

CNE Schwerpunkt Rund um den Säugling

CNE (Certified Nursing Education) ist das multimediale Fortbildungskonzept von Thieme. Es wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pflegerat e. V. (DPR) entwickelt. Weitere Informationen finden Sie unter www.thieme.de/cne

CNE

Emotionelle Erste Hilfe

Babys und Kleinkinder mit Regulationsstörungen stellen für Eltern und deren Begleiter sowie Fachpersonen eine besondere Herausforderung dar. Emotionelle Erste Hilfe, ein Kriseninterventionsmodell, entwickelt von dem Bremer Diplom-Psychologen und Körperpsychotherapeuten Thomas Harms, kann hier eine Lösung anbieten.

Jutta Pipper



Die Symptome von Kindern mit Regulationsstörungen zeigen die Überforderung, die eigenen Affekte zu verarbeiten und die damit verbundenen Spannungen und ihre Erregung zu bewältigen. Dies äußert sich durch eine erhöhte Irritierbarkeit und Störungen in den Bereichen Schlaf, Nahrungsaufnahme, Interaktionsstörungen mit der Umgebung sowie in vermehrtem Schreien. Regulationsstörungen treten bei gesunden Säuglingen in ca. 15 bis 29% auf¹. Wenn Säuglinge über den dritten Lebensmonat hinaus häufig und dauerhaft weinen, wird vom exzessiven und persistierenden Schreien gesprochen¹, was auf 8,3% dieser Säuglinge zutrifft.

Bleiben diese frühen Regulationsstörungen unbehandelt, kann es in extremen Belastungssituationen zu einer körperlichen Misshandlung des Babys (z. B. Shaken Baby Syndrom) kommen, zu Vernachlässigung und langfristigen Bindungs- und Beziehungsstörungen. Außerdem besteht ein erhöhtes Risiko für spätere kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen².

Grundlagen der Verhaltensregulation

Viele Versuche und Verhaltensbeobachtungen der Interaktionsprozesse von Eltern und Säuglingen in den ersten Lebenstagen und -wochen konnten nachweisen, dass der menschliche Säugling schon von der ersten Lebensminute an in der Lage ist, mit seiner Umwelt in einer recht komplexen Art und Weise zu kommunizieren (Bowlby, Ainsworth, Klaus, Stern). Diese Kompetenzen kann das Baby nur dann entfalten und für die Regulation seiner zent-

FALLBEISPIEL

Ida

Frau K. hat ihre schlafende Tochter Ida, 8 Wochen alt, dabei, als sie zum ersten Mal in die Praxis kommt. Sie berichtet von ihrem Alltag, der extrem belastet ist durch Idas Unruhe. Frau K. ist den ganzen Tag damit beschäftigt, Ida „bei Laune“ zu halten. Sie trägt sie viel durch die Wohnung, denn hinsetzen können sich die beiden nicht: Ida beginnt dann sofort zu schreien. Ihr Trinkverhalten ist sehr wechselhaft: Mal trinkt sie ruhig, wenn auch nur kurz an der Brust. Beim nächsten Mal ist sie völlig unruhig und beginnt nach wenigen Schlucken zu schreien. Sie weint viel und windet sich, immer wieder geht Wind ab. Die kinderärztliche Untersuchung hat keinen pathologischen Befund ergeben. Die Gewichtsentwicklung ist ausreichend, aber die Mutter erwägt abzustillen. Ganz besonders schwierig ist für Frau K. die abendliche Begleitung bis zum Einschlafen. Da Ida über Tag nur wenig schläft und die Schlafphasen in der Regel nicht länger als 30–40 Minuten sind, ist Ida am Abend völlig übermüdet. Dann schreit sie oft über Stunden, bevor sie völlig erschöpft einschläft. Frau K. ist am Ende ihrer Kräfte. Sie streitet häufig mit ihrem Mann, was die Beziehung sehr belastet. Frau K. fühlt sich mit der Belastung allein. Hilfsangebote, wie Ida zum Spaziergang der Oma übergeben, kann sie nicht annehmen. Frau K. schämt sich, da sie Ida nicht beruhigen kann. Sie fühlt sich inkompetent in ihrer Rolle als Mutter und hilflos und ohnmächtig, wenn Ida unruhig zu werden beginnt. Nachts kann Frau K. zunehmend schlechter schlafen, die Gedanken kreisen nur noch um die Frage, warum Ida so unruhig ist. Frau K. kommt auch in ruhigen Momenten nicht mehr zur Ruhe. Sie fühlt sich wie getrieben. Frau K. ist traurig, Ida ist ein Wunschkind und nun ist alles anders als erwartet.

ralen Bedürfnisse und Verhaltensanlagen nutzen, wenn es sich in unmittelbarer Körpernähe zu einem emotional verfügbaren Erwachsenen befindet. Also einem Menschen, der sich feinfühlig dem Baby zuwendet. Feinfühligkeit in diesem Sinn bedeutet, dass die Elternperson die Bedürfnisse des Babys wahrnehmen, richtig interpretieren und prompt und angemessen darauf reagiert kann³. Die Steuerung dieser natürlichen Verhaltensprogramme unterliegt vor allem dem autonomen Nervensystem (ANS). Neben der Regulation von überlebenswichtigen körperlichen Funktionen (Puls, Atmung, Temperatur etc.) hat das autonome Nervensystem auch einen wichtigen Einfluss auf psychische Funktionen unseres Organismus. Gefühle und die Richtung, in die unsere Aufmerksamkeit gelenkt wird, sind eng mit der Steuerung unseres Autonomen Nervensystems verbunden. Das ANS regelt also wesentliche psychosomatische Funktionen unseres Körpers. Ein Gleichgewichtsverlust dieses Basissystems hat einen entscheidenden Einfluss auf unsere Beziehungsfähigkeit und unser inneres Wohlbefinden.

Grob vereinfacht besteht das Basissystem aus dem sympathischen und dem parasympathischen Anteil. Letzterer ist wichtig für regenerative Vorgänge in unserem Körper, also Erholung, Entspannung, Auffüllen von Energiespeichern. Sein Gegenspieler, der Sympathikus, ist der anregende Teil unseres ANS. Er bewirkt eine Spannungssteigerung, hat also eine vitalisierende, anregende Wirkung, und mobilisiert Kraftreserven. Die Sympathikuswirkung ist wichtig, um eine ausreichende Spannung für Aktivität zu entwickeln. Nur im Zusammenspiel von Sympathikus und Parasympathikus ist eine Balance im ANS möglich (→ Abb. 1).

Ist der Sympathikus daueraktiviert, ein Umschalten in die parasympathische Aktivität nicht mehr in ausreichendem Maße möglich, sprechen wir von einem Stresszustand mit den Symptomen einer allgemeinen Gereiztheit, körperlicher Verspannungen, Erschöpfungszuständen und Schlafstörungen. In der EEH gehen wir von der Grundannahme aus, dass eine erhöhte und dauerhafte Aktivierung des Sympathischen Zweiges des ANS mit einer Reduzierung der el-

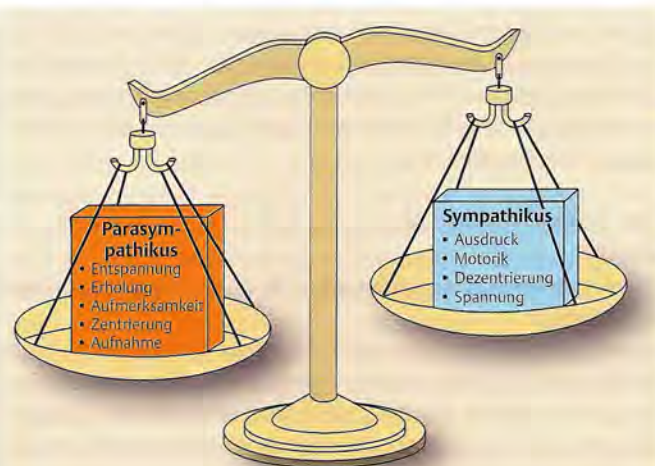


Abb. 1 ANS mit seinen zwei Anteilen und den für die EEH wesentlichen Funktionen.

terlichen Selbstwahrnehmungsfähigkeit und damit einhergehend einer Reduzierung ihrer Feinfühligkeit verbunden ist. In diesem Zustand ist die Verbindung zum Informationsstrom der eigenen körperlichen Empfindungen und Gefühle geschwächt bzw. unterbrochen. Die Folge ist eine auf ein Minimum herabgesetzte sensorische Aufnahmefähigkeit der Eltern. Die Aktivität der Spiegelneurone ist bei Stress, Angst und Schmerzen deutlich herabgesetzt⁴. Die Signale des Babys zu verstehen, gelingt Eltern am besten, wenn sie sich in einem entspannten bzw. entspannungsfähigen Zustand befinden.

Auch auf Seiten des Kindes hat eine Daueraktivierung des Sympathikus erhebliche Auswirkungen. Der Körper des Babys ist steif und gespannt, die Hände sind zu Fäusten geballt. Es überstreckt sich ständig. Oft vermeiden die Babys den Blickkontakt. Die Verdauung kann erheblich in Mitleidenschaft gezogen sein. Das Baby ist unzufrieden und schreit mitunter stundenlang. Beruhigungsangebote wie Tragen, Stillen oder Schaukeln wirken nicht oder nur kurz.

Mit dem Schreien weist ein Säugling auf eine Störung in seinem äußeren oder inneren Gleichgewicht hin. Dies können noch nicht ausreichend befriedigte Bedürfnisse wie Hunger oder Durst sein. Es kann auf eine Störung in seiner körperlichen Integrität hinweisen (z. B. Frieren) oder darauf, dass der emotionale Kontakt zu seiner Bezugsperson nicht ausreichend gewährleistet ist. Das Baby wird also durch die Beruhigungsmaßnahmen seiner selbst im Stresszustand befindlichen Eltern nicht in einen parasympathischen Zustand gebracht. Nur durch eine feinfühlig Wahrnehmung und Beantwortung der Stresssignale des Babys durch seine Eltern kann die Situation nachhaltig verändert werden.

Emotionelle Erste Hilfe in der Praxis

Im 7-Schritte-Modell der EEH (→ Abb. 2) werden Eltern nach und nach angeleitet, ihre Feinfühligkeit und innere (unbewusste!) Bindungsbereitschaft durch eine Rückbindung an ihren eigenen Körper wieder herzustellen. Rückenbindung bedeutet, dass die Eltern lernen, auch in schwierigen Alltagssituationen in Kontakt mit ihren Körperinformationen und Gefühlen zu treten. Dafür ist es wichtig, dass Eltern diese erspüren und wahrnehmen lernen, sie zulassen und achtsam und liebevoll begleiten. In der EEH geht es also weniger um Verhaltensanpassungen. Es geht vielmehr darum, in einer vertrauensvollen Beziehung durch körperorientierte Interventionen bei Eltern und Babys die neurophysiologischen Grundlagen zu schaffen, die eine feinfühlig Eltern-Kind-Abstimmung wieder ermöglichen⁵.

Das 7-Schritte-Modell

Schritt 1

Problemdefinition, Erkundung der Bindungsangebote, Erleben der Situation

Es werden die Angebote evaluiert, mit denen die Eltern auf Unruhe und Weinen des Babys reagieren. Dabei wird der Fokus vom Kind auf das Erleben und die Belastung der Elternperson gelenkt. Zeitgleich muss die Reaktion des Babys auf diese Angebote beobachtet werden.

Diese Phase dient auch der Klärung des Beratungsauftrags, der sich aus der Fragestellung ergibt.

Frau K. möchte mehr Sicherheit im Umgang mit dem kindlichen Schreien und mehr Orientierung im Alltag mit Ida erreichen.

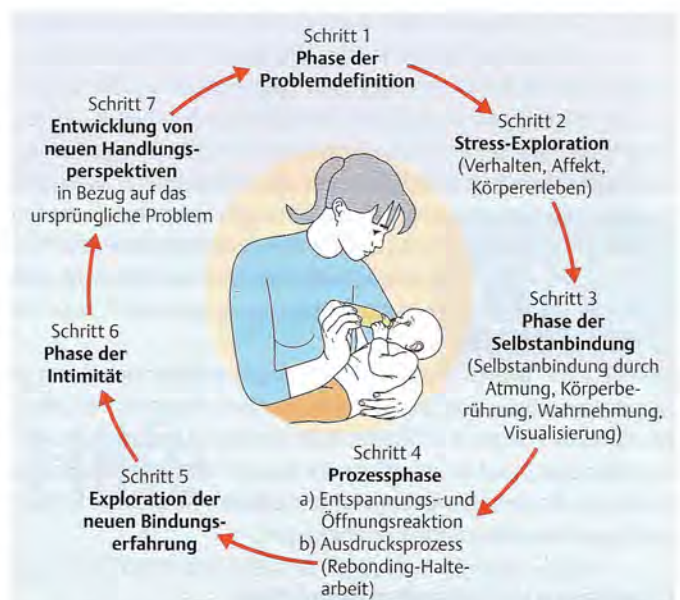


Abb. 2 Das 7-Schritte-Modell⁶.

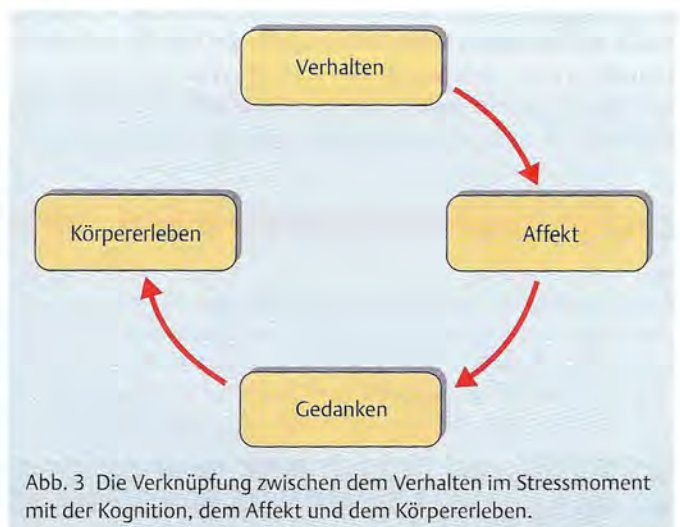


Abb. 3 Die Verknüpfung zwischen dem Verhalten im Stressmoment mit der Kognition, dem Affekt und dem Körpererleben.

Schritt 2

Erkunden des Stresserlebens

Ziel ist es, das Verhalten, das affektive Erleben, das Körperempfinden und die Gefühle der Eltern während des Schreiens oder der Unruhe in einen Zusammenhang für sie zu bringen. Dazu muss eine Verknüpfung zwischen dem äußeren Anlass der Stressdynamik (Schreien/Unruhe des Babys), den Beruhigungsstrategien und dem inneren Erleben sowohl körperlich wie psychisch hergestellt werden (→ Abb. 3).

Frau K. läuft mit Ida durch den Raum. Dabei wird deutlich, dass Frau K. körperlich extrem angespannt ist. Sie beschreibt ein Gefühl von Enge in der Brust, die ihr den Atem nimmt. Sie hat das Gefühl sich zusammenzureißen. Sie fühlt sich hilflos und allein. Frau K. kann nun wahrnehmen, wie groß ihre Belastung seit Wochen ist und wie sie sofort beginnt, unruhig und orientierungslos zu werden, sobald Ida unruhig wird.

Ida schaut ihre Mutter nicht mehr an. Auch auf ihrem Arm kommt es nicht zu einem gefühlten Kontakt zwischen den beiden. Ida hat einen hohen Muskeltonus und ist nicht in der Lage sich in den Arm der Mutter einzukuscheln. Die emotionale Verbindung zueinander ist abgebrochen.

Schritt 3

Selbstanbindung

Die Elternperson wird aufgefordert, die Aufmerksamkeit auf ihr Körpergeschehen zu lenken. Die Eltern lernen den verloren gegangenen Kontakt zum eigenen Körper wieder aufzubauen. Eine zentrale Rolle nimmt die bewusst eingesetzte Atemregulation ein.

Ich bitte Frau K. Ida in den Arm zu nehmen, sodass Ida gut gehalten ist. Die Mutter wird nun angeleitet, in den inneren Dialog mit dem eigenem Körper zu treten. Frau K. fällt es sehr schwer, die Aufmerksamkeit bei sich zu halten. Immer wieder schießen negative, ablehnende Gedanken in den Kopf. Durch zusätzliche körperorientierte Methoden erfährt Frau K. Hilfestellung zur Selbstanbindung.

Wichtiger als die Wahl der eingesetzten Methode ist, dass diese nicht mechanisch oder technisch genutzt werden. Vielmehr soll eine innere Berührung und emotionale Öffnung der erwachsenen Person erreicht werden.

Schritt 4

Prozess-Phase

Nun wird die Selbstanbindung angeleitet und im Kontakt mit dem Kind genutzt, während es unruhig ist oder schreit. Die Strategien zur Ablenkung, die bisher die Kontaktangebote bestimmt haben, entfallen. Die Elternperson wechselt in einen parasympathischen Zustand. Das Baby hat zwei Möglichkeiten auf die veränderte Situation der Eltern zu reagieren.

Babys, die noch regulationsfähig genug sind, können sich auf die veränderte emotionale und körperliche Situation einlassen. Sie können die Entspannung der Eltern aufnehmen und selbst in einen parasympathischen Zustand überwechseln. Andere Babys gleiten im elterlichen Entspannungszustand in einen Prozess des Weinens und Schreiens. Es ist, als würde der entspannte, sichere Zustand der Eltern erst jetzt dem Baby erlauben, seinem bisher ungebundenen, unterdrückten Weinen freien Lauf zu lassen.

Blieben die Eltern im inneren Dialog mit ihrem Körpergeschehen und parasympathischen Zustand, ermöglicht dies dem Baby ein befreiendes, lösendes Weinen (→ **Abb. 4**).

Der Fokus dieser Intervention liegt dabei auf der Selbstanbindung der Eltern. Denn diese vermindert bei ihnen das Erleben von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Schuldgefühlen und führt zu einem inneren Sicherheitserleben und dadurch zur Bindungsbereitschaft und -fähigkeit.

Frau K. kommt durch die Unterstützung und die zentrierende Atmung zur Ruhe. Sie ist nun in der Lage ihrem Atem zu folgen. Sie kann Ida liebevoll ansehen und ihr gut zureden. Frau K. ist sehr berührt von dem Gefühl der Nähe, das sich in ihr aufbaut. Sie weint. Zum ersten Mal hat sie das Gefühl, für Ida da und ihr nah sein zu können, obwohl Ida noch immer schreit. Ida ist in eine Stressaktivierung und einen Ausdrucksprozess übergegangen.

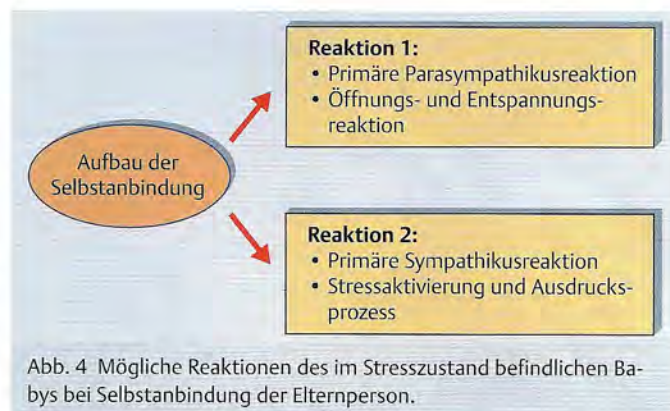


Abb. 4 Mögliche Reaktionen des im Stresszustand befindlichen Babys bei Selbstanbindung der Elternperson.

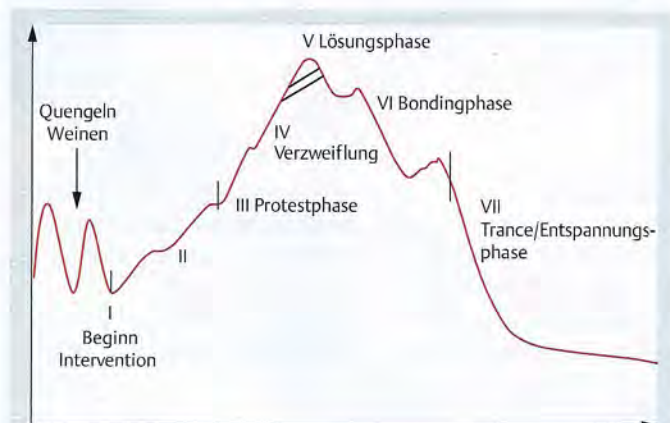


Abb. 5 Phasen des begleiteten Weinens bei Selbstanbindung der dadurch emotional haltefähigen Elternperson⁵.

Idas Weinen folgt einem Muster (→ **Abb. 5**). Nachdem sich Frau K. bequem positioniert hat (I) und die bisherigen Beruhigungsangebote nicht mehr anwendet, beginnt Ida schnell zu schreien (II). Sie protestiert und überstreckt sich (III). Schnell wechselnde Impulse von Abstoßen und Anlehnen lassen bei Frau K. den Gedanken aufkommen, Ida wehre sich gegen den Halt. Ich leite Frau K. an, wieder Kontakt mit ihrer Atmung aufzunehmen. Durch weitere körperorientierte Hilfestellungen wird die Mutter wieder ruhiger und bleibt im Kontakt. Nun wird Idas Weinen ein heftiges, verzweifertes Schreien (IV). Die Mutter wird ängstlich und in ihr macht sich eine Sorge breit, die sie unter der Geburt auch erlebte. Kurz bevor Ida geboren war, wurden ihre Herztöne schlecht. Es wurden Interventionen diskutiert. Frau K. hatte große Angst um Ida und befürchtete, ihr Baby würde sterben. Nachdem die Mutter dies ausgesprochen hatte, begann sie sich wieder zu beruhigen. Sie konnte wahrnehmen, dass Orientierungs- und Haltlosigkeit hier ihren Anfang genommen hatten. Ich forderte sie auf, sich dem Gefühl von Sicherheit zuzuwenden. Fast zeitgleich wurde Idas Weinen weicher, die Qualität wechselte von verzweifelt in traurig (V). Immer mehr kuschelt sich Ida in den Arm ihrer Mutter, schmiegt sich an. Ida wird immer ruhiger. Sie hat ihre Augen geöffnet und blickt ihre Mutter intensiv an (VI). Auch Frau K. kann sich diesem Blickkontakt hingeben. Es wirkt, als würden sich die beiden zum ersten Mal begegnen und verlieben. Sie sind in der Bondingphase angekommen (VII).



Schritt 5 Bondingphase

In der Bondingphase erfüllt Eltern und Babys die Erfahrung einer tiefen Berührung. Ein zu frühes Ansprechen oder analytisches Hinterfragen stört diesen wichtigen Bondingprozess.

Frau K. bleibt mit Ida einige Zeit in diesem Kontakt. Sie spricht mit Ida, streichelt sie. Beide genießen diesen Moment sichtlich.

Schritt 6 Erkundung der Veränderung

Nun ist es wichtig, dass die Eltern ihre veränderte Bindungserfahrung innerlich wahrnehmen. Sie überprüfen noch einmal genau, in welcher Weise sich die anfänglich beschriebenen Symptome verändert haben. Nur so können Eltern realisieren, dass sich vor allem ihre eigenen Gefühle, ihre Körperempfindungen und ihr Bindungserleben und nicht nur das Verhalten des Babys verändert haben.

Schritt 7 Entwicklung von Handlungsstrategien für den Alltag

Die stärkende Erfahrung der Sitzung muss in die konkrete, belastende Alltagssituation übertragen werden, da dies nicht automatisch erfolgt.

Ich bitte Frau K. sich vorzustellen, dass Ida zu Hause im Alltag wieder unruhig und quengelig wird. Frau K. spürt sofort den Druck in ihrer Brust, kann wahrnehmen, wie sie wieder unruhig wird. Nun stellt sie sich vor, wie sie sich an ihren Körper rückbindet. Sie kann spüren, dass ihr dies hilft, ruhig zu bleiben, und dass sie damit Ida Halt in der Unruhe gibt.

Insgesamt war Frau K. zu fünf Sitzungen á 1,5 Stunden bei mir. Sie konnte wahrnehmen, dass sie für Ida emotional nicht erreichbar ist, wenn sie sich in einem angespannten, gestressten Zustand befindet. Erst im entspannten Zustand konnte sie Idas Signale wahrnehmen und richtig interpretieren. Dadurch konnte sie Ida durch Unruhe- und Schreiphasen, die durch Müdigkeit oder Überreizung verursacht waren, begleiten. Sie hat mehr und mehr gelernt, auf ihre eigenen Bedürfnisse wie Auszeiten zu achten.

FAZIT

Es ist mir ein Anliegen, dass Eltern, die sich in so schwierigen Situationen befinden, Hilfestellung bekommen. Keine Zeit ist für Eltern und Babys so prägend und nachhaltig wie die frühe Babyzeit, der Start in ein gemeinsames Leben. Daher erscheint es mir wichtig, darauf hinzuweisen, dass Babys für ihre Handlungen und Reaktionen nicht verantwortlich sind. Sie weinen, wenn sie Hilfe brauchen. Denn Babys reagieren auf die verminderte Bindungsfähigkeit der Eltern im Stresszustand mit einer Alarmierung ihres Bindungssystems.

Sicher ist es nicht realistisch, dass alle Fachpersonen im Umfeld junger Familien diese Ausbildung absolvieren. Aber alle Fachpersonen insbesondere in Kliniken sollten Kenntnis davon haben, wo Eltern Hilfe bekommen können.

LITERATUR

- 1 Hédervári-Heller E. Frühkindliche Entwicklung und Störungen der Verhaltensregulation – Theoretische Überlegungen und Behandlungsmöglichkeiten. Online unter http://liga-kind.de/fruehe/208_hedervari-heller.php, letzter Zugriff: 09.01.2014
- 2 Universitätskliniken Tübingen, Abtl. Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Online unter: www.medicin.uni-tuebingen.de/ppkj/Download/SkriptPPKJ061201.pdf; letzter Zugriff: 09.01.2014
- 3 Brisch KH. SAFE – sichere Ausbildung für Eltern; Clett-Cotta Verlag 2010
- 4 Bauer J. Warum ich fühle was du fühlst; Heyne Verlag 2006
- 5 Harms T. Emotionelle Erste Hilfe; Leutner Verlag 2008

ZUM WEITERLESEN

Weitere Literaturempfehlungen zum Thema:

Gerhard S. Die Kraft der Elternliebe. Patmos Verlag, 2006

Grossmann K, Grossmann KE. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Clett-Kotta, 2004/2012

Sunderland M. Die neue Elternschule. Dorling Kindersley Verlag, 2006 (neue Aufl. 2010)

INFOS

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.Emotionelle-Erste-Hilfe.org.

AUTORIN

Jutta Pipper
ist Kinderkrankenschwester, Heilpraktikerin für Psychotherapie, EEH-Fachberaterin und -Fachtherapeutin. Seit 2000 arbeitet sie freiberuflich, seit 2009 in eigener Praxis: Beratungspraxis/Schreibambulanz, Friedrich-Ebert-Str. 5, 55218 Ingelheim.
E-Mail: kontakt@EEH-Beratung.de



BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/js-0034-1367696

JuKIP 2014; 3: 30–34

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York · ISSN 1439-2569