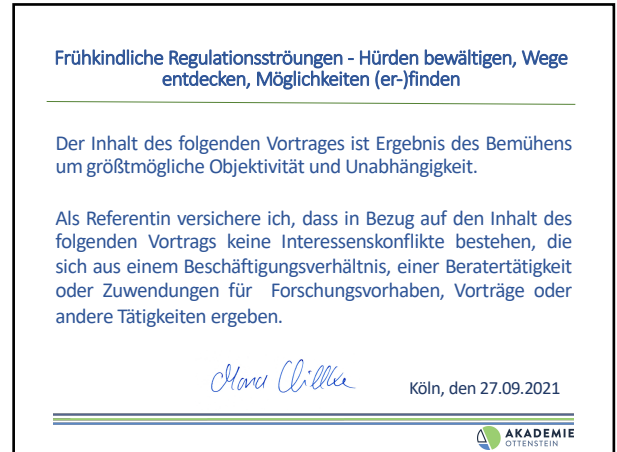
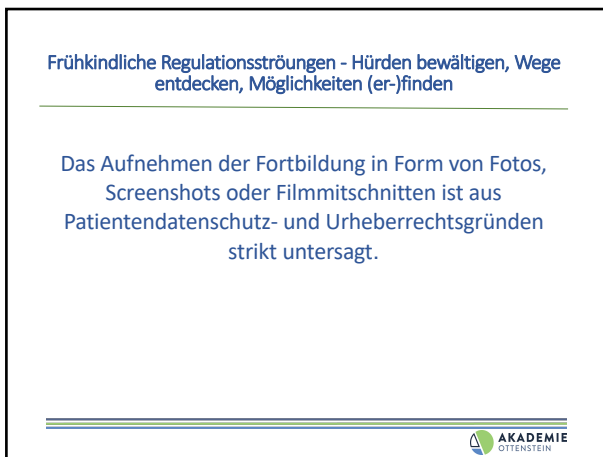




1



2



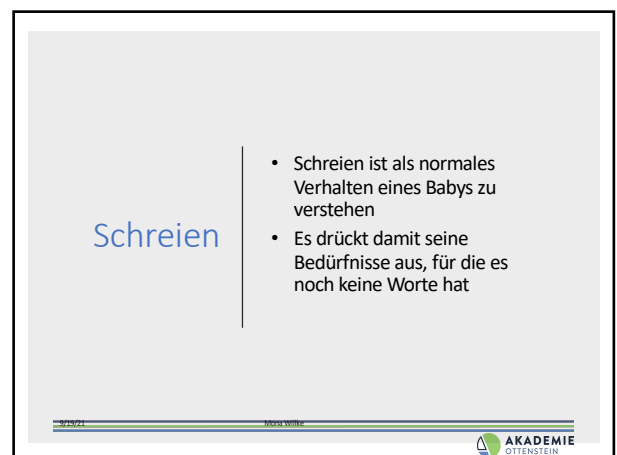
3



4



5



6



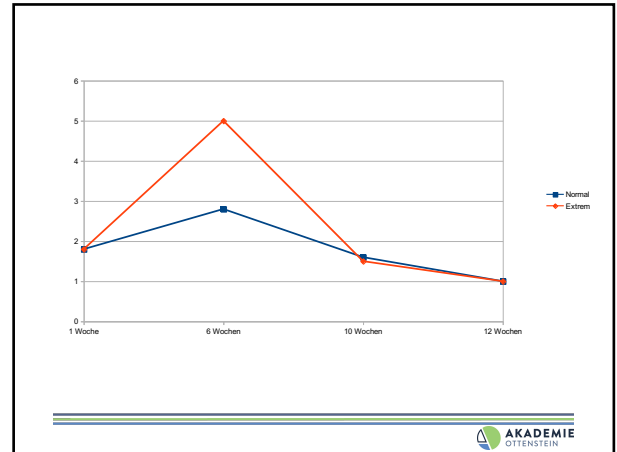
Schreien

Im besten Fall:

- Positive Gegenseitigkeit
- Baby findet die nötige regulatorische Unterstützung von den Eltern
- diese gewinnen eine positive Rückkoppelung
- Bestärkung der intuitiven elterl. Kompetenzen

AKADEMIE OTTENSTEIN

7

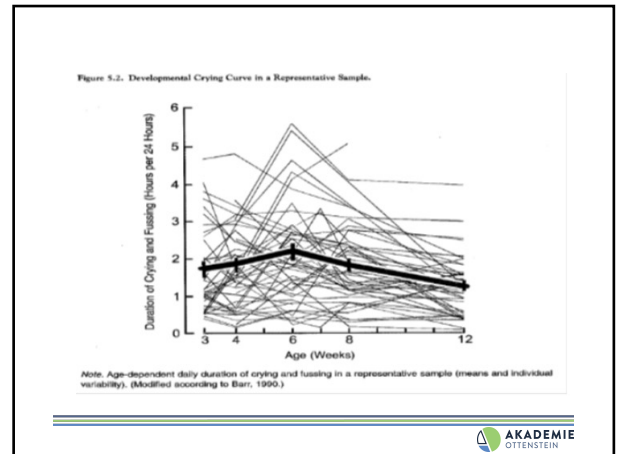


8

Jedes Kind schreit anders

AKADEMIE OTTENSTEIN

9



10

Beschreibung des Phänomens

- Unstillbare Schrei- oder Unruhephasen **ohne erkennbare Ursache** bei einem ansonsten gesunden Säugling
- Heftige anfallsartige, unstillbare **Schreiatacken** ohne erkennbaren Grund.
- **Irritabilität / erhöhte Erregbarkeit** und mangelnde Tröstbarkeit

AKADEMIE OTTENSTEIN

11

Hörbeispiel – Lucy, 11 LM

Aufgabe:
Was sind Ihre körperlichen und emotionalen Reaktionen?
Bitte notieren Sie!

AKADEMIE OTTENSTEIN

12



Hörbeispiel – Lucy, 11 LM

Stressreaktionen auf Schreien
sind nicht habituerbar

Bei viel schreienden Babys: Daueraktivierung des
Stresssystems der Bezugsperson/en



13

Exzessives
Schreien NACH
dem 3. LM

... ist zu verstehen als Teil einer
allgemeineren Störung von
Zustandsregulation und Schlaf-
Wach-Organisation

sehr häufig: Beeinträchtigung des
Schlafregulation und
Fütterinteraktion

14

(Eine)
Definition

Dreierregel nach WESSEL (1954) :

1. > 3 h täglich,
2. > 3 Tage wöchentlich UND
3. > 3 Wochen in den ersten 3 LM

➤ Kriterium für Forschungsansätze

Belastungsempfinden der Eltern ist ausschlaggebend!



15



Ist persistierendes
Schreien ein Phänomen
der westlichen
Industriestaaten?



16

Kulturelle
Bedingungen

- Gleicher Verlauf des Schreiens von
Babys in Naturvölkern (Kung San
aus der Kalahari-Wüste) in den
ersten 3 LM
- Hinweis auf menschl. Verhaltens-
universalie, arttypisches Muster
- Schreien gleich viel, aber
schnelleres Beruhigen
- Keine Dokumentation von
„Schreibabys“ (Ronald G. Barr,
1991)



17


Mögliche
Erklärungen

- Babys leben im Umfeld mit
mehreren unterstützenden
Personen
- Übernahme von „elterlichen“
Tätigkeiten ab dem 3. Lebensjahr
- Säuglinge werden viele Stunden
direkt am Körper getragen
- Stillen erfolgt bis zu 4 x pro h
- Weniger Reize im Umfeld




Untersuchungen sind methodisch schwierig!

18


Temperament!?




19

Temperament

- ✓ T. ist eine angeborene, biologisch vorbestimmte Verhaltensdisposition, die weitgehend stabil bleibt
- ✓ genetisch bedingt
- ✓ T. ist vorgeburtlichen Einflüssen unterlegen, z.B. Stress, Ängste, Nikotin in der SS



Es gibt beträchtliche unterschiedliche Reaktionsbereitschaften der Kinder





20

Temperamentsfaktoren sind z.B.

- ✓ Reaktion auf Neues
- ✓ Emotionale Grundstimmung
- ✓ Intensität der Reaktionen
- ✓ Frustrationsanfälligkeit
- ✓ Aktivität
- ✓ Ausdauer/Aufmerksamkeit
- ✓ Sensorische Empfindlichkeit
- ✓ Soziales Verhalten ("slow to warm up")

Diese beeinflussen die regulatorischen Kompetenzen des Kindes!

21




Wegen ihrer verschiedenen Temperamente zeigen Kinder in derselben Situation oft sehr unterschiedliche Reaktionen. (© Alfred Eisenstaedt/Getty Images)




22

Temperament - zur Info:


- Schreibabys haben kein anderes Temperament als unauffällige SGL
- ABER: Schreibabys zeigen eine vorübergehend erhöhte u. beschleunigte Reaktionsbereitschaft auf widrige Stimuli (St.James-Roberts et al., 2003)
- VOR dem ersten Reifungsschub mit drei LM ist nicht auszumachen, ob Merkmale eines „schwierigen Temperaments“
 - Ausdruck der relativen Unreife der Verhaltensregulation oder
 - konstitutionelle, dh. zeitlich stabilere Verhaltensmerkmale darstellen



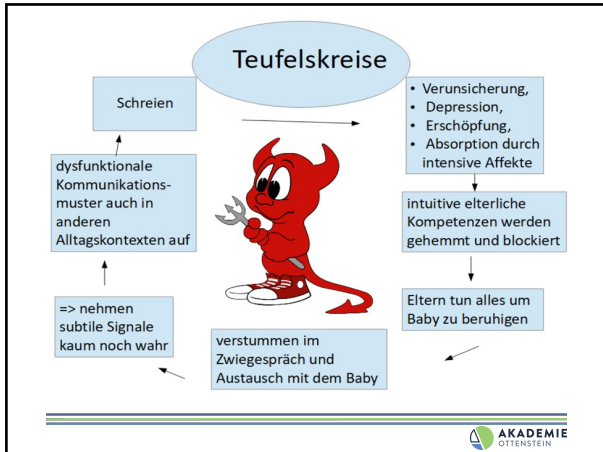
23



Elterliche Belastung durch das Schreien



24



25

Welche und wie viele Beruhigungsstrategien verwendet die Mutter?

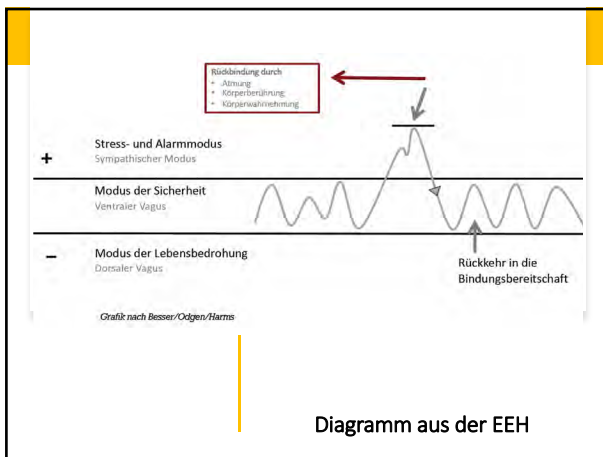
Erstes Video: 26 sec

1. verbale Ansprache „Alani, Hallo“
2. mit Finger an Backe streichen
3. Finger in Mund
4. Schnuller

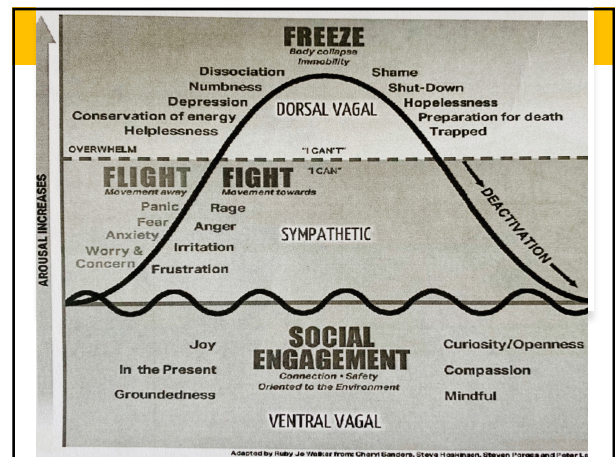
Zweites Video: 27 sec.

1. verbale Ansprache „Mausi, Hallo“
2. Hand am Oberkörper
3. Finger an Backe hin und her und verbale Ansprache
4. Hand auf Oberkörper hin und her und verbale Ansprache
5. Hand an rechte Körperseite und verbale Ansprache

26




27



28

Eltern-Kind-Interaktion im Kontext Schreien/ Beruhigen

- Erschwertes Handling bei Rumpfhypotonie, motor. Unruhe
- Unwirksamkeit normaler Beruhigungsstrategien
- Häufiger Wechsel intensiver Stimulation (vestibulär, auditiv, visuell)
- Stundenlanges Tragen, Schaukeln, hochfrequentes Stillen etc.
- Nachlassen der Stimulation => erneutes Schreien => intensivere Stimulation



29

Exzessives Schreien ist das häufigste Auslösesignal für Misshandlungen und Kindstötung

Gefahr des Schüttelns!

30



Das Risiko einer Kurzschlusshandlung und tatsächlichen Misshandlung besteht vor allem bei Traumatisierung der Mutter/des Vaters



31

10 -30 % der geschüttelten Kinder, die in eine Klinik gebracht werden, sterben

2/3 der Babys, die überleben erleiden:


- Seh- und Sprachstörungen
- Lern- und Entwicklungsverzögerungen
- Krampfanfälle
- schwerste körperliche und geistige Behinderungen

Folgen


32

Nur ca. 10-20 % der Säuglinge überleben ein diagnostiziertes Schütteltrauma ohne bleibende Schäden



aus: Hintergrundinformationen zum Schütteltrauma, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Dez. 2017


Folgen



33

Exzessives Schreien als Entwicklungsrisiko, wenn ...

- > 3. LM keine deutliche Verringerung (ca. 10 %)
- subjektiv stark empfundene Belastung für die Eltern
- weitere Regulationsprobleme
- innerhalb weiterer psychosozialer Belastungen (Misshandlungsrisiko!)
- z.T. neurologische Verzögerungen




34

Erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten im späteren Kindesalter

Studienergebnisse von Papousek, Wurmser und Hofacker (2001):

Von 105 Kindern (Klinische Gruppe: n=60, Kontrollgruppe: n=45) zeigten **26 (24,8%)** im Alter von 30 LM klinisch relevante emotionale Probleme




35

Erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten im späteren Kindesalter

- Aggressives Verhalten: 18,3 % (Klinische Gruppe) versus 4,4 % (Kontrollgruppe)
- Depressionen/Angst: 18,3 % versus 2,2 %
- Sozialer Rückzug: 11,7 % versus 0 %
- Schlafprobleme: 10% versus 4,4%

aus: Reg.st. der frühen Kindheit, S. 325



36



**Kleiner Überblick:
Was tun bei exzessivem Schreien?**

- Sich Eltern und Kind gut anschauen: **Was ist möglich, was ist unbedingt nötig?**
- Haltung der Beraterin: Aushalten, Einfühlen, **„gute Selbstanbindung“**, beruhigen (aber nicht leugnen!)
- **Schlaf** ist wichtig für viel schreiende Kinder
- Kleinste **Ermüdungszeichen** sehen (üben) und prompt beantworten
- Immer gleiche Abläufe für eine Weile einüben
- **Tagesrhythmisierung/Reizreduzierung**
- Soziales **Unterstützungssystem**
- **Psychoedukation**

37




Schlafstörungen: eine theoretische Einführung

38

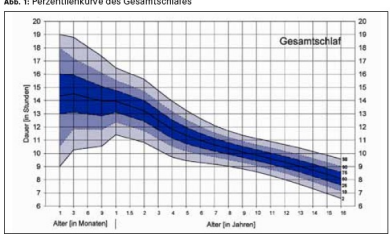
Was ist normal?

- individuelle Bandbreite in Gesamtschlafzeit
- < 6 LM: 12,5-17,5 h
- > 12 LM: 11-16 h
- durchschnittliches Aufwachen pro Nacht: 2,3 Mal



39

Abb. 1: Perzentilkurve des Gesamtschlafes



Darstellung der Perzentilkurven des Gesamtschlafes (pro 24 Stunden) ab Geburt bis zum Alter von 16 Jahren. Man beachte die grosse Streubreite, v. a. bei Säuglingen und Kleinkindern. Auch bei Jugendlichen ist der Schlafbedarf nicht zu unterschätzen!


Quelle: Abteilung Entwicklungsdiagnostik, Kinderspital Zürich

40

Was ist normal?

Da der Schlafbedarf sehr unterschiedlich ist, Blick auf

- Kind: wie ist die Befindlichkeit?
- Müdigkeitssignale?
- Alter: was ist als alterstypisch einzuordnen?
- Wachzeiten: wie lange kann Kind schon wach bleiben?



41

Schlafverhalten im Kindesalter
Richtlinien: Schlafbedarf ist altersabhängig

Schlaf Alter	Gesamtschlaf Std	Nachtschlaf Std	Tagschlaf Std	Anzahl pro Tag	Wachzeit Std
0-1 Monate	16 (14-20)	9	7	4x	1
1-3 Monate	16	10	6	4x	1-1,5
4-5 Monate	15	10	5	3x	1-2
6-7 Monate	14	11	3	3x	2-3
8-12 Monate	14	11	2,5	2x	3-4
12 Monate	13,5	11	2,5	1-2x	5-6
18 Monate	13	11	2	1x	6
2 Jahre	12,5	11 (10)	1-2	1x	
3 Jahre	12	11 (10)	0-1	0-1x	
4-6 Jahre	11	11	0	0	
10 Jahre	10	10	0	0	
90 Jahre	6	6	?	?	

42



Frühentwicklung der Schlaf-Wach-Organisation

Im ersten Lebensjahr:

- rasche und komplexe hirnganische Reifungs-, Anpassungs- und Reorganisationsprozesse



43

Frühentwicklung der Schlaf-Wach-Organisation

Nach Entwicklungsschub im 3. LM:

- Zunahme der Fähigkeit zur Selbstregulation von Ein- und Durchschlafen
- Dauer von längeren, ununterbrochenen Schlafphasen nimmt zu



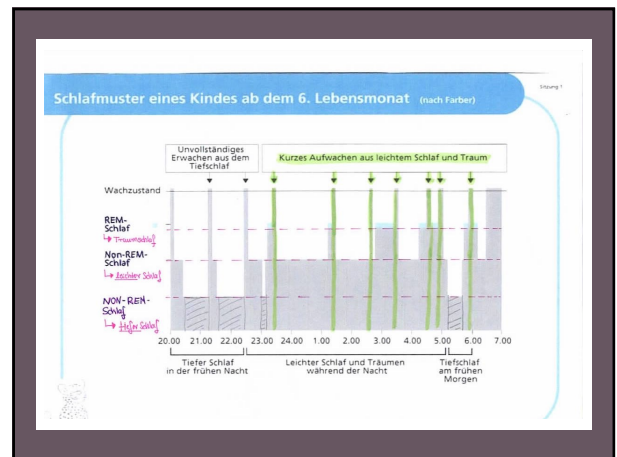
44

Frühentwicklung der Schlaf-Wach-Organisation

- Kontinuierliche Abnahme des REM-Schlafes (Traumphase) zu Gunsten von ruhigem Tiefschlaf
- Tiefschlafphasen in 1. Nachthälfte
- mehr REM-Schlaf-Phasen in 2. Nachthälfte



45

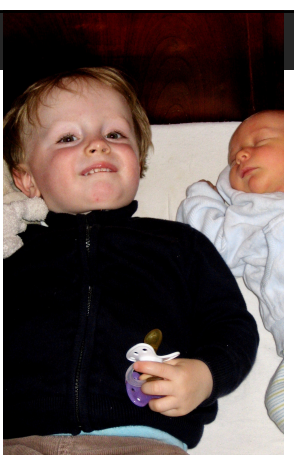


46

Frühentwicklung der Schlaf-Wach-Organisation

Reorganisationsprozesse im 2. Lebenshalbjahr:

- Kumulation zw. 7. und 9. LM
- hier: gehäuftes nächtliches Aufwachen und Schreien
- Im 12. LM: Konsolidierung des kindlichen Schlafs



47

Schlaf-(störungen) im Zusammenhang mit alters-typischen Entwicklungsaufgaben

Erstes Halbjahr:

- Zustandsregulation, u.a. Schlaf-Wachorganisation

Zweites Halbjahr:


- Bindungsentwicklung, Bewältigung von Fremden- und Trennungsangst

Zweites Lebensjahr:

- wachsende Autonomie und Aufregung/Überforderung am Tag

Drittes Lebensjahr:

- Erwachen der Phantasie, Alpträume, Nachtschreck



48



Schlafstörungen

Einschlafstörung:

- Einschlafen nur mit elterlicher Hilfe
- Einschlafdauer > 30 Min.
- bizarre Einschlafgewohnheiten

Durchschlafstörung:

- 3maliges Aufwachen an vier Nächten/Woche
- nächtl. Wachepisode: >20 Min.

AKADEMIE OTTENSTEIN

49

Einschlafhilfen

Die Reaktion der Eltern gehört mit zum Störungsbild:
=> mit dem Alter zunehmend bizarre Beruhigungs- und Einschlafhilfen
=> dysfunktionale Interaktionsmuster

Zur Info: Eine Einschlafhilfe ist nicht konstruktiv, wenn sie NICHT in ein Abendritual eingebettet, sondern solange durchgeführt wird, bis Kind schläft

AKADEMIE OTTENSTEIN

50

Schlafstörungen

Prävalenz:
Hoch! Je nach Definition 15-25% der 1-2 Jährigen

Persistenz:
Hoch! 12 Monate alte "Schlechtschläfer" hatten zu 55 % noch eine Durchschlafstörung im Alter von 3 Jahren (Fegert J., 1997)
Andere Studien: 40 % Persistenz

Behandlung ist wichtig, da Tendenz zur Persistenz!

AKADEMIE OTTENSTEIN

51

Differenzialdiagnosen

- Pavor Nocturnus (erste Nachthälfte)
- Alpträume (zweite Nachthälfte)
- Jactatio capitis (v.a. im Rahmen des Einschlafens, Mischung aus Selbst-stimulation und Veranlagung)
- Einschlafmyoklonien
- Akute und chronische Erkrankungen (Mittelohrentzündung, Reflux)
- Neurodermitis
- Epilepsie (z.B. Rolando-Epilepsie)
- andere hinorganische Störungen
- obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (Atemstörung, Atmen setzt aus)

AKADEMIE OTTENSTEIN

52

**Kleiner Überblick:
Was tun bei Schlafproblemen?**

- Wahrnehmung der Müdigkeitssignale
- Regelmäßige Schlaf-Wachzeiten mit Licht-Dunkel-Wechsel
- Einschlafritual
- Erregungsmodulation durch Körperkontakt, Stillen, Wiegen, Singen etc.
- Nähe und Geborgenheit vermitteln

AKADEMIE OTTENSTEIN

53

**Kleiner Überblick:
Was tun bei Schlafproblemen?**

- Gut überlegen, wann und wie die Schlafintervention Sinn macht
- Gibt es aufrechterhaltende Faktoren/Einflüsse im Familiensystem?
- Eltern erlauben, den eigenen Weg zu gehen
- Ein Kind kann nicht mehr schlafen, als es Schlaf braucht
- Schlafen hat viel mit Sicherheit zu tun

AKADEMIE OTTENSTEIN

54

**Kleiner Überblick:
Was tun bei Schlafproblemen?**

- Haltung der Beraterin: Verstehendes Aushalten und Einfühlen (Affekte halten)
- Jede/r in Familie muss den Schlaf bekommen, der zur Aufrechterhaltung des Alltags notwendig ist
- Umstellungen brauchen Zeit bis sie Wirkung zeigen (1-2 Wochen)
- Was in der Nacht „genommen“ wird, muss am Tag gegeben werden

55

Schlafen – mögliche Ziele und dazugehörige Interventionen.

Ziel: Überblick über aktuelle Schlaf- und Einschlafstruktur erlangen.
Intervention: Schlafprotokoll einsetzen und auswerten, Erfragen von Ritualen, Schlafzeiten, Schlafdauer etc.

Ziel: Aufklärung über alterssprechendes Schlafverhalten, Perspektiven geben
Intervention: Entwicklungspsychologische Beratung durchführen, Fiktion erzählen.

Ziel: Herausarbeiten der Schwierigkeiten der Eltern im Kontext des Einschlafens: Ängste, Befürchtungen, Unsicherheiten, Wut, Ärger und andere Gefühle. Grund für Uneindeutigkeit gegenüber Kind in Einschlafsituation verstehen, eigene biografische Erfahrungen bezüglich Schlafen/Einschlafen („ghosts in the bedroom“) herausarbeiten - Andere belastende Themen innerhalb der Familie (Angstthemen, Trennungsthemen etc.) herausarbeiten
Intervention: Erfragen, Explizieren

Ziel: Einschlafritual verändern oder ein neues, passendes Einschlafritual entwickeln
Intervention: Gemeinsam mit Eltern dazu Ideen entwickeln, evtl. Vorschläge machen, wie das gelingen könnte. Konkretisieren: wie genau ist das für diese spezifische Familie gut umsetzbar? In einem zweiten Schritt: langsam, kontinuierlich und konsequent Einschlafhilfen reduzieren.

Ziel: Qualitätszeit mit Mutter und Kind einführen; Stärkung der Beziehung am Tag.
Spezifisch: Tagsüber mit Kind mindestens einmal am Vormittag eine gute und für beide zufriedene „Spielzeit“ einrichten. Später auch Selbständiges Spielen fördern, sich schrittweise zurückziehen
Intervention: Mit Mutter überlegen, wann das vormittags gut passt und was sie mit dem Kind spielen kann und will. Wenn das Kind von sich aus spielt, und das auch alleine gut hinbekommt, sich daran freuen und es darin bestärken, z.B. „da hast du jetzt schön alleine gespielt; das sah so aus, als ob es dir richtig Spaß gemacht hat. Toll, das freut mich, dich so zu sehen!“

Ziel: Mehrere Trennungssituationen mit Kind am Tag „üben“
Intervention: Selbständiges Spielen und Beschäftigen fördern, kürzere Trennungsphasen ausprobieren (z.B. alleine auf Toilette), Kind Rückversicherung und Sicherheiten geben, es ihm aber (je nach Alter) auch eine Welle zumuten.

56

Schlafen – mögliche Ziele und dazugehörige Interventionen.

Ziel: Tagesrhythmisierung.
Beachte: Altersabhängigkeit! z.B. 6 Monate altes Kind: 2-3 Tagesschlüfchen, Immer zu ähnlichen Zeiten, länger als 30 Minuten.
Intervention: Gemeinsam mit Eltern dazu Ideen entwickeln, evtl. Vorschläge machen, wie das gelingen könnte. Konkretisieren: wie genau ist das gut umsetzbar? In einem zweiten Schritt: langsam Einschlafhilfen reduzieren.

Ziel: Erschöpfung der Mutter verringern
Intervention: Vater involvieren, evtl. andere Familienmitglieder um Unterstützung bitten, externe Hilfsysteme nutzen. Bei Bedarf: Vorschlag einer Mutter-Kind/Eltern-Kind-Kur

Ziel: Abstillen nachts
Intervention: Vorstellungen der Mutter bezüglich des Abstillens erfragen; Gegebenenfalls entwicklungspsychologische Beratung über nächtliches Stillen. Spezifisch: mit Mutter überlegen, was sie tun kann und möchte, damit ihr Kind nachts weniger Brust bekommt.

Grundsätzlich ist sowohl bei Zielen wie auch den Interventionen eine große Variabilität gefragt. Ein „Rezept“ zum Vorgehen ist nicht möglich und sinnvoll. Alle Maßnahme und Interventionen sollten immer individuell und differenziert auf die Familie und das Kind abgestimmt werden. Auch müssen die Interventionen immer an das spezifische Alter des Kindes angepasst werden.

57

Fütterstörungen: eine theoretische Einführung

9/19/21 Mona Willke

58

Fütterstörungen

- Annahme: bei 15-25 % der SGL und Kleinkinder treten leicht bis mittelschwere Fütterstörungen auf
- Schwere Fütterstörungen zwischen 3-10%
- in der Regel: Anpassungsschwierigkeiten bei den Übergängen in bezug auf neue Entwicklungsschritte beim Essen

19.09.21 Mona Willke

59

Fütterstörungen – Definition nach ICD 10

- Wenn Füttern von Eltern als Problem empfunden wird
- Problem > 1 Monat
- Durchschnittliche Dauer von Füttern > = 45 Min und/oder
- Intervall zwischen den Mahlzeiten < 2 Stunden
- Eine Fütterstörung kann, muss nicht mit einer Gedeihstörung einher gehen

19.09.21 Mona Willke

60



Unterteilung nach DC: 0-3-R in:

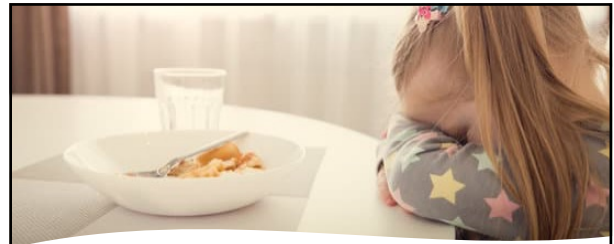
- **Regulationsfütterstörungen:** Beginn als Neugeborenes im Rahmen e. Regulationsstörung
- **Fütterstörung der reziproken Interaktion**
- **“Frühkindliche Anorexie“:** Idee: Fütterstörung als Individuationskonflikt (Nähe-Distanzkonflikt) ab 7.- 9. LM
- **Sensorische Nahrungsverweigerung,** z.B. „Supertaster“
- **medizinisch bedingte Fütterstörung:** z.B. Reflux, Nahrungsmittelintoleranzen, Zöliakie, Cystische Fibrose, Herzerkrankungen
- **Posttraumatische Fütterstörung:** in Verbindung mit traumatischen Erfahrungen im gastrointestinalen Trakt

19.09.21

Mona Willke



61



Leitsymptome Fütterstörungen

- Essensunlust und Nahrungsverweigerung
- Fehlen eindeutiger Hunger- und Sättigungssignale
- Übermäßig wählerisches Essverhalten („Picky Eater“)
- Füttern mit Ablenkung, Druck oder Zwang

19.09.21

Mona Willke



62



Leitsymptome Fütterstörungen


- Essverhalten/Kontext altersunangemessen, z.B. nur im Halbschlaf, beim Spaziergehen
- Fehlende Akzeptanz altersentsprechender Nahrung
- Rumination/Erbrechen
- Orofaziale Überempf., angstvolle Abwehr der Nahrungsaufnahme, des Herunterschluckens

19.09.21

Mona Willke



63

 Hanna mag nicht trinken

Schwangerschaft:

- Mutter: Entzündung der Galle in ca. 4. SSM, starkes Erbrechen;
- Entwicklung von Gallensteinen; später: Entwicklung einer Gestationsdiabetes;
- Entzündung der Bauchspeicheldrüse + schlechte Nabelschnurdurchblutung, daher Geburt per Kaiserschnitt in **37+4. SSW**. Geburtsgewicht: **2170 g**

Erste Zeit danach:

Trinken an der Brust nicht gut; Brust und Flasche zusammen; Sorgen bezüglich Gewichtszunahme; in 7. Lebenswoche: Mutter in die Klinik wegen Gallen-OP; Hanna verweigert die Flasche; Die Eltern füttern hartnäckig und mit Druck, Hanna trinkt kaum, nur geringe Gewichtszunahme; daher stationäre Aufnahme; CMV-Infektion festgestellt und das Gewicht/Trinken behandelt. Nach zwei Wochen dort besser; zu hause wieder schlechteres Trinkverhalten; mit 3 Monaten kein Stillen an Brust mehr möglich, da Brust angeschrien und verweigert; später auch Flasche angeschrien; Entscheidung der Eltern, ausschließlich die Flasche zu geben.

64




Risikofaktoren und Hintergründe

Mona Willke

19.09.21



65



- Frühgeburt
- Oral-sensomotorische u. neurologische Störungen
- Sensorische Nahrungsmittelabneigungen
- Chronische oder lebensbedrohliche Erkrankungen
- ~~Traumatisierungen~~ (Beatmung mit Absaugen, Sonde, Zwang beim Füttern)
- Psychosoziale Belastungsfaktoren verschiedenster Art (Armut, psychisch kranke Mutter, Essstörung der Eltern)

Mona Willke



66



Essensregeln zur Förderung altersangemessener Nahrungsaufnahme (N.v.Hofacker u.a. 2004)



Die Bezugsperson bestimmt, **wann, wie oft, wo und was** angeboten wird. Das Kind kann autonom bestimmen, **wie viel** es essen mag



Regelmäßige Nahrungsangebote mit Nahrungspausen und gemeinsames Essen



Klare Trennung von Mahlzeiten und Spielzeiten



Unterstützung der aktiven Selbststeuerung des Kindes durch Beachtung seiner Hunger- und Sättigungssignale

19.09.21

Mona Willke



67

Essensregeln zur Förderung altersangemessener Nahrungsaufnahme (N.v.Hofacker u.a. 2004)



Keine Forcierung der Nahrungsaufnahme, Vermeiden von Ablenkung, Druck oder Zwang



Unterstützung und Verstärkung alters-angemessenen, zunehmend selbständigem Essverhalten



Ignorieren/Grenzsetzung bei unangemessenem Essverhalten

01.03.20

Mona Willke



68



Fallbeispiel



69

Fallbeispiel „Mathilda“



70

Fallbeispiel „Mathilda“

- Mathilda: 4,5 Monate alt
- Der Kinderarzt schickt, da in U3 Untergewicht festgestellt

Die Mutter beschreibt

- das Fläschchen-Geben sei enorm anstrengend
- Dauer: > 3/4 h, in zwei Phasen, ohne besonderes Interesse am Trinken
- M. schreit urplötzlich; Eltern glauben, Kind habe Schmerzen
- 6 h Physiotherapie (Castillo Morales)
- Kinderärztliche und logopädische Abklärung: ohne Befund



71

Fallbeispiel „Mathilda“

Die Mutter ist sehr verzweifelt, sagt wiederholt in der Stunde:

„Ich verstehe das nicht, sie ist so anders als meine ältere Tochter, ich kann ihre Signale nicht lesen, was will sie, was ist mit ihr los? Ist etwas falsch an ihr oder an mir. Ich finde einfach keinen Zugang zum Kind!“

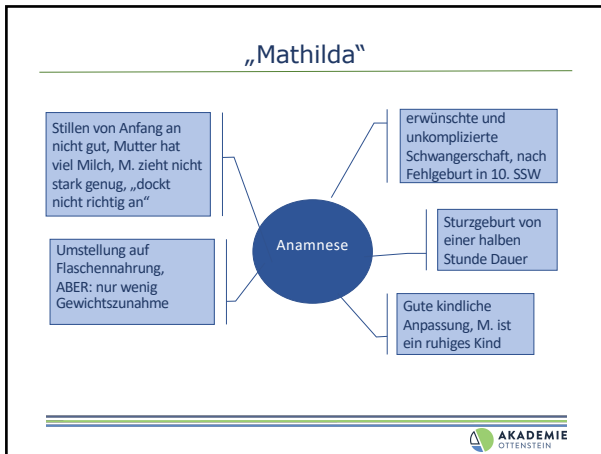
Außerdem:

Der Vater war als Kind ein äußerst selektiver Esser, hatte immer wenig Hunger

- Einfluss von biogr. Aspekten
- bestärkt die Sorge um das Trinkverhalten des Kindes



72



73

Durchführung von psychologischen Fragebögen

- Eltern-Belastungsinventar (EBI): Kindbereich (T-Wert :49) Elternbereich (T-Wert: 58)
- Postnatal Depression Scale (PPD): leicht erhöhter Wert von 10 (Cut-off: 9)

Diagnosen

V.a. Fütterstörung mit unzu-reichender Eltern-Kind-Reziprozität, Postpartale Depression, einmalig: Panikattacke

74

Verlauf der folgenden 5 Therapiestunden

Ziel 1

Veränderung des Trinkverhaltens mit dem Ziel einer Verbesserung der Qualität des Trinkens

→

Interventionen:

- Kind anschauen, Kontakt halten
- Das Kind verbal motivieren, wenn das Interesse nachlässt
- die Flasche absetzen, wenn das Baby nicht mehr will
- erst wieder ansetzen, wenn das Baby sucht
- Wenn es zielführendes Trinkverhalten zeigt, loben
- Absprache: wöchentliches Wiegen NUR beim Kinderarzt und nicht zu Hause

75

Verlauf der folgenden 5 Therapiestunden

Ziel 2

- Verbesserung der Mutter- Kind- Interaktion
- Übertragung auch auf Füttersituation

→

Interventionen:

- Auf Spieldecke Mutter zu Zwiesgespräch in Ammensprache ermutigen
- Mimik übertreiben, auf die Reaktionen des Kindes warten, diese dann verstärken
- Freude am Kind zum Ausdruck bringen
- evtl. Behandlerin als Modell

76

Verlauf der folgenden 5 Therapiestunden

Ziel 3

- Stärkung der elterlichen Kompetenzen
- Entlastung von Schuldgefühlen

→

Interventionen:

- Gespräche: Fragen, Erklären, Konfrontieren
- Mitgehen, Stützen, „Reframen“

77

Verlauf der folgenden 5 Therapiestunden

Ziel 4

Veränderung des emotionalen Erlebens der Mutter

→

Interventionen:

Aufarbeitung der belastenden Themen der Mutter durch Vermittlung an eine Psychologische Psychotherapeutin; Thema: Traumatisierung durch schnelle Geburt

78

Verlauf der folgenden 5 Therapiestunden

Film 2: Kind ist zwei Monate älter

- Einführung des ersten Breis
- Zufriedenstellendes Essverhalten; geringe aber stetige Gewichtszunahme



79

Was sehen wir?



Was sehen wir beim Baby?

- Lebendiges Kind
- Schaut offen und neugierig
- ab und zu ungeduldig
- stimmlicher Ausdruck
- öffnet den Mund
- zeigt durch Gesten und Laute, dass es Hunger hat

Was sehen wir bei der Mutter?

- Mutter wartet auf die Signale des Kindes
- Mutter füttert ruhig und entspannt
- Mutter wirkt deutlich beteiligter

80

Effekte:

- Mutter ist befreit und gelöster
- wieder in Mutterrolle
- kann sich besser auf das Kind einlassen
- Essverhalten und Gewichtsentwicklung sind zufriedenstellend

Empfehlungen nach Auswertung des Videos:

Die Sitzposition von Mutter und Kind: schräg gegenüber: Kontakt möglich
Das Füttertempo am Anfang etwas erhöhen: Kind hat Hunger.

Behandlungsdauer

9 Einheiten
(5 in Praxis, 4 extern)

Nach 1,5 Jahren:

M. sei ein zufriedenes, wunderbares Kind, entwickle sich gut und zeige unproblematisches Essverhalten

81



PAUSE!

02.09.18

82

Ablauf des Seminars

- Theoretischer Überblick
=> gemeinsame Ausgangsbasis
- **Besonderheit der ersten Stunde**
=> **Simulation/Reflexion**
- Vorstellung Praxis-Fälle mit Filmbeispiel
=> Lernen durch Fallbeispiel
- Eigene Fälle aus der Praxis vorstellen und bearbeiten
=> Analysieren, Verstehen, Interventionschritte planen
- Weitere Fallbeispiele

19.09.21

Mona Willke

83

Erstkontakt mit der Familie

Oft bietet sich folgendes Szenario:



84



Vorstellungsgründe
Häufige Aussagen von Müttern:

„Mein Baby ist 6 Wochen alt und macht neben trinken nichts anderes außer zu schlafen oder zu schreien. Er ist ungeduldig und ganz schnell zornig. Von jetzt auf gleich kippt seine Stimmung um und er fängt an zu schreien. Es gibt kaum Momente, in denen ich mit ihm Zwiegespräche führen, mit ihm lächeln oder ein bisschen spielen kann. Das macht mich unendlich traurig.“




85

Erstkontakt: Typische Themen

- Akute Problematik
- Schwangerschaft
- Geburt
- Entstehungsbedingungen: langes Warten auf eine SS, künstliche Befruchtung
- Vergleich mit anderen Müttern u. deren Kindern; Soziale Medien
- Umgang mit Kommentaren von Mutter, Schwiegermutter, Oma
- Glaube, alles richtig machen zu müssen; "perfekte Mutter"

19.09.21 Mona Willike




86

Erstkontakt: Typische Themen

Die ausreichend gute Mutter (*The good enough mother, von Donald Winnicott*)
„Diese ist in der Lage, auf die Bedürfnisse des Babys einzugehen, zumindest so weit, dass sich das Baby nie komplett verlassen fühlt. Mit der Zeit löst sich die Mutter aus dieser engen Verbindung, so dass das Kind lernen kann, dass die Mutter nicht Teil von ihm ist.“

„Good enough is good enough!“

19.09.21 Mona Willike



87

Erstkontakt: wir sehen, beobachten, hören, nehmen wahr:

Wie gehen Mutter/Eltern und Kind in Kontakt?

Wie nehme ich das Kind wahr?

Wie war die Interaktion zwischen Mutter und Vater?

Welche Atmosphären sind entstanden?

Was war zu hören?

Wie war die Körperspannung bei Vater, Mutter und Kind?



19.09.21




88




89

Erstkontakt mit der Familie – 3 Phasen:


- Kontaktaufnahme
- Kennenlernen der Problematik
- Intervention



19.09.21




90



.....

Rollenspiel

91




Rollenspiel zu "Erstkontakt"- allg. Informationen


Thema:
persistierende Schlafproblematik

Anamnese:

- Ella E.: 8 Monate alt
- Bruder Mats: 4 Jahre alt
- Mutter bei Geburt 39, Vater: 41 Jahre
- Mutter: Erzieherin, derzeit in Elternzeit
- Vater: Versicherungsfachmann; leitende Position
- Eltern: verheiratet, leben mit Kindern in Haus

19.09.21 Mona Willke 

92




Rollenspiel zu "Erstkontakt"- allg. Informationen

Schwangerschaft:


- Ella ist von Mutter sehr erwünscht, muss Vater „überreden“
- Keine auffälligen Schwangerschaftsuntersuchungen
- Bis zur 17. SSW starke Dauerübelkeit, danach besser
- Einnahme von Azathioprin, aufgrund Morbus Crohn

Geburt und erste Zeit danach:

- Geburt spontan nach Blasensprung in der 41. SSW, 13h Muttermund nur langsam geöffnet, nach PDA besser
- Geburt war „ok“
- Die ersten drei Monate zu Hause: ruhig und unkompliziert.
- Ella schläft in dieser Zeit die Nächte fast durch

19.09.21 Mona Willke 


93



Rollenspiel zu "Erstkontakt":

Aufgabe 1:

- 3-4er-Gruppen (Behandlerin, Mutter, Vater, Beobachterin)
- Legen Sie die Rollen fest und lesen Sie die dazugehörigen Rollenkarten
- Simulieren Sie ein erstes gemeinsames Gespräch zwischen 15 und 20 Min.
- Beachten Sie dabei die drei Phasen: Kontaktaufnahme, Problematik, Intervention

19.09.21 Mona Willke 

94



Rollenspiel zu "Erstkontakt":


Aufgabe 2:

Reflektion und Austausch in der Kleingruppe:

- Rückmeldungen der Beobachterin
- Was hat die Beraterin gemacht, was für mich als Elternteil hilfreich war?
- Wie ist er mir in der spezifischen Rolle ergangen?
- Was sind zentrale Erkenntnisse für die eigene Berufspraxis

19.09.21 Mona Willke 


95




Rollenspiel zu "Erstkontakt"- allg. Informationen

- Wichtig: In der Rolle bleiben!
- Weniger wichtig: sich genau an die Rollenkarten zu halten!
- Zeit: 15-20 Min. Simulation
- 5-10 Min. nachbesprechen
- insgesamt: ca 30 Min.

LOS GEHT'S!

19.09.21 Mona Willke 


96


Was ist wichtig beim "Erstkontakt"?

„Mini“-Interventionen:

- Raum geben für das Bedürfnis, die eigene Geschichte mit dem Baby zu erzählen
- Wertschätzung und Verstehen aller Beteiligten
- be- und verstärken der positiven Interaktionen
- Normdruck mindern
- Zuversicht geben
- Beruhigen (wenn nötig)


19.09.21 Mona Willike 

97



Was ist wichtig beim "Erstkontakt"?

- In der ersten Stunde setzen wir einen **Marker** für die folgenden Stunden!
- In wie weit erste **problembezogene Interventionen** in der ersten Stunde sinnvoll sind, muss genau abgewägt werden
- Wichtig ist (mir) der **Blick aufs Kind und die Interaktion** zwischen Kind und Bezugsperson! Erst sehen, dann verstehen dann handeln!

19.09.21 Mona Willike 

98



Was ist wichtig beim "Erstkontakt"?


Zusätzlich zu nutzen sind:

- **anamnestischen Daten**
- **störungsspezifisches** Hintergrundwissen
- **Wissen um typische ent-wicklungspsychologische Phasen** und Themen des jew. Alters

19.09.21 Mona Willike 

99

Wie geht es weiter ... ?



19.09.21 


100

Der Verlauf der weiteren Stunden ist individuell verschieden und muss an die spezifische Fragestellung, die Belange, die Bedürfnisse und die gesamtfamiliäre Situation angepasst werden!


Vorgehen

Bei reflektierten und gut sortierten gesunden Eltern bzw. bei einer unkomplizierten Regulationsstörung ohne Beziehungsstörung: **ca. 3 - 4 h**

Bei größeren Problemen und übergeordneten Themen wie z. B. einer schwierigen Psychodynamik, Beziehungsstörungen und psychisch kranken Eltern: **bis zu 12 h und länger**


19.09.21 

101




Ablauf des Seminars

- Theoretischer Überblick
=> gemeinsame Ausgangsbasis
- Besonderheit der ersten Stunde
=> Simulation/Reflexion
- **Vorstellung Praxis-Fälle mit Filmbeispiel**
=> **Lernen durch Fallbeispiel**
- Eigene Fälle aus der Praxis vorstellen und bearbeiten
=> Analysieren, Verstehen, Interventionschritte planen

19.09.21 Mona Willike 

102



Einige Informationen zum Fall "Jonathan"

- Jonathan H., Frühgeborenes der 32+2 SSW, 2 ältere Geschwister
- Vorstellungsanlass: extremes Schreien seit J. korr. 5 LM alt, bei Vorstellungsanlass 6 LM
- Wegen Asymmetrien und Blockaden mehrere Behandlungen bei Physio/Ostheo
- Daraufhin Beginn des extremes Schreien (>3htäglich)
- Durchfallerkrankung: auch wieder extremes Schreien
- Aktuell: besser, Mutter verunsichert

109


Hypothesen/ Interpretationen

- Mutter ist mit dem vielen Schreien überfordert und reagiert vielleicht nicht sensitiv genug auf J.. Decken die Stresssituationen (Schmerzen, Durchfall) die fehlenden emotionalen Kompetenzen der Mutter erst auf?
- Vor den Stressphasen (Schmerz und Durchfall) ist J. unauffällig. Idee: die zwei älteren Geschwister erziehen Jonathan intuitiv mit, geben ihm emotionales Feedback, Kontakt, Spieleinheiten
- Möglicherweise hat Mutter hohe Erwartungen an die Kompetenzen ihres Kindes? (Siehe Aussage der Mutter nach Filmen), und geht so weniger auf seine kindl. Bedürfnisse ein





110

Ziele und Interventionen (2h)




Ziele Stärkung der elterlichen Kompetenz (Mutter war sehr verunsichert)	→	Interventionen – Hevorheben, loben: was gut klappt – Erklären: Schreien hat vermutlich mit Schmerzen zu tun – Ermutigung: milder und fürsorglicher Umgang mit Kind Kind schreit nicht absichtlich!
Verbesserung der Interaktion zw. Mutter und J. ,z.B. beim Essen, beim Spielen	→	Video-Analyse des Gesehenen: – Das Positive hervorheben – Aufzeigen, worum es im Spiel geht – Konkrete Infos übers Füttern geben, bei Bedarf demonstrieren



111


Fallbeispiel "Eliah"



112

Fallbeispiel "Eliah"

- Eliah C., 7 LW
- Vorstellungsanlass: extremes Schreien ab nach erster Lebenswoche
- Nur beruhigen durch Brust
- Schlafen nur mit engstem Körperkontakt und beim Tragen
- Einschlafen schwierig und langwierig
- Tagesschlafchen: höchstens 20 Min.
- Kind kommt nicht zur Ruhe




113

„Eliah“

Anamnese

- Eltern seit 2 Jahren zusammen
- Mutter der Mutter: Depressionen
- Mutter: „unglückliche“ Kindheit
- ungeplante aber erwünschte und unkomplizierte Schwangerschaft
- spontane Geburt, 11 Tage vor ET
- Stillen von Anfang an problemlos
- zunächst gute kindliche Anpassung, ab 1. LW: exzessives Schreien



114

Fallbeispiel "Elijah"
Arbeits-hypothesen

Hypothesen der Eltern:

- Koliken

Arbeits-hypothesen der Beraterin:

- verunsicherte und überforderte Eltern, die alles richtig machen wollen
- wenig Vertrauen in ihre elterlichen Kompetenzen
- **Keine, „mir ins Gesicht springende“ Hypothese!**

115

Fallbeispiel "Elijah"
Verhaltens-
beobachtung:

Eltern:

- sehr freundlich, etwas hilflos, verunsichert
- im Kontakt mit dem Kind liebevoll, zugewandt
- nettes Paar, nehmen Unterstützung bereitwillig, offen und dankend an

Kind:

- auch etwas hilflos
- verloren, mit unruhig umher wandernden Blick
- **sehr süßes Baby**

116

Ziele und Interventionen

<p>Ziele</p> <p>Verstehen der Gefühle, die das Schreien von Elijah bei Eltern auslöst</p> <p>Psychoedukation: was kann man von einem 7 LW alten Säugling erwarten, was nicht?</p> <p>Entlastung für Mutter am Tag organisieren</p>	<p>Interventionen</p> <p>Gesprächsangebote, zuhören, Raum geben => war hilfreich</p> <p>Erklären, Wissen vermitteln => war hilfreich</p> <p>durch Unterstützung eigener Mutter => war NICHT erfolgreich</p>
---	--

117

Offenbarung nach Sichtung des Films:

- **Keine** Bestätigung von Gefühl nach dem ersten Kontakt
- Gibt es neue Erkenntnisse?
Ja!
- Lässt sich eventuell eine vorschnelle Hypothese verwerfen oder eher bestätigen?
Ja!

118

Ziele und Interventionen

<p>Ziele</p> <p>Interaktionsbeobachtung und Analyse zwischen Mutter und Kind</p> <p>Feinfühligkeitstraining mit Mutter</p> <p>Stärkung der Beziehung zwischen Mutter und Kind</p>	<p>Interventionen</p> <p>Videoanalyse => Mutter achtet nicht auf Feinzeichen des Kindes; unresponsives Verhalten</p> <p>„Babytalk“: Beobachten, Hinschauen, Interpretieren, Handeln, Reaktionen abwarten</p> <p>Positive Momente mit dem Kind Herausarbeiten und verstärken.</p>
--	---

119

PAUSE!

02.09.18

120




Ablauf des Seminars

- Theoretischer Überblick
=> gemeinsame Ausgangsbasis
- Besonderheit der ersten Stunde
=> Simulation/Reflexion
- Vorstellung Praxis-Fälle mit Filmbeispiel
=> Lernen durch Fallbeispiel
- **Eigene Fälle aus der Praxis vorstellen und bearbeiten**
=> **Analysieren, Verstehen, Interventions Schritte planen**

19.09.21 Mona Willike


121



Vorstellen und Bearbeiten eigener Fälle

19.09.21 Mona Willike

122



Fallberatung


Interdisziplinäre Heterogenität nutzen!

Bei verschiedenen Beratungshintergründen, Berufsgruppen, Beratungssettings:

- Was ist der kleinste gemeinsame Nenner?
- Was genau kann ich von den Ansätzen in meinem Beratungsalltag umsetzen?

19.09.21 Mona Willike

123




Kollegiale Fallberatung nach H. Raguse:

1 Behandler; 5-8 Berater

1. Behandler mit Fall und Fragestellung
2. Gruppe von Beratern klärt Nachfragen
3. „Ich-als-Phase“:
„Ich“ als Mutter, Vater, Kind, Behandlerin denke, fühle, erlebe, verstehe ...
4. Rückmeldung aus der Gruppe der Berater in Ich-Form: „Ich als Behandler werde ... tun“ (NICHT „würde“)
5. Behandler notiert und entscheidet, welche Handlungsoptionen zu ihr/ihm passen

19.09.21 Mona Willike

124



Offene Runde

Fallgeber, Gruppe, Leitung der Gruppe

1. Fall oder konkrete Situation/Problematik im Plenum vorstellen:
 - eigene Fragestellung, Schwierigkeiten zum Fall
 - Vorstellungsanlass und Fragestellung der Familie
 - Kurzanamnese
2. Freies Assoziieren zum Fall; persönliche Eindrücke, Ideen
3. Frage an Gruppe: was würde ich in diesem Fall tun und warum?
4. Frage an Behandler: Was passt gut? Was kann er/sie mit in die nächste Stunde nehmen?

19.09.21 Mona Willike

125



Fazit – Wie lernt man „Babytherapie“?



19.09.21 Mona Willike

126



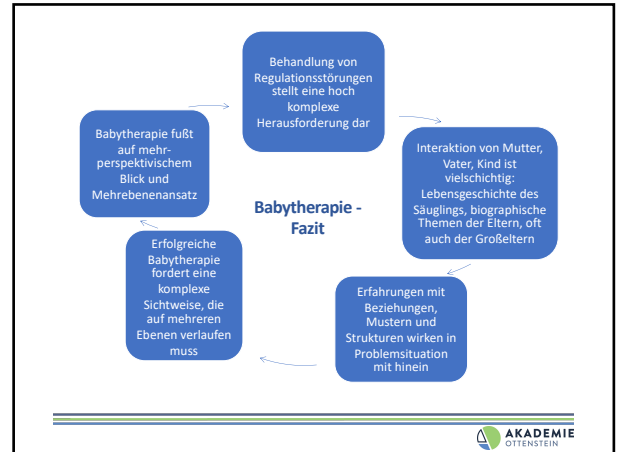

Fazit – Wie lernt man „Babytherapie“?

- ✓ Simulation/Rollenspiel
=> direkte Rückmeldung, Veränderungen einüben
- ✓ Vorstellung von Praxis-Fällen mit Filmbeispiel
=> Lernen am Fallbeispiel
- ✓ Hospitation
=> Lernen am Modell durch Beobachtung
- ✓ Fälle bearbeiten in Form von Intervention / Supervision
=> Reflektieren, Analysieren, Verstehen
- ✓ Selbsterfahrung
=> Reflektion des eigenen Handelns, Denkens, Fühlens, erkennen und verändern von unwirksamen Mustern

19.09.21 Mona Willike



127



128



Geschafft!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

19.09.21 Mona Willike



129

Literaturliste

Cierpka, M.H. (2014). Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Springer Verlag Berlin Heidelberg

Fries, M (2006). Unser Baby schreit Tag und Nacht. Hilfen für erschöpfte Eltern. Ernst Reinhardt Verlag München

Papousek, M., Schieche, M., und Wurmser, H. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Huber Verlag

Regulationsstörungen der frühen Kindheit, CD-basierte Fortbildung, Kinderstiftung München

Ziegehnain, U., Fries, M., Bütow, B., Derksen, B. (2006). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern

Chatoor, I.(2009). Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, Klett-Cotta-Verlag

R. H. Largo (2017) Babyjahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Lebensjahren. Piper Verlag

Seminarunterlagen von N.v. Hofacker, SKEPT-Fortbildung Köln 2015


Zero to Three (1999): Diagnostische Klassifikation: 0-3, Seelische Gesundheit u. entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Springer-Verlag

Benz, C. u. Jenni, O. (2016); "Schlafstörungen bei Kindern" aus: Kinderärztliche Praxis 87, Nr.2

Hermann, B. et al (2016); Kindesmisshandlung; Springer-Verlag

Otto, H. u. Keller, H (2013), „Bindung und Kultur“, nifbe-Themenheft Nr.1

19.09.21 Mona Willike



130



Fazit – Wie lernt man „Babytherapie“?



19.09.21 Mona Willike



131



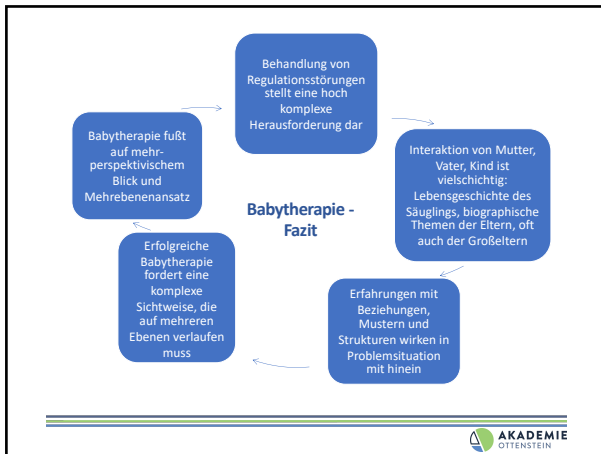
Fazit – Wie lernt man „Babytherapie“?

- ✓ Simulation/Rollenspiel
=> direkte Rückmeldung, Veränderungen einüben
- ✓ Vorstellung von Praxis-Fällen mit Filmbeispiel
=> Lernen am Fallbeispiel
- ✓ Hospitation
=> Lernen am Modell durch Beobachtung
- ✓ Fälle bearbeiten in Form von Intervention / Supervision
=> Reflektieren, Analysieren, Verstehen
- ✓ Selbsterfahrung
=> Reflektion des eigenen Handelns, Denkens, Fühlens, erkennen und verändern von unwirksamen Mustern

19.09.21 Mona Willike



132



133



134

Literaturliste

Cierpka, M.H. (2014). Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Fries, M (2006). Unser Baby schreit Tag und Nacht. Hilfen für erschöpfte Eltern. Ernst Reinhardt Verlag München

Papousek, M., Schlieche, M., und Wurmser, H. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehung. Huber Verlag

Regulationsstörungen der frühen Kindheit, CD-basierte Fortbildung, Kinderstiftung München

Ziegehnain, U., Fries, M., Bütow, B., Derksen, B. (2006). Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern

Chatoor, I.(2009). Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, Klett-Cotta-Verlag

R. H. Largo (2017) Babyjahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Lebensjahren. Piper Verlag

Seminarunterlagen von N.v. Hofacker, SKEPT-Fortbildung Köln 2015

Zero to Three (1999): Diagnostische Klassifikation: 0-3, Seelische Gesundheit u. entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Springer-Verlag

Benz, C. u. Jenni, O. (2016); "Schlafstörungen bei Kindern" aus: Kinderärztliche Praxis 87, Nr.2

Hermann, B. et al (2016); Kindesmisshandlung; Springer-Verlag

Otto, H. u. Keller, H (2013), „Bindung und Kultur“, nifbe-Themenheft Nr.1

19.09.21 Mona Willike

AKADEMIE OTTENSTEIN

135