

Fütter- und Regulationsstörungen

Prof. Dr. Simone Munsch

University of Fribourg

Department of Psychology

Clinical Psychology and Psychotherapy

[/Baby/Medizinisches/Ist mein Baby krank? /Schreien/](#) Alles probiert - und das Baby schreit immer noch..



[Baby](#) | [Neugeborenes](#) | [Pflege](#)

ALLES PROBIERT – UND DAS BABY SCHREIT IMMER NOCH...

Tipps für Eltern

Das Baby schreit: Was tun?

07.02.2012, 09:59 Uhr | tl (CF)



Das Baby schreit ununterbrochen - Für Eltern eine Belastungsprobe (Quelle: Thinkstock by Getty-Images)



SEHR BELASTEND



Schreibaby: Hilfe für verzweifelte Eltern

Von Benita Wintermantel am 14.09.2020 | 18:00

Frühkindliche Regulationsstörungen: Definition

- Eine für das **Alter und den Entwicklungsstand** aussergewöhnliche **Schwierigkeit** des Säuglings oder Kleinkindes, sein Verhalten in einem, häufig aber in mehreren Kontexten angemessen **zu regulieren**
- Als **getrennte Problembereiche** betrachtet, jedoch häufig als **komorbide Störungen** auftretend (Kombination von **exzessivem Schreien, Schlaf- und Fütterstörung**)
- Nicht oder nur teilweise im ICD-10 und DSM-5 erfasst



Entwicklungsaufgaben frühe Kindheit

- Enorme physiologische Anpassungsleistungen in den ersten 3 Lebensmonaten von der intrauterinen an extrauterine Umwelt
- z.B. Wärmeregulation, selbstständige Nahrungsaufnahme, Verdauung, Reizverarbeitung
- Motorische und sensorische Entwicklung
- Frühe Eltern-Kind-Interaktion und Bindung
- Emotionsregulation
- Kognition und Sprache
- Soziale Beziehungen: Eltern und Geschwister
- Autonomieentwicklung

Familien-Entwicklungsaufgaben

- Rollen neu definieren
- Anpassung des Partnerschaftssystems
- Arbeitsteilung und Koordination Familien- und Berufsleben
- System erweitern (Grosseltern, Stiefelternteile u.a.m.)



Entwicklungsphasen

den



⇒ Passung: Elterliche Sensitivität - kindliche Bedürfnisse

⇒ Kind nimmt zunehmend aktive und definierende Rolle ein!



Entwicklungsphasen der Selbstregulation

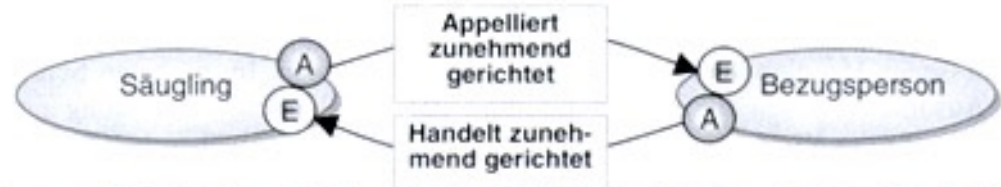


A: Emotionaler Ausdruck
E: Emotionaler Eindruck

1. Phase: Bezugsperson reguliert das Erregungsniveau des Neugeborenen



2. Phase: Säugling übernimmt Regulationsanteile in der intersychischen Regulation



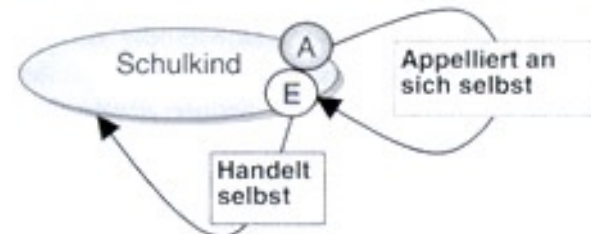
3. Phase: Kleinkind hat gleichwertigen Anteil an der intersychischen Regulation



4. Phase: Vorschulkind reguliert sich selbst unter Anleitung der Bezugsperson



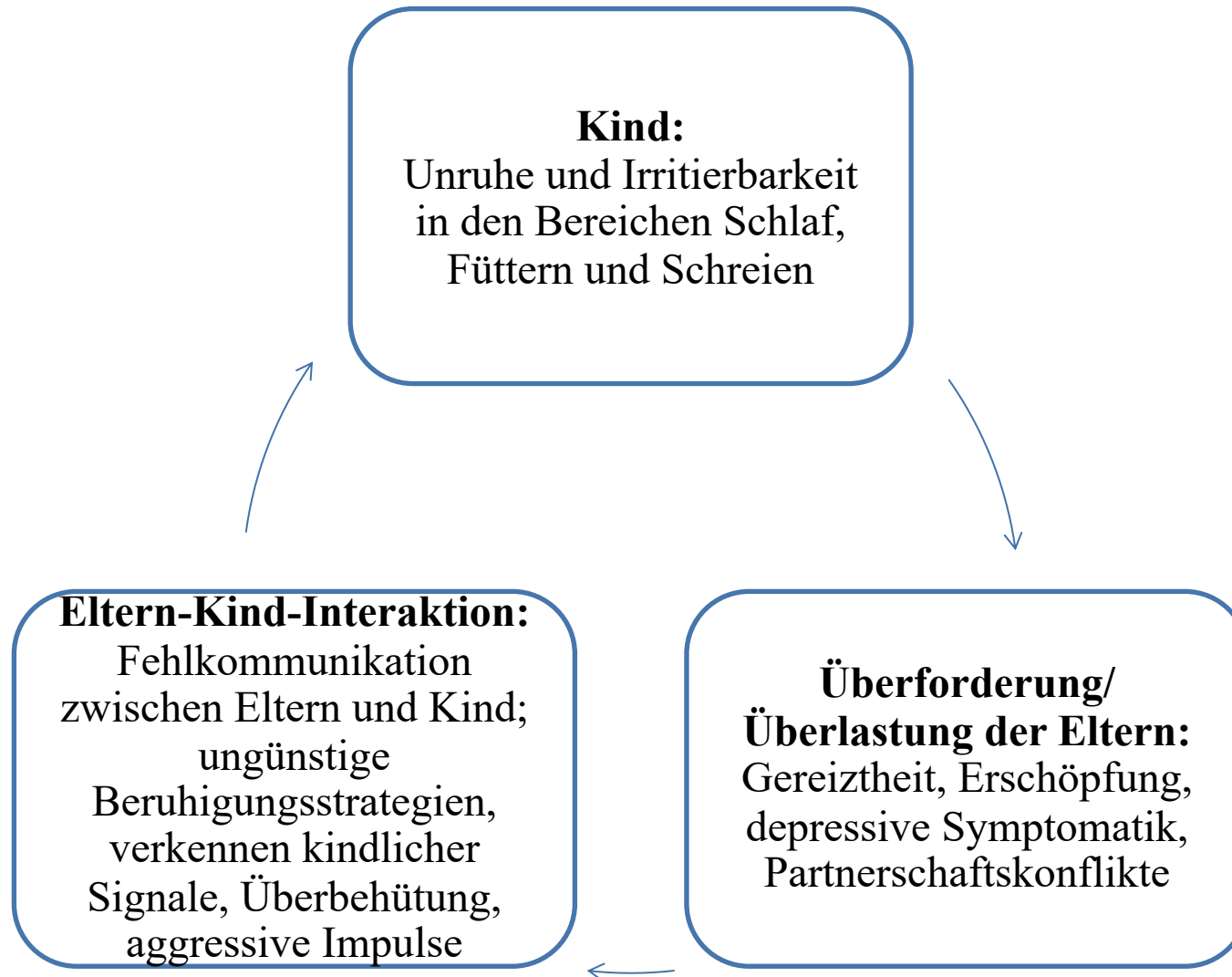
5. Phase: Schulkind reguliert sich selbst unter eigener Anleitung



Fallbeispiel

2-jähriges Kind schläft in die Morgenstunden bis 10 Uhr. Nachts oft bis 22 Uhr wach, wobei es in den Abendstunden oft unstillbare Schreiphasen erlebt. Schläft dann ein nach 1 Stunde herumtragen, wacht dann wieder auf und schreit wieder, lässt sich kaum beruhigen. So geht es weiter bis ca. 5 Uhr morgens, dann Schlaf bis 10 Uhr. Tagsüber 2 kurze Schlafzeiten im Wagen. Die Eltern sind erschöpft, am Ende mit ihren Nerven und wissen nicht mehr weiter. Es kommt zu vermehrten Paarkonflikten.

Trias der Regulationsstörungen



Diagnostische Erfassung der Trias der Regulationsstörungen

Fragen und Beobachtungen zum Kind:

- Anamnese, Geburtsverlauf
- Tagesablauf
- Welche Stimmungen/ Gefühle kann Elternteil beim Kind erkennen?
- Blickkontakt/ Mimik

Fragen und Beobachtungen zur Interaktion:

- Was will das Kind mir sagen?
- Copingstrategien: was macht das Kind? Was machen die Eltern?
- Erklärungen, warum das Kind spez. Verhaltensweisen zeigt?
- Schuldgefühle?

Fragen und Beobachtungen zu den Eltern:

- Ressourcen
- Responsivität
- Arbeitsaufteilung
- Netzwerk
- Ideen und Werte zum Elternsein
- Eigener Schlaf
- Erschöpfung
- Eigene Eltern

- Schreien = früheste Ausdrucksmöglichkeit eines Säuglings, um der Umwelt seine Bedürfnisse mitzuteilen
- Schreien: Auch unter „**Drei-Monats-Koliken**“ oder „Kolikenschreien“ bekannt
- **Passageres Schreien:** das auf erste 3 Lebensmonate beschränkt ist, tritt mit **physiologischer Reifungs- und Adaptationsphase** auf und geht oft mit **Beeinträchtigung der Schlaf-Wachregulation** und **Nahrungsaufnahmeprobleme** einher
- Normative Entwicklungsvariante



Exzessives Schreien: Hauptmerkmale

- **Hauptmerkmal** = anfallsartig und unstillbares Schreien, ohne erkennbaren Grund bei einem körperlich gesunden Säugling
- **Typisch** Versteifen und Anspannen von Gliedmassen oder Überstrecken von Kopf und Rumpf, hochrote Hautfarbe, hohe schrille Schreie
- Allgemein häufiges Quengeln und Schreien, **kaum ruhige Wachphasen**
- **Starke Irritabilität und Reizempfindlichkeit** (Geruch, Geräusch, Berührung, Lage), schnell überreizt, schreckhaft
- **Unfähigkeit abzuschalten** und sich selbst zu beruhigen
- meist nur **kurze Tagschlafphasen** (oft weniger als 30 min.), ca. 1.5h weniger Schlaf im Total als Andere, dadurch gehäufte Schreiphasen abends durch Übermüdung und Überreizung
- **Beeinträchtigte Eltern-Kind-Interaktion, elterliches Überlastungssyndrom**



Exzessives Schreien: Definition und Klassifikation

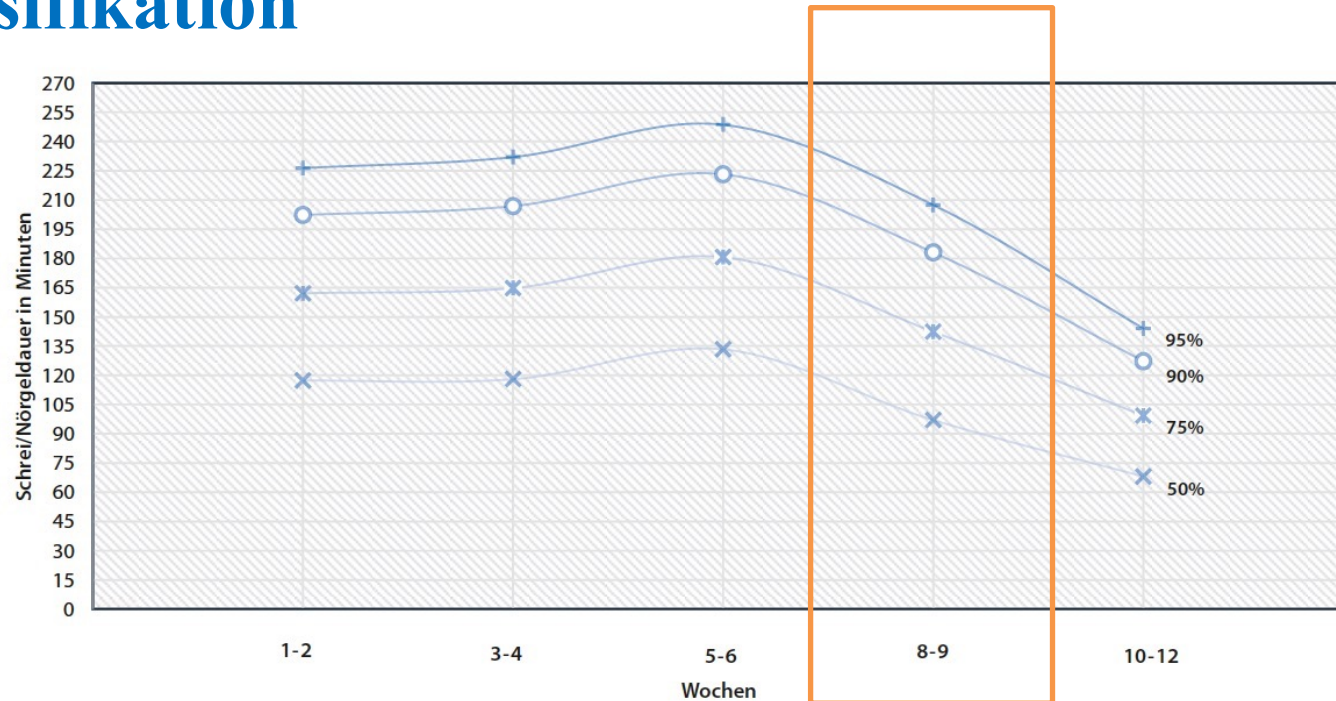
- Bisher kein einheitlich definiertes Konstrukt
- Nicht Bestandteil bisheriger Klassifikationssysteme
- Aktuell häufig verwendete Definition:
 - Schreien und Nörgeln länger als **3 h am Tag** an mehr als **3 Tagen pro Woche** während der **letzten 3 Wochen**
- **Anhaltendes Schreien:** über 3.-6. Lebensmonat hinaus, keine Reaktion auf angemessene Beruhigungsversuche (assoziiert mit Entwicklungsauffälligkeiten)

Schwierigkeit der Definition:

- Aktuelle Definition berücksichtigt die Belastung der Eltern und die Eltern-Kind Interaktion gemäss Trias nicht
- Intervention kann auch bei weniger als 3 h Schreien am Tag und schon während den ersten 3 Lebensmonaten indiziert sein bei hoher Belastung der Eltern



Exzessives Schreien: Definition und Klassifikation



Hinweis: Hierbei handelt es sich um eine Approximation an durchschnittliche bis hohe Nörgel-/Schreidauern auf der Basis von Stichproben aus der Metaanalyse. Die Angaben dienen lediglich als grobe Richtlinie, um exzessives Schreien altersgerecht zu identifizieren.

■ Abb. 19.1 Perzentilkurven des Nörgelns/Schreiens über dem Durchschnitt mit 1–2, 3–4, 5–6, 8–9 und 10–12 Wochen bei Säuglingen. (Aus Wolke et al. 2017)

Mittlere Dauer des Nörgelns/ Schreiens:

- 117-133 Minuten (SD = 66-70) in den ersten 6 Wochen
- 68 Minuten (SD = 46) in der 10-12 Woche

Exzessives Schreien = > 90. Perzentile ab 4. Lebensmonat (LM)

Exzessives Schreien: Unterstützende Massnahmen

- **Regelmässige Organisation** von Tagesablauf, inkl. Essens- und Schlafzeiten
- **Signale** des Kindes kennenlernen
- Häufiger **ruhiger Körperkontakt**
- **Vermeiden** von **Unter- oder Überstimulation**
- **Reizreduktion** vor dem Einschlafen
- **Ruheinseln** am Tag
- Informieren über **Gefahren des Schüttelns**
- **Unterstützung der Mütter und Väter**, ruhig zu bleiben, auch wenn das Kind weiter schreit
- **Time-out** für Mutter und Vater

Schrei-, Schlaf- und Fütter-tagebuch

Tag ... Datum: _____

Nacht bis Mittag

	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00
Wach & zufrieden	■						■					
Schlaf												
... im eigenen Bettchen	■						■					
... im Bett der Eltern												
Schreien	■						■					
Unruhe/Quengeln												
Füttern	■						■					
Spiel mit Eltern												
Beruhigungshilfen												
Herumtragen, Schoß	■						■					
Singen												
Stillen, Nuggi/Schnuller, Tee	■						■					
Kuscheltier, Nuscheli												
Spazierfahrten	■						■					
Autofahren												

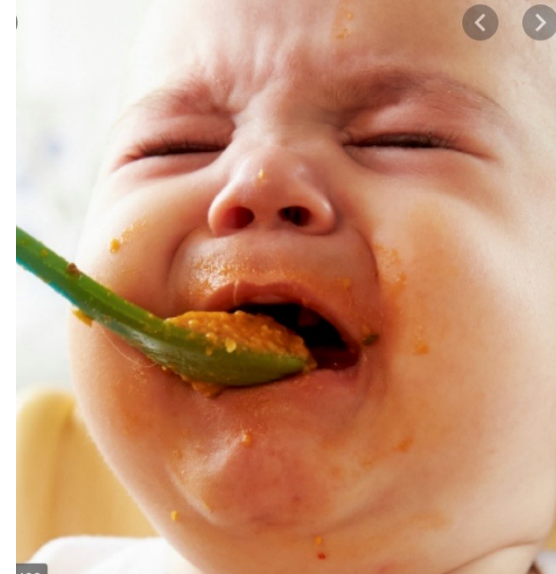
Nachmittag bis Abend

	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
Wach & zufrieden	■						■					
Schlaf												
... im eigenen Bettchen	■						■					
... im Bett der Eltern												
Schreien	■						■					
Unruhe/Quengeln												
Füttern	■						■					
Spiel mit Eltern												
Beruhigungshilfen												
Herumtragen, Schoß	■						■					
Singen												
Stillen, Nuggi/Schnuller, Tee	■						■					
Kuscheltier, Nuscheli												
Spazierfahrten	■						■					
Autofahren												

Bolten, M. & Wolke, D. (2012). Schrei-, Futter- und Schlafprobleme im Säuglings- und Kleinkindalter. In G. Meinschmidt, S. Schneider, J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Materialien für die Psychotherapie* (Bd. 4). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer, Kap. 61.

Bitte am Ende des Tages ausfüllen:

Wie haben Sie sich heute überwiegend gefühlt? Sehr gut Gut Geht so Schlecht Sehr schlecht
 Wie frustrierend war das Schreien Ihres Kindes für Sie heute? Gar nicht Kaum Mäßig Sehr Extrem
 Gab es Besonderheiten am heutigen Tag? Nein Ja Warum? _____



Fütterstörungen



Aspekte der frühkindlichen Fütterstörung



- Essensverweigerung
- Verweigerung fester Nahrung
- Geringer Appetit
- Schluckprobleme



- Ca. 15–20% aller Kinder haben leichte bis mittelschwere, **3-7% schwere Fütterstörungen**
- **3-4% davon** weisen gleichzeitig eine **Gedeihstörung** auf, d. h. das Kind verliert an Gewicht oder nimmt unzureichend zu

Fütterstörungen



- **Sensorische Nahrungsverweigerung:** konsistente Verweigerung spezifischer Nahrungsmittel (spezieller Geschmack, Struktur, Temperatur, Geruch, Farbe) > 1 Mt., aversive Reaktion, keine Erweiterung der Nahrungsmittel, Mangelerscheinung
- **Fütterstörung der reziproken Interaktion:** Elternteil wirkt abwesend und wenig freudig, wenig eingehen auf Signale des Kindes, wenig gegenseitiger Austausch
- **Fütterstörung assoziiert mit medizinischer Erkrankung:** Nahrungsverweigerung für mind. 2 Wochen aufgrund körperlicher Grunderkrankung, in jedem Alter möglich, bereitwilliger Start, jedoch aufgrund Belastung verweigernd
- **Fütterstörung assoziiert mit Schädigung des Gastrointestinal-Traktes:** plötzlicher Beginn schwerer Nahrungsverweigerung, nach traumatischem Erlebnis i. Zusammenhang mit Gastrointestinaltrakt (Würgen, Verschlucken, Erbrechen, Reflux, Einführung Sonden, Absaugen etc.), Verweigerung bestimmter Fütterarten, deutliche Stressreaktion (antizipatorischer Stress und intensive Abwehr)

Fütterstörungen

Nur teilweise im DSM-5 erfasst:

Fütter- und Essstörungen sind gekennzeichnet durch eine anhaltende Störung des Essverhaltens oder andere essensbezogene Verhaltensweisen, die zu einer veränderten Nahrungsaufnahme führen und in bedeutendem Maße die körperliche Gesundheit oder psychosoziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen. Für folgende Störungen liegen derzeit diagnostische Kriterien vor:

- Pica,
- Ruminationsstörung,
- Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme,
- Anorexia Nervosa,
- Bulimia Nervosa und
- Binge-Eating-Störung.

Fütterstörungen

- Pica \Rightarrow Essen von nicht-essbaren Substanzen
- Ruminationsstörung \Rightarrow «Erbrechen» von Nahrung gefolgt von erneutem Kauen, herunterschlucken oder ausspucken
- Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme \Rightarrow Ausreichende Nahrungszufuhr nicht möglich, z.B. selektives Essen, funktionelle Dysphagie, Nahrungsvermeidung mit emotionaler Störung

DSM-5: Pica



Diagnostische Kriterien

- A. Ständiges Essen nicht nahrhafter, nicht zum Verzehr bestimmter Stoffe, das mindestens 1 Monat lang anhält.
- B. Das Essen von nicht nahrhaften, nicht zum Verzehr bestimmten Stoffen ist dem Entwicklungsstand der betroffenen Person nicht angemessen.
- C. Das Essverhalten ist nicht Teil eines kulturell akzeptierten oder sozial normativen Verhaltens.
- D. Tritt die Störung des Essverhaltens im Kontext einer anderen psychischen Störung (z. B. Intellektuelle Beeinträchtigung [Intellektuelle Entwicklungsstörung], Autismus-Spektrum-Störung, Schizophrenie) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (einschließlich Schwangerschaft) auf, muss sie schwer genug sein, um zusätzliche klinische Beachtung zu rechtfertigen.

Codierhinweis: Die ICD-10-CM-Codes für Pica sind **F98.3** für Kinder und **F50.8** für Erwachsene.

Bestimme, ob:

Remittiert: Nachdem die Kriterien für Pica zuvor vollständig erfüllt waren, werden die Kriterien seit einem längeren Zeitraum nicht erfüllt.

DSM-5: Pica



- **Verzehr von:** Papier, Seife, Stoff, Haare, Bindfäden, Wolle, Erde, Kreide, Talkum, Farbe, Gummi, Metall, Steinchen, Holzkohle oder Kohle, Asche, Lehm, Stärke oder Eis ...
- **Mindestalter:** 2 Jahre
- Teils im Zusammenhang mit **Vitamin- oder Mineralienmangel** (z.B. Zink, Eisen), oft aber nichts
- Oft Diagnose nur durch **allgemein medizinische Komplikation**
- **Keine generelle Aversion** gegen Nahrungsmittel
- Teils **Begleiterkrankung** anderer Störungen (Autismus-Spektrum-Störung, intellektuelle Entwicklungsstörung, Schizophrenie)
- **Unklare Prävalenz**, häufiger bei intellektueller Beeinträchtigung

DSM-5: Ruminationsstörung



Diagnostische Kriterien

F98.21

- A. Wiederholtes Hochwürgen von Nahrung über einen Zeitraum von mindestens 1 Monat. Hochgewürgte Nahrung kann wieder gekaut, wieder geschluckt oder ausgespuckt werden.
- B. Das wiederholte Hochwürgen ist nicht Folge einer Erkrankung des Magen-Darm-Trakts oder einer anderen körperlichen Erkrankung (z. B. ösophagealer Reflux, Pylorusstenose).
- C. Die Störung des Essverhaltens tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge-Eating-Störung oder Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme auf.
- D. Treten die Symptome im Kontext einer anderen psychischen Störung (Intellektuelle Beeinträchtigung [Intellektuelle Entwicklungsstörung] oder eine andere Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung) auf, müssen sie schwer genug sein, um zusätzliche klinische Beachtung zu rechtfertigen.

Bestimme, ob:

Remittiert: Nachdem die Kriterien für die Ruminationsstörung zuvor vollständig erfüllt waren, werden die Kriterien seit einem längeren Zeitraum nicht erfüllt.

DSM-5: Ruminationsstörung



Zugehörige Merkmale

- Säuglinge und Kleinkinder nehmen typische Haltung ein
- zwischen den Phasen eher reizbar und hungrig
- fehlende Gewichtszunahme typisch
- Mangelernährung trotz grosser Nahrungsmenge

Jugendliche teils Hand über Mund legen oder husten, um zu verbergen; teils Vermeiden von Essen, um Hochwürgen zu verhindern

Keine genauen Prävalenzdaten

- häufiger bei Personen mit intellektueller Beeinträchtigung
- keine Alterseinschränkung, bereits im Säuglingsalter möglich
- typische Ersterkrankung zw. 3 und 12 Monaten
- häufig spontane Remission, teils kontinuierlicher oder episodischer Verlauf

Risikofaktoren: Stress, fehlende Stimulation oder Vernachlässigung; belastende Lebenssituation, Beziehungsprobleme zw. Eltern-Kind

DSM-5: Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme



A) Ess- oder Fütterungsstörung (z.B. offensichtliches Desinteresse an Essen oder Nahrung; Vermeidung von Nahrung aufgrund ihrer sensorischen Merkmale; Sorge um aversive Folgen von Essen), die sich durch das anhaltende **Unvermögen** manifestiert, den **Bedarf an Nahrung und/oder Energie zu decken** und mit einem oder mehreren der folgenden Merkmale in Zusammenhang steht:

1. Bedeutsamer Gewichtsverlust (oder Unvermögen, die erwartete Gewichtszunahme zu erreichen oder vermindertes Wachstum bei Kindern)
2. Bedeutsame ernährungsbedingte Mangelerscheinungen
3. Abhängig von enteraler Ernährung oder oraler Nahrungsergänzung
4. Deutliche Beeinträchtigung der psychosozialen Funktionsniveaus

B) Das Störungsbild kann nicht besser durch einen Mangel an verfügbaren Lebensmitteln oder ein kulturell akzeptiertes Verhalten erklärt werden.

DSM-5: Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme

C) Die Essstörung tritt **nicht** ausschliesslich im **Verlauf einer AN oder BN** auf und es gibt **keine Hinweise auf eine Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts**.

D) Die Essstörung ist nicht Folge einer gleichzeitig bestehenden **körperlichen Erkrankung** und kann nicht besser durch eine **andere psychische Störung** erklärt werden. Wenn die Essstörung im Kontext einer anderen Erkrankung oder Störung auftritt, müssen die Symptome schwer genug sein, um für sich allein klinische Beachtung zu rechtfertigen.

Bestimme ob:

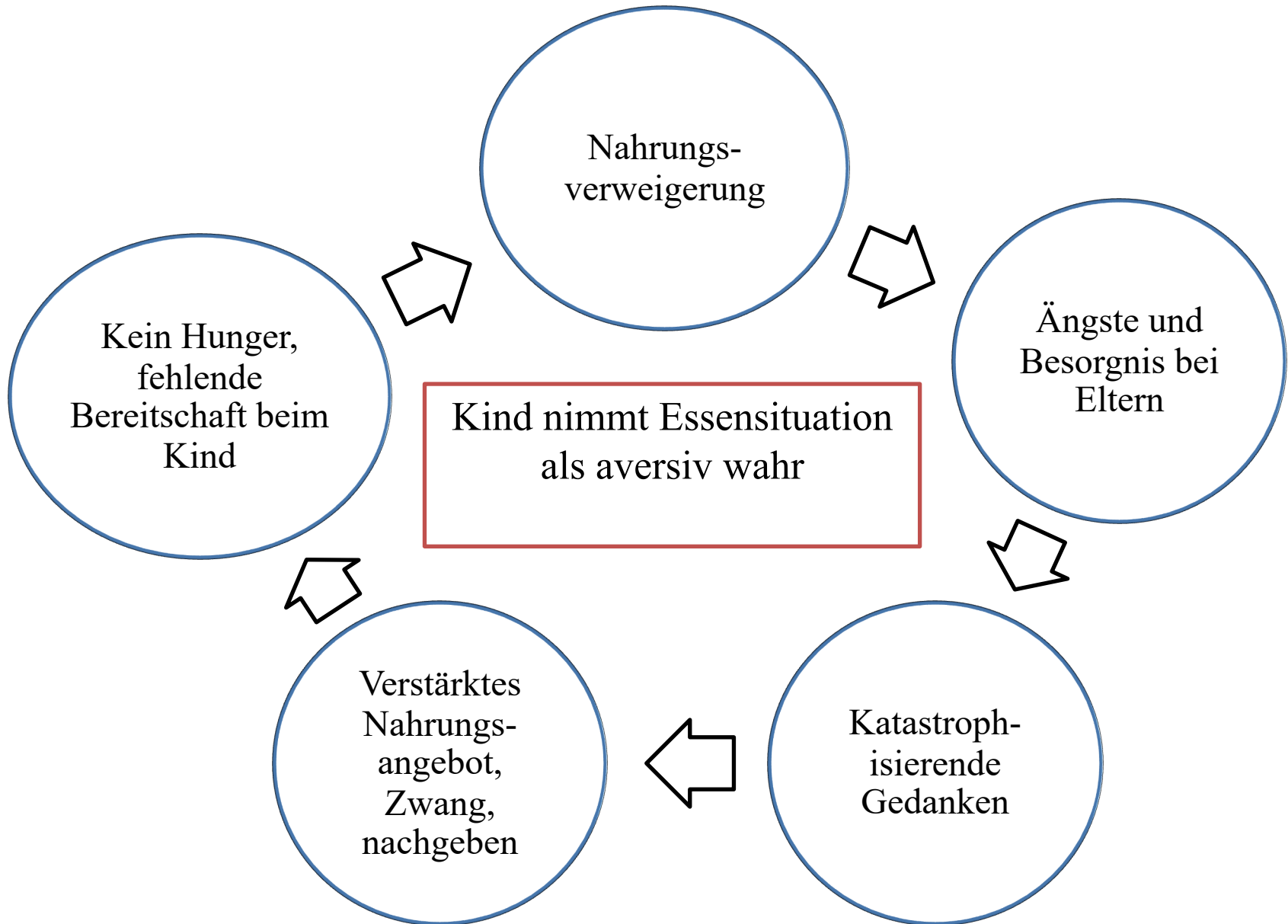
Remittiert: Nachdem die Kriterien der Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme zuvor vollständig erfüllt waren, werden die Kriterien seit einem längeren Zeitraum nicht erfüllt.

DSM-5: Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme



- Auch **ARFID** genannt (Avoidant restrictive food intake disorder)
- Ausgeprägtes **Desinteresse** an Nahrung
- Vermeidung von Nahrung aufgrund ihrer sensorischen Merkmale
- Sorge um aversive Folgen von Essen
- Säuglinge wirken teils schläfrig, **unruhig oder angespannt** oder **unbeteiligt**, nicht hungrig beim Füttern
- Einfluss auf **kognitive Leistungsfähigkeit** und soziale Funktionsfähigkeit, **Wachstum- und Gedeihprobleme**, erhöhte Reizbarkeit/ Konflikte
- **Einflussfaktoren:** Psychopathologie, Umwelt (familiäre Ängstlichkeit), körperliche Vorgeschichte

Teufelskreis der Fütterung



Beratung bei Fütterungsprobleme

- **Feste Mahlzeiten**, nur geplante Zwischenmahlzeiten
- **Dauer** der Mahlzeiten **begrenzen**
- **Trennung Spiel- und Essenszeit**
- Elternteil „kontrolliert“, **was** auf den Tisch kommt, Kind „kontrolliert“ **Menge**
- **Freundliches Starten und Beenden** der Mahlzeit
- Neutrale Atmosphäre, **Verzicht auf Ablenkung, Druck oder Zwang**
- Essen **nicht als Belohnung** oder Geschenk
- Fördern von **selbständigem Essverhalten**
- **Delegation** von Sorgen um Gewicht und Gesundheit an **Kinderarzt**

Fallbeispiel: Lukas, 18 Monate

Situation:

- Erhöhte Sensitivität gegenüber Reizen
- Verweigert feste Nahrung seit Alter von 10 Monaten

Intervention:

- Hierarchie von Lebensmittel erstellen
- Regelmässige Darreichung von Banane
- Abwechselnd mit bevorzugten Lebensmittel
- Positive Verstärkung

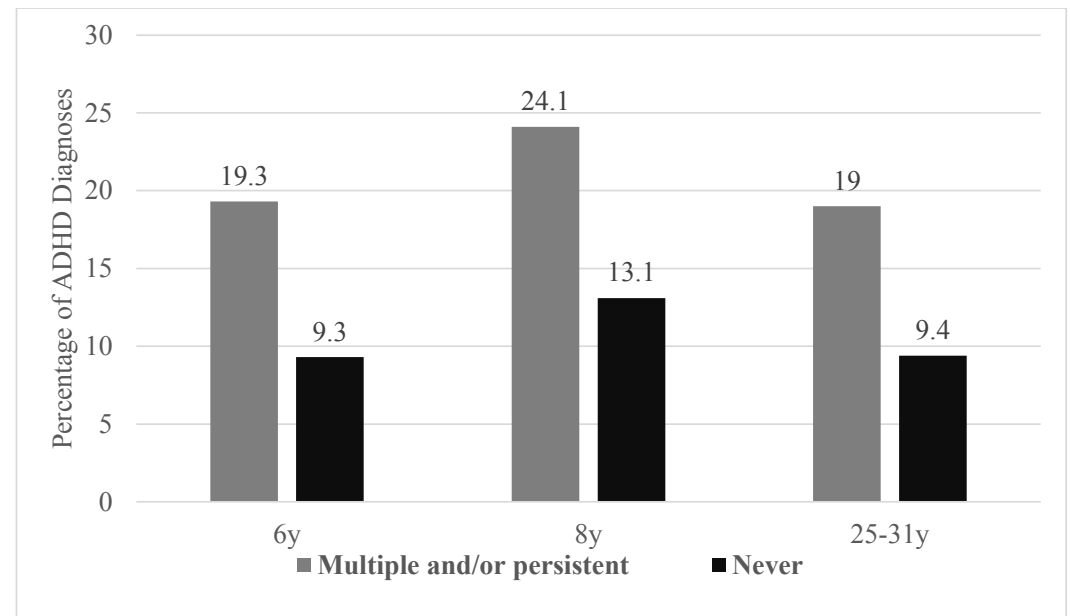
> [Child Dev.](#) 2020 Jan;91(1):e77-e91. doi: 10.1111/cdev.13155. Epub 2018 Oct 6.

Early Crying, Sleeping, and Feeding Problems and Trajectories of Attention Problems From Childhood to Adulthood

Ayten Bilgin^{1 2}, Nicole Baumann¹, Julia Jaekel^{1 3}, Linda D Breeman^{1 4}, Peter Bartmann⁵, Josef G Bäuml^{6 7}, Mihai Avram^{6 7}, Christian Sorg^{6 7}, Dieter Wolke^{8 9}


- Multiple Regulationsprobleme (Schreien, Schlafen, Füttern) als Prädiktor für ADHS
- 342 Personen, Datenerfassung mit 5, 20 und 56 Monaten und mit 6, 8, und 28 Jahren
- Erhöhtes Risiko für ADHS wenn früher Regulationsstörungen

Figure 2. Percentage of ADHD diagnoses at 6, 8, and 25-31 years in infants who had multiple/persistent RP and who did not



Regulationsstörungen und elterliche Feinfühligkeit

Early regulatory problems and parenting: life-long risk, vulnerability or susceptibility for attention, internalizing and externalizing outcomes?

Julia Jaekel^{1,2}  · Christian Sorg^{3,4,5} · Linda Breeman⁶ · Nicole Baumann¹ · Ayten Bilgin^{1,7} · Josef G. Bäuml^{3,5} · Dieter Wolke^{1,8}

- **Prospektive Studie** mit 302 Individuen von Geburt bis 28-jährig (Regulationsstörungen im Alter von 5-55 Monaten erfasst, elterliche Feinfühligkeit im Alter von 6 Jahren, Selbstregulationsprobleme im Alter von 8-28 Jahren)
- A) **Frühe Regulationsstörungen** als Prädiktoren für spätere Probleme in der Selbstregulation und B) **Elterliche Feinfühligkeit** als möglicher Schutzfaktor um problematische Entwicklung zu reduzieren
- Hinweise, dass **Kinder mit Regulationsstörung vulnerabler** sind in Bezug auf nicht-sensitive elterliche Reaktionen (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)