen zur verlaufs begleitenden Dokumentation und zur Überprüfung und ggf. Modifikation von Behandlungszielen wie auch bei Behandlungsende,
- bei der Rückkoppelung an den Primärarzt und andere beteiligte Institutionen wie z. B. Jugendamt oder Gesundheitsamt.

### **4.3.5 Indikationsstellung, Einleitung und Koordination von speziellen Behandlungsmaßnahmen**

Die Indikation zu Einleitung von und Koordination von speziellen Behandlungsmaßnahmen trifft der behandelnde Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Absprache mit dem Psychologen und in Absprache mit den weiteren beteiligten Therapeuten.

Spezielle Behandlungsmaßnahmen beinhalten z. B.

- die weitergehende ambulante oder stationäre Abklärung spezifischer organischer Erkrankungen des Säuglings wie z. B. human-genetische Untersuchungen,
- die ambulante oder teilstationäre oder stationäre Behandlung einer psychischen Erkrankung (z. B. Wochenbettdepression) der bedeutsamen Bezugspersonen des Kindes,
- stationäre Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie in speziellen Eltern-Kind-Einheiten, bei multiplen Regulationsproblemen, tief greifenden Beziehungsstörungen und Fütterstörungen mit ausgeprägter Gedeihstörung,
- die Einschaltung familienentlastender Dienste (Kinderkrankenpflege, Kinderbetreuung) oder sonstiger Hilfen nach dem KJHG wie beispielsweise eine sozialpädagogische Familienhilfe SPFH.

## 4.4 Anhang: Diagnosesysteme

### 4.4.1 Klassifikationsmanual „Diagnostic Classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: DC:0-3R“

Das vom National Center for Clinical Infant Programs ausgearbeitete Klassifikationsmanual von Störungen der seelischen Gesundheit und Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter (Zero To Three, 2005) ist ein *multiaxiales Klassifikationssystem* mit den Achsen:

1. Primäre Klassifikation der klinischen Störung des Kindes
2. Klassifikation der Eltern-Kind-Beziehung
3. Medizinisch-neurologische Störungen und Entwicklungsstörungen (nach ICD-10)
4. Psychosoziale Belastungsfaktoren
5. Emotionales und soziales Funktionsniveau

Es versteht sich als Ergänzung von ICD-10 und DSM IV und sucht damit der Notwendigkeit einer multimodalen oder mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik gerecht zu werden. Wichtig ist zum einen die Einführung einer eigenständigen Beziehungsschse, zum anderen, dass vor allem im Säuglingsalter eine Diagnose auf Achse 1 nicht zwingend ist. Auch in der revidierten Fassung sind jedoch die Probleme in der Anwendung des Klassifikationssystems in Bezug auf Reliabilität, diagnostische Abgrenzbarkeit und Validität auf allen Achsen noch nicht vollständig behoben. Weltweit werden jedoch Studien zur Reliabilität und Validität durchgeführt. In der revidierten Fassung wurde auf Achse 1 die Primärdiagnose „regulatory disorders“ genauer spezifiziert als „regulation disorders of sensory processing“. Im Gegensatz zu dem offeneren systemisch-entwicklungsorientierten Konzept der frühkindlichen Regulationsstörungen beinhaltet sie eine im Kind allein angesiedelte Störung der sensorischen Reaktivität und Reizverarbeitung, für deren Erfassung es jedoch noch keine validierten Diagnostikinstrumente gibt. Die primären Bezugspersonen werden lediglich im Sinne von Umweltfaktoren in Betracht genommen, die die kindliche Störung abpuffern oder exazerbieren lassen.

## 4.4.2 Grundlagen zur ICD-10-Verschlüsselung

Die ICD-10 bietet für die spezifischen Erscheinungsformen psychischer Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter bisher keine für dieses Alter angemessenen Klassifikationsmöglichkeiten. Die folgende Übersicht enthält Annäherungen an gute Diagnosemöglichkeiten auf der Basis von ICD-10:

### **F 43.2 Anpassungsstörung (Regulationsstörung) der frühen Kindheit**

### **F 51.0 nichtorganische Ein- und Durchschlafstörung der frühen Kindheit**

F 51.2 nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus

F 51.5 Alpträume

F 51.4 Pavor nocturnus

F 91.3 Störung des Sozialverhaltens des frühen Kindesalters mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten

F 93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst des frühen Kindesalters

F 93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des frühen Kindesalters

F 93.3 emotionale Störung mit Geschwisterrivalität

F 94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

F 94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung

F 94.8 sonstige Störungen der sozialen Funktionen des Kindesalters

### **F 98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter**

F 80.9 Sprachentwicklungsverzögerung

R 62.8 Gedeihstörung

R 68.1 Schreiuhruhe

Einen ergänzenden Überblick erlaubt auch der Kodierleitfaden Kinder- und Jugendmedizin der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD; im Netz unter [www.GKinD.de](http://www.GKinD.de)) auf den Seiten 404 – 406.

## 4.5 Anhang: Leitlinien

Papoušek, M & von Hofacker, N (2003): Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen (R9). In: D. Reinhardt Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (Hrsg.): *Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin*. In: *Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin*. München: Urban & Fischer

von Hofacker, N, Barth, R, Deneke, C, Jacubeit, T, Papoušek, M & Riedesser, P (2003): Regulationsstörungen im Säuglingsalter. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter* (2. überarbeitete Aufl., S. 345–360). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

von Hofacker, N, Papoušek, M (für die nächste Auflage vorbereitet und vorgesehen): *Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0 bis 3 Jahre)*. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

## 4.6 Literatur

Brazelton, T. B. (1994): Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child-relationship. *Acta Paediatrica, Supplement*, 394, 35–39

Cierpka, M. & Cierpka, A. (2000): Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 563–579

Downing, G. & Ziegenhain, U. (2001): Besonderheiten der Beratung und Therapie bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen – die Bedeutung der Bindungstheorie und videogestützter Intervention. In: G.J. Suess, H. Scheuerer-Englisch, & W.-K. Pfeifer (Hrsg.): *Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie* (S. 271–295). Gießen: Psychosozial-Verlag

Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother-relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–422

Largo, R.H. (1993): Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten: Störungen oder Normvarianten? *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 141, 698–703

Laucht, M., Schmidt, M.H., & Esser, G. (2004): Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten des späteren Kindesalters? In: M. Papoušek, M. Schieche, & H. Wurmser (Hrsg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 339–356). Bern: Huber

Papoušek, M. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: M. Papoušek, M. Schieche, & H. Wurmser (Hrsg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 77–110). Bern: Huber

Papoušek, M., Rothenberg, S., Cierpka, M. & von Hofacker, N. (2006): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Exzessives Schreien, Schlafstörungen, Fütter- und Gedeihstörungen in der Kinderarztpraxis. Anwendungsorientierte CD-Fortbildung für Kinderärzte. Stiftung Kindergesundheit e. V.

Schieche, M., Rupprecht, C., & Papoušek, M. (2004): Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In: M. Papoušek, M. Schieche, & H. Wurmser, (Hrsg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 145–170). Bern: Huber

Stern, D. (1998): *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung von verschiedenen Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Straßburg, H. M. (2006): Der vermehrt schreiende Säugling – kinderärztliche Aspekte. *Kinderärztliche Praxis*, 77, 90–98

von Hofacker, Papoušek, M., & Wurmser, H. (2004): Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: M. Papoušek, M. Schieche, & H. Wurmser (Hrsg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 171–199). Bern: Huber

von Kries, R. (2006): Beratung und Therapie bei Kindern mit exzessivem Schreien: Was ist Evidenz basiert? *Kinderärztliche Praxis*, 77, 100–107

von Kries, R. (2006): Exzessives Schreien bei jungen Säuglingen: Definitionen – Häufigkeiten – Risikofaktoren – natürlicher Verlauf – Prognose. *Kinderärztliche Praxis*, 77, 84–88

Wollwerth de Chuquisengo, R. & Papoušek, M. (2004): Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie. In: M. Papoušek, M. Schieche, & H. Wurmser (Hrsg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 281–309). Bern: Huber

Zero To Three. National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.) (1999): *Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Wien: Springer

Zero To Three (2005): *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington, DC: Zero To Three Press

Ziegler, M., Wollwerth de Chuquisengo, R., & Papoušek, M. (2004):  
Exzessives Schreien im Säuglingsalter. In: M. Papoušek,  
M. Schieche, & H. Wurmser (Hrsg.): *Regulationsstörungen der  
frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext  
der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 111–143). Bern: Huber