

Regulationsstörung bei Säuglingen: neue An- und Aussichten

Friederike Kaiser

Als ich in der DO 2/2017 einen Artikel zu diesem Thema veröffentlichte [2], war der Begriff „Regulationsstörung“ noch wenig eingeführt und hauptsächlich in der Psychologie als Diagnose mit Handlungsanweisung für Schreiambulanzen verbreitet. Die Erkenntnis, dass ein Mangel an Selbstregulation ein Neugeborenes und die dazu gehörige Familie zur Verzweiflung bringen kann, hat vielen Familien in den letzten Jahren geholfen, mit einem solchen neuen Erdenbürger entspannter umzugehen und ihm den Weg in eine selbst regulierte Innen- und Außenwelt zu ermöglichen. Mit weniger, aber dafür klaren und konkreten Reizen lernt das Kind mit der Zeit, eigene Filter aufzubauen und macht nicht mehr aus jeder Maus einen gefühlten Elefanten. Lernen regulationsgestörte Kinder dies nicht, so steht möglicherweise die Prognose ADHS im Raum.

In meiner Praxis hatte ich die Chance, die große Variationsbreite dieses Befunds und einige Differenzialdiagnosen zu entdecken. Zudem wurde von Stephen W. Porges mit der Erweiterung des vegetativen Nervensystems durch den ventralen Vagusast eine sinnvolle und logische Erklärung der Phänomene möglich [3]. Rosenberg [4] half mir durch seine selbst entwickelten, zum Großteil aus der kraniosakralen Therapie stammenden Techniken, Übungen zu finden, mit denen die Eltern zu Hause die Normalisierung des vegetativen Nervensystems des Kindes unterstützen können.

Differenzialdiagnosen

Als wichtige Differenzialdiagnose möchte ich gerne eines der 3 verschiedenen **Säuglingstemperamente (Archetypen) nach Tamarack**, nämlich den Typus des **Wächters**, nennen [5]. Psychohistoriker finden eine über die Jahrhunderte mehr oder unveränderte geschlechtsunabhängige Aufteilung von kindlichen Temperamenten [1]:

- ein erdverbundener, um sich und andere kümmernder „Versorger“ (ca. 40%)
- ein stark bindungsbezogener, gruppenspezifisch agierender „Kommunikator“ (ca. 40%)
- der schwierige, hoch reaktive, aber sehr überlebensfähige „Wächter“ (ca. 20%)

Es gab in meiner Praxis immer wieder Kinder mit der Diagnose „Regulationsstörung“, bei denen der physische Befund nicht zur angeblichen Störung passte, oder Kinder, bei denen nach meiner Behandlung einige Symptome gebessert oder verschwunden waren, sich die all-

gemeine Spannung und potenzielle Unruhe jedoch nicht aufgelöst hatten. Wahrscheinlich handelte es sich bei diesen Kindern um sog. „Wächter“.

Dagegen kann die Differenzialdiagnose „**autistischer Formenkreis**“ in die der Regulationsstörung eingeschlossen werden, wenn, wie Porges und Rosenberg annehmen [3], der Autismus auch auf einer Störung der Gewichtung der unterschiedlichen Anteile des vegetativen Nervensystems beruht.

Polyvagaltheorie

Folgende Erkenntnisse aus der Polyvagaltheorie nach Porges [3] sind dabei von Bedeutung:

- Es gibt nicht 2, sondern **3 Nervensysteme**, die unser Vegetativum steuern. Diese bestimmen nicht nur physische, sondern ganz besonders auch psychische Zustände und das Verhalten.
 - Der **vordere Vagusast** ist myelinisiert, wodurch eine schnelle Reizübertragung stattfindet, und ermöglicht positive Entspannungszustände und soziale Zugewandtheit. Er wirkt hauptsächlich im Bereich der Hirnnerven und der supradiaphragmalen Organe.
 - Der **Sympathikus** aus den Grenzstrangganglien ist für angestrengte Arbeit, Kampf und Flucht zuständig.
 - Der **hintere Vagusast** ist nicht myelinisiert, was zu einer langsamen Reizübertragung führt. Er wirkt hauptsächlich in den subdiaphragmalen Organen und seine Überbetonung geht mit Abschaltung, Dissoziation und depressivem Verhalten einher.

- Das Nervensystem ist **hierarchisch organisiert**. Der optimale Zustand ist, wenn eine gute Aktivität des **ventralen Vagusasts** gewährleistet ist, der ein Übergewicht des Sympathikus und des dorsalen Vagusasts verhindert und alle 3 physiologischen Anteile harmonisch je nach Lebenslage zusammenspielen lässt. Ist der vordere Vagusast durch ein Trauma geschädigt, springt als nächstes der **Sympathikus** an und betont die motorische Erregung, ein hyperaktives Immunsystem und emotionale Aufregung. Ist auch dieser Anteil des Nervensystems geschädigt bzw. ist das Trauma oder die Idee von der Außenwelt so stark lebensbedrohlich, dass Flucht und Kampf keine Option mehr sein können, dann rettet sich der Organismus in die ausschließliche Aktivierung **des dorsalen Vagusasts**. Alles wird abgeschaltet, was nicht unbedingt zum Überleben der Gewebe nötig ist. Ein leichter Befund bei Dominanz des hinteren Vagusasts kann sich z. B. auf der körperlichen Ebene durch Verdauungsbeschwerden oder Fettleibigkeit zeigen. Die Aufgabe der Therapeuten ist es dann, durch verschiedene Techniken die Gewichtung wieder zugunsten des vorderen Vagusasts auszurichten.



► **Abb. 1** Entspannung im Bereich des Vaguskerens. Das Kind befindet sich in Seitlage. Eine Hand wird auf den Bauch gelegt (Handmitte auf dem Solarplexus, Finger in Richtung Zwerchfell und Thorax), die andere Hand umfasst das OAA-Gebiet und den Hinterkopf. Zwischen beiden Regionen wird eine Entspannung balanciert. Die Aufmerksamkeit richtet sich nacheinander auf das jeweils am meisten verspannte Gebiet und den Vaguskeren. (Quelle: Friederike Kaiser)

Wirkung der 3 Nervensysteme

Fallbeispiel 1

Anamnese

Das 7 Tage alte Mädchen wurde aus Beckenendlage geplant in der 39. SSW mit Kaiserschnitt entbunden. Es wird wegen starker Stillprobleme und einer Gedeihstörung in meine Praxis gebracht. Es öffnet den Mund nicht ausreichend, bekommt dadurch die Brustwarze nicht richtig zu greifen, trinkt nur einige Schlucke und schläft dann ein. Die Eltern füttern etwas zu und sind zunächst glücklich mit dem ruhigen Kind, bis die Hebamme das mangelnde Gedeihen bemerkt.

Befund

Im osteopathischen Befund zeigt sich eine stark reduzierte Vitalität, der PRM (primär respiratorische Mechanismus) befindet sich im Schockzustand. Die Kopfgelenke sind eingestaucht, der Kopf wird in Extension gehalten, die Hals- und Nackenmuskulatur sind stark angespannt, die BWS ist in Flexion, die Rippenbereiche sind in Ausatmung fixiert, das Zwerchfell ebenfalls in Ausatmung, die Bauchorgane wirken venös bzw. lymphatisch gestaut. Der Stoffwechsel ist verlangsamt, der Tonus des Kindes eher schlaff, die Atmung oberflächlich und entweder sehr schnell (Sympathikus) oder fast nicht vorhanden. Auffällig sind starke Atemgeräusche (Giemen, Rasseln). Das Becken (Sakrum und Ilium) ist gestauch, die Hüftgelenke sind flektiert, der M. psoas ist verspannt, der Beckenboden ebenso. Der Stuhlgang ist selten.

Behandlung und Verlauf

Meine 1. Behandlung berücksichtigt die genannten Befunde. Schwerpunkte sind die Befreiung der Schädelbasis und der Kopfgelenke (Hirnnerven IX, X, XI, XII), die Entspannung der intraossalen Läsionen des Okziputs (Hirnnervenkerne und Hirnnerven V, VII, X; ► **Abb. 1**), die Schädelmembranen, besonders Tentorium und Falx cerebelli, das Zwerchfell, die Rippenwirbelgelenke im Hinblick auf den Grenzstrang, der Beckenboden und das Sakrum intraossal in Bezug auf die kraniosakrale Achse.

Als Techniken verwende ich je nach Region BLT (Balanced Ligamentous Tension), BMT (Balanced Membranous Tension) oder sanfte direkt mobilisierende Griffe. Im Bereich der Rippenwirbelgelenke kommt eine Inhibitionstechnik nach Littlejohn (fester länger anhaltender Druck; ► **Abb. 2**) zur Anwendung.

Fünf Tage später ist das Mädchen in der Lage, den Mund richtig zu öffnen. Es trinkt ausreichend an der Brust, die Milchbildung hat sich angepasst, die Eltern füttern auf Anraten der Hebamme noch zu, um Gewicht aufzuholen.



► **Abb. 2** Inhibitionstechnik nach Littlejohn. Die Fingerspitzen beider Hände werden rechts und links der Wirbelsäule an den Rippenwirbelgelenken aufgestellt. Das Gewicht des Kindes drückt die Rippenköpfchen nach ventral auf die Grenzstrangkerne. Die Technik muss in der Kraft an das Wohlbefinden des Kindes angepasst werden. Gelingt die Behandlung, schläft das Kind ein. (Quelle: Friederike Kaiser)

Ich wiederhole einige Techniken aus der 1. Behandlung; speziell die Kopfgelenke und die Schädelmembranen benötigen noch etwas Aufmerksamkeit. Dann konzentriere ich mich vermehrt auf den Stau im Abdomen (Nabelschnurtechniken, Abfluss aller venösen und lymphatischen Stauungen etc.). Das Neugeborene ist deutlich wacher und verschläft nicht wie beim 1. Mal die gesamte Behandlung. Es beginnt, Augenkontakt aufzunehmen, was für mich bedeutet, dass die übermäßige Aktivität im dorsalen Vagusast gelöst ist und der ventrale Vagusast besser arbeitet.

Drei Wochen später melden sich die Eltern erneut, weil der Säugling sich häufig überstreckt, besonders beim Stillen. Er scheint Koliken zu entwickeln, spuckt viel, schläft nur kurz und unruhig. Der Befund zeigt ein Kind in einem Sympathikusübergewicht: kaltschweißige Hände und Füße, motorische Überaktivität, hyperaktiver Moro-Reflex, gestörter Schlaf, mangelnde Verdauungstätigkeit. Um sich selbst zu regulieren, fordert das Kind ständig die Brust (Cluster-Feeding); es hat die Erfahrung gemacht, dass Stillen sowohl die Eltern als auch es selbst beruhigt. Doch die erhöhte sympathische Aktivität verhindert eine angemessene Verdauung, die Schmerzen im Abdomen, der gastroösophageale Reflux (das obere Drittel des Ösophagus wird durch Überaktivität des hinteren Vagusasts verkürzt und führt damit zu einer Dysfunktion der Kardie) und die vielen Luftabgänge irritieren wiederum das Kind, der Sympathikus springt an und ein Teufelskreis verhindert den Weg zurück. Ich behandle hauptsächlich den Stau im Abdomen, mobilisiere den Magen nach kaudal, inhibiere den Grenzstrang, befreie die Kompression im okzipitalen Schädelbereich und erlaube so wieder mehr Aktivität des ventralen Vagus, der aufgrund der Hierarchisierung sowohl den Sympathikus als auch den dorsalen Vagus in ein harmonisches Zusammenspiel bringt.

Die Eltern werden gebeten, die Regulationsfähigkeit des Kindes anders als durch Stillen zu fördern: In diesem frühen Lebensalter empfehle ich das Saugen am Schnuller oder Finger, festes Ausstreichen zwischen den Augenbrauen, Bauch- und Rückenmassage, mit dem Kind sprechen, Augenkontakt einfordern, später Hand-Hand-Kontakt, Singen und Vorlesen, außerdem v.a. Ruhe und wenig Reize. Viele Eltern und Ratgeber empfehlen Herumtragen und anhaltendes Rauschen (z. B. Föhn, Staubsauger). Das hilft zwar im Moment, hält jedoch die Sympathikusaktivität auf einem hohen Niveau, d. h., er wird nur durch einen Fremdreiz überlagert.

Beeinflussung von Neurozeption und Interzeption

Sowohl Porges [3] als auch Rosenberg [4] sind sich einig, dass die **Neurozeption**, die unbewusste Sinneswahrnehmung aus der Umwelt mittels neuronaler Schaltkreise, primär dafür verantwortlich ist, welche der 3 Anteile des **Nervensystems angeschaltet** werden. Bei dem Gefühl von drohender Gefahr (ob tatsächlich oder eingebildet) wird der ventrale Vagus (Kommunikation und Anteilnahme) durch entweder verstärkte Sympathikusaktivität (Flucht oder Kampf als Lösung) oder durch Überwiegen des dorsalen Vagus (Totstellreflex und Dissoziation) gehemmt. Welche Ursachen auch immer für eine „falsche“ Neurozeption dienen (die Einbildung einer Gefahr, ein Trigger früher erfahrener Gewalt, Angst, Hunger oder auch Verlusterfahrungen): Hinsichtlich der aktuellen Wirkung unterscheidet das Nervensystem nicht. Wenn solche Trigger zusätzlich mit einer negativen **Interzeption** (Wahrnehmung des körperlichen Innenlebens) einhergehen, dann kann sich jeder vorstellen, dass eine an sich harmlose Darmbewegung mit einem dramatischen Aufschrei eines gequälten Säuglings beantwortet wird – und an Schlaf danach nicht mehr zu denken ist.

Während die Eltern die osteopathische Arbeit in der frühen Säuglingszeit nur durch die Vermittlung von Sicherheit, Handling und kleine Handgriffe unterstützen können, ist ab dem 3.–4. Monat viel mehr möglich: In der Bauchlage oder dem 4-Füßler kann über die Aktivität des N. accessorius (innerviert M. trapezius, M. levator scapulae und M. sternocleidomastoideus) der ventrale Vagus aktiviert werden, ebenso über Augen- und Kopfbewegungen (► **Abb. 3**). Diese Techniken wirken auch bei nur einseitiger Aktivität des vorderen Vagusasts, wenn eine asymmetrische Spannung des M. sternocleidomastoideus und damit ein muskulärer Schiefhals bzw. eine Plagiozephalie im Vordergrund steht [4].

Fallbeispiel 2

Bei älteren Kindern sehen die Phänomene etwas anders aus, wie dieser extreme Fall zeigt.

Der aufgeweckte 4-jährige Junge hat als Säugling viel geschrien, schlecht geschlafen und war ein anstrengendes Baby. Nun hat er sich zu einem anstrengenden Kindergar-

tenkind ausgewachsen, das regelmäßig ausflüpft, sobald ihm Grenzen, egal welcher Art, gesetzt werden. Er ist stark geräuschempfindlich. Nachts schläft er wie narkotisiert. Am sozialpädiatrischen Zentrum läuft ein Verfahren zur Feststellung des Integrationsstatus mit Verdacht auf Autismus. Auffällig ist seine geringe Empathie, er nimmt kaum Kontakt zu mir auf, tobt durchs Zimmer und lässt sich nicht anfassen. Der Vater ist sehr geduldig und lockt mit einem Bilderbuch das Kind auf den Schoß. Ich darf ihn ca. 5 Minuten anfassen, befreie dabei etwas den OAA-Bereich und die Kompression des Okziputs und löse leicht die thorakalen Verspannungen im Hinblick auf den Grenzstrang. Das Kind nimmt daraufhin kurz Augenkontakt zu mir auf, umarmt mich, bevor es wieder durch den Raum rennt und darauf besteht, nach Hause zu gehen.

Diese deutliche sympathische Überaktivität interpretiert Porges [3] so, dass auf diesem Weg der „Shut down“ durch den dorsalen Vagus verhindert werden soll. Das mag so sein, aber ich folge bei der Behandlung der Ursachen an diesem Punkt lieber Rosenberg [4], der einen deutlichen Mangel an Mobilität im Bereich der Rippenwirbelgelenke und daher eine zu geringe „Massage“ im Bereich des Grenzstrangs dafür verantwortlich macht. Denn normalerweise wird bei der Einatmung der Sympathikus leicht aktiviert und bei der Ausatmung beruhigt; dieser Rhythmus kann von sensiblen Fingern am Puls gespürt werden, die Messgeräte der Herzratenvariabilität messen genau dies an einer leichten Blutdruck- und Pulsveränderung.

Die Übungen aus der Säuglingszeit passe ich dem Verhalten eines älteren Kindes an und kreierte Spielsituationen mit Körperhaltungen zur Mobilisierung der HWS und des Thorax. Ich behandle den Jungen noch verschiedene Male, wobei er sich immer länger anfassen lässt und sich so langsam zu einem, zwar immer noch reizbaren, aber auch integrierbaren Kind entwickelt.

Fallbeispiel 3

Anamnese

Das 5-jährige Mädchen, die wegen Schlafproblemen und Verdacht auf Hyperaktivität zu mir gebracht wird, kann gut in Kontakt treten, wirkt in der neuen Umgebung interessiert, lässt sich zwar immer nur kurz auf die Angebote ein, scheint sie aber zu erfassen, zu bewerten und dann als nicht relevant abzuhaken. Sie legt sich sogar kurz auf die Liege, da die Mutter ein Buch vorliest. Nach 10 Minuten hält sie nichts mehr. Sie verlässt den Praxisraum selbstständig, während die Mutter mit mir den Befund und das weitere Vorgehen bespricht. Tatsächlich habe ich auf der körperlichen Ebene keine deutlichen Einschränkungen gefunden. Auch vom Verhalten wirkt das Kind unauffällig, solange ihm interessante Dinge geboten werden.



Postgraduierten- Kurse 2020 und Vorschau 2021

Update Viszerale Manipulation: Lunge, Herz und große Gefäße

Karl-Heinz Schroeder,
Diploma Osteopathic Medicine (EROP)

06. – 09. August 2020

Osteopathie im biodynamischen Bereich 2

David C. Eland D.O., F.A.A.O. (USA)

27. – 30. August 2020

Manuelle Thermodiagnostik

Kenneth J. Lossing D.O. (USA)

18. – 21. Februar 2021

Dynamik der Gedanken: Osteopathische Annäherung an die Psychosomatik

Stefan Schöndorfer D.O.

11. – 14. März 2021

Osteopathie im biodynamischen Bereich 3

David C. Eland D.O., F.A.A.O. (USA)

25. – 28. März 2021

Osteopathie im Säuglings- und Kindesalter

2-jährige postgraduierte Ausbildung

Start der neuen Klasse
im Frühjahr 2021

Mehr Termine und Informationen
finden Sie im Internet und in unserem
Programmheft.

Deutsche Akademie für
Osteopathische Medizin e.V.
Strüper Str. 161 · 48149 Münster
Fon 02 51. 49 09 31 94 · Fax 02 51. 49 09 31 93
www.daom.de · E-Mail: info@daom.de



► **Abb. 3** Das Kind wird in Bauchlage unterstützt: Die Ellenbogen werden unter den Schultern gehalten, evtl. wird das Sternum in Aufrichtung gebracht. Eine 2. Person bewegt eine interessante Sache von rechts nach links und motiviert das Kind, den Kopf endgradig in beide Richtungen zu bewegen. Ältere Kinder können im 4-Füßler üben. (Quelle: Friederike Kaiser)

Das Temperament des Wächters

Laut Studien von Psychohistorikern hat sich der Anteil der schwierigen, hoch reaktiven Kinder im Laufe der Jahrhunderte nicht verändert. Er findet sich immer bei ca. 20% ($\pm 3\%$) [1]. Tamarack [5] stellt fest, dass dieses Temperament für die Gruppe eine lebenswichtige Funktion erfüllt: Er nennt sie „Guardians“ (Wächter). Sie müssen einen leichten Schlaf haben, sich überall erstmal bewegen, alles erforschen und nie mit dem Status quo zufrieden sein. Das dient der Sicherheit und der Fortentwicklung der Gruppe im Kleinen und der Menschheit im Allgemeinen. Soweit die Theorie. In der Praxis bedeutet dies, dass diese Kinder wie meine Patientin in der Tendenz mehr Sympathikusaktivität zu der Aktivität des ventralen Vagusasts zuschalten müssen. Das ist sozusagen die Voreinstellung bei der Geburt. Ob diese genetisch verursacht, epigenetisch geprägt oder einfach nach dem Zufallsprinzip in den Familien verteilt ist, ist noch nicht bekannt. Unser genormtes Erziehungswesen und die Vorstellungen, wie sich ein „normales“ Kind zu verhalten hat, ist die Außenwelt der Kinder, die sie mit ihrer Neurozeption und ihrer Wahrnehmung der Wirklichkeit konfliktgeladen bearbeiten. Wie die Eltern dieses Problem auf Dauer lösen können, liegt in ihrer Fähigkeit, ihr Kind – soweit es geht – in seinem Forscher- und Wächterdrang nicht zu behindern oder sogar zu fördern (entsprechende Betreuungsange-

bote, Schulen und Lösungen für Auszeiten in der Familie wären vonnöten). Da sind wir als Osteopathen nur als Berater und zur Behandlung von akuten Beschwerden gefragt.

Resümee

Der Umgang mit Kindern, die unter einer Regulationsstörung leiden, ist sowohl für die Eltern als auch für uns Therapeuten eine fordernde Angelegenheit. Das Wissen über die Wirkung dieser Störung im autonomen Nervensystem und die Möglichkeiten, dieses zu behandeln, kann uns Therapeuten die Arbeit sehr erleichtern. Viel wichtiger finde ich jedoch, dass mit diesem Wissen eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Eltern und Kinder aufrechterhalten werden kann, die sonst oft zwischen Versagensängsten und Schuldzuweisungen aufgegeben wird.

Autorinnen/Autoren



Friederike Kaiser

arbeitet seit 1997 osteopathisch mit Kindern und Säuglingen in eigener Praxis. Sie ist Gründungsmitglied der Osteopathischen Kinder-sprechstunde Berlin und unterrichtete von 2012–2017 u.a. das Fach Pädiatrie in der Berliner Vollzeitausbildung der OSD.

Korrespondenzadresse

Friederike Kaiser, MSc. DO

Nassauische Str. 31
10717 Berlin
frikaiser@osteopathie-jetzt.de

Literatur

- [1] Dibbern J. Die Tyrannenlüge. Kösel: München; 2018
- [2] Kaiser F. Regulationsstörung. DO 2017; 15: 19–22
- [3] Porges SW. Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit: Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung. Probst: Lichtenau; 2019
- [4] Rosenberg S. Der Selbstheilungsnerv. Kirchzarten: VAK; 2019
- [5] <http://tamaraksong.dorg/blog> [letzter Zugriff: 12.5.2019]

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1131-0251>
DO – Deutsche Zeitschrift für Osteopathie 2020; 18: 18–22
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1610-5044