Weinende Babys und erschöpfte Eltern : Wege aus Stresssituationen

Autor(en): **Kurth, Elisabeth**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **115 (2017)**

Heft 4

PDF erstellt am: **01.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949717

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Weinende Babys und erschöpfte Eltern: Wege aus Stresssituationen

Sein weinendes Baby zu trösten, während sie sich selber müde und erschöpft fühlen, bringt viele Eltern an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. In der Hebammennachsorge ist die Betreuung von Familien, deren Kind exzessiv weint, eine der grössten Herausforderungen. Hebammen erhalten während dem Hausbesuch einen systemischen Einblick in die Familiensituation und haben vielfältige Interventionsmöglichkeiten. Doch wie lässt sich eine professionelle Unterstützung der Familie strukturiert gestalten, und was tun, wenn auch die Hebamme an ihre Grenzen stösst?

Elisabeth Kurth

Untröstliches Weinen ist der häufigste Grund, warum Eltern mit einem Baby medizinische Hilfe aufsuchen, und mütterliche Erschöpfung ist die Beschwerde, unter der Mütter nach einer Geburt am häufigsten leiden. Hebammen begegnen dieser Situation häufig. Das Baby kommt nicht zur Ruhe, die Energie der Eltern ist aufgebraucht, Stress durchdringt den neuen Alltag, von dem sie sich Verbundenheit und Freude erhofft hatten.
«Oft ist Sophie in einer Schlaufe drin, in der sie weint und weint und sich irgendwie nicht mehr beruhigen kann. Und dann läuft man und trägt sie und hält sie. Und sie biegt sich auf alle Seiten durch – und du singst ein bisschen, probierst einfach alles, aber es nützt nichts, nützt nichts!» So beschreibt Jacqueline (Pseudonym) die Abendstunden mit ihrer sechs Wochen alten Tochter, ihrem ersten Kind (Kurth, 2010).
Was können Hebammen Familien in dieser Situation bieten? Sicher haben alle Hebammen in der Wochenbettnachsorge in ihrem Köfferchen bereits eine ganze Auswahl von Beruhigungstechniken und Beratungsstrategien dabei, um betroffene Familien zu unterstützen. Doch wahrscheinlich geht es vielen ähnlich: Das Wundermittel, das jedes übermässig weinende Kind beruhigt und überforderte Eltern entspannt, ist noch nicht gefunden. Diese ehrliche Feststellung ist grundlegend, um das Phänomen der exzessiv weinenden Babys besser zu verstehen.

Weshalb weinen einige Babys mehr als andere?
Die umfangreiche Forschung zu exzessivem Säuglingsschreien hat das Rätsel bis heute nicht lösen können, weshalb einige Babys viel mehr weinen und schwieriger zu trösten sind als andere. Die meisten Forscher gehen heute davon aus, dass exzessiv weinende Babys nicht eine homogene Patientengruppe sind, die an einer spezifischen Pathologie leidet, sondern dass ihr Schreien im oberen Bereich der normalen Bandbreite des neonatalen Schreiverhaltens liegt (St James-Roberts und Conroy, 2005). Die physiologische Entwicklung des Schreiens ist kurvenförmig (siehe Grafik S. 6) und wird mit der neurobehavioralen Reifung des Neugeborenen von reflexiver zu bewussterer Selbstregulation und mit dem Einpendeln der Schlaf-Wach-Regulation erklärt (Jenni, 2016).
Temperamentsunterschiede mögen eine Rolle spielen, so haben betroffene Babys oft eine tiefere Reizschwelle und sind dadurch schneller irritierbar. Auch somatische Ursachen kommen in Betracht, sind in ihrer Bedeutung jedoch umstritten: gastroösophagealer Reflux, Kuhmilchprotein-Intoleranz, Dysbalance der Darmflora (tatsächlich haben exzessiv schreiende Kinder mehr gasbildende Darmbakterien als nicht betroffene Kinder) oder muskulo-skelettale Beschwerden wie z. B. die Kopfgelenkinduzierte Symmetrie-Störung (KISS). Selten können akute Erkrankungen wie z. B. Otitis media und Hodentorsion das Schreien verursachen.

Autorin

Elisabeth Kurth, Dr. phil., MSc, PhD, betreut als frei praktizierende Hebamme Familien mit Neugeborenen im Wochenbett und leitet das Hebammennetzwerk Familystart beider Basel. Sie ist Lehrbeauftragte am Institut für Hebammen an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und assoziierte Mitarbeiterin am Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut in Basel.

Verschiedene Untersuchungen deuten darauf hin, dass auch psychosoziale Stressfaktoren im Umfeld eine Rolle spielen. Psychische Belastungen der Mutter, Konflikte mit dem Partner und der Herkunftsfamilie, mangelnde soziale Unterstützung, Migrationsstatus und berufliche Schwierigkeiten sind wahrscheinlich nicht die alleinige Ursache für Schreiprobleme, sie begünstigen jedoch das Entstehen einer negativen Stressspirale und damit die Verstärkung der Symptomatik. Widersprüchliche Studienergebnisse gibt es zur Bedeutung von Geburtskomplikationen und dem elterlichen Umgang mit dem Baby. Ein Schutzfaktor ist eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung der Mutter (Bolten et al., 2012; St James-Roberts und Conroy, 2005; St James-Roberts et al., 1998). Diese Ergebnisse fanden sich teilweise auch in einer Analyse der schweizerischen Hebammenstatistik zum Thema Schreiproblematik. In dieser Untersuchung traten Schreiprobleme bei mehrgebärenden Müttern deutlich seltener auf als bei Erstgebärenden (Kurth et al., 2014; Kurth et al., 2010).

Wie wirkt exzessives Weinen auf die Eltern?

Einen Säugling weinen zu hören, löst bei Erwachsenen somatische und mentale Reaktionen aus: Das autonome Nervensystem wird aktiviert, dadurch erhöht sich die Herzfrequenz und die Hautleitungsfähigkeitsreaktion (Joosen et al., 2013). Die Hormonspiegel von Dopamin, Cortisol, Oxytocin und Prolaktin steigen an (Swain et al., 2011), bei Männern erhöht sich auch der Testosteronspiegel (Fleming et al., 2002). Studien mit bildgebenden Verfahren der funktionellen Magnetresonanztomografie zeigen, dass das Hören von Säuglingsschreien im Hirn die neuronalen Areale für Empathie, Motivation, Besorgnis und Angst aktivieren. Am meisten Aktivierung der Areale, die Besorgnis steuern, zeigen unerfahrene Mütter. Bei erfahrenen Müttern und Vätern wird auch das Belohnungssystem aktiviert. Die Erfahrung scheint die Zuversicht zu wecken, dass man das Baby trösten kann, was schon im Voraus Gefühle der Zufriedenheit auslöst (Swain et al., 2007). Das Weinen eines Babys ist somit ein überaus starker Stimulus, aktiv zu werden, um das Wohlbefinden des Kindes wiederherzustellen. Gelingt dies trotz allem Bemühen nicht, kann das anfängliche Mitgefühl in Frustration und Ärger umschlagen.

Hier nochmals die Erfahrung von Jacqueline: «Es tut einem so leid, wenn sie schreit, so richtig schmerzverzerrt, Stunden am Stück. Wenn man selber am Abend schon trunken ist vor Müdigkeit, ja, das ist dann hart. Dann kommt mir wirklich das Heulen, dann mag ich einfach nicht mehr [...] Es ist verrückt, doch man wird ärgerlich auf das Kind.»

Betroffene Eltern erleben mit ihrem Kind weniger schöne Momente und machen seltener die Erfahrung, dass sie die Bedürfnisse ihres Kindes wirksam erfüllen können. Das Risiko, an einer postpartalen Depression zu erkranken oder aufkommende Aggressionen gegen das Kind zu wenden, ist bei Eltern eines exzessiv schreienden Babys deutlich erhöht (Talvik et al., 2009).

Murielle Caldelari
Hebamme, Ausbildungsleiterin an der Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne

Liebe Leserin, lieber Leser

Stellen Sie sich vor, Sie seien einer Sirene ausgeliefert, deren Intensität zwischen derjenigen einer sehr belebten Strasse und derjenigen eines Löwengebrülls schwankt: Damit können junge Eltern konfrontiert werden, wenn ihr Neugeborenes schreit. Mehr noch als die akustische Intensität ist es das Gefühl der Ohnmacht der Eltern, das die Wahrnehmung ihrer Kompetenz beeinträchtigen kann. Es könnte ihnen bspw. sehr verlockend erscheinen, den neuen Applikationen für Smartphones zu vertrauen, die eine «Übersetzung» des Schreiens versprechen. Nun, das Schreien und die Fragen, die es aufwirft, sind Teil des Kerns der Ausbildung zum Elternsein. Eine Ausbildung, die Zeit benötigt und welche die jungen Eltern sich hinterfragen lässt.

Wann kann man beginnen, von Schreibabys zu sprechen? Die am häufigsten verwendete Definition ist diejenige, die sich auf die Toleranz der Eltern bezieht, variabel bezüglich Kontext und Geschichte eines jeden. Es ist wichtig, sich daran zu erinnern, dass das Risiko für Misshandlungen steigt, wenn das Schreien exzessiv ist. Dieses Risiko ist höher in Situationen grosser Vulnerabilität, in prekären psychosozialen Kontexten, in Migrationssituationen und auch bei geringem Geburtsgewicht, bei Frühreife und bei Behinderung.

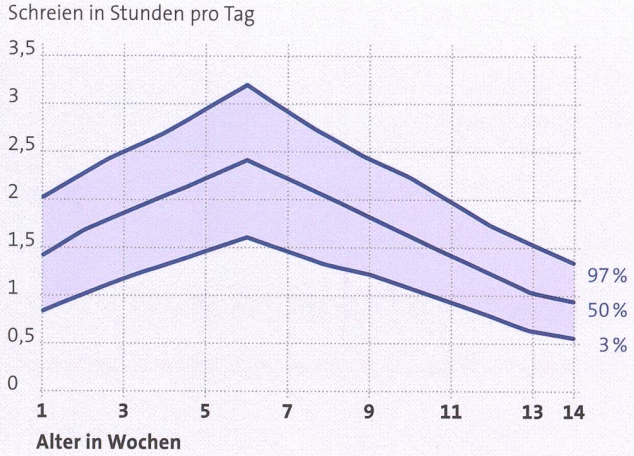
Glücklicherweise hat sich die Forschung in diesem Gebiet gut entwickelt und verschiedene Wege des Verständnisses aufgezeigt, die sich sicherlich ergänzen, doch diese müssen noch vertieft werden.

Hebammen spielen offenbar gegenüber den jungen Eltern eine entscheidende Rolle, um diese in ihren Kompetenzen zu bestärken, ihre Handlungen zu bestätigen und sie über die seltenen biologischen Ursachen des Schreiens aufzuklären. Ein reichhaltiges Programm! Möge die Lektüre dieser Artikel Ihnen Wege der Reflexion und Antworten auf gewisse Ihrer Fragen aufzeigen und Ihnen ein bisschen Schwung geben, um die jungen Eltern und deren Kinder auch weiterhin zu unterstützen.

M. Caldelari

Herzlich, Murielle Caldelari

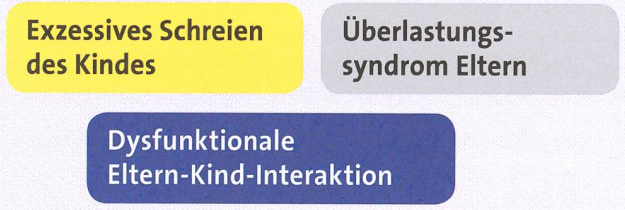
Entwicklungsverlauf des unspezifischen Schreiens



Largo, R. H. (2007). Babyjahre. Piper Verlag: München.

Diagnostische Trias einer Schreiproblematik

nach Papoušek (2004)



Jacqueline und ihr Partner fanden eine aussergewöhnliche Strategie, um ihre eigene Stressreaktion zu mildern. Sie kauften sich einen Lärmschutzhörer vom Baumarkt, der den stressauslösenden schrillen Ton des Weinens ihrer Tochter dämpfte: «Das ist super, weil den grellen Piccoloton, den hört man nicht mehr. [...] man kann ihr gut zureden, aber es macht einem selber nicht mehr weh, wenn man schon gereizt ist. Der grelle, laute Ton ist dann wenigstens ein bisschen gedämpfter und das beruhigt einen selber auch.»

Untersuchungen der Tonfrequenz von Säuglingsschreien zeigen, dass das Schreien genau in dem Frequenzbereich liegt, der in der Technik für Sirenen und Alarmsignale verwendet wird, und das gesamte Nervensystem aktiviert. Eltern eines weinenden Säuglings stehen deshalb vor der Herausforderung, sich selbst zu beruhigen, um die ausgelösten Emotionen und Handlungsimpulse steuern zu können.

Wie wird exzessives Weinen definiert?

Die klassische Definition von exzessivem Schreien, die sogenannte Dreierregel, stammt aus den 1950er-Jahren (Wessel et al., 1954):

Das Kind weint
- mindestens drei Stunden am Tag
- mindestens drei Tagen pro Woche
- über mindestens drei Wochen

Diese quantitative Definition der Schreidauer als Diagnosekriterium hat sich lange Zeit gehalten. Doch die neuere Schreiforschung plädiert dafür, zur Diagnosestellung die Familie als System zu betrachten. Denn eine Schreiproblematik löst wie beschrieben bei Betreuungspersonen eine körperlich-mentale Stressreaktion aus, führt in Zusammenhang mit Schlafentzug rasch zu Überlastung und Erschöpfung und belastet die Eltern-Kind-Interaktion. Zur Diagnose einer Schreiproblematik nutzt man deshalb heute in Anlehnung an Papoušek (2004) die diagnostische Trias von Regulationsstörungen (siehe Abbildung).

Welche Massnahmen können Hebammen bieten?

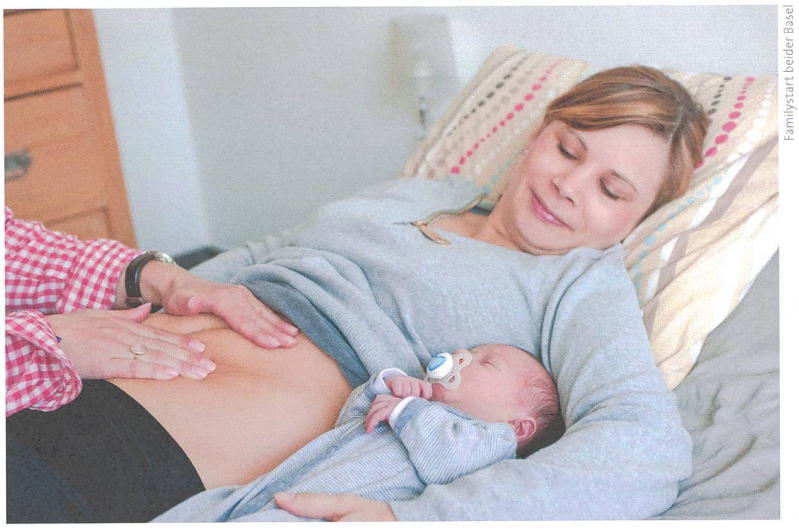
Hebammen sind oft die ersten Fachpersonen, die mit einer von Schreiproblemen betroffenen Familie Kontakt haben. Da vermehrtes Schreien vielfältige Ursachen haben kann, bildet eine sorgfältige Situationsanalyse die Basis, um die weitere Betreuung bedürfnisgerecht zu gestalten. Es geht darum, zuzuhören und zu beobachten, wie es a) dem Kind geht, wie es b) den Eltern geht, und wie sich c) die Eltern-Kind-Beziehung entwickelt.

Ein strukturiertes Vorgehen besteht aus drei Phasen:
1. Assessment: Zuhören und Beobachten, Stressfaktoren identifizieren
2. Intervention: Information anbieten, stressreduzierende Erste-Hilfe-Massnahmen
3. Evaluation: Erfolg der ergriffenen Massnahmen evaluieren, bei Bedarf anpassen

Wie Hebammen das Assessment durchführen und Erste Hilfe bei Schreiproblemen anbieten, ist in den folgenden Abschnitten systematisch beschrieben. Die Hilfemassnahmen für das Kind und die Eltern gründen weitgehend auf dem evidenzbasierten «Intervention Program for Families with Irritable Infants» von Keefe et al. (2005). Keefe und ihre Kolleginnen zeigten in ihrer Studie, dass die Säuglinge in der Interventionsgruppe nach vier Hausbesuchen mit kombinierten Massnahmen für Kind und Eltern im Schnitt 1,7 Stunden weniger weinten pro Tag als die Säuglinge in der Kontrollgruppe, die keine Hausbesuche erhielten.*

Auf den Hausbesuchen haben Hebammen die privilegierte Situation, dass sie einen systemischen Einblick in die Familie erhalten und sowohl für die somatische als auch die psychosoziale Betreuung von Mutter, Kind und Familie zuständig sind. Und viele der beschriebenen Interventionen sind Hebammen bereits wohlvertraut. Bevor sie Familien spezialisierte und häufig mit Kosten verbundene Therapien empfehlen, sollten sie von Schreiproblemen betroffenen Familien die auf der eigenen Erfahrung und Evidenz basierenden Erste-Hilfe-Massnahmen anbieten und deren Wirkung evaluieren.

* Einige Massnahmen basieren auf den Empfehlungen von Jenni (2016), auf eigener Erfahrung in der Wochenbettbetreuung und auf dem Austausch mit Hebammenkolleginnen, insbesondere mit Hebammen, die in Erster Emotioneller Hilfe nach Thomas Harms ausgebildet sind.



Familystart beider Basel

Eine Massage schafft Momente der entspannten Verbundenheit zwischen Mutter und Kind.

Wie geht es dem Kind?
Zuhören und Beobachten:
- Schreianamnese: Wann, wie lange und wie weint das Kind?
- Wie lässt es sich trösten?
- Leidet das Kind unter weiteren Symptomen wie fehlende Gewichtszunahme, Blähungen, Erbrechen, Durchfall, Ekzem, Schmerzen?
- Körperliche Untersuchung des Kindes

Erste Hilfe für das Kind:
- Selbstregulierung: Signale des Babys erkennen (müde/überreizt), Reizreduktion, Strategien testen, die Erregung abbauen
- Berührung: ausprobieren, welche Form von Körperkontakt (inkl. Haut-zu-Haut), Haltepositionen, Tragen, Einwickeln dem Kind helfen, zur Ruhe zu kommen
- Rhythmus: Wach-Schlaf-Zyklen beobachten und verstärken, Licht am Tag – Dunkelheit in der Nacht (zirkadianer Zeitgeber Licht), im Tagesablauf Routinen entwickeln (soziale Zeitgeber)
- Verdauungsbeschwerden: Bäuchlein im Uhrzeigersinn massieren, Wärme und Wickel anwenden, Kräuterextrakte (Tee, Suppositorien), Lactobazillus-reuteri Präparat (Bigaia)

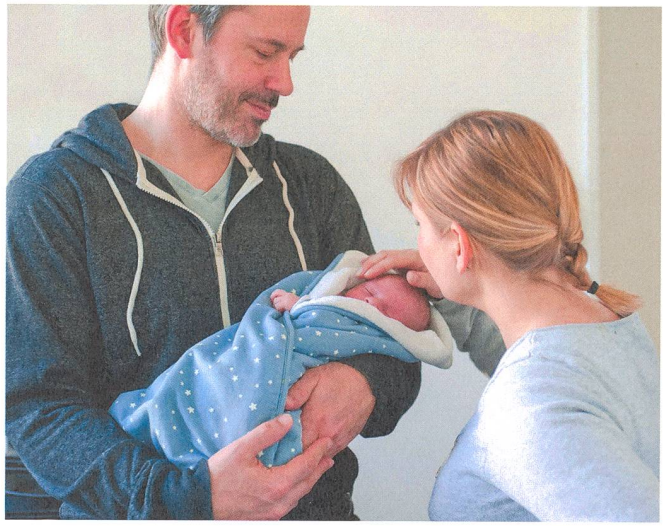
Wie geht es den Eltern?
Zuhören und Beobachten:
- Befinden der Eltern: Wie ergeht es ihnen?
- Energiebarometer: Wie viel Energie haben die Eltern zurzeit auf einer Skala von 0 bis 10?
- Stressoren: Was belastet die Familie? Welche Ängste haben sie?
- Ressourcen: Was ist hilfreich?
- Sozialer Support: Wer kann mithelfen und unterstützen?

Erste Hilfe für die Eltern:
- Empathie: aktiv zuhören, Eltern Raum geben, um ihr Erleben zu schildern, Selbstmitgefühl stärken, allgemeine Ratschläge vermeiden
- Anerkennung: Fähigkeiten der Eltern hervorheben und ihr grosses Engagement anerkennen, Selbstwirksamkeitserfahrung stärken
- Information: physiologischer Entwicklungsverlauf des Schreiens erklären, Ängste abbauen, Gesundheitszustand des Kindes besprechen
- Support und Erholung: Unterstützung und Austausch als Paar, Aufbau eines Unterstützungsnetzes, Time-out für Erholung in Tagesablauf einbauen (mindestens 45 Minuten pro Tag)
- Für die Mutter: Bauch- oder Rückenmassage anbieten, Körperwahrnehmung, Rückbildung, Selbstfürsorge stärken

Wie entwickelt sich die Eltern-Kind-Beziehung?
Zuhören und Beobachten:
- Interaktion beobachten: Augenkontakt, Spiegelung des kindlichen Ausdrucks?
- Wie erlebten Eltern den ersten Kontakt mit dem Kind nach der Geburt?
- Welche Gefühle entstehen, wenn sich das Kind nicht trösten lässt? Entstehen Ärger, aggressive Ideen?
- Welche Momente können Eltern zusammen mit dem Kind geniessen?

Erste Hilfe für die Eltern-Kind-Beziehung:
- Elterliche Stressreduktion: Strategien zur Selbstberuhigung und Entspannung finden, Bauch-zu-Bauch-atmung mit dem Kind
- Sich kennenlernen: Das Kind als Person wahrnehmen, seine Vorlieben und Reaktionen erkunden
- Verbundenheit: Visualisieren von berührenden gemeinsamen Momenten, Nähe schaffen, gemeinsam zur Ruhe kommen, Massage mit Baby bei sich
- Wachphasen nutzen für entspannte Interaktion, die beiden Seiten Freude bereitet

«... eine ganz andere Zuneigung aufgekommen»
Auch Jacqueline und ihre Familie haben professionelle Unterstützung erhalten, die ihnen half, beim Essen und Schlafen mit Sophie einen Rhythmus zu finden. Die Schreiphasen wurden kürzer. Zwölf Wochen nach der Geburt stellt Jacqueline fest: «Seit wir nicht mehr selber so an unsere Grenzen kommen, ist auch eine ganz andere



Familystart beider Basel

Ihr Kind trösten zu können, ist eine Erfahrung, die das elterliche Selbstvertrauen stärkt.

Zuneigung aufgekommen. Die Bindung zum Kind, das empfinde ich erst jetzt so richtig, dass sie ganz zu uns gehört. Also, das haben wir ja vorher schon auch gehabt, aber jetzt ist es so was Inneres. Es ist so eine Freude da.»

Und wenn die Erste Hilfe nicht nützt?

Helfen die beschriebenen Massnahmen nicht weiter, ist eine vertiefte Abklärung und interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig. Eine Untersuchung beim betreuenden Kinderarzt ist angezeigt, und je nach vermuteter Ursache des exzessiven Schreiens können spezialisierte Therapien zum Einsatz kommen. Wichtig bleibt, genau hinzuschauen und genau nachzufragen, um so jeder Familie eine individuelle, massgeschneiderte Beratung zu bieten.

Hilfe für die Helferin

Wenn ein Baby trotz allen Hilfemassnahmen weiterhin exzessiv weint, kann dies auch bei Hebammen als professionellen Betreuungspersonen zu einem Gefühl der Überforderung führen. In so einer Situation gilt das Gleiche für die Hebamme wie für die Eltern: Anstatt der Familie übereilt immer neue Massnahmen vorzuschlagen, ist Selbstberuhigung angesagt. Ruhig durchatmen, die eigene Stimmung und die Stimmung der Familie wahrnehmen, und sich auf das aktuell Machbare konzentrieren.

Auch als Expertinnen der Säuglingsbetreuung müssen Hebammen nicht jedes Problem sofort lösen können. Es genügt, wenn sie mit der Familie während einem Hausbesuch je eine zur Situation passende Hilfestellung für das Kind, für die Eltern und für die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung besprechen oder direkt anwenden. Dann haben sie ihre Aufgabe erfüllt. Es ist angezeigt, abzuwarten und die Wirkung der besprochenen Massnahmen beim nächsten Besuch zu evaluieren. Reicht diese Hilfe nicht aus, bleiben Hebammen mit der Familie empathisch verbunden und zeigen ihr Wege zu weiteren Therapiemöglichkeiten. So leisten sie in Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen eine professionelle Begleitung, die Familien dabei unterstützt, den Stress mit einem exzessiv weinenden Baby zu bewältigen.

Fazit

Es gibt kein Patentrezept, um exzessives Weinen bei Babys erfolgreich zu behandeln. Hebammen haben jedoch viele Möglichkeiten, um zusammen mit den Eltern mitten in der Familiensituation zu Hause Oasen der Ruhe und der Begegnung zu finden.

Literatur

Bolten, M. I. et al. (2012) Maternal self-efficacy reduces the impact of prenatal stress on infant's crying behavior. «J Pediatr», 161(1), 104–109. doi:10.1016/j.jpeds.2011.12.044

Fleming, A. S. et al. (2002) Testosterone and prolactin are associated with emotional responses to infant cries in new fathers. «Horm Behav», 42(4), 399–413. doi:S0018506X02918404 [pii]

Jenni, O. (2016) Laute Kinder – Verzweifelte Eltern. Über das Säuglingsschreien und die Entwicklung der Schlaf-Wach-Regulation. «Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin», 19, 362–368.

Joosen, K. J. et al. (2013) Maternal overreactive sympathetic nervous system responses to repeated infant crying predicts risk for impulsive harsh discipline of infants. «Child Maltreat», 18(4), 252–263. doi:10.1177/1077559513494762

Keefe, M. R. et al. (2005) An intervention program for families with irritable infants. «MCN Am J Matern Child Nurs», 30(4), 230–236.

Kurth, E. (2010) Postnatal infant crying and maternal tiredness: Examining their evolution and interaction in the first 12 weeks postpartum (doctoral thesis). (PhD), University of Basel, Basel.

Kurth, E. et al. (2014) Responding to a crying infant – You do not learn it overnight: A phenomenological study. «Midwifery». doi:10.1016/j.midw.2013.06.017

Kurth, E. et al. (2010) Predictors of crying problems in the early postpartum period. «J Obstet Gynecol Neonatal Nurs», 39(3), 250–262.

Papoušek, M. (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek, M. et al. (Hrsg), Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen, pp. 77–110. Bern: Huber.

St James-Roberts, I. und Conroy, S. (2005) Do pregnancy and childbirth adversities predict infant crying and colic? Findings and recommendations. «Neurosci Biobehav Rev», 29(2), 313–320.

St James-Roberts, I. et al. (1998) Links between maternal care and persistent infant crying in the early months. «Child Care Health Dev», 24(5), 353–376.

Swain, J. E. et al. (2011) Neuroendocrinology of parental response to baby-cry. «J Neuroendocrinol», 23(11), 1036-1041. doi:10.1111/j.1365-2826.2011.02212.x

Swain, J. E. et al. (2007) Own Baby Cry and Picture Stimuli Activate Parent Brains According to Gender, Experience, Psychology and Dyadic Relationship, American College of Neuropsychopharmacology 46th annual meeting). Retrieved from http://library.allanschore.com/docs/Swain-ACNP_2007_jes.pdf

Talvik, I. et al. (2008) Shaken baby syndrome and a baby's cry. «Acta Paediatr», 97(6), 782–785. doi:10.1111/j.1651-2227.2008.00778.x

Vik, T. et al. (2009) Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. «Acta Paediatr», 98(8), 1344–1348.

Wessel, M. A. et al. (1954) Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. «Pediatrics», 14(5), 421–435.

Nr. 1
bei Narben und Dehnungsstreifen*

«Worüber ich mit meinen schwangeren Freundinnen am meisten diskutiert habe, waren Dehnungsstreifen – wenn du sie einmal hast, wirst du sie nie mehr los!
Deshalb habe ich bei meiner ersten Schwangerschaft durchgehend morgens und abends Bi-Oil® benutzt. Ehrlich gesagt, habe ich auch nach der Geburt von Liam nicht damit aufgehört. Und jetzt, seit ich weiss, dass wir Zwillinge erwarten, benutze ich es mehr als je zuvor! Das Geniale am Produkt ist auch, dass es sich nicht ölig anfühlt – man kann es verwenden und sich sofort anziehen, ohne dass es Flecken auf der Kleidung hinterlässt. Ihr könnt euch gar nicht vorstellen, bei wie vielen Freunden und Verwandten ich schon von Bi-Oil® geschwärmt habe!»

Tracy mit Liam

* Quelle: IMS Health, Schweiz, Umsatz & Absatz 2016

Bi-Oil® kann der Entstehung von Schwangerschaftsstreifen entgegenwirken, da es die Elastizität der Haut erhöht. Es sollte ab Beginn des zweiten Schwangerschaftsdrittels zweimal täglich angewendet werden. Ergebnisse sind individuell verschieden. Für weitere Informationen zum Produkt und zu klinischen Studien besuchen Sie bitte bi-oilprofessional.ch

DG
DOETSCH GRETHER
PHARMA · OTC · CONSUMER CARE