

Unstillbares Schreien

Behandlungskonzepte im Vergleich

Schreien und Unruhephasen gehören zur normalen Entwicklung eines Säuglings in den ersten drei Lebensmonaten – nimmt es allerdings so überhand, dass die Eltern nervlich an den Rand ihrer Belastungsfähigkeit geraten und das Baby nicht mehr zu beruhigen ist, suchen sie richtigerweise fachliche Hilfe. Neben dem Kinderarzt und der Schreiambulanz wenden sich betroffene Eltern auch an Fachpersonen anderer Disziplinen. Die wichtigsten Ansprechpartner haben wir gebeten, sechs Fragen zu beantworten. Die verschiedenen Beiträge geben unter anderem einen Überblick über die verschiedenen Therapieansätze. Alle haben jedoch eine gemeinsame Basis: Es geht darum, den Eltern zuzuhören, ihnen zu helfen, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und organische Ursachen beim Baby auszuschliessen.

1. Wie definieren Sie ein Schreikind?

Dr. med. Bruno Bischof, Homöopath, Wil:



Die Definition des Begriffs «Schreikind» ergibt sich aus dem Wort. Er umfasst zweierlei: dass sich die Wahrnehmung der Umgebung vorwiegend auf das

Schreien reduziert, und dass keine erkennbare psychische oder organische Ursache beim Säugling dafür besteht. Was lässt sich also aus Sicht der Homöopathie behandeln? Eine der Grundlagen der Homöopathie ist ihr Krankheitsverständnis: Es beruht auf der Vorstellung einer Lebenskraft, die durch innere oder äussere Umstände in Ungleichgewicht geraten ist und sich wieder auszugleichen sucht. Dabei können Schwierigkeiten auftreten, die sich in Form individueller Symptome zeigen. Die Symptome sind also nicht die Krankheit, sondern der Versuch des Körpers, sich zu heilen. Das bietet Vorteile für den homöopathischen Zugang zum Problem: Wir brauchen die Ursache des Schreiens beim «Schreikind» nicht unbedingt zu erkennen, sondern können aufgrund der individuellen Symptome zur Wahl eines Mittels kommen.

Es soll gleich zu Beginn erklärt werden, was homöopathische Mittel genau sind, um diese und die unten stehenden Überlegungen verständlich zu machen. Homöopathische Mittel werden durch klinische Prüfung an gesunden Personen und durch Heilerfahrungen an Kranken untersucht. Bei der klinischen Prüfung werden die Mittel in sehr hoher Verdünnung (jenseits der Avogadro'schen Zahl) und Potenzierung (pro Verdünnungs-

schrift z.B. zehnmal geschüttelt) einmal oder wiederholt gesunden Personen verabreicht. Dabei können bei den Probanden Symptome auftreten, die gesammelt und auf Reproduzierbarkeit überprüft und schliesslich – nach ihrer Häufigkeit gewichtet – in sogenannten Repertorien katalogisiert werden. Daher die Bezeichnung: Ein Mittel «hat dieses oder jenes Symptom», beispielsweise das Augentränen beim Zwiebelschneiden. Auch die Heilerfahrungen durch die Mittel finden Eingang in die Repertorien. In der *Materia medica* werden die Symptome jedes Mittels beschrieben und – je nach Autor – unterschiedlich gewichtet. Die Mittel haben also Symptome sowohl auf psychischer als auch auf körperlicher Ebene und individuelle Formen organischer Gewebeveränderungen.

Dr. med. Rudolf Christen, FMH Pädiatrie, Thun:



Nach Remo Largos «Babyjahre» zählt es zu einem normalen Verhalten, wenn ein Säugling in den ersten zwei bis drei Lebensmonaten bis zu drei Stunden täglich schreit, und dies speziell in den

Abendstunden. Gleichwohl erträgt normales mütterliches und väterliches instinktives Verhalten Schreien schlecht. Zur Definition des Schreikindes gehört die Frustrationstoleranz der Eltern dem Schreien gegenüber. Je kleiner diese ist, desto eher haben wir es mit einem Schreikind in pathologischem Sinn zu tun. Schreikinder sind gesunde Gedeihkinder ohne medizinische Problematik. Häufig sind es hungrige, kräftige Säuglinge, welche die Trinkmenge reichlich mit Luft vermehren. Ich beobachte in dieser Beziehung keinen Unterschied zwischen ge-

stillten und flaschenernährten Säuglingen. Der postprandial geblähte Magen verhindert oft ein adäquates Aufstossen. Die Luft passiert den Darm, was zu den bekannten Geräuschen führt und mit auffallend gehäuften Winden endet. Die eigentliche Problematik ist also nicht das Schreikind selbst, sondern die Wirkung, die das Schreien auf die Umgebung hat. Reagiert die Umgebung genervt, verstärkt dies das Unwohlsein des kleinen Erdenbürgers zusätzlich, da er hochsensibel den elterlichen Stress mitempfindet. Es entsteht eine Gefühlsspirale, die oft nicht mehr zu durchbrechen ist. Aggraviert wird diese Situation durch ein schlecht erlebtes Wochenbett der Mutter, Geburtstraumata, eheliche Beziehungskrisen und so weiter, also Ereignisse, die das familiäre System zusätzlich belasten.

**Dr. med. René Glanzmann,
Säuglingsprechstunde UKBB:**



Die übliche Definition des Schreibabys, Schreien an mindestens drei Tagen pro Woche drei Stunden lang, wird bei uns erweitert in dem Sinn, dass ein Baby dann als Schreibaby gilt, wenn es von den Eltern als solches empfunden wird. Oftmals helfen den Eltern schon das Ausfüllen des Schreiprotokolls oder erste Informationen in unserer Sprechstunde, ihre Situation mit dem Kind besser einzuschätzen.

Charlotte Hähni, Mütter- und Väterberatung, Wil:



Es gibt verschiedene Aussagen, wie sich ein Schreikind definiert. Eine davon ist, dass das Kind mehr als drei Stunden am Tag intensiv weint und sich nicht beruhigen lässt. Aus unserer Sicht definiert sich ein Schreikind durch ein regelmässiges, intensives Schreien, verteilt auf 24 Stunden. Das Kind lässt sich durch nichts beruhigen und schreit weiter. Ein Schreikind wird aber nicht zuletzt durch die Empfindungen und Wahrnehmung der Eltern definiert. Für die einen tritt dies viel früher ein als für andere Paare.

**Silvia Honigmann, Stillberatung,
UKBB:**



Zuerst möchte ich eine Anmerkung zum Begriff «Schreikind» einbringen. Dieser hat sich leider mehr und mehr in der deutschen Sprache und Fachterminologie etabliert. Ich persönlich benutze ihn nie und lege grossen Wert darauf, dem Kind im Umgang mit den Eltern keinen negativen «Stempel» aufzudrücken. Ein Säugling, der viel schreit, hat vielleicht grosse Bedürfnisse oder ist ein besonders empfindliches Baby. Beide Begriffe stammen aus Dr. Sears' Buch «Das 24-Stunden-Baby – Kinder mit starken Bedürfnissen verstehen». Nun zur Definition: Das Baby mit grossen Bedürfnissen ist ein Baby mit intensiven Gefühlen und Ansprüchen, übersensibel und quengelig; es weint oft scheinbar grundlos längere Zeit hindurch, wodurch sein Schlafmuster, seine Essgewohnheiten und Ruhepausen beeinträchtigt werden. Es verlangt ununterbrochen nach körperlichem Kontakt, will häufig gestillt werden, ist unzufrieden und reagiert nicht immer gleich auf Trost.

**Dr. med. George Marx,
Leiter Gastroenterologie,
Ostschweizer Kinderspital:**



Schreien, weinen und quengeln gehört in der vorsprachlichen Kommunikation des Neugeborenen und Säuglings zu den überlebensnotwendigen und angeborenen Äusserungen seiner Befindlichkeit. Häufig wird das exzessive Schreien kurz unter den sogenannten «Dreimonats-Koliken» erwähnt im Sinne eines nicht erklärbaren Schreiens und Quengels in den ersten drei Lebensmonaten. Es ist keiner bestimmten Erkrankung im klassischen Sinn zuzuordnen. Als Ursache werden abdominelle Koliken oder Blähungen bei noch unreifem Magen-Darm-Trakt angenommen. Nach wie vor gilt heutzutage die von Wessel 1954 eingeführte Dreierregel, welche besagt, dass die sogenannten Schreikinder mehr als

drei Stunden pro Tag über mehr als drei Tage pro Woche für mehr als drei Wochen Schreiatteckungen haben.

**Dr. med. Silvia Reisch,
KJPD, Kanton Thurgau:**



Das exzessive Schreien von Babys gehört diagnostisch zur Gruppe der Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Unter Regulationsstörung wird eine für das Alter beziehungsweise den Entwicklungsstand des Säuglings oder Kleinkindes aussergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem Kontext wie Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Essen und so weiter angemessen zu regulieren.

Wir gehen davon aus, dass kindliche Verhaltensprobleme in den ersten Lebensjahren nicht zu trennen sind von der Qualität der frühen Eltern-Kind-Beziehung, in deren Kontext sie sich zeigen, aufrechterhalten werden und zu deren Gestaltung sie ihrerseits wesentlich beitragen. Deshalb sehen wir bei Regulationsstörungen in den meisten Fällen klinisch eine Kombination von gestörter Selbstregulation des Säuglings/Kleinkindes, assoziierten elterlichen physischen und psychischen Belastungen und/oder gestörten Interaktionen zwischen dem Säugling und seinen primären Bezugspersonen.

Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (AWMF) müssen bei exzessivem Schreien im ersten Lebenshalbjahr folgende Kriterien vorliegen:

- ⊙ Anfallsartige, unstillbare Schrei- und Unruheepisoden in den ersten sechs Lebensmonaten ohne erkennbaren Grund bei einem sonst gesunden Säugling.
- ⊙ Reduziertes Ansprechen auf Beruhigungshilfen.
- ⊙ Beginn meist um die zweite Lebenswoche, Zunahme an Intensität und Häufigkeit bis zur zirka sechsten Lebenswoche, in der Regel bis zum Ende des dritten Lebensmonats weitgehender Rückgang, gelegentlich Persistenz bis zum sechsten Lebensmonat.

- ◉ Die Schrei- und Unruhezeitung ist zeitlich gebunden an eine Phase physiologischer Reifungs- und Anpassungsprozesse und geht mit einer Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation einher.
- ◉ Gehäuftes Auftreten in den Abendstunden mit abendlicher kumulativer Überreizung/Übermüdung.

Klinisch diagnostizieren wir Schreibabys mit der Dreierregel nach Wessel:

Betroffene Babys schreien mehr als drei Stunden pro Tag, dies an mehr als drei Tagen pro Woche und über mehr als drei Wochen. Die komplexen Wechselwirkungen innerhalb der betroffenen Familie müssen zudem ausreichend berücksichtigt werden.

Jürgen Schulz, *Invivo* Osteopathie, Basel:



Die gemeinhin verwendete Bezeichnung «Schreikind» ist aus meiner Sicht problematisch. Zum einen stigmatisiert sie den von einer Regulationsstörung betroffenen Säugling und reduziert ihn auf das für sein familiäres Umfeld belastende Verhalten – sein extremes Schreien. Zum anderen wird der Begriff der Komplexität der Problematik nicht gerecht. In aktuelleren Veröffentlichungen spricht man von einer Trias der frühkindlichen Regulationsstörung, die sowohl die kindliche Seite mit unstillbarem oder exzessivem Schreien und Problemen der Schlaf-Wach-Regulation als auch die elterliche Seite mit Erschöpfung und psychosozialen Belastungen und das häufige Versagen und Eskalieren der Interaktion zwischen den Eltern und den Säuglingen umfasst (1).

Wichtig scheint mir die Feststellung, dass die Verhaltensweise des unstillbaren Schreiens bis heute nicht zufriedenstellend definiert wurde. Meines Erachtens gibt es verschiedene Schweregrade des Phänomens, wobei die Säuglinge, auf welche die klassische Definition von M.A. Wessel aus dem Jahr 1954 zutrifft, eher eine extreme Ausprägung zu zeigen scheinen.

Überhaupt kommen aktuellere Studien zu dem Ergebnis, dass es sich beim un-

stillbaren Schreien eher um eine extreme Ausprägung einer normalen Verhaltensweise als um eine Funktionsstörung handelt (1).

1. Papoušek M., Schieche M., Wurmser H. (ed.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit, Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen, 2004, Huber, Bern.

Dorothee Servaux, Homöopathin:

Bei Schreikindern handelt es sich um Säuglinge in den ersten Lebenswochen, die aus ungeklärten Gründen exzessiv viel schreien (z.B. länger als drei Stunden am Tag an mehr als drei Tagen pro Woche über einen Zeitraum von mehr als drei Wochen gemäss der gängigen Definition) und nicht oder nur sehr schwer zu beruhigen sind. Oft wird der Zustand auch als Dreimonatskolik bezeichnet.

In der klassischen Homöopathie ist der Name einer Krankheit oder Störung für die Therapie jedoch nicht ausschlaggebend. Das Hauptaugenmerk wird auf den individuellen Zustand gerichtet. Jedes von den Eltern als behandlungsbedürftig empfundene Kind wird seine eigenen typischen Symptome zeigen, die zur Mittelwahl führen, egal, ob es den gängigen Kriterien und Definitionen entspricht oder nicht.

2. *Wie kommt dieses Kind zu Ihnen? Kommen die Eltern von sich aus oder auf Empfehlung; werden sie zugewiesen vom Arzt oder Kinderarzt, oder kommen sie auf entsprechende Inserate?*

Dr. med. Bruno Bischof, Homöopath, Wil:

Es scheint auf den ersten Blick merkwürdig: Ich sehe wenige solcher Kinder. Zu Beginn und am Ende des Lebens, so die homöopathische Erfahrung, sind die homöopathisch passenden Mittel oft am leichtesten zu finden, weil die Symptome am deutlichsten zu erkennen sind. Das bedeutet, dass mit wenigen, oft gut bekannten Mitteln viel erreicht werden kann. Das kommt dem Wunsch nach Vereinfachung der Homöopathie und damit der Anwendung für den Hausgebrauch entgegen. Der Säugling kann also durch «Schreikügeli» manchmal mit recht gutem Erfolg behandelt werden. Selbst

wenn mehrere Mittel als Kombinationspräparate gemischt werden, was in der klassischen Homöopathie aus guten Gründen verpönt ist. Wenn das «Schreikügeli» nicht hilft, liegt die Vorstellung nahe, dass die Homöopathie nicht hilft.

Wenn bei der fieberhaften Erkrankung eines Kindes das Fieberzäpfchen nicht in angemessener Zeit hilft, werden die Eltern den Pädiater aufsuchen, und es wird eine genauere Diagnose und Therapie notwendig sein. Die Wirkung der Homöopathie wird durch eine genaue Diagnose und Therapie natürlich ebenfalls verbessert.

Wenn solche Kinder den Weg in meine Sprechstunde finden, dann meist, weil ich schon andere Familienmitglieder behandelt habe und sie die Methode bereits kennen. Gelegentlich gibt es auch Zuweisungen durch Kinderärzte. Meist besteht dabei eine persönliche Vertrauensbasis. Denn die Hürde, an die Homöopathie zu «glauben», ist für Schulmediziner erheblich. Sie zu nehmen bedeutet, den Raum eines anderen Denkmodells zu betreten, ohne jedoch die Schulmedizin zu verlassen. Deshalb wird die Homöopathie oft einfach vergessen, auch wenn einigen schulmedizinischen Kollegen Behandlungserfolge bekannt sind.

Dr. med. Rudolf Christen, FMH Pädiatrie, Thun:

Die meisten Patienteltern melden sich notfallmässig, sei es, dass eine Mutter am Ende ihrer Kräfte, oft der Verzweiflung nahe, rasche Hilfe sucht, sei es, dass der Vater abends müde von der Arbeit heimkehrt, eine Situation vorfindet, die nicht mehr zu beruhigen ist und selbst sofort zum Telefonhörer greift. Weniger verzweifelte Situationen treffe ich bei der Routineuntersuchung des Säuglings im Alter von einem Monat an, anlässlich des Hüftscreenings, meist auf gezieltes Befragen hin. Dort treffe ich auf Mütter, die zwar auch beunruhigt sind, sich aber aufgrund von für sie einleuchtenden Erklärungen mit der Situation abfinden können. Ich habe fast keine Zuweisungen; die Patienten mit Schreiproblemen sehe ich aus meinem eigenen Patientengut. Ich betreibe eine typische pädiatrische Grundversorgerpraxis.

**Dr. med. René Glanzmann,
Säuglingsprechstunde UKBB:**

Die Patienten werden zu etwa 50 Prozent von den Praxispädiatern, zu etwa 10 Prozent über das UKBB oder die UPK zugewiesen; weitere Zuweisungen stammen von den Mütter- und Väterberatungsstellen, Hebammen und Chiropraktikern aus der Region. In etwa 15 Prozent der Fälle melden die Eltern ihr Kind direkt bei uns an. Inserate werden keine eingesetzt, indes finden regelmässig Fortbildungsveranstaltungen für interessierte Institutionen statt (u.a. bei Hebammen oder Mütter- und Väterberatungsstellen).

Insgesamt werden die Schreibabys in unserer Region durch die Praxispädiater gut aufgefangen und betreut, sodass die Schwelle, unsere Spezialsprechstunde aufzusuchen, eher hoch angesetzt ist. Wir legen auch grossen Wert darauf, dass die Eltern ihr Problem mit dem Schreibaby zuerst mit ihrem Kinderarzt besprechen.

Charlotte Hähni, Mütter- und Väterberatung, Wil:

Viele Eltern kommen in dieser schwierigen Zeit selbst in die Beratung, um Rat zu suchen. Nicht alle Eltern gestehen sich jedoch die Grenzen ein, an die sie gestossen sind, und haben den Mut, ihre Sorgen anzusprechen. Sie schmuggeln sich ohne Hilfe durch diese intensive Zeit. Ich als Beraterin erfahre erst viel später, welche Not die Eltern erlebt haben.

Die Mütterberaterin nimmt mit allen Elternpaaren Kontakt auf, sobald wir die Geburtsmeldung erhalten haben, und stellt das Angebot der Mütter- und Väterberatung vor. So ist sichergestellt, dass die Eltern eine niederschwellige Beratung in Anspruch nehmen können, wenn sie das Bedürfnis dazu verspüren. Nicht alle Eltern möchten dieses Angebot nutzen.

Teilweise werden die Paare nach der Geburt durch eine Hebamme betreut. Durch sie werden die Eltern auf unser Angebot aufmerksam gemacht und wird ihnen nahegelegt, sich bei uns zu melden, wenn sie Fragen oder Probleme im Umgang mit ihrem Kind haben. Eher selten kommen die Eltern via Kinderarzt zu uns in die Beratung, wenn es um das Thema Schreibaby geht.

**Silvia Honigmann, Stillberatung,
UKBB:**

Viele Eltern kommen von sich aus in die Stillberatung. Sie denken, dass die Beschwerden mit dem Stillen zusammenhängen oder sogar durch das Stillen verursacht werden. Oft sind sie verzweifelt und tief verunsichert, denn sie bekommen von ihrer Umgebung allerlei und zum Teil auch widersprüchliche Ratschläge, wie beispielsweise: Stille ihn doch, siehst du nicht, dass er Hunger hat? Du sollst ihn nicht häufiger als alle drei Stunden stillen! Du hast sicherlich zu wenig Milch, füttere ihn zu! Dein Baby ist überfüttert, gib ihm nicht so viel! Lass Dein Baby nicht schreien! Du verwöhnst das Kind!

**Dr. med. George Marx,
Leiter Gastroenterologie,
Ostschweizer Kinderspital:**

Diejenigen Patienten, die in meine gastroenterologische Sprechstunde kommen, sind Kinder, bei denen entweder der Hausarzt oder die Eltern via Hausarzt beziehungsweise Kinderarzt eine organische Ursache dieser Schreiatteckungen ausgeschlossen haben wollen. Zu den möglichen gastroenterologischen Ursachen gehören die gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD), die Kuhmilchproteinintoleranz oder -allergie (KMPI oder KMPA), die chronische Stuhlentleerungsproblematik im Sinne einer Obstipation oder aber auch anatomische Fehlbildungen wie zum Beispiel Malrotationen des Intestinaltraktes. Neben den Selbstzuweisungen der Eltern und den Zuweisungen via Kinder- beziehungsweise Hausarzt werden die Patientinnen und Patienten auch häufig durch die Mütter- und Väterberatungsstellen der einzelnen Gemeinden zugewiesen.

**Dr. med. Silvia Reisch,
KJPD, Kanton Thurgau:**

Bei uns im Kanton Thurgau gibt es unterschiedlichste Wege zur interdisziplinären Kleinkindambulanz. Da wir fachlich sehr eng mit den pädiatrischen Kollegen zusammenarbeiten, erfolgen Zuweisungen häufig über niedergelassene Pädiater oder die pädiatrische Klinik. Im Sinne der Niederschwelligkeit nehmen wir zu Eltern von hospitalisier-

ten Schreibabys schon während des Klinikaufenthaltes persönlich Kontakt auf. Häufig melden sich Eltern auch auf Empfehlung der Mütter-Väter-Beratung oder niedergelassener Hebammen. Teilweise erreichen uns Anmeldungen von Eltern, die wegen postpartaler Depression oder Erschöpfungsdepression Hilfe bei einem Erwachsenenpsychiater gesucht haben und von diesem wegen ihrer Schreibabys an uns verwiesen werden. Nicht zuletzt melden sich auch Eltern, die über unsere Homepage oder Flyer, die in Arztpraxen und bei der Mütter-Väter-Beratung aufliegen, auf uns aufmerksam geworden sind.

**Jürgen Schulz, Invivo Osteopathie,
Basel:**

Ein grosser Teil der betroffenen Eltern kommt auf Empfehlung anderer Eltern, die positive Erfahrungen mit der Osteopathie gemacht haben. Ein anderer Teil der Kinder kommt auf Empfehlung von Fachleuten, mit denen ich vernetzt zusammenarbeite; dazu gehören Hebammen, Mütter-Väter-Beraterinnen und einzelne Pädiater. Aus meiner Sicht ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit für die betroffenen Säuglinge und ihre Familien sinnvoll und auch notwendig, um der Komplexität der Problematik gerecht zu werden. In dieser Hinsicht ist jedoch meines Erachtens noch vieles verbesserungswürdig.

Dorothee Servaux, Homöopathin:

Idealerweise wird das Baby vom Kinderarzt zugewiesen, da dann etwaige organische Erkrankungen und Ursachen bereits ausgeschlossen wurden und eine gute Zusammenarbeit möglich ist. Die Eltern schätzen es gewöhnlich sehr, wenn der Kinderarzt sie auf diese Möglichkeit aufmerksam macht.

Wenn der Kinderarzt nicht weiterverweist, kann es sein, dass Bekannte oder Mütter, bei deren Kindern die Homöopathie geholfen hat, den ratlosen Eltern eine homöopathische Therapie empfehlen, oder dass sie durch Artikel in Zeitschriften oder durch andere Therapeuten darauf hingewiesen werden.

Werbung durch Inserate mache ich grundsätzlich keine.

3. *Nach was für einem Konzept beziehungsweise nach welchen Methoden arbeiten Sie?*

Dr. med. Bruno Bischof, Homöopath, Wil:

Einen Teil der homöopathischen Methode habe ich schon dargelegt: Wie Mittel gefunden und definiert werden. Wie gehen wir nun vor bei unserem Schreikind? Schliesslich wird aus dem Gesagten klar, dass es eine Unmenge von Mitteln gibt, die das Symptom «anhaltendes Schreien bei Säugling» haben. Das heisst, die Auswahl muss durch Beobachtung der Begleitsymptome eingeschränkt werden. Je ausgefallener, also individueller die Begleitsymptome sind,



Abbildung: ohne Worte
(Bild: Kilian Imaborn, 3.10.08)

desto einfacher wird die Mittelbestimmung. Bessert sich das Schreien, wenn das Kind herumgetragen wird oder wenn man es ins Bett legt? Welchen Einfluss hat die Nahrungsaufnahme? Liebt es den Körperkontakt? Reagiert es aufs Wickeln? All diese Dinge und Reaktionen erlauben manchmal eine präzise Mittelwahl oder lassen zumindest ein Muster erkennen, das zu einem Mittel passt. Das Erkennen und Gewichten der Symptome ist ein Teil der Kunst in der Homöopathie – und der andere Teil ist das Erspüren von Mustern, die das intuitive «Wiedererkennen» eines Mittels erlauben, das dem Problem eines Patienten

am besten entspricht. Dieses Mittel wird dann als Einzeldosis – sie wirkt oft viele Wochen oder sogar anhaltend – oder auch als wiederholte Einnahme in Form von Kügelchen oder Tropfen verabreicht. Danach ist die Reaktion zu beobachten: Durch das Mittel wird eine Art energetischer Impuls gegeben, der klar definierte Reaktionsformen erwarten lässt. Sie sagen etwas über die Art und «Tiefe» der Störung aus und über die Reaktionsmöglichkeiten des Organismus, also über die Prognose. Gewünscht ist im Fall unseres Schreikindes eine rasche und sanfte Besserung. Manchmal kann es zu einer leichten Erstverschlimmerung kommen, als Zeichen der Reaktion auf den medikamentösen Impuls. Darüber mehr in Frage fünf.

Dr. med. Rudolf Christen, FMH Pädiatrie, Thun:

Mein Konzept ist jeweils der Versuch, die Situation zu deeskalieren. Am besten gelingt dies, wenn die Mutter mit dem schreienden Kind meine Praxisräumlichkeit betritt. Ich lasse die Mutter mit dem Säugling in den Armen Platz nehmen, setze mich hinzu, versuche, in ruhigem Ton die aktuelle Problematik zu erfragen, erkundige mich über Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Ess- und Schlafgewohnheiten des Kleinen, erlebe dann, wie die Mutter im Reden entspannter wird und gleichzeitig das Schreien aufhört. Idealerweise treten die Eltern zusammen mit dem Nachwuchs auf. Die Erklärung, dass das Schreien zwar Ausdruck eines Unwohlseins des kleinen Erdenbürgers sei, dass er aber völlig gesund sei und die unerträgliche Vermehrung des Schreiens eine Reaktion auf den elterlichen Stress bedeute, leuchtet oft beiden ein. Schreien als ein systemisches Problem, das die Eltern machtlos und hilflos erscheinen lässt.

Meine Beratungen zielen auf Stressabbau und Lebensqualitätsverbesserung. Ich empfehle, zwei Schoppenflaschen Milch abzupumpen, das Kind und die Flaschen am Abend abzugeben (Schwiegermutter, Gotte, Freundin), mit dem Mann zusammen auswärts ein Nachtessen zu geniessen, einmal wieder durchzuschlafen und am andern Morgen entspannt das Kind in die Arme zu nehmen und dann sogar

zu ertragen, wenn die betreuende Person mitteilt, bei ihr habe das Kind nie geschrien. Es gilt zu erklären, dass Inanspruchnahme fremder Hilfe kein mütterliches Versagen darstellt. Ebenso gibt es keine Schuldigen.

Mein «ceterum censeo» heisst: Tue nie etwas am Kind, wenn du nicht eine Atemfrequenz von 12/min und einen Puls von 60/min hast. Das Kind bestraft dich sonst sofort mit Schreien.

Dr. med. René Glanzmann, Säuglingsprechstunde UKBB:

Am Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) bieten wir seit Ende 1998 eine interdisziplinäre Säuglingsprechstunde für Kinder zwischen null und vier Jahren an, die an Schrei-, Schlaf- und Ernährungsstörungen leiden. Je ein Pädiater und eine Kinderpflegefachfrau vom UKBB und ein Kinderpsychiater oder -psychologe der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) beurteilen in meistens zwei Sitzungen à rund eineinhalb Stunden Dauer die kleinen Patienten. Die erste Sitzung, geleitet durch den Pädiater, dient der ausführlichen Anamnese und einer gründlichen körperlichen Untersuchung mit Beurteilung der psychomotorischen Entwicklung des Kindes. Die beiden anderen Mitglieder des Teams achten vor allem auf die Interaktionen zwischen Eltern und Kind während der Untersuchung und stehen für fachbezogene Fragen zur Verfügung. Nach einer kurzen Teambesprechung werden den Eltern erste Erkenntnisse mitgeteilt, notwendige Zusatzuntersuchungen empfohlen, erste Behandlungsansätze eingeleitet und in Krisensituationen auch eine Entlastungshospitalisation im UKBB angeboten. Bei der gemeinsamen zweiten Konsultation unter der Federführung des Kinderpsychiaters, -psychologen stehen die ausführliche Familienanamnese und die Abklärung der Interaktions- und Beziehungsdynamik im Zentrum. Die Väter werden aktiv in die Abklärungen und Behandlung einbezogen. Nach der zweiten Konsultation postuliert das Team die Arbeitshypothese und leitet die spezifische Therapie ein. Diese wird dann durch den Pädiater oder den Kinderpsychiater/die

Kinderpsychologin allein weitergeführt. Die frühe somatische und psychologische Beurteilung dieser Kinder soll neben rascher Besserung auch Fehlentwicklungen des Kindes erkennen und präventiv behandeln helfen. Daneben sollen Belastungen der Eltern reguliert und Miss-handlungen oder Vernachlässigungen der Kinder verhindert werden.

Das Konzept unserer Sprechstunde lehnt sich an die Erfahrungen und Konzepte der Münchner Schreieambulanz für früh-kindliche Störung (1) an.

Bei Patienten, die vor allem an Regulations-, Emotions- oder Interaktionsstörungen leiden, sind hauptsächlich kinderpsychiatrische Interventionen angezeigt. Die wichtigsten Behandlungsansätze sind entwicklungspsychologische Informationen, Beratungsgespräche, die Aktivierung der Ressourcen bei den Eltern, psychotherapeutische Gespräche mit den Eltern (meist im Beisein des Kindes), Videofeedback-Methoden (2) oder der kindzentrierte Therapiezugang mit «Watch, Wait and Wonder» nach Cohen (3). Lang andauernde Therapien sind indes eine Seltenheit; bei den meisten Schreibabys genügen im Durchschnitt zwei bis drei Konsultationen.

Bei uns werden die Behandlungen systematisch seit Mitte 2000 mithilfe von Anamnesefragebogen, dem Schreibprotokoll, Diagnoselisten und standardisierten Fragebögen (Temperament des Kindes, Depressivität beider Eltern) evaluiert.

1. Papoušek M. et al.: Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein diagnostisches Konzept, Bern Verlag Hans Huber 2004, 77–110.

2. Downing G.: Video Mikroanalyse Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In: Scheurer – Englisch H. et al. (Hg): Wege zur Sicherheit: Bildungswissen in Diagnostik und Intervention. Giessen: Psychosozialer Verlag, 2003, 25–50.

3. Cohen N. et al.: Watch, Wait and Wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 1999, 20: 429–451.

Charlotte Hähni, Mütter- und Väterberatung, Wil:

Unser Team arbeitet nicht nach einem speziellen Konzept. Die Beratung richtet sich nach den Ressourcen der Eltern und nach ihren Möglichkeiten, die gemeinsam getroffenen Massnahmen umzuset-

zen. Diese sind sehr individuell. In einem intensiven Gespräch werden den Eltern verschiedene Wege aufgezeigt, wie sie mit ihrem Schreibaby umgehen können. Grundsätzlich wird ein Schreibprotokoll geschrieben. Anhand der erfassten Angaben legen wir mit den Eltern einen Rhythmus fest. Die Beraterin zeigt ihnen Beruhigungsmöglichkeiten (für Mutter, Vater und Kind) auf, spricht über den Reizabbau, dem die Kinder ausgesetzt sind und nicht zuletzt auch über die Entlastungsmöglichkeiten der Eltern. Oft müssen die Eltern lernen, die Hilfe durch Drittpersonen (Eltern, Geschwister, Freundinnen) anzunehmen und loszulassen, damit sie die Betreuung des Kindes für wenige Stunden übergeben können und so zu einer Verschnaufpause kommen.

Die Eltern suchen in dieser schwierigen Zeit oft Unterstützung in der alternativen Medizin, wie zum Beispiel in der Osteopathie, Craniosacraltherapie oder in homöopathischen Mitteln, die sie von einer Bekannten empfohlen bekamen.

Silvia Honigmann, Stillberatung,

UKBB:

In einem ersten Schritt versuche ich, mir einen Überblick über die Situation zu verschaffen; dabei stelle ich sehr viele offene Fragen, lasse die Eltern erzählen, achte besonders auf ihre Körpersprache, auf ihre Interaktion mit dem Kind und untereinander. In diesem Gespräch möchte ich auch erfahren, was die Eltern schon alles versucht haben – und mit welchen Auswirkungen. Dabei lege ich grossen Wert darauf, die Eltern in ihrer Rolle und in ihren Kompetenzen zu bestärken – viele haben ein gutes Gespür für ihr Kind, aber aus lauter Verzweiflung und Verunsicherung wissen sie nicht mehr, was richtig ist.

Wenn es nötig ist, beobachte ich eine Stillmahlzeit, schätze die Tageseinnahme ein und wiege das Kind. Oft kann ich danach der Mutter viele Fragen in Bezug auf das Stillen beantworten. Es ist unglaublich, welche Ammenmärchen auf diesem Gebiet noch kursieren und wie leichtfertig auch einige Fachleute das Stillen und die Stillbeziehung mit Interventionen, deren Wirksamkeit nicht bewiesen ist, gefährden.

Dabei ist das Gestilltwerden gerade für diese Kinder von ganz grosser Bedeutung. Die Mutter hat so die Gewissheit, ihrem Kind die allerbeste Nahrung zu geben. Meist möchten diese Babys sehr häufig, nämlich Tag und Nacht, gestillt werden. Wichtig dabei ist, dass die Mutter eine bequeme Stillhaltung einnimmt und dass sie auch im Liegen stillt. Stillzeiten sollen Erholungszeiten für Mutter und Kind sein.

Viele Babys weinen auch deshalb, weil sie die Brust nur zu «Mahlzeiten» bekommen und nicht zwischendurch zum Trösten und Beruhigen. Stillen nach Bedarf schliesst das Bedürfnis eines Babys nach Nähe und Geborgenheit, nach Gehaltenwerden, nach Kontakt mit der Mutter und natürlich nach Nahrung mit ein.

In der Beratung gehe ich immer auf das Tragen ein, denn unruhige Kinder können sich im Tragetuch oder -sack oftmals leichter entspannen. Der Haut- und Körperkontakt sowie die Bewegung wirken dabei beruhigend auf das Kind ein. Im Tragetuch kann das Baby am Alltag der Eltern teilnehmen. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich nicht ausschliesslich auf das Kind. Deswegen können verschiedene Arbeiten nebenbei erledigt werden, während die Eltern beim Spazierengehen Energie auftanken können: Bewegung an der frischen Luft baut Stress ab. Wichtig ist, dass das Tragetuch fest gebunden ist und dem Kind Halt gibt. Wird ein Säugling im Tragetuch getragen, zentriert er sich leichter. Tragen Vater oder Mutter ein unruhiges Kind lediglich auf dem Arm, wechseln sie sehr häufig die Stellung, um ihr Baby zu beruhigen. Dies bewirkt jedoch häufig nur, dass das Kind noch unruhiger wird.

Dr. med. George Marx, Leiter Gastroenterologie, Ostschweizer Kinderspital:

Prinzipiell geht es in meiner Sprechstunde darum, die möglichen gastrointestinalen organischen Ursachen der Schreikinder auszuschliessen. Sicherlich werden eine Anamnese erhoben und eine klinische Untersuchung durchgeführt, Gewicht und Längenperzentilen ausgerechnet und je nach zusätzlichen Symptomen auch verschiedene Untersuchungen wie zum Beispiel eine obere Magen-Darm-

Passage (Breischluck), eine 24-Stunden-pH-Metrie oder bei Verdacht auf eine Ösophagitis eine Ösophago-Gastroduodenoskopie durchgeführt.

Die Abklärung der Kuhmilchproteinintoleranz erfolgt mittels eines Ausschlussverfahrens. Im Zweifel wird ein Vollhydrolysat oder Aminosäurengemisch gegeben, um dann den klinischen Verlauf zu dokumentieren. Inwiefern der Patient eine Stuhlentleerungsproblematik oder eine Obstipation hat, ergibt sich aus den anamnestischen und klinischen Befunden. Zusatzuntersuchungen wie ein Röntgenbild des Abdomens, eine Kontrastmitteldarstellung des Dickdarms oder aber auch eine Rektumschleimhautbiopsie zum Ausschluss eines Morbus Hirschsprung sind selten nötig. Falls keine organische Ursache vorhanden ist, erfolgt die Zuweisung an ein multidisziplinäres Behandlungsteam, das sich mit Schreikindern auseinandersetzt.

**Dr. med. Silvia Reisch,
KJPD, Kanton Thurgau:**

In der Kleinkindambulanz des KJPD TG steht immer eine ausführliche Diagnostik am Beginn der Behandlung. Diese hat zum Ziel, ein hinreichend differenziertes Verständnis des komplexen Wirkungsgefüges der frühkindlichen Regulationsstörung zu schaffen. Die Diagnostik umfasst eine ausführliche Erhebung der kindlichen Symptomatik, eine somatische Untersuchung des Säuglings (sofern nicht schon von den Pädiatern im Vorfeld durchgeführt), eine Beurteilung des Entwicklungsstandes des Babys, eine differenzierte persönliche und familiäre Anamnese, eine Beurteilung der Eltern-Kind-Interaktion sowie der elterlichen Verfassung. Die elterliche Belastung kann dabei isoliert durch die Symptomatik des Babys verursacht sein oder weitere psychosoziale Belastungen umfassen. Teilweise werden ergänzend Schlaf- und/oder Schreiprotokolle eingesetzt. Schon während der diagnostischen Phase nehmen wir eine stützende therapeutische Haltung ein und suchen mit den betroffenen Eltern gemeinsam nach Entlastungsmöglichkeiten durch Bezugspersonen im sozialen Umfeld der Familie. Wir informieren ausführlich über die Symptomatik von Babys mit Regula-

tionsstörungen und entwicklungspsychologische Aspekte. Diese Aufklärung entlastet betroffene Eltern von Schuldgefühlen und setzt Ressourcen frei, ist häufig auch die Basis für die offene Artikulation ambivalenter elterlicher Gefühle. Wir arbeiten mit den Eltern schon zu diesem Zeitpunkt intensiv an externen Hilfen zur Regulation und fokussieren auf die Eltern-Kind-Beziehung. Bei den externen Regulationshilfen geht es im Wesentlichen um Reizreduktion, Vermeiden von kindlicher Übermüdung, Strukturierung des Tagesablaufes, Handling kritischer Schrei- und Unruhephasen. Obwohl sich bei Schreibabys Diagnostik und Behandlung nicht sauber trennen lassen, informieren wir die Eltern im Anschluss an die Phase der Diagnostik ausführlich über unsere Untersuchungsergebnisse, diskutieren unsere Einschätzung des komplexen Ursachen-Wirkungs-Gefüges und empfehlen je nach Indikation geeignete Therapieformen.

Erst nach Vorliegen eines Behandlungsauftrags durch die Eltern beginnt die Therapiephase.

Ziel jeder Intervention ist neben der Behandlung des exzessiven Schreiens die Entlastung der Eltern und der Aufbau einer für Eltern und Kind positiven tragfähigen Beziehung.

In der Regel sind ambulante Therapieangebote – mit unterschiedlicher Frequenz und Dauer – ausreichend. Häufig haben sich schon während der diagnostischen Phase erste Verbesserungen eingestellt, in diesen Fällen liegt der weitere Behandlungsschwerpunkt bei der Erarbeitung von adäquatem Wahrnehmen und Beantworten der kindlichen Signale sowie der konkreten Umsetzung geeigneter externer Regulationshilfen.

Bei länger andauernder Symptomatik und schwerwiegender Belastung der betroffenen Eltern liegen meist multifaktorielle Ursachen zugrunde, wie beispielsweise zusätzliche finanzielle Schwierigkeiten, Paarprobleme, psychische oder somatische Erkrankung eines Elternteils. In diesen Fällen ist es von zentraler Bedeutung, diese zusätzlichen Probleme zu erfassen, zu berücksichtigen und allenfalls andere Fachstellen einzubeziehen.

Bei schwerwiegenden Eltern-Kind-Interaktions-Störungen bieten wir eine psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT) an, die auf dysfunktionale Interaktionsmuster fokussiert und dazu beitragen soll, die intuitiven elterlichen Kompetenzen sowie die elterlichen Ressourcen im Umgang mit dem Kind zu unterstützen. Eine SKEPT schliesst die Bearbeitung von Gefühlen, Erinnerungen, Fantasien und Konflikten ein, die in der Beziehung zum Kind reaktiviert werden und gleichzeitig die Kommunikation mit dem und die Beziehung zum realen Kind beeinflussen. Im Wesentlichen geht es bei diesem therapeutischen Konzept um die Bearbeitung relevanter innerpsychischer wie interpersoneller Beziehungskonflikte. Technisch arbeiten wir teilweise auch mit Videomikronanalyse (VMT – nach G. Downing). Bei grösseren psychischen Problemen eines Elternteils kann ausgehend von einer SKEPT eine ambulante Psychotherapie eines Elternteils oder auch eine Paartherapie empfohlen werden beziehungsweise sich direkt anschliessen. Manche Eltern entscheiden sich wegen des Ausmasses ihrer eigenen psychiatrischen Erkrankung für eine stationäre Eltern-Kind-Therapie in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, wo erwachsenenpsychiatrische, kinderpsychiatrische und pädiatrische Fachleute mit den betroffenen Familien zusammenarbeiten. Nur in Ausnahmefällen, bei fehlender Kooperation der Eltern, müssen wir im Sinne des Kindeschutzes bei der zuständigen Vormundschaftsbehörde eine Gefährdungsmeldung einreichen.

In der Kleinkindambulanz des Kantons Thurgau legen wir grossen Wert darauf, mit anderen Fachleuten, bei denen betroffene Familien Hilfe suchen, zusammenzuarbeiten und allenfalls im Rahmen sogenannter «Helferkonferenzen» die konkreten fachlichen Aufgaben sinnvoll zu koordinieren.

**Jürgen Schulz, Invivo Osteopathie,
Basel:**

Ganz allgemein gesagt, sehe ich meine Aufgabe als Therapeut darin, bei der ersten Konsultation die Bedürfnislage der Eltern und des betroffenen Säuglings zu

erfassen und zu beurteilen, ob eine osteopathische Behandlung die Methode der Wahl für dieses Kind ist oder ob zunächst eine medizinische Abklärung notwendig ist. Dies ist deshalb von grosser Bedeutung, da ich die Säuglinge häufig vor der «Einmonatskontrolle» durch den Pädiater sehe.

Was meine Art der osteopathischen Behandlung betrifft, arbeite ich eng angelehnt an die Prinzipien von Dr. W.G. Sutherland, dessen Schülerin Anne Wales und deren Schülerin Susan Turner (2, 3). Die Inhalte dieses Konzeptes sind zum Teil im «Handbuch der pädiatrischen Osteopathie» zusammengefasst (4).

Primär richtet sich mein Behandlungskonzept auf die Struktur des Körpers und Dysfunktionen im muskulo-skeletalen, cranio-sacralen und viszeralen Bereich mit dem Ziel, die Dekonfiguration (Entfaltung) des während der Schwangerschaft und unter der Geburt komprimierten Neugeborenen zu unterstützen. Konkret verwende ich sanfte osteopathische Behandlungstechniken, das heisst, ich verzichte im viszeralen Bereich auf eine invasive Kontaktaufnahme direkt mit den inneren Organen; vielmehr versuche ich, indirekt auf die Organfunktion Einfluss zu nehmen wie zum Beispiel über das Peritoneum, die Behandlung des vegetativen Nervensystems (Grenzstranganglien in anatomischer Nachbarschaft zu den Costo-Vertebral-Gelenken) und über den Nervus vagus in seinem Verlauf – zum Beispiel im Bereich der Sutura occipito-mastoidea der Schädelbasis, die Restriktionen aufweisen kann.

Bei der Behandlung im parietalen Bereich (insbesondere der Wirbelsäule) verzichte ich auf Techniken, die auf einzelne Wirbel und Gelenke einen Impuls setzen; stattdessen wende ich die von Dr. Sutherland entwickelten Techniken an, bei denen ich den «Point of Balance Ligamentous Tension» (PBLT) suche und auf die Selbstkorrektur der Gewebe warte.

Ziel der osteopathischen Behandlung ist die Auflösung der Restriktionen in den verschiedenen Geweben und ihrer Kontinuität, das heisst in den festeren Strukturen (inter- und intraossal, im Bindegewebe sowie der reziproken Span-

nungsmembran = dura mater), damit ein möglichst guter Fluss und Austausch zwischen allen Geweben und Flüssigkeiten im Körper (intra- und extrazellulär) erfolgen kann, was nach Überzeugung der Osteopathie dem Körper ein erhöhtes Potenzial zur Selbstheilung zur Verfügung stellt.

Neben der Arbeit mit dem Säugling ist für mich die Betreuung der Eltern von grosser Bedeutung. Mein Ziel ist dabei, sie ausreichend über das Phänomen «unstillbares Schreien» zu informieren, ihnen Strategien im Umgang mit dem Problem und letztlich mehr Sicherheit zu vermitteln. Auch das Aufzeigen von Entlastungsmöglichkeiten für die Eltern ist dabei sehr wichtig.

2. Sutherland W.G.: Das grosse Sutherland-Kompendium, 2004, Jolandos, Pähl.

3. Susan Turner D.O. ist Dozentin am SCC (Sutherland Cranial College – www.sutherlandcranialcollege.co.uk/).

4. Möckel E., Mitha N. (ed.): Handbuch der pädiatrischen Osteopathie, 1. Auflage, 2006, Verlag Urban & Fischer, München.

Dorothee Servaux, Homöopathin:

Ich arbeite praktisch ausschliesslich mit der klassischen Homöopathie nach Hahnemann. Die klassische Homöopathie ist eine Methode, bei der durch ausführliche Befragung und Beobachtung die individuellen Symptome der betroffenen Person ausfindig gemacht werden, anhand deren man dann das ähnlichste Mittel auswählt und in kleinsten Dosen verabreicht.

Die Befragung und Beobachtung kann bis zu zwei Stunden dauern. Dabei können auch eventuell vorhandene Probleme in der Interaktion zwischen Eltern und Kind aufgedeckt und besprochen werden.

Bei der Fallaufnahme achtet man auf Gestik, Mimik und Körpersprache des Kindes, auf seine typischen Bedürfnisse, seine typischen Körperfunktionen und Gewohnheiten, auf Vorkommnisse zum Beispiel während der Schwangerschaft und auf familiäre Belastungen, um nur einige zu nennen.

Die Auswahl des Mittels erfolgt nach dem homöopathischen Ähnlichkeitsprinzip. Die Reaktion auf ein gut gewähltes Mittel setzt bereits innerhalb weniger Tage ein. Wichtig ist, dass die Eltern mit dem Homöopathen in Kontakt bleiben, damit die-

ser die Reaktion auf das Mittel richtig einschätzen und die Therapie gegebenenfalls ergänzen oder fortsetzen kann.

Die Homöopathie betrachtet immer den ganzen Menschen und sein Umfeld sowie möglichst alle Faktoren, die zu einer Störung der Selbstregulation des Organismus und seines Gleichgewichts geführt haben könnten. Ziel ist, mit dem passenden homöopathischen Mittel das Gleichgewicht und die Selbstregulation des Körpers und der Psyche wiederherzustellen.

4. Welche Patienten kommen für Sie nicht infrage?

Dr. med. Bruno Bischof, Homöopath, Wil:

Ich sehe derzeit keinen Grund, bei einem Schreibaby keinen homöopathischen Behandlungsversuch zu machen. Immer vorausgesetzt, es ist ein Schreibaby ohne sonstige schwere organische Erkrankungen. Das möchte ich vorher geklärt haben – aber dann handelt es sich ja nicht mehr um die Behandlung des Schreiens, sondern um die Behandlung der Grundkrankheit. Ob es sinnvoll ist, dann homöopathisch oder schulmedizinisch weiterzugehen, ergibt sich aus der entsprechenden Diagnose.

Dr. med. Rudolf Christen, FMH Pädiatrie, Thun:

Ich schliesse primär keine Patienten in meiner Beratung aus. Ich weiss aber, dass Ressourcenlosigkeit (Alleinerziehende, keine Familienangehörige, auch sonst «à bout de souffle»-Lebende, schlechte Wohnsituationen etc.) die Besserungsaussichten auf meinem Beratungsweg erschwert. Sprachliche Verständigungsprobleme sind auch oft limitierende Faktoren für eine gute Beratung. In bedrohlichen Situationen empfehle ich psychotherapeutische Unterstützung. Ich halte Babymassagen, sofern die kindliche Zuwendung im Vordergrund steht, für sinnvolle ergänzende Massnahmen. Ich bin mir bewusst, dass Osteopathen, Homöopathen, craniosacrale Therapeuten, Chiropraktoren und so weiter teilweise auf dem Feld des Schreikindes mitackern und mitunter sogar Erfolge

aufweisen können, halte dies aber für nicht kausale Therapien – bin aber nicht beleidigt, wenn Alternatives versucht wird. Ausnahmsweise verordne ich einmal Antiflatulanzen (Flatulextropfen).

**Dr. med. René Glanzmann,
Säuglingssprechstunde UKBB:**

Nicht in unsere Sprechstunde kommen Schreikinder, die älter sind als vier Jahre sowie Patienten mit Verdacht auf Kindsmisshandlungen, Drogenentzug oder schweren psychiatrischen Erkrankungen. Diese werden direkt den zuständigen spezialisierten Behandlungsteams zugewiesen.

Charlotte Hähni, Mütter- und Väterberatung, Wil:

Die Türen stehen für alle Eltern offen. Sicher stossen auch wir manchmal an Grenzen und sind mit unseren Vorschlägen am Ende. Vor allem dann, wenn die Eltern ihre Ressourcen und die verschiedenen Massnahmen nicht umsetzen können, Anregungen nicht annehmen und sich nicht helfen lassen. In diesen Fällen weisen wir die Familie an eine Babysprechstunde weiter, wo sie weitere professionelle Hilfestellungen erhalten.

**Silvia Honigmann, Stillberatung,
UKBB:**

Eigentlich keine, aber es ist schon so, dass mein Ansatz nicht alle Eltern anspricht. Verlangen diese nach einem Patentrezept, wie aus ihrem anspruchsvollen, sensiblen Kind eines wird, das sich nur alle vier Stunden meldet, zehn Minuten trinkt und dann wieder schläft, dann muss ich sie leider enttäuschen.

Um diesen Familien wirksam zu helfen, ist es auch nötig, dass meine Beratung und meine Ansätze in nicht zu grossem Widerspruch stehen zu den Empfehlungen des betreuenden Kinderarztes. Glücklicherweise ist eine konstruktive Zusammenarbeit in den meisten Fällen möglich, und eventuell vorhandene Widersprüche können so geklärt werden, dass die Eltern sich kompetent und einheitlich beraten fühlen. Ist dies nicht möglich, verzichte ich manchmal auf die weitere Begleitung der Eltern, es ist auch schon vorgekommen, dass die Eltern den Kinderarzt gewechselt haben.

**Dr. med. George Marx,
Leiter Gastroenterologie,
Ostschweizer Kinderspital:**

Man muss bei jedem Schreikind eine organische Ursache ausschliessen können. Die Zuweisung in die gastroenterologische Sprechstunde, als Teil eines multidisziplinären Abklärungs- und Behandlungsteams, ist unabdingbar.

**Dr. med. Silvia Reisch,
KJPD, Kanton Thurgau:**

Wir untersuchen und behandeln primär alle Patienten. Wenn für das exzessive Schreien somatische Ursachen gefunden werden, muss das Baby selbstverständlich durch pädiatrische Kollegen behandelt werden.

**Jürgen Schulz, In vivo Osteopathie,
Basel:**

Dazu gehören alle Säuglinge, die Hinweise auf eine mögliche organische Erkrankung oder auf eine Entzündung haben oder Säuglinge, bei denen ich mir nicht sicher bin. Alle diese Kinder verweise ich umgehend an den Kinderarzt.

Dorothee Servaux, Homöopathin:

Da die Diagnose «Schreikind» organische Erkrankungen bereits ausschliesst und Säuglinge und Kinder allgemein gewöhnlich sehr gut auf die Homöopathie ansprechen, sehe ich keine Einschränkung.

**5 Wann ist die Behandlung aus
Ihrer Sicht erfolgreich? Ist die-
ser Erfolg messbar?**

**Dr. med. Bruno Bischof, Homöopath,
Wil:**

Die Heilung sollte möglichst rasch, sanft und dauerhaft erfolgen – so hat es der Begründer der Homöopathie seinerzeit gelehrt. Damit soll die Lebenskraft wieder ins Gleichgewicht geführt werden. Tritt das ein, wird sich der Patient wohler fühlen – selbst wenn die Symptome noch nicht verschwunden sind – und möglicherweise mehr Energie haben. So sieht eine erfolgreiche Behandlung im Idealfall aus.

Wenn dagegen nur Symptome verschwinden, es dem Patienten aber nicht besser oder sogar schlechter geht, haben wir etwas falsch gemacht: Im besten Fall

kommen die Symptome nach einiger Zeit zurück – im schlechteren Fall taucht etwas Neues auf, oft in «grösserer Tiefe» als das ursprüngliche Problem. Für die Verlaufsbeurteilung nach Gabe eines homöopathischen Mittels gilt die Regel, dass die Symptome von innen nach aussen wandern sollten, wenn eine wirkliche Heilung stattfindet. Das Auftreten eines Hautausschlags bei gleichzeitiger Besserung von Magenproblemen kann also ein durchaus wünschenswertes Signal sein. Auch das vorübergehende Reaktivieren alter Symptome – zum Beispiel einer durchgemachten Angina in sanfterer Form – ist oft zu beobachten.

Die Hauptschwierigkeit der Homöopathie ist aber das Finden des richtigen Mittels oder der Abfolge passender Mittel, wie sie bei chronischen Krankheiten meist erforderlich ist. Der Erfolg besteht in der allmählichen Zunahme der Lebenskraft und dem Verschwinden der Krankheitssymptome. Das sind oft subjektive Parameter. Die zu erwartenden Reaktionsmuster sind jedoch recht genau beschrieben und erlauben eine Beurteilung des Behandlungsverlaufs im Rahmen der homöopathischen Methode. Die Frage nach der Messbarkeit bedeutet hier wohl die Messbarkeit nach schulmedizinischen Parametern, zum Beispiel Laborwerten. Bei einem Schreibaby werden wir darauf nicht zurückgreifen müssen.

**Dr. med. Rudolf Christen,
FMH Pädiatrie, Thun:**

Eine Therapie ist für mich dann erfolgreich verlaufen, wenn Mutter und Vater weitgehend entspannt das weitere Gedeihen ihres Zöglings verfolgen können. Natürlich wird er immer wieder einmal schreien, aber die elterliche Ebene reagiert nicht mehr mit Stress darauf. Die Erleichterung bei den Eltern ist oftmals direkt spürbar.

**Dr. med. René Glanzmann,
Säuglingssprechstunde UKBB:**

Der Behandlungserfolg ist schwierig festzustellen; es liess sich bei einer Auswertung unserer Säuglingssprechstunde durch Frau Dr. A. von Wyl, UPK (4), bei etwa 50 Prozent aller Behandlungen nach 1 bis 4 Sitzungen eine leichte bis gute Besserung der Symptome feststel-

len. Bei 70 Prozent waren weniger als 3 Konsultationen nötig, lediglich in etwa 18 Prozent der Fälle haben 5 oder mehr Sitzungen stattgefunden. Im Rahmen einer Dissertation haben wir festgestellt, dass 73 Prozent der Eltern die Sprechstunde als hilfreich empfunden haben und 80 Prozent diese weiterempfehlen würden.

4. Von Wyl A., Watson M., Glanzmann R., Von Klitzing K. (2008): Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern: Konzept und empirische Ergebnisse; Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57: 216–236.

Charlotte Hähni, Mütter- und Väterberatung, Wil:

Wie ein Erfolg messbar ist, ist Ansichtssache. Man kann nicht immer alles in Zahlen rechnen und messen. Unser Erfolg liegt in den Äusserungen der Eltern. Wenn wir Beraterinnen hören, dass das Kind ruhiger geworden ist, die gemeinsam gesuchten Möglichkeiten umgesetzt wurden und sich die Situation zu Hause beruhigt hat – das ist ein Erfolg. Wenn die Eltern mit der Situation im Einklang stehen, das Schreien des Kindes akzeptieren, für sich sagen können «unser Kind ist ein Schreikind», nur schon diese Tatsache bringt viel Stressabbau in die familiäre Situation. Ein Erfolg ist auch messbar, wenn die Mutter ihr Kind für einige Stunden abgeben und die Zeit für sich nutzen kann.

Es sind oft nur kleine Schritte, die die Eltern gemeinsam machen, aber dafür mit Erfolg. Solche Momente geniessen wir Beraterinnen, wenn wir erkennen, dass die Eltern ihren Weg mit dem Kind gefunden haben.

Silvia Honigmann, Stillberatung, UKBB:

Im Idealfall geht es den Eltern und dem Kind besser, die Mutter fühlt sich in ihren Fähigkeiten bestärkt, spürt klarer die Bedürfnisse ihres Kindes und kann leichter darauf eingehen.

Es kommt aber häufig vor, dass die Schreiphasen nicht zu beeinflussen sind. Wenn die Eltern sich sicherer fühlen, wissen, dass sie «gute» Eltern sind und nichts falsch machen, und lernen, sich von «Besserwissenden» abzugrenzen,

können sie mit der Situation souveräner umgehen.

Ein zusätzlicher messbarer Erfolg ist natürlich, wenn die Mutter weiter gerne stillt und das Baby dabei gut gedeiht.

Dr. med. George Marx, Leiter Gastroenterologie, Ostschweizer Kinderspital:

Handelt es sich um eine GERD, eine KMPI oder KMPA oder aber auch um eine chronische Stuhlentleerungsproblematik, dann ist die Behandlung dieser Probleme sehr häufig erfolgreich. Messbar ist der Erfolg, indem die Schreiatacken deutlich abnehmen und sich der Schlaf-Wach-Rhythmus verbessert. Invasive Untersuchungen zur Nachkontrolle sind in diesem Fall nicht mehr nötig. Therapeutische Aspekte:

Das primäre Ziel bei der Behandlung der GERD ist die Beschwerdefreiheit und bei einer Refluxösophagitis die Heilung der Epitheldefekte und das Verhindern von Komplikationen. Physikalische Massnahmen wie häufigere Mahlzeiten, Hochlagerung des Bettchens des Patienten und Eindicken der Schoppennahrung bringen häufig schon eine gewisse Linderung der Symptome. Eine Veränderung der verschiedenen Säuglingsnahrungen bringt – ausser bei einer Kuhmilchproteinintoleranz oder einer Kuhmilchproteinallergie – keine wesentlichen Vorteile. Ausgehend von der grossen Spannbreite der Manifestation der GERD, der grossen Zahl potenziell zu behandelnder Kinder sowie der zumindest im Säuglingsalter sehr guten Prognose, haben sich sowohl die europäische als auch die nordamerikanische Gesellschaft für Kindergastroenterologie für die Anwendung eines therapeutischen Stufenplans entschieden. Die Histamin-Rezeptor-Antagonisten (z.B. Ranitidin) sind vor der Entdeckung der Protonenpumpenhemmer (PPI) als Therapie der Ösophagitiden eingesetzt worden und werden heute immer noch sehr häufig eingesetzt, obwohl die Evidenz für die Wirkung dieser Substanzen in klinischen Studien nicht gezeigt werden konnte. Trotzdem wird empfohlen, eine probatorische Behandlung mit zirka 4 mg/kg Körpergewicht pro Tag in zwei bis drei Dosen durchzuführen. Die Behandlung

ist aufgrund der guten Auflösbarkeit der Tablette sehr einfach. Bei den Protonenpumpenhemmern (Omeprazol und Lansoprazol) gibt es heutzutage Studien, welche die Wirkung bei der Behandlung erosiver Ösophagitiden deutlich zeigen. Die Dosierung sollte zwischen 1 und 3 mg/kg pro Tag betragen. Chirurgische Massnahmen wie die Funduplicatio sind nur sehr selten nötig.

Bei der Kuhmilchproteinintoleranz oder Kuhmilchproteinallergie ist die Behandlung der Wahl ein Vollhydrolysat beziehungsweise ein Aminosäuregemisch (Neocate oder Pregomin AS). Bei den chronischen Verstopfungen oder Obstipationen ist eine Stuhlweichmachertherapie mit Lactulose oder Polyethylenglycol-Präparaten, in seltenen Fällen mit Paraffinöl, zu empfehlen. Falls keine organische Ursache gefunden wird oder die Ausschöpfung der medikamentösen Behandlung bei den oben genannten Problemen nicht zu einem Erfolg führt, muss an eine Regulationsstörung oder eine Interaktionsproblematik gedacht werden und die Zuweisung an das multidisziplinäre Team mit Psychosomatiker erfolgen.

Dr. med. Silvia Reisch, KJPD, Kanton Thurgau

Die Behandlung ist erfolgreich, wenn die Symptomatik – das exzessive Schreien – reduziert werden kann. Im Falle einer Verbesserung berichten die Eltern sofort von subjektiver Entlastung. Die Reduktion des exzessiven Schreiens wirkt sich im Sinn der wiederholt beschriebenen komplexen Wechselwirkungen immer auch auf die Eltern-Kind-Beziehung und das elterliche Befinden aus. Klinisch sehen wir ein ausgeglicheneres Baby (mit geeigneteren Selbstregulationsfähigkeiten), zufriedeneren Eltern und eine positive Eltern-Kind-Beziehung. Zur Erfassung des objektiven Erfolgs könnte eine standardisierte Erhebung des kindlichen Verhaltens und der Belastung der Eltern vor und nach der Behandlung durchgeführt werden, die wir im Kanton Thurgau bis anhin noch nicht machen.

Jürgen Schulz, Osteopath, Invivo Osteopathie, Basel:

Eine Behandlung ist dann für mich erfolgreich, wenn es zum einen gelingt, die

osteopathischen Dysfunktionen (Spannungsmuster oder Strains im Gewebe) weitgehend aufzulösen, sodass sich der von Dr. Sutherland beschriebene «Primär Respiratorische Mechanismus» in allen Körperabschnitten gut ausdrücken kann, und zum anderen, wenn sich die Symptomatik des Kindes verbessert, das heisst, wenn der Säugling weniger schreit, einen stabileren Schlaf-Wach-Rhythmus aufbaut und besser zur Entspannung findet.

Bezüglich der Messbarkeit des Behandlungserfolges möchte ich auf die Studie von Hayden und Mullinger (2006) verweisen, die statistisch relevante Ergebnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit einer osteopathischen Behandlung bei Säuglingen mit unstillbarem Schreien fanden (5).

Bei einer gemeinsamen Studie des UKBB (Universitätskinderspital beider Basel), des UPK (Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel) und mir zur gleichen Fragestellung ergaben sich ebenfalls interessante statistisch relevante Resultate, deren Publikation noch aussteht.

5. Hayden C., Mullinger B.: A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 2006, 12, 83–90.

Dorothee Servaux, Homöopathin:

Die Behandlung ist erfolgreich, wenn das Baby weniger schreit, der Leidensdruck der Eltern nachlässt, das Kind wieder zufriedener ist und das Weinen beruhigt werden kann. Dazu gehören meist ein besserer Schlaf, ein besseres Essverhalten, eine problemlosere Verdauung und eine höhere Toleranzgrenze. Messbar wären also die Schlafstunden und die Dauer des Weinsens.

6. Klären Sie vorgängig organisch fassbare Erkrankungen?

Dr. med. Bruno Bischof, Homöopath, Wil:

Bei einem Schreibaby mit typischer Anamnese würde ich einen Versuch mit homöopathischer Behandlung machen. Sollte keine rasche Besserung eintreten, ist das Vorgehen analog wie in der Schulmedizin: Ich würde Rat beim Pädiater ho-

len. Meist ist das aber schon erfolgt, bevor ich mit dem Problem konfrontiert werde. Eine kleine Sache noch – sie hat mit der Homöopathie im engeren Sinn nichts zu tun. Ich schlage den Müttern vor, den Standort des Schlafplatzes versuchsweise zu ändern, um allfälligen störenden Umwelteinflüssen (auch geopathischen Störzonen) auszuweichen. Manchmal bringt das allein schon eine Verbesserung – was immer der Grund sein mag.

Dr. med. Rudolf Christen, FMH Pädiatrie, Thun:

Bei der typischen «Schreikindsituation» stelle ich das Gespräch an die erste Stelle der Therapie. Natürlich führe ich eine körperliche Untersuchung durch, schliesse schmerzhaftes Leiden wie inkarzerierte Hernien, Hodentorsionen, Sepsen, Traumata und so weiter aus, kontrolliere das Gedeihen (Gewicht), sehe mir die Stühle an, dies alles aber betont in zweiter Linie und praktisch immer ohne pathologischen Befund. Es muss den Eltern bewusst bleiben, dass das Schreikind ein interaktives Problem und kein primär medizinisches ist. Nach 32 Jahren Praxiserfahrung und im Rückblick auf unzählige Schreikinder, die ich beraten durfte und die mir treu geblieben sind, stehe ich zu meiner Betrachtungsweise dieses häufigen Problems.

Dr. med. René Glanzmann, Säuglingssprechstunde UKBB:

Pädiatrische Ursachen der Schreistörung sind in unserer Sprechstunde insgesamt selten (10–15%). In diesen Fällen sind es meist gastroenterologische (gastroösophagealer Reflux) neuropädiatrische (Krämpfe, Wahrnehmungsdefizite), dermatologische (Neurodermitis) oder selten endokrinologische Erkrankungen. Diese werden entweder direkt durch uns oder nach den ersten Abklärungen in einer unserer Spezialpolikliniken behandelt oder aber nach Rücksprache an den betreuenden Kinderarzt zur weiteren Behandlung zurückverwiesen.

Einige unserer Schreibabys leiden an Säuglingskoliken («Dreimonatskoliken»), die nicht eindeutig einer somatischen oder psychiatrischen Genese zugeordnet werden können. Wir versuchen dann gemeinsam, die Eltern und das Kind zu unterstützen und zu begleiten.

Charlotte Hähni, Mütter- und Väterberatung, Wil:

Das ist ein wichtiger Punkt. Die medizinischen Abklärungen zu möglichen organischen Erkrankungen laufen in der Regel parallel. Haben die Eltern die Gewissheit, dass mit ihrem Kind organisch alles in Ordnung ist, fällt es ihnen leichter, das Schreien des Kindes zu ertragen.

Silvia Honigmann, Stillberatung, UKBB:

Nicht selber, denn ich bin keine Ärztin – aber organische Erkrankungen müssen im Vorfeld ausgeschlossen werden. Wenn die Eltern zu mir kommen, weil das Kind viel schreit, möchte ich zuerst wissen, wann das Kind zum letzten Mal vom Pädiater gesehen worden ist und ob organische Erkrankungen im Vorfeld schon ausgeschlossen wurden. Ist das nicht der Fall, weise ich die Familie weiter.

Dr. med. George Marx, Leiter Gastroenterologie, Ostschweizer Kinderspital:

Das vorgängige Abklären von fassbaren organischen Erkrankungen wurde bei der Beantwortung der oben stehenden Fragen mit berücksichtigt. Es ist für die Beurteilung des Kindes und der Interaktion zwischen Eltern und Kind eine Grundbedingung für die Betreuung der kleinen Patienten.

Dr. med. Silvia Reisch, KJPD, Kanton Thurgau:

Selbstverständlich, siehe auch *Frage 3*. Jeder therapeutischen Behandlung muss eine körperliche Diagnostik vorausgehen.

Jürgen Schulz, Invivo Osteopathie, Basel:

Grundsätzlich ist es meine Pflicht, vor Beginn der Behandlung differenzialdiagnostisch zu prüfen, ob es Hinweise gibt, die eine medizinische Abklärung des Säuglings notwendig machen. Erst wenn ich davon ausgehen kann, dass der Säugling sonst gesund ist und es sich höchstwahrscheinlich um eine funktionelle Störung handelt, kann ich osteopathisch tätig werden.

Dorothee Servaux, Homöopathin:

Die Abklärung organischer Erkrankun-

gen überlasse ich dem Kinderarzt. Wenn bei der ausführlichen Befragung und Beobachtung jedoch Zweifel aufkommen, ob ein Aspekt übersehen wurde, schicke ich zur weiteren Abklärung. 

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Bruno Bischof
Homöopathie und Akupunktur
Klosterweg 2
9500 Wil SG
Tel. 071-913 05 65
E-Mail: bruno.bischof@praxis-am-klosterweg.ch

Dr. med. Rudolf Christen, FMH Pädiatrie
Länggasse 1B, 3600 Thun
Tel. 033-222 20 21
E-Mail: dr.med.r.christen@bluewin.ch

Dr. med. René Glanzmann, Oberarzt
Neonatologie und Säuglingssprechstunde am UKBB
Römergasse 8, Postfach
4005 Basel

Charlotte Hähni, Mütter-Väter-Beratung
Hubstr. 33, 9500 Wil/SG
E-Mail: mutter-vater@bluewin.ch

Silvia Honigmann
Still- und Laktationsberaterin IBCLC
Dipl. Ernährungsberaterin HF
Universitätsspital Basel, Frauenklinik
Spitalstrasse 21, 4031 Basel
E-Mail: Shonigmann@uhbs.ch

Dr. med. George Marx, Leiter Gastroenterologie
Ostschweizer Kinderspital, Pädiatrische Klinik
Tel. 071-243 71 11
E-Mail: george.marx@kispisg.ch
Internet: www.kispisg.ch

Dr. med. Silvia Reisch
FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie
Oberärztin der Kleinkindambulanz und der stationären Eltern-Kind-Einheit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Kanton Thurgau
Tel. 071-686 42 18
E-Mail: silvia.reisch@stgag.ch

Jürgen Schulz
Invivo Osteopathie
In der Schappe 18, 4144 Arlesheim
Tel. 061-703 74 00
Internet: www.invivo-osteopathie.ch

Dorothee Servaux
Homöopathin
SWICA-Gesundheitszentrum
9500 Wil/SG