

Persönliche PDF-Datei für Dotzauer D.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

NOTSET

Hebamme

2023

47-57

10.1055/a-2135-0173

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Hebamme* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0932-8122

Frühkindliche Regulationsstörung – bedürfnisorientierte Betreuung im Wochenbett

Daniela Dotzauer

Frühkindliche Regulationsstörungen betreffen jede vierte bis fünfte Familie und sind ein wichtiges Beratungsthema. Sie äußern sich phasentypisch in Schrei-, Schlaf-, Fütter- oder Verhaltensproblemen. Je nach Ausmaß kann dies eine Familie schwer belasten, die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigen, zu Überforderungssituationen oder Krisen führen. Persistierende Regulationsstörungen können in Entwicklungsdefiziten und späteren Verhaltensauffälligkeiten resultieren. Die Autorin vermittelt anschaulich, wie Sie Eltern adäquat beraten – von der frühkindlichen Regulationsproblematik über die Schnittstelle zum altersgemäßem Säuglingsschlaf bis ins zweite Lebensjahr.



► **Abb. 1** Der Tag-Nacht-Rhythmus etabliert sich in den ersten 8 Lebenswochen. Tagsüber bekommt das Baby regelmäßig Nahrung und elterliche Zuwendung. Nachts wird es nur bei Bedarf gestillt, möglichst nicht gewickelt und nicht umhergetragen. Tageslicht morgens und Dunkelheit abends sowie wiederkehrende Routinen dienen als äußere Taktgeber. © globalmoments/stock.adobe.com. Stock photo – posed by models

DEFINITION

Unter **Frühkindlicher Regulationsstörung** versteht man die außergewöhnliche Schwierigkeit eines Säuglings, sein Verhalten in einem oder mehreren Interaktionskontexten angemessen zu regulieren. Untrennbar damit verbunden ist die elterliche Unterstützung.

Frühkindliche Regulationsstörung – eine Symptomtrias

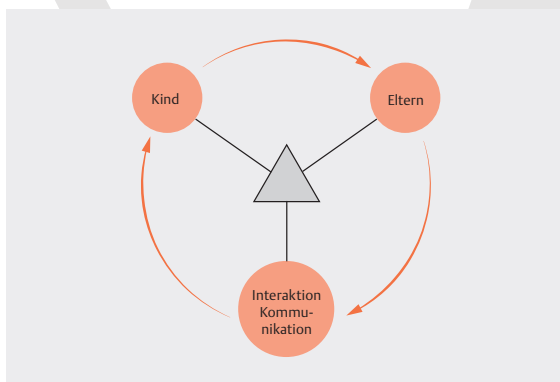
So betrifft diese Diagnose nicht nur das Kind, sondern sie bezieht die Eltern und deren Verhalten mit ein. Nicht eine Person ist Träger einer Störung, sondern bedeutsam ist das Zusammenspiel der drei beteiligten Faktoren, die Symptomtrias: Kind – Eltern und die Eltern-Kind-Interaktion. „Es wurde ein neuartiger Patient geschaffen: die Eltern-Kind-Beziehung“ [9] (► **Abb. 2**).

Beim exzessiven Schreien, wenn das Verhalten der Eltern das Baby nicht beruhigt und es über Stunden eskalativ schreit, fühlen sich die Eltern hilflos und in ihrer Elternrolle erschüttert. Trotz maximalen Bemühens entgleist ihr Kind zunehmend, es ist in seiner Erregung nicht mehr erreichbar und bei gleichzeitiger Dekompensation der Eltern kommt es zum sog. „Teufelskreis der eskalierenden Erregung“ [7]. Ein häufiges und längeres Anhalten dieser Situationen belastet die Eltern-Kind-Beziehung. Es kann zur Eskalation kommen und im Extremfall zur Misshandlung.

Ursachen von Regulationsstörungen

Das **Kind** bringt seine genetischen Anlagen mit und kommt mit einer physiologischen Unreife auf die Welt. Es hat sein typisches Temperament und unterschiedlich angelegte Fähigkeiten zur Selbstregulation.

Die **Eltern** haben ihre eigene „Genetik“ (Temperament, Ängste, Unsicherheit) sowie ihre Herkunftserfahrungen (eigene Kindheit, Konflikte, Verlust- und Trennungserlebnisse).



► **Abb. 2** Symptomtrias nach Papoušek et al. (1995) [8].

Es spielen auch die Erwartungen, die aktuelle Lebenssituation (psychosoziale Belastungen, Paarprobleme, Erkrankungen, Isolation, sozioökonomische Probleme), eigene Ressourcen, sowie die eigenen Beziehungs-/Bindungsmuster eine wichtige Rolle.

Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben

Ab der Geburt stellen sich dem Säugling und seinen Eltern die verschiedensten Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben. Der Säugling erlebt sich selbst und seine Bezugspersonen. Er erfährt das „Miteinander“, entdeckt Tag und Nacht, Nahrung und Verdauung, die Schwerkraft, Halt und Haltlosigkeit, Kälte und Wärme, Schlafen und Wachen, Aufregung und Beruhigung. Dabei helfen ihm seine angeborenen Verhaltensbereitschaften und seine Selbstregulationsfähigkeit. Den Eltern helfen ihre ebenfalls angeborenen intuitiven elterlichen Kompetenzen [9].

Alle Eltern müssen sich erst auf ihr unreifes Gegenüber einstellen, also das Baby kennenlernen und zu lesen lernen. Dabei kommt es naturgegeben immer wieder zu alltäglichen Schwierigkeiten in der gemeinsamen Abstimmung, zu ganz normalen kleinen Krisen, die künftig immer besser gemeistert werden.

Frühkindliche Regulationsstörungen

Frühkindliche Regulationsstörungen lassen sich als Extremvarianten in der Bewältigung alterstypischer Krisen betrachten. Werden die kommunikativen Signale beider Seiten über längere Zeit fehlgedeutet und bestehen darüber hinaus entsprechende Belastungsfaktoren, kann dadurch die gemeinsame Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben verhindert werden [2]. „So kommt es fast regelmäßig zu Beeinträchtigungen der kindlichen Selbstregulation und der Eltern Kind Beziehung“ [1].

CHECKLISTE

Das zählt zur frühkindlichen Regulationsstörung
Zur dieser Diagnose gehören verschiedene phasentypische Störungsbilder:

- **Exzessives Schreien:** Probleme mit dem Übergang von Aufregung zur Beruhigung
- **Schlafstörung:** Probleme mit dem Schlaf-Wach-Übergang
- **Fütterstörung:** gestörte Interaktion bei der Nahrungsaufnahme
- **Verhaltensstörung:** hohes Aktivitätsniveau, Schwierigkeiten bzgl. Aufmerksamkeit, Nähe-Distanz- und Autonomieprobleme

Frühe Kommunikation

Babys fragen – Eltern antworten: Damit „Lebensanfänger“ sich selbst kennenlernen und lernen ihre Befindlichkeiten richtig einzusortieren, ist es wichtig, dass Eltern passende Verhaltensantworten finden. Je feinfühlicher und passender diese Antworten sind, desto fester bindet sich das Kind an die Eltern. Kleine Säuglinge wissen primär nicht, was ihnen fehlt, und sie fühlen sich erst einmal „diffus komisch“ [1] (► **Abb. 3**).

Verschiedenste Bedürfnisse können dahinterstecken und mit unterschiedlichen elterlichen Verhaltensangeboten beantwortet werden (► **Abb. 4**).

Richtige Verhaltensantworten befriedigen ein bestehendes Bedürfnis und lehren die Kinder die entsprechenden Zusammenhänge, sie stützen damit die Eigenregulation des Kindes und stärken die Eltern-Kind-Bindung (► **Abb. 5**).

Eltern, die nach Versuch und Irrtum verschiedenste Maßnahmen ausprobieren, bemühen sich sehr, aber häufig gerät dabei der Zeitverlauf aus dem Fokus. Je länger ein kleiner Säugling wach bleibt, desto aufgeregter wird er, schreit, bis er in seiner Erregung nicht mehr erreichbar ist. Dann erlebt er eine Vielfalt von Beruhigungsstrategien, doch zu keiner kann er eine positive Verknüpfung herstellen. Das Geheimnis der Beruhigung bleibt für das Baby unergründlich und Eigenregulation ist in diesem Zustand unmöglich. Damit die frühe Kommunikation zwischen Eltern und Kind gut und zunehmend besser gelingt, ist es sinnvoll die Wahrnehmungsfähigkeit der Eltern für ihr Kind zu stärken (► **Abb. 6**).

Wahrnehmungsfähigkeit der Eltern fürs Kind stärken

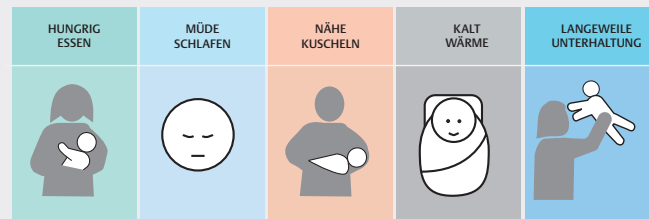
Idealerweise nutzen beide Eltern die Zeit des Wochenbettes, um ihr Baby genau kennenzulernen. Anfangs ist es nicht immer leicht, die Signale des Babys zu verstehen. Dann ist es hilfreich, wenn **Hebammen den Eltern beim Babyleben helfen**.

Die Eltern und insbesondere auch Väter sollten von Anfang an ermutigt und befähigt werden, sich auf diese frühe Kommunikation einzulassen. Wenn Eltern ihr Kind genau beobachten, sich einfühlen und gleichzeitig Bescheid wissen über die altersspezifischen Eigenheiten und die Unterschiedlichkeit der Bedürfnislagen, werden sie herausfinden, welche Signale zu welchen Bedürfnissen gehören und welche Unterstützung das Baby erfolgreich *co-reguliert*.

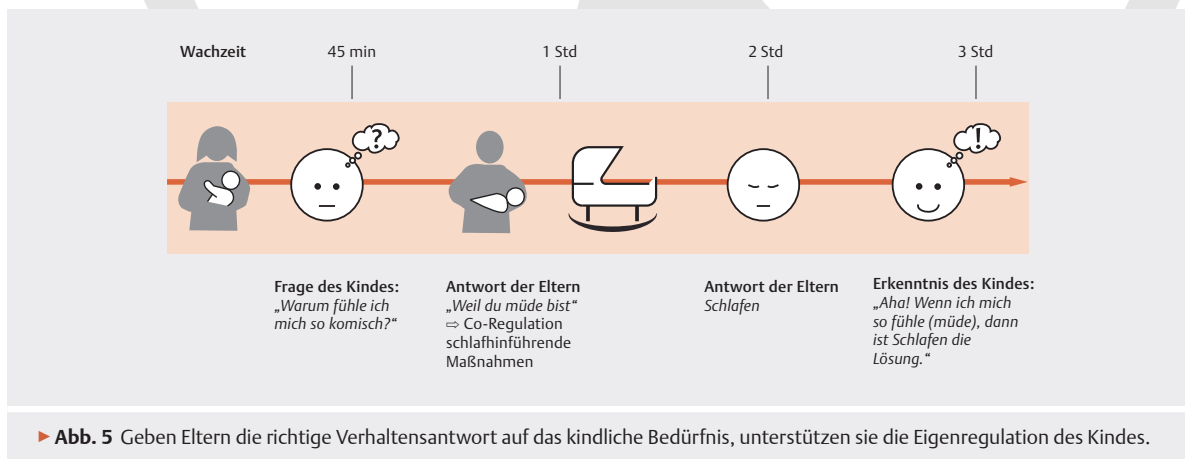
Was ist der Unterschied zu Hunger oder dem Wunsch nach Nähe? Wie kündigt sich Übermüdung an? Wie kann man Wohlgefühl vermitteln? Und die Frage aller Fragen: Wie kann sich das Baby entspannen? Natürlich beim Stillen, aber was tun, wenn es sich dabei eher aufregt? Was, wenn es überhaupt nicht gestillt wird? Und was tun als Vater, für den Stillen keine Option ist? Auf die *Frage aller Fragen* können durchaus auch Väter eine Antwort haben und diese kann unabhängig von der Nahrungsaufnahme sein.

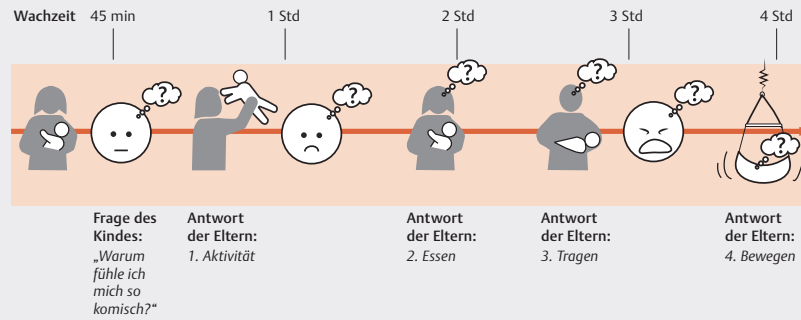


► **Abb. 3** Die ersten Befindlichkeitsäußerungen des Kindes sind diffus.



► **Abb. 4** Je nach Bedürfnis des Kindes können Eltern ein Angebot machen.





► **Abb. 6** Bieten Eltern zu viele Beruhigungsstrategien nacheinander an, fällt es dem Säugling schwer, eine positive Verknüpfung herzustellen und sich selbst zu regulieren.

► **Tab. 1** Stimmungs-Check.

Welche Stimmung ist beim Baby zu beobachten?		Das können Eltern tun
Baby zufrieden	→	Genießen, auf die Uhr schauen für Überblick
Baby leicht irritiert	→	Nähe geben, beruhigende Stimme, Baby erreichen, Reize zurückfahren
Baby gereizt	→	Unterstützung deutlich signalisieren, deutlichen Halt geben, Reize deutlich zurückfahren

Durch **Singen und Wiegen**, können Eltern ihr Kind ebenso erreichen, so werden seit Jahrtausenden Babys beruhigt. Durch eine ruhige, **elterliche Entspannungsbotschaft**: LEISE- LANGSAM – LANGWEILIG, ohne Blickkontakt von Herz zu Herz, in Verbindung mit **sanften Bewegungsimpulsen** und **sicherem Halt** wird zugewandte Nähe und Sicherheit vermittelt. Das Beruhigen gelingt dann leicht, wenn das Kind noch nicht aufgeregt ist, daher ist frühzeitiges Handeln wichtig. Bester Rat:

Merke
Der Aufregung zuvorkommen!
0–3 Monate: 1 Stunde wach reicht!

Beobachtungsaufgaben

Durch Beobachtung der kindlichen Signale können Eltern die Sprache ihres Babys verstehen lernen. Hebammen können dabei wertvolle Übersetzungsarbeit leisten (► **Tab. 1**).

CHECKLISTE

Welche Babysignale sind wahrnehmbar?

Gestik: Entspannte Hände oder Fäustchen, Hände gehen zum Mund. Wird daran gesaugt? Oder unkoordiniertes Auf und Abzappeln?

Mimik: Augen auf? Wohin geht der Blick? Blickzu- oder abwendung? Was macht der Mund? Gesicht entspannt oder verkniffen?

Motorik: Ist Baby ruhig? Macht es schraubende, rudernde Bewegungen der Arme und Beine? Häufiger Moro-Reflex?

Laute: Sind zufriedene Gurr-Laute oder angestregtes Atmen vernehmbar? Quengelt es mit Pausen? Oder andauerndes Quengeln? Schreien oder schrilles Schreien?

CHECKLISTE

Müdigkeitssignale des Kindes

Frühe Zeichen: Blickabwendung (Desinteresse), Baby wird ruhiger, langsamer, starrer Blick, glasiger Blick, wird rot um die Augen

Späte Zeichen: Gähnen, Augenreiben, Quengeln, Weinen, schrille Töne, hektische Atmung, zunehmende motorische Unruhe, Zappeln, Fäustchen, ist frustriert an Brust oder Flasche

Übermüdungszeichen: schreit höchst unzufrieden bis hysterisch, motorisch unruhig, dauernd in Bewegung, hohe Körperspannung, Überstreckungsneigung, Brust/Flaschenverweigerung

Babysignale

Wichtig ist es, einzelne Babysignale nicht isoliert und uniform zu beantworten, also beispielsweise nicht grundsätzlich mit Stillen, sondern stattdessen diese Signale in den zeitlichen Zusammenhang des Tagesablaufs zu setzen. Nicht jede Lautäußerung oder jedes Saugen an den Händ-

chen heißt, dass großer Hunger herrscht, es kann auch heißen: „Ich bin aufgeregt und brauche dringend Unterstützung zum Einschlafen.“ Das sind unterschiedliche Bedürfnisse und sie erfordern einen anderen Umgang. Mit dem entsprechenden Wissen (z. B. eine Stunde wach reicht) können Eltern differenzierter damit umgehen.

Das müde und satte Kind wird beruhigt und nicht zum Essen motiviert. Wird dieser Unterschied nicht gemacht, liefert die „Universallösung – Stillen“ in jedem Fall Nahrung und Nähe, manchmal bringt sie nebenbei den Schlaf. Aber dabei erfahren die Beteiligten nicht, wie Beruhigung und Entspannung ohne Saugen und Schlucken gelingen kann. Das ist anfangs für die Mutter kein Problem. Was aber, wenn Monate später – teilweise jahrelang – der nächtliche Weiterschlafservice immer noch alle ein bis zwei Stunden angefragt wird und der Vater keine Chance hat?

Väter mit an Bord!

Wenn das Baby längere Zeit ausschließlich beim Stillen einschläft, wird es den Vater beim Einschlafen als nicht hilfreich erleben und ablehnen. Das bleibt dann häufig so bis zum Abstillen. Dann soll Beruhigung plötzlich anders gelingen, was beim Kind auf Unverständnis trifft und die Aufregung darüber verhindert das Einschlafen – alle sind wach und überfordert. Das müsste so nicht sein, wenn die Väter von Anfang an „mit an Bord“ sind und sich alle Beteiligten dem Thema Beruhigung in differenzierter Art und Weise widmen.

Exzessives Schreien

Fallbeispiel:



► Abb. 7 Fallbeispiel

Frieda ist 6 Wochen alt und ihre Eltern sind bereits sehr verzweifelt. Sie will gehalten, getragen und bewegt werden. Sie kann nicht entspannen in ihrem eigenen Körper, der ständig zappelt, erschrickt, die Arme hochreißt und schreit. „Wir wissen uns nicht mehr zu helfen – Frieda ist ständig wach, sie schläft nur ganz kurz auf dem Arm oder an der Brust, aber das Ablegen ist unmöglich. Sie schreit teilweise über Stunden, insbesondere abends“. So gibt es kaum gute Zustände berichtet die Mutter. Wenn

Frieda nicht schläft oder an der Brust trinkt, schreit sie. „Diese Tage mit dem schreienden und unzufriedenen Baby machen mich unglücklich. Wir sind bereits nach den ersten Wochen am Rande unserer Kräfte und haben uns die erste Zeit mit Baby ganz anders vorgestellt.“

Frieda ist hellwach, reizoffen, gleichzeitig sehr lärmempfindlich und sie braucht extrem viel Unterstützung, um zur Ruhe zu kommen. Sie schläft wenig, ist ihren Befindlichkeiten ausgeliefert und häufig zu müde, um richtig zu trinken, und zu hungrig, um lange und tief zu schlafen. Diese unruhigen, schlecht einschlafenden, lange wach gebliebenen Babys schreien. Und ihre Eltern verzweifeln, sind unsicher und suchen Hilfe.

DEFINITION

Exzessives Schreien

Beim exzessiven Schreien handelt es sich um Episoden chronischer Unruhe mit anfallsartigen, mehrstündigen Schreien [5].

Diese Symptomatik unterliegt einem spezifischen Muster:

1. Es beginnt klassisch in der 2. Lebenswoche, hat seinen Gipfel in der 6. Woche und klingt bis zum 3. Monat ab. Es kann allerdings auch darüber hinaus persistieren.
2. Typischerweise treten die Schreiphasen vorwiegend in den Abendstunden auf.
3. Normale Beruhigungshilfen sind unwirksam. Das führt zu intensivierten Beruhigungsversuchen wie heftigen, andauernden Bewegungsreizen, Dauerwachzuständen, häufigen und protrahierten Still- und Fütterphasen sowie akustischer Ablenkung.
4. Dabei kommt es zu einem ausgeprägten Schlafdefizit mit entsprechender Übermüdung, großen Einschlafproblemen, kurzen Tagschlafphasen, häufigem Erwachen, langen Tageswachzeiten sowie einem daraus resultierenden verminderten Gesamtschlaf. [2, 13]

Exzessives Schreien – Verlauf

- In 60 % der Fälle sistiert die Schreisyndromatik mit dem Reifungsschub im 3. Lebensmonat.
- In 40 % der Fälle weitet sich die Regulationsproblematik auf andere Entwicklungsbereiche aus (Schlaf-, Fütter- oder Verhaltensprobleme).
- Bei jedem 5. exzessiv schreienden Säugling persistiert die Symptomatik über den 3.-4. Monat hinaus [9].

Dreimonatskolik – ein überholter Begriff

Der Begriff *Dreimonatskolik* ist inzwischen überholt und sollte nicht mehr verwendet werden. Verschiedene Studien zeigen, dass mangelnde Regulationsfähigkeit zu Schrei-

en führt, dass dadurch Luft geschluckt wird und dass erst nach der Schreiepisode ein erhöhter Darmgasgehalt besteht. Der vorliegende Blähbauch ist also nicht die Ursache, sondern die Folge des unstillbaren Schreiens [10]. Gastrointestinale Ursachen konnten nur in 5 % der Fälle als alleinige Ursache für exzessives Schreien gefunden werden [4].

Was noch dahinterstecken kann

Es müssen organische Ursachen für die Schreisympomatik kinderärztlich ausgeschlossen werden. Dazu gehören neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen, gastroösophagealer Reflux, funktionelle Störungen der Wirbelsäule, atopische Hauterkrankungen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Infekte.

Auch dem Thema Hunger ist manchmal gar nicht so leicht auf die Spur zu kommen. Zumal man die junge Mutter nicht durch häufiges Wiegen verunsichern will. Dennoch ist es erforderlich, neben einer ausführlichen Stillberatung auch auf eine ausreichende Gewichtszunahme zu achten, denn ein hungriges Kind kann sich noch weniger regulieren und alle Bemühungen rund um Entspannung und Babyschlaf laufen ins Leere.

In 10–15% der Fälle liegt eine postpartale Depression der Mutter vor, die nicht nur die Anfangszeit schwer belasten kann.

Schnittstelle: Regulationsproblem –Säuglingsschlaf

Der Zusammenhang des exzessiven Schreiens mit gestörtem Schlafverhalten ist durch Studien [13] und zahlreiche klinische Beobachtungen [11] belegt. Das Ausmaß kindlicher Schrei- und Unruhephasen hängt mit dem Ausmaß des relativen Schlafdefizits zusammen. Ein regulationsschwieriges kleines Baby – wie Frieda aus o.g. Beispiel – ist durch die langanhaltenden

Unruhe- und Schreizustände daueraufgeregt und dauerwach. Sie sammelt somit über den Tag ein Schlafdefizit an, das ihren Erregungszustand immer mehr verschärft. Stresshormone steigen und normale Beruhigungsstrategien greifen nicht mehr. Es schläft aus Erschöpfung ein und schläft insgesamt viel zu wenig. Diese beeinträchtigte Schlaf-Wach-Regulation ist ein wichtiger Ansatzpunkt in der Beratung.

Babyschlaf

Was ist typisch für den Schlaf der Säuglinge?

Erhöhter Schlafbedarf

Säuglinge brauchen mehr Schlaf und wachen häufiger auf. Der Schlafbedarf ist alters- bzw. reifeabhängig und gleichzeitig individuell unterschiedlich sowie biologisch vorgegeben [6]. Wieviel Schlaf ein Kind braucht, lässt sich an der Tagesbefindlichkeit feststellen. Es soll „gut durch den Tag kommen“. Das bedeutet, dass es neben Essen und Schlafen gut gelaunte Interaktionen, zufriedenes Lautieren und positive aufmerksame Wachzustände geben sollte, in denen das Kind – auch ohne Unterstützung von außen – gut zurechtkommt.

Je älter ein Kind wird, desto länger kann es tagsüber wach bleiben und umso weniger Tagschläfchen sind notwendig. Der Nachtschlaf ändert sich kaum. ► **Abb. 8** zeigt den ungefähren altersgemäßen Schlaf im ersten Lebensjahr.

Müdigkeit führt zu Erregung – nicht zur Schlafbereitschaft

Das kleine Baby weiß primär noch nicht, wie sich der Zustand „müde“ anfühlt und auch nicht, dass Schlafen die Lösung wäre. Es passiert einfach. Aber eben nicht immer. Ein sattes Baby fühlt sich irgendwann „diffus unwohl“ (MÜDE) und adressiert sich an seine Eltern, es schreit –



► **Abb. 8** Anhaltspunkt für den ungefähren Schlafbedarf eines Säuglings im ersten Lebensjahr.

► **Tab. 2** Altersgerechte Wachzeiten im ersten Lebensjahr.

Lebensalter des Babys	Altersgerechte Wachzeit
0.–3. Monat	1–2 Stunden
4.–5. Monat	1,5–2,5 Stunden
6.–7. Monat	2–3 Stunden
8.–10. Monat	3–4 Stunden
11.–13. Monat	4–6 Stunden

damit rückt aber gleichzeitig die Lösung: EINSCHLAFEN in die Ferne, denn ein schreiendes erregtes Kind muss erst erfolgreich beruhigt werden, bevor es einschlafen kann. Die Schlafbereitschaft ist daher ein wichtiger Zustand, für den die Eltern zuständig sind.

Merke

Frühzeitig „runterkuscheln“ und das Müdigkeitsschreien vermeiden!

Altersgerechte Wachzeiten

Um Übermüdung und Aufregung zu vermeiden, ist es notwendig, altersgemäße Wachzeiten zwischen den Tag-schläpfchen zu beachten. Schließlich braucht ein unreifes Gehirn immer wieder ein „Reset“ (► **Tab. 2**).

Zurück zum Fallbeispiel: Die Eltern der kleinen Frieda sind völlig überrascht und berichten von mehrstündigen Wachphasen. Der zunehmenden Unruhe begegnen sie mit Ablenkung oder Stillversuchen, was Frieda oft nicht beruhigt. Sie ist ja auch nicht hungrig, sondern müde. Mit zunehmender Wachzeit steigert sich Frieda immer mehr in die Erregung, ist unzugänglich für jede Art von Beruhigung. Liegt sie in der elektrischen Federwiege, kämpft diese mit heftigem Impuls gegen das Schreien an.

Die innere Uhr muss sich erst stellen

Ein Neugeborenes muss sich erst an den Rhythmus von Tag und Nacht und an den 24-Stunden-Wechsel anpassen. Wichtige Parameter dazu sind Tageslicht, Sozialkontakte und Interaktionen, regelmäßige Nahrungsaufnahme und Geräusche. Im Laufe der ersten 8 Wochen etabliert sich der Tag-Nacht-Rhythmus. Optimalerweise unterstützen Eltern ihre Kinder bei dieser Lernaufgabe, sodass die Babys verstehen, wie Tag und wie Nacht funktionieren.

Merke

Der Tag-Nacht-Rhythmus etabliert sich in den ersten 8 Wochen.

Am Tag ist es hell, es gibt Alltagsgeräusche, das Baby ist immer wieder wach, hat altersgemäße Tagschläpfchen, es bekommt regelmäßige Nahrung und jede Menge elterliche

Zuwendung. **In der Nacht** ist es dunkel, leise und langweilig. Es wird nur bei Hunger gestillt, möglichst nicht gewickelt, es gibt kein Licht (insbesondere kein blaues Bildschirmlicht), kein Umhertragen und wenig Ansprache (*Minimal handling*).

Merke

Schlafstörungen vorbeugen: Babys sollten morgens Tageslicht und abends Dunkelheit sowie wiederkehrend verlässliche Routinen als äußere Zeitgeber erleben. Nachts: Handy und Bildschirm aus!

Aktiver Schlaf und Schlafphasen

Die Schlafentwicklung hängt direkt mit der Hirnreifung zusammen. Schlaf erscheint als körperlicher Ruhezustand, es ist allerdings eine komplexe Leistung des noch unreifen Gehirns mit wichtigen neuronalen Prozessen. Es wird zwischen aktivem **REM-Schlaf** (*Rapid Eye Movement* = Leichtschlaf) und ruhigem **NON-REM-Schlaf** (Tiefschlaf) sowie Zwischenzuständen unterschieden. In den ersten Monaten besteht insbesondere tagsüber ein sehr hoher Anteil an REM-Leichtschlaf. Das erklärt auch den oberflächlichen, störanfälligen Schlaf, aus dem junge Säuglinge immer wieder aufschrecken.

Merke

Achtsamer Umgang mit Säuglingsschlaf 0–3 Monate: Im Zweifelsfall: weiterschlafen lassen. Nicht sinnlos wecken. Nicht wachhalten!

Mit zunehmender Hirnreifung kommt es zu mehr geordneten Schlafzyklen, die jedoch deutlich kürzer sind als beim Erwachsenen. Bei jedem Übergang der verschiedenen Schlafphasen, d. h. wann immer sich die Schlaftiefe verändert, kommt es zu einem kurzen Zwischenerwachen. Ob dann der Säugling weiterschläft oder wach ist, hängt oft von den Eltern ab. Dies sind wichtige Momente, für die wir in der Beratung die Eltern sensibilisieren können.

Wichtig ist das Lehren des Weiterschlafens.

Merke

„Weiterschlafsprache“ verstehen: Mit ruhiger Stimme sprechen, „schschsch ...“, Hand auflegen, ein Lagewechsel „bitte wenden“, sanft auf Popo klopfen, schuckeln ... Schlafatmosphäre aufrechterhalten. Hochnehmen, falls nötig.

Wenn ein kleines Baby nach kurzem Schläpfchen, nach wenigen Minuten (z. B. 5–20 min) wieder erwacht, ist es noch nicht ausgeschlafen, sondern es handelt sich um ein Zwischenerwachen. Erst bei Verlängerung dieser Kurzschläpfchen kommt es zu erholsameren Tiefschlafphasen.

Herzenszeit
Dr. Daniela Dotzauer

Schlafprotokoll

Name des Kindes _____ Alter des Kindes _____

Datum/Uhrzeit	6.00	7.00	8.00	9.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00	21.00	22.00	23.00	24.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00

Schlafphase — Schreiphase ~ Essen/Stillen/Flasche ● www.dr-dotzauer.de

► **Abb. 9** Das 24-Stunden-Schlafprotokoll vermittelt Eltern und Beratenden die Lebensrealität der Familie. Originaldatei zum Download unter: <https://dr-dotzauer.de/wp-content/uploads/2022/04/Schlafprotokoll.pdf>

Merke

**Zwischenerwachen:
Schlafatmosphäre aufrecht erhalten durch
„Weiterschlafrsprache“.**

Arousal und Aufwachverhalten

Der Schlafmediziner und Kinderarzt Alfred Wiater schreibt zum Aufwachverhalten bei Säuglingen: Diese Weckreaktionen „sind Ausdruck des instabilen Schlafverlaufs im frühen Kindesalter. Betrachtet man das Arousal- und Aufwachverhalten bei Säuglingen im Zusammenhang mit der relativ kurzen Schlafzyklusdauer und den häufigen mit Träumen einhergehenden REM-Schlafphasen, so ist nachvollziehbar, dass Säuglinge sich aus dem Schlaf heraus häufiger artikulieren. Wenn Eltern darauf stets mit Hochnehmen und Stillen reagieren, führt das zu einer unnötigen Unterbrechung physiologischer Schlafabläufe, beeinträchtigt den Erholungswert des Schlafes, kann regelmäßiges wiederholtes Aufwachen aus dem Schlaf konditionieren und damit Schlafstörungen bahnen“ [12].

EXKURS

Jeder kennt halbjährige Babys, die nachts alle 2 Stunden aufwachen und tags nur noch 30 Minuten schlafen. Das ist physiologisch im 4–6 Monat der Fall und damit müssen alle umzugehen lernen. Das Baby, die Eltern und auch die Beratenden. Nachts führt der Schlafphasenwechsel ca. alle 2 Stunden zu regelmäßigem nächtlichem Erwachen. Besteht die Einschlaßassoziation „Trinken“ wird beim Erwachen schnell gestillt, primär nicht wegen Hungers, sondern um das Weiterschlafen mühelos zu erreichen. Damit verteilen sich die Kalorien auf 24 Stunden. Dieser Zustand ist nur mühsam zu verändern. Ich empfehle, nicht bei jeder Lautäußerung zu stillen, sondern die „Weiterschlafrsprache“ zu üben. Wenn Babys dies schon von Anfang an kennen, ist das häufige Erwachen im Alter von 6 Monaten kein Problem.

Bedürfnisorientierte Beratung

Das Ziel der Beratung sollte es sein, das Kind sowie die Eltern in ihren eigenen und auch gemeinsamen Kompetenzen zu stärken, die elterliche Feinfühligkeit zu fördern und

damit die Eltern-Kind-Kommunikation zu unterstützen [2]. Wichtig ist es, individuelle Lösungen zu finden, die zu Eltern und Kind passen. Und das stellt die Beratenden vor besondere Herausforderungen.

Schlafprotokoll – ein wichtiges Beratungstool

Um Eltern zielführend zum Schlafverhalten ihrer Kinder beraten zu können, braucht es einen objektiven Überblick bezüglich der aktuellen Schlafsituation. Dazu ist es sinnvoll, das Schlaf- und Wachverhalten sowie die Befindlichkeiten des Kindes grafisch in einen zeitlichen Zusammenhang zu setzen und über einige Tage ein 24-Stunden-Schlafprotokoll zu führen (► **Abb. 9**).

Es ist oft gar nicht so einfach, zu entscheiden, ob das Baby trinkt, schläft oder wach ist. Gleichzeitig ist das Bewusstmachen dessen der erste Schritt zu einer möglichen Veränderung. Aufgezeichnet werden die Dauer und die Anzahl der Schläfchen, die Dauer der Wachzeiten und der Schreiepisoden, die Verteilung der Mahlzeiten, der Verlauf der Nacht und der Gesamtschlaf. Dieser Einblick in die erlebte Realität der Familie ist für Eltern und Beratende gleichermaßen wertvoll. Damit kann gemeinsam ein altersgerechter Tagesablauf und können gegebenenfalls nötige Veränderungen erarbeitet werden.

Altersentsprechendes Schlafverhalten

Eine altersgemäße Tagesstruktur mit ähnlichen Bettgehzeiten (abends) und Aufwachzeiten (morgens), sowie altersgerechten Wachzeiten zwischen den Tagschläfchen sind hilfreich. Der Nachtschlaf beträgt ca. 10–11 Stunden (► **Tab. 3**).

Wenn auf altersgemäße Wachzeiten geachtet wird und die Eltern der Erregung zuvorkommen, d. h. wenn es noch nicht zur Stresshormonausschüttung gekommen ist, findet das Baby deutlich einfacher den Weg zur Entspannung und zum Einschlafen. Der **Tagschlaf** ist grundsätzlich in diesem Alter eine „störanfällige Angelegenheit“ mit häufigem **Zwischenerwachen** aus dem Leichtschlaf. Kurze Schläfchen unter 30 Minuten sind nicht ausreichend erholend und sollten verlängert werden. Tipp: Die Schlafstimmung möglichst aufrechterhalten und das **Weiterschlafen** ermöglichen (siehe Weiterschlafsprache). Die **Tagschlafphasen** sind altersabhängig und bewegen sich zwischen 45–180 Minuten.

Einschlafroutine: singen und wiegen

Einschlafen: Mit gleichförmigen Abläufen – bestehend aus Reizreduktion (abdunkeln) und beruhigenden, schlafhinführenden Maßnahmen – kann Schlafstimmung vermittelt werden. Dazu sollten Eltern zunächst einmal selbst entspannt sein, um ihre Entspannungsbotschaft: **leise-langsam-langweilig**, auf ihr Kind übertragen zu können. An dieser Stelle wird es regelhaft schwierig. Eltern und Kind erreichen sich oft nicht im Beruhigungskontext und dann müssen zunehmend heftigere Bewegungsreize helfen. Eltern sollten wissen, dass eine günstige Ausgangssituation

► **Tab. 3** Tabelle altersgemäßes Schlafen

Alter	Tagschlaf	Wachzeit	Nachtschlaf	Gesamtschlaf
Neugeborenes	4 × 1–3 Std	5 × 30–60 min	ca. 10 Std	16–20 Std
3 Wochen	4 × 1–3 Std	5 × 45–70 min	ca. 10,5 Std	16–18 Std
6 Wochen	4 × 1–3 Std	5 × 55–80 min	ca. 10,5 Std	15–17 Std
3 Monate	3–4 × 1–2 Std	5 × 60–90 min	ca. 11 Std	14–16 Std

Morgens sind die Wachzeiten meist kürzer als abends.

(**satt, müde und ruhig**) darüber entscheidet, ob das Baby einschlafet oder nicht. Daher lieber zu einem frühen Zeitpunkt (**wach, aber noch nicht aufgeregt**) das Baby mit einer immer gleichen Routine auf den Schlaf einstimmen, eben „runterkuscheln“. Natürlich kann das Kind auch an der Brust einschlafen, es sollte aber dabei satt geworden und nicht vorzeitig weggeschlafen sein.

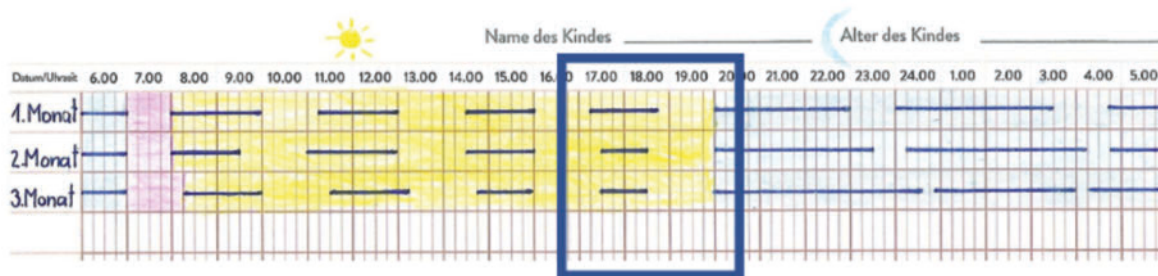
Einschlafhilfen

Reizreduktion

Wichtig zum Einschlafen ist es, die Reize des Tages weniger werden zu lassen. Bei bestehenden Einschlafproblemen sollte **abgedunkelt** werden: Alles wird dunkler, ruhiger, sanfter, uninteressanter. Es gibt keinen Blickkontakt mehr und das Drehen in die Ellenbeuge wirkt oft Wunder. Das **Tragen**, sanftes **Bewegen**, das **Gehaltensein**, die sanfte **Stimme der Eltern** und das **ruhige Miteinander** sind wohl die allgemein bekannten, aber manchmal in Vergessenheit geratenen Einschlafhilfen. Diese unterstützenden Maßnahmen fruchten meist nur beim ruhigen, aufnahmefähigen Kind. So landen heute viele unruhige und schreiende Babys – wie Frieda – in „Beruhigungsmaschinen“. Weitaus kind- und beziehungsorientierter ist das **Tragen durch Eltern in der Tragehilfe oder dem Tragetuch** und die **elterliche Stimme**. Sehr zappelige Kinder mit häufigem Moro-Reflex profitieren vom **richtigen Pucken und sicheren Lagern**. Nicht gepuckte Kinder finden besseren Halt in der stabilen **Seitenlage**. Nach Etablieren des Stillens ist der **Schnuller** hilfreich, denn wenn das Baby verstanden hat, dass das Saugen am Schnuller mit Wohlgefühl verknüpft ist, kann es sich schon minimal selbst helfen, indem es am Schnuller saugt. Stillen im Liegen erspart das Aufwachen beim Ablegen.

Abendroutine

Den abendlichen Schreistunden begegnet man am besten mit einem **klug positionierten Vorabendschlaf**, z. B. in der Trage, und zwar bevor das Kind schreit („wer schläft, schreit nicht“) sowie mit einer **passenden Wachzeit** (z. B. 1 bis maximal 2 Stunden) bis zum Nachtschlaf (► **Tab. 3**) und einer letzten sättigenden Mahlzeit (► **Abb. 10**).



► **Abb. 10** Das 24-Stunden-Schlafprotokoll vermittelt Eltern und Beratern die Lebensrealität der Familie. Originaldatei zum Download unter: <https://dr-dotzauer.de/wp-content/uploads/2022/04/Schlafprotokoll.pdf>

Vorgehen in der Nacht

Nachts: ab dem 2. Lebensmonat: Minimal handling, d. h. nur bei Hunger stillen, möglichst nicht wickeln, kein Licht und das Weiterschlafen zeigen (s. o.) und nicht hinter jeder Lautäußerung Hunger vermuten.

Notfallplan besprechen und über das Schütteltrauma aufklären. Bei Überforderungsgefühlen kommt das Kind ins Bett und der betroffene Elternteil geht an die frische Luft. Die Belastung teilen und Hilfe in Anspruch nehmen.

Fallstricke in der Beratung

Ausschluss organischer Ursachen: Vorstellung in der kinderärztlichen und manualtherapeutischen Praxis.

Hunger oder Ernährungsprobleme? Gewichtskontrollen und eine ausführliche Stillberatung im Wochenbett geben der Mutter die nötige Sicherheit.

Wochenbettdepression: In 10–15 % kann eine mütterliche Depression vorliegen. Fragebogen anwenden: Bei auffälliger Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS) sollte ärztlicher Rat zur genauen Abklärung eingeholt werden.

Enttäuschung im Wochenbett: Die Realität im Wochenbett gestaltet sich oft anders, als erträumt, und die Enttäuschung darüber bleibt nicht aus. Sinnvoll ist es dann, Hilfe anzunehmen und gemeinsam Ressourcen zu suchen, z. B. innerhalb der Familie, durch ehrenamtliche oder professionelle Hilfe. Wenn Verhaltensvorbilder in der Familie oder im Freundeskreis fehlen und die Suche im Internet mehr verwirrt als hilft, entsteht eine Sehnsucht nach haltgebenden Regeln.

SIDS-Empfehlungen – Schlafberatung

Doch auch das korrekte Umsetzen aller Empfehlungen zu Schlaf, Schlafhaltung und Schlafumgebung führt mitunter zu weiterer Verunsicherung und weiteren Nachfragen. Denn „Lebensanfänger“ tun sich manchmal schwer damit, auf stabilen Unterlagen in kühler Umgebung abgelegt zu werden. Sie schreien sich schnell auf den haltgebenden Arm oder den warmen Bauch der Eltern. Auf Dauer ist das

nicht zu leisten und spätestens dann ist der Rat der Hebamme gefragt. Keine leichte Aufgabe, denn die Empfehlungen der Schlafberatung, die auf Wohlbefinden, Entspannung und Schlaf fokussieren, sind mit den SIDS-Empfehlungen (Babys sollen im Kühlen, im eigenen Bett, haltlos in Rückenlage auf stabiler Matratze schlafen) oft schwer zu vereinen.

Informierte Entscheidung

Die Fragen der Eltern lauten dann: „Wie und wo soll ich mein Kind hinlegen? Darf das Baby mit ins Elternbett? Hilfe, das Baby ist so laut, kann ich es in ein anderes Zimmer schieben? Darf ich einen Schnuller verwenden? ...“ Dann aus rein haftungsrechtlichen Gründen nur Standard-Empfehlungen zu nennen, greift zu kurz. Natürlich müssen die allgemeingültigen Empfehlungen gegen plötzlichen Kindstod mit den Eltern besprochen werden. Aber man muss immer auch die individuelle Situation betrachten und abwägen. Ein Neugeborenes, das täglich mehrere Stunden schreit, permanent zappelt, mit dem Moro-Reflex kämpft und dessen Eltern verzweifeln, erfordert ein anderes Herangehen als ein unkomplizierter, ruhiger Säugling, der überwiegend schläft, trinkt und lächelt. Im persönlichen Gespräch können gemeinsam die Vor- und Nachteile oder Risiken der elterlichen Unterstützung besprochen und abgewogen werden. In jedem Fall sollten die Eltern wissen, was sie tun. Es braucht die informierte Entscheidung und die elterliche Verantwortungsübernahme. Das ist „Elternwerden“.

Schlussgedanken

Hebammen begleiten junge Familien von Anfang an und daher kommt ihnen eine wichtige Rolle in der Prävention zu. Sie können frühzeitig durch kompetente Beratung die Entwicklung günstig bahnen, Risiken und Hilfebedarf feststellen und die Familie rechtzeitig weiterverweisen. Hebammen können den Eltern mit ihrem Wissen, ihrer Erfahrung und ihrer Intuition den Entwicklungszauber ihres Kindes vermitteln. Und sie haben entscheidenden Anteil daran beide Welten zueinander zu bringen [3]. Sie können die Eltern lehren, ihre Babys zu lesen, zu verstehen und ihnen angemessen zu antworten.

Wenn Eltern wissen, was sie tun, erleben sie sich in ihrer Erziehungskompetenz selbstwirksam. Diese Sicherheit erleichtert es ihnen selbst und ihrem Kind, sich in der neuen Welt zurecht zu finden. Eine Welt, in der es nicht um das konsequente und ehrgeizige Umsetzen von Handlungsempfehlungen geht, sondern um den Einklang aller Bedürfnisse – sowohl des Kindes als auch der Eltern. Wenn Erwachsene die Kinderwelt gut verstehen, können Krisen besser gemeistert und kann die Eltern-Kind-Beziehung gestärkt werden.

Autorinnen/Autoren



Daniela Dotzauer

Dr. med. ist Ärztin und Eltern-Säuglings-/ Kleinkindberaterin. Sie arbeitete am Kinderzentrum München in der „Münchner Sprechstunde für Schreibabys“. Seit 13 Jahren ist sie selbstständig tätig in eigener Beratungspraxis und Dozentin für viele Themen rund um die frühe Kindheit. Autorin des Hebammen-

fachbuchs: „Babyschlaf“ Mabuse-Verlag 2021. Foto: Kathrin Murrins.

Korrespondenzadresse

Daniela Dotzauer
E-Mail: daniela.dotzauer@gmx.de

Literatur

- [1] Benz M, Scholtes K. Von der normalen Entwicklung zur Entwicklungskrise und zur Regulationsstörung. In Cierpka M (Hrsg.). Regulationsstörungen. Berlin Heidelberg: Springer; 2015: 1–14. DOI: 10.1007/978-3-642-40742-0_1
- [2] Cierpka M, Loetz S, Cierpka A. Beratung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. In: Wirsching M, Scheib P (Hrsg.). Paar- und Familientherapie. Heidelberg: Springer; 2002: 553–564
- [3] Dotzauer D. Babyschlaf. Fundiertes Wissen und konkrete Handlungsvorschläge aus der Beratungspraxis. Frankfurt: Mabuse; 2021
- [4] Gormally S. Clinical Clues to Organic Etiologies in Infants with Colic. New Evidence on Early Infant Crying. Johnson & Johnson, Pediatric Institute Round Table Series

- [5] Hofacker N, Lehmkühl U, Resch F et al. Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2007: 357–378; zitiert nach Thiel-Bonnay C, Cierpka M „Exzessives Schreien des Säuglings“ in Cierpka M (2015) Regulationsstörungen: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern. Springer
- [6] Largo RH. Babyjahre: Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren. 6. Edition. München: Piper; 2019
- [7] Papoušek M, Hofacker v N. Persistent crying and parenting: Search for a butterfly in a dynamic system. Early Development and Parenting 1995; 4: 209–224. DOI: 10.1002/edp.2430040406
- [8] Papoušek M. Persistierendes Schreien: Schreiprobleme im Entwicklungskontext von Eltern-Kind-Kommunikation und -Beziehung. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009; 157: 558–566. DOI: 10.1007/s00112-008-1893-6
- [9] Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Barth R. (Hrsg.). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. 2. Nachdr. Bern: Huber; 2010
- [10] Sferra TJ, Heitlinger LA. Gastrointestinal gas formation and infantile colic. Pediatric Clinics of North America 1996; 43: 489–510
- [11] Thiel-Bonney C, Cierpka M. Exzessives Schreien des Säuglings. In Cierpka M (Hrsg.). Regulationsstörungen. Berlin Heidelberg. Springer; Berlin: 2015: 29–55. DOI: 10.1007/978-3-642-40742-0_3
- [12] Wiater A, Gerd Lehmkühl, Alfer D. Praxishandbuch Kinderschlaf. München: Elsevier; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/C2018-0-00325-4>
- [13] Ziegler M, Wollwerth de Chuisengo R. Exzessives Schreien im frühen Säuglingsalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, Barth R (Hrsg.). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. 2. Nachdr. Bern: Huber; 2010

Bibliografie

Hebamme 2023; 36: 47–57
DOI 10.1055/a-2135-0173
ISSN 0932-8122
© 2023. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany