

Fegert, Jörg M. / Schulz, Jörg / Bergmann, Renate / Tacke, Uta /
Bergmann, Karl E. und Wahn, Ulrich

Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 46 (1997) 2, S. 69-91

urn:nbn:de:bsz-psydok-39526

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- COUGHLAN, J.-G.: Zur Arbeit von Erziehungsberatungsstellen bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Dealing in Child Guidance Centres with Allegations Concerning the Sexual Abuse of Children) 499

Familientherapie

- HEEKERENS, H.-P.: Familiendiagnostik ungeklärt – Diagnose unklar (Family Diagnostics – Diagnosis Unclear) 489

Forschungsergebnisse

- BRETZ, E./RICHTER, N./PETERMANN, F./WALDMANN, H.-C.: Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation einer Erzieherinnenfortbildung zum Thema sexueller Mißbrauch (A Questionnaire for the Evaluation of an Educators' Training on Child Sexual Abuse: Development and Application) 420
- FEGERT, J. M./SCHULZ, J./BERGMANN, R./TACKE, U./BERGMANN, K. E./WAHN, U.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren (Sleep Behavior in the First Three Years of Life). . 69
- GÖHR, M./RÖPCKE, B./PISTOR, K./EGGERS, C.: Autogenes Training bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ I („Autogenic Training“ with Children and Young Patients with Diabetes mellitus Type I) 288
- HÄBERLE, H./SCHWARZ, R./MATHES, L.: Familienorientierte Betreuung bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen (Family Orientated Interventions of Children and Adolescents with Cancer Disease). 405
- LEGNER, A./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Neuromotorische und kognitive Entwicklung risikogeborener Kinder im Alter von fünf Jahren (Neuromotoric and Cognitive Development of 5-year-old Children with a Perinatal Risk) 477
- SARIMSKI, K.: Elternbelastung bei komplexen kraniofazialen Fehlbildungen (Parenting Stress in Families with Craniofacially Disordered Children) 2
- STEINEBACH, C.: Familienberatung in der Frühförderung: Bedingungen und Wirkungen aus der Sicht der Mütter (Family Counseling in Early Education: Circumstances and Effects from the Mothers Point of View) 15

Kinder und Gewalt

- GEBAUER, K.: Bearbeitung von Gewalthandlungen im Rahmen eines pädagogischen Konzeptes von Selbst- und Sozialentwicklung – Oder: Mit Schulkindern über Gewalt reden (Dealing with Physical Aggression within the Framework of an Educational Concept of Self- and Social Development – Or: Discussing Physical Aggression with Pupils) . . 182
- GÖBEL, S.: Aggression, unbelebte Objekte und die Phantasie der Unzerstörbarkeit (Aggression, Inanimated Objects and the Phantasy of Invulnerability) 206

KRANNICH, S./SANDERS, M./RATZKE, K./DIEPOLD, B./CIERPKA, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Förderung sozialer Kompetenzen und zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern (FAUSTLOS – a Curriculum for an Increase of Social Skills and for the Prevention of Aggressive and Potentially Violent Behavior in Children). . . .	236
MEIER, U.: Gewalt in der Schule – Problemanalyse und Handlungsmöglichkeiten (Violence in School – Analyzing a Phenomenon and Outlining Concepts of Practice-Focused Prevention and Intervention).	169
NOLTING, H.-P./KNOPF, H.: Gewaltverminderung in der Schule: Erprobung einer kooperativen Intervention (Reducing Aggression in the Schools: A Cooperative Intervention). . . .	195
PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Verhaltenstherapie mit aggressiven Kindern (Behavior Therapy with Aggressive Children).	228
RATZKE, K./SANDERS, M./DIEPOLD, B./KRANNICH, S./CIERPKA, M.: Über Aggression und Gewalt bei Kindern in unterschiedlichen Kontexten (On the Aggression and Violence of Children in Different Contexts).	153
SCHWEITZER, J.: Systemische Beratung bei Dissozialität, Delinquenz und Gewalt (Systemic Consultation in Problem Systems involving Adolescent Acting-Out-Behavior, Delinquency and Violence).	215
WETZELS, P./PFEIFFER, C.: Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie (Children as Offenders and Victims of Violent Acts: Criminological Perspectives).	143

Praxisberichte

ZOLLINGER, R.: Psychotherapie eines Knaben mit einer Depression nach dem Tod von zwei seiner Brüder (Psychotherapy of a Boy with a Depression after two of his Brothers died) . . .	727
---	-----

Psychotherapie

FASCHER, R.: Überlegungen zur psychodynamischen Bedeutung des Versteckspiels in der Kinderpsychotherapie (Reflections on Psychodynamic Meaning of Playing Hide-and-Seek in Child Psychotherapy)	660
HIRSCH, M.: Psychoanalytische Therapie bei sexuell mißbrauchten Jugendlichen (Psychoanalytic Therapy with Adolescent Victims of Sexual Abuse)	681

Übersichten

BILKE, O./MÖLLERING, M.: Der multidisziplinäre Qualitätszirkel – ein Qualitätssicherungsmodell für kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken (The Quality Auditing Council – a Method of Quality Management for Child and Adolescent Psychiatry)	257
KÄMMERER, A./ROSENKRANZ, J./RESCH, F.: Das Verschwinden der Scham und die Pubertät von Mädchen (The Disappearance of Shame and the Puberty of Girls).	113
KNORTH, E. J./SMIT, M.: Elterliche Partizipation bei Heimbetreuung in den Niederlanden (Parental Involvement in Residential Care in the Netherlands).	696
RAUCHFLEISCH, U.: Überlegungen zu den Ursachen und Wirkmechanismen des Konsums von Gewaltdarstellungen bei Kindern und Jugendlichen (Considerations About Motives and Consequences of the Use of Violent Presentations on Children and Adolescents)	435

REMSCHMIDT, H.: Entwicklungstendenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Trends in the Development of Child and Adolescent Psychiatry)	445
RENARD, L.: Psychoanalytische Behandlungsmöglichkeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich (Psychoanalytical Approaches in France's Child and Adolescent Psychiatry)	278
ROTHENBERGER, A./HÜTHER, G.: Die Bedeutung von psychosozialem Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie (The Role of Psychosocial Stress in Childhood for Brain Maturation: Neurobiological Basis of Developmental Psychopathology).	623
SCHLEIFFER, R.: Adoption: psychiatrisches Risiko und/oder protektiver Faktor? (Adoption: Psychiatric Risk and/or Protective Factor?)	645
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Alpträume von Kindern (Nightmares in Children)	36
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: „Enuresis diurna“ ist keine Diagnose – neue Ergebnisse zur Klassifikation, Pathogenese und Therapie der funktionellen Harninkontinenz im Kindesalter („Diurnal enuresis“ is not a Diagnosis – New Results Regarding Classification, Pathogenesis, and Therapy of Functional Urinary Incontinence in Children)	92
VON GONTARD, A./LEHMKUHL, G.: Enuresis nocturna – neue Ergebnisse zu genetischen, pathophysiologischen und psychiatrischen Zusammenhängen (Nocturnal Enuresis – A Review of Genetic, Pathophysiologic, and Psychiatric Associations)	709
WILKES, J.: Gott ist tot – Friedrich Nietzsches Ödipuskomplex (God is dead – Nietzsche's Oedipus Complex)	268

Väter und Jugendliche

FENTNER, S./SEIFFGE-KRENKE, I.: Die Rolle des Vaters in der familiären Kommunikation: Befunde einer Längsschnittstudie an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Father's Role in Family Communication: Results of a Longitudinal Study on Chronically Ill and Healthy Adolescents)	354
MATTEJAT, F./REMSCHMIDT, H.: Die Bedeutung der Familienbeziehungen für die Bewältigung von psychischen Störungen – Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen zur Therapieprognose bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen (The Impact of Family Relations on Coping Processes of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders).	371
SEIFFGE-KRENKE, I./TAUBER, M.: Die Idealisierung des Vaters: eine notwendige Konsequenz in Scheidungsfamilien? (Idealization of the Non-Custodial Father: A Necessary Consequence of Parental Divorce?)	338
SHULMAN, S.: Der Beitrag von Vätern zum Individuationsprozeß in der Adoleszenz (The Contribution of Fathers to Adolescents' Individuation)	321

Verhaltens- und Psychodiagnostik

BREUER, D./DÖPFNER, M.: Die Erfassung von problematischen Situationen in der Familie (The Assessment of Problem Situations within the Family).	583
DÖPFNER, M./LEHMKUHL, G.: Von der kategorialen zur dimensionalen Diagnostik (From Categorical to Dimensional Assessment)	519

DÖPFNER, M./WOLFF METTERNICH, T./BERNER, W./ENGLERT, E./LENZ, K./LEHMKUHL, U./LEHMKUHL, G./POUSTKA, F./STEINHAUSEN, H.-C.: Die psychopathologische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen in vier kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmestichproben – eine multizentrische Studie (The Clinical Assessment Scale of Child and Adolescent Psychopathology within four Samples of Clinics of Child and Adolescent Psychiatry – A Multicenter Study)	548
FRÖLICH, J./DÖPFNER, M.: Individualisierte Diagnostik bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (Individualized Assessment of Children with Hyperactivity Disorders)	597
PLÜCK, J./DÖPFNER, M./BERNER, W./FEGERT, J. M./HUSS, M./LENZ, K./SCHMECK, K./LEHMKUHL, U./POUSTKA, F./LEHMKUHL, G.: Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter – ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen (The Impact of Different Sources of Information for the Assessment of Behavioural and Emotional Problems in Adolescence – A Comparison of Parent-Reports and Youth Self-Reports)	566

Buchbesprechungen

BÄUERLE, D.: Sucht- und Drogenprävention in der Schule	62
BIRBAUER, N./SCHMIDT, R. F.: Biologische Psychologie	400
BODE, M./WOLF, C.: Still-Leben mit Vater. Zur Abwesenheit von Vätern in der Familie . .	133
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSCH, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 1: Grundlagen und Konzepte	129
BORCHERT, J.: Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf	738
BOWLBY, J.: Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie	309
COULACOGLOU, C.: Märchentest, Fairy Tale Test – FTT	678
DENIG-HELMS, K.: Klassenarbeiten erfolgreich bestehen. Das Programm für gute Noten im Schriftlichen	740
FLIEGNER, J.: Szenotest-Praxis. Ein Handbuch zur Durchführung, Auswertung und Interpretation	250
FUCHS, M./ELSCHENBROICH, G. (Hrsg.): Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie	674
GREVE, W./ROOS, J.: Der Untergang des Ödipuskomplexes. Argumente gegen einen Mythos . .	465
GRISSEMAN, H.: Dyskalkulie heute. Sonderpädagogische Integration auf dem Prüfstand . .	675
GUTHKE, J./WIEDL, K.H.: Dynamisches Testen. Zur Psychodiagnostik der intraindividuellen Variabilität	132
HELMS, W./DENIG-HELMS, K.: Fit für's Gymnasium. Die neuen Herausforderungen erfolgreich bewältigen	740
HELMS, W.: Besser motivieren – weniger streiten. So helfen Sie Ihrem Kind – aber richtig . .	740
HELMS, W.: Hausaufgaben erledigen – konzentriert, motiviert, engagiert	740
HELMS, W.: Los geht's! Alles Gute zum Schulstart	740
HELMS, W.: Vokabeln lernen – 100% behalten. Die erfolgreichen Tips zum Fremdsprachenlernen	740
HOFFMANN, L.: Therapeutische Konversationen. Von Macht und Einflußnahme zur Zusammenarbeit in der Therapie	399

HOFFMANN, S. O./HOCHAPFEL, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin	310
JONES, E.: Systemische Familientherapie. Entwicklungen der Mailänder systemischen Therapien – ein Lehrbuch	308
KALFF, D. M.: Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche	673
KÄSLER, H./NIKODEM, B.: Bitte hört, was ich nicht sage. Signale von Kindern und Jugendlichen verstehen, die nicht mehr leben wollen	131
KONNERTZ, D./SAUER, C.: Tschüs dann! Die erfolgreichen Arbeitstechniken für's Abitur . .	740
KREUSER, U.: Gestalterisches Spiel in seiner Bedeutung für die Lernförderung geistig behinderter Kinder	396
LOEWENBERG, P.: Decoding the Past. The Psychohistorical Approach	510
MARMOR, J. (Hrsg.): Psychoanalysis. New Directions and Perspectives	252
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 2	734
METZMACHER, B./PETZOLD, H./ZAEFFEL, H. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis, Bd. 1 . .	58
MÖLLER, J./KÖLLER, O. (Hrsg.): Emotionen, Kognitionen und Schulleistung	742
NISSEN, G./TROTT, G. E.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	311
OPP, G./PETERANDER, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik. Projekt Zukunft	401
PARENS, H.: Kindliche Aggressionen	63
PASSOLT, M. (Hrsg.): Mototherapeutische Arbeit mit hyperaktiven Kindern	676
PERKAL, M.: Schön war draußen ... Aufzeichnungen eines 19jährigen Juden aus dem Jahre 1945.	60
PETERANDER, F./SPECK, O. (Hrsg.): Frühförderung in Europa	677
RAHM, D.: Integrative Gruppentherapie mit Kindern.	733
REISER, M. L.: Kindliche Verhaltensstörungen und Psychopharmaka	740
RESCH, F.: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch .	135
SCHAUDER, T.: Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung	308
SEIDLER, C.: Gruppentherapie bei Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen im Jugendalter	735
SEIFFGE-KRENKE, I./BOEGER, A./SCHMIDT, C./KOLLMAR, F./FLOSS, A./ROTH, M.: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien	394
STUDER, F.: Training kognitiver Strategien: ein computergestütztes Förderprogramm . .	508
VON SCHLIPPE, A./SCHWEITZER, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. . .	395
WALTER, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung	398
WELTER-ENDERLIN, R./HILDENBRAND, B.: Systemische Therapie als Begegnung	617
WENDELER, J.: Psychologie des Down Syndroms	618
WENGLEIN, E./HELLWIG, A./SCHOOF, M. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Psychodynamik und Psychotherapie bei autodestruktivem Verhalten.	59
WOLFRAM, W. W.: Das pädagogische Verständnis der Erzieherin – Einstellungen und Problemwahrnehmungen	251
Editorial	1, 141, 319, 475, 517
Autoren und Autorinnen der Hefte	57, 122, 248, 304, 393, 459, 507, 597, 672, 732
Zeitschriftenübersicht	124, 305, 460, 612
Tagungskalender	66, 137, 254, 315, 403, 471, 513, 620, 744
Mitteilungen	68, 139, 474, 515, 746

Aus der Abteilung für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Virchow-Klinikums, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin (Leiterin: Prof. Dr. med. Ulrike Lehmkuhl)

Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren

Jörg M. Fegert*, Jörg Schulz**, Renate Bergmann***, Uta Tacke****,
Karl E. Bergmann** und Ulrich Wahn***

Summary

Sleep Behavior in the First Three Years of Life

A review of the literature on sleeping "disorders" in infants and toddlers shows that sleep problems are very common. We report the results of a German multicenter epidemiological study on a birth cohort (N=1314). The children had medical examinations at 4 weeks, 3 months, 6 months, 1 year, 18 months, 2 years and 3 years. Most of the information on the sleeping behavior was gathered by structured interview and questionnaires. This paper gives information on the prevalence and the persistence of sleep problems in one to three year old children in Germany. Statistical analysis of correlations between breastfeeding and sleep and the place of sleep are reported. The consequences of sleep problems on the family overall well-being are also examined.

Zusammenfassung

Eine Literaturübersicht stellt dar, daß Schlafstörungen aus Elternsicht zu den häufigsten Problemen in den ersten Lebensjahren von Kindern gehören. Vorge stellt werden epidemiologische Ergebnisse aus einer multizentrischen Geburtskohorte (N=1314), die in sechs Zentren in Deutschland mit 4 Wochen, 3 Mo-

* Abteilung für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Virchow-Klinikums, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin.

** Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Robert-Koch-Institut Berlin.

*** Abteilung für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Kinderklinik des Virchow-Klinikums, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin.

**** Universitätsklinik Freiburg im Breisgau.

naten, 6 Monaten, 1 Jahr, 18 Monaten, 2 Jahren und 3 Jahren untersucht wurde. Neben der Häufigkeitsbeschreibung von Durchschlafproblemen (mit 2 Jahren schliefen z. B. Zweidrittel aller Kinder nachts durch) wird auf die Verhaltensstabilität bzw. Persistenz von Durchschlafstörungen und auf statistisch abgesicherte Zusammenhänge mit dem Stillen und dem Schlafort der Kinder eingegangen. Die Auswirkungen der Durchschlafproblematik auf die Familienstimmung werden beschrieben. Auch die Prävalenz von Einschlafproblemen in dieser Kohorte wird ausführlich dargelegt. In der Diskussion dieser Ergebnisse wird versucht, für den Praktiker ein Schema zur Abklärung sogenannter Schlafstörungen vorzulegen.

1 Einleitung

„Schlafstörungen“ sind nach Ferber (1987) in den ersten zwei Lebensjahren die Symptomatik, über die die meisten Eltern beim Kinderarzt klagen. Insofern liegt es nahe, im Rahmen einer großangelegten epidemiologischen pädiatrischen Untersuchung über atopische Erkrankungen, auch Daten zur Verbreitung und Dauer frühkindlicher Ein- und Durchschlafprobleme zu erheben. Allerdings lassen die in der Literatur angegebenen Prävalenzraten zunächst die Frage aufkommen, mit welcher Bedeutung überhaupt hier von pathologischen Phänomenen, d. h. von *Schlafstörungen*, gesprochen werden kann. Zwar schwanken die Angaben aus unterschiedlichen Studien relativ stark, jedoch dokumentieren alle Studien für die ersten Lebensjahre eine insgesamt große Häufigkeit von Durchschlafstörungen. RICHMAN (1981) fand Häufigkeiten um 20% Durchschlafstörungen bei Ein- bis Zweijährigen. Die von JOHNSON (1991) durchgeführte Telefonbefragung ermittelte Durchschlafschwierigkeiten bei 37% der ein- bis zweijährigen Kinder. SCOTT und RICHARDS (1990) berichten, daß 26% der einjährigen Kinder Durchschlafstörungen aufwiesen (vgl. auch BERNAL 1973, MOORE u. UCKO 1957, VAN TASSEL 1985). WOLKE et al. (1994) fanden in ihrer prospektiven repräsentativen Kohorte in Bayern 21,5% Durchschlafprobleme mit 5 Lebensmonaten, 21,8% mit 20 Lebensmonaten und 13,3% mit 56 Lebensmonaten. Die Belastung der Kindeseltern durch das nächtliche Aufwachen (vgl. BASLER et al. 1980; LARGO u. HUNZIKER 1984; WOLKE et al., 1994) hängt von der Regelmäßigkeit des nächtlichen Aufwachens und von der Häufigkeit des Aufwachens pro Nacht ab.

Kann bei solchen Häufigkeiten (ca. ein Viertel aller Kinder) von „Störungen“ im Sinne pathologischen Verhaltens gesprochen werden oder muß vielmehr die sogenannte *Schlafstörung* als ein alternativer Entwicklungsweg des normalen Schlafverhaltens in unserer Gesellschaft angesehen werden? Wichtig ist es, hierbei die normale Vielfalt von *Entwicklungsmöglichkeiten* zu beachten und Schlafverhalten nicht allein aus dem Blickwinkel der *Optimalität* (d. h. ungestörter Nachtschlaf der Eltern) zu sehen. LARGO (1993) geht hier sogar noch weiter und zweifelt grundsätzlich daran, ob in bezug auf Schlafstörungen in diesem Al-

ter überhaupt Störungen im pathologischen Sinne erfaßt werden. Er meint, daß falsche Erwartungen von Eltern die häufigste Ursache für „Schlafstörungen“ in dieser Altersgruppe seien. FERBER (1987) kritisiert auch den Begriff der Schlafstörung für kleine Kinder mit der Begründung, daß Kinder bis zum Alter von 3 Jahren in der Regel nicht darüber klagen, daß sie nicht schlafen können. Es handele sich um Kinder, die schlecht schlafen, um Kinder, die nicht einschlafen wollen, die nicht unter ihrer Schlafstörung leiden, sondern häufig negativ darauf reagieren, zu Bett gebracht zu werden. Betrachte man den Kampf, den viele Eltern mit ihren Kindern beim Zubettgehen und meist auch in der Nacht führen, seien solche semantischen Überlegungen zum Störungsbegriff allerdings irrelevant. Hervorzuheben ist unseres Erachtens, daß Schlafprobleme oder Schlafstörungen bei Kleinkindern Schwierigkeiten in der *Interaktion* zwischen Eltern und Kind darstellen können. Deshalb ist es wichtig, Zusammenhänge zwischen nächtlichem Aufwachen und Ein- und Durchschlafproblemen zu beschreiben, um Eltern adäquat beraten zu können.

In den ersten beiden Lebensjahren vollzieht sich meist der Übergang von einem polyphasischen (mehrere Schlafperioden am Tag und in der Nacht) zu einem monophasischen Nachtschlaf, wobei die Gesamtschlafdauer von ca. 16 Stunden auf 12 Stunden sinkt. Gleichzeitig reduziert sich der zum Zeitpunkt der Geburt noch proportional relativ hohe Anteil der REM-Schlafphasen (ROFFWARG et al. 1966; HORNE 1992). Experimentelle Ergebnisse von ZULEY et al. (1988) unterstützen jedoch SCHMIDTS (1992) allgemeine Feststellung, daß zwar zunächst zentralnervöse *Reifungsvorgänge* für die Entwicklung des kindlichen Schlafes verantwortlich seien, jedoch „nach dem Säuglingsalter die *Eltern-Kind-Interaktion* drastisch an Bedeutung für das Einschlafen (Bettgezeit, Einschlafvorbereitung, Lichtlöschen), wie auch für das Durchschlafen“ gewinne. *Parmelee* und *Stern* (1972) beschrieben durch genaue Beobachtungen und EEG-Ableitungen, wie ungefähr gleich lange Schlaf- und Wachperioden bei Neugeborenen innerhalb der ersten vier Lebensmonate in einen Schlaf-Wach-Rhythmus übergehen. Während die beobachteten Säuglinge in der ersten Lebenswoche gleich lange schliefen und wach waren, schliefen sie in der 16. Woche nachts doppelt so viel wie am Tag. Die Autoren betonen, daß diese Veränderungen mit denen sich im Elektroencephalogramm manifestierenden Gehirnreifungsvorgängen einhergehen. In einem interessanten Vergleich zwischen frühgeborenen und zum Termin geborenen Kindern stellten McMILLEN et al. (1991) dagegen fest, daß die Herausbildung eines circadianen Schlafrythmus nicht in erster Linie von der neurologischen Reifung, sondern von der Dauer der Exposition gegenüber zeitlichen Schlüsselreizen in der Lebensumwelt des Kindes abhängt. Das bedeutet, daß der alltägliche Wechsel zwischen hell und dunkel im Zusammenhang mit den Verrichtungen der Versorgung und der Pflege der Kinder einen starken Einfluß auf die Ausprägung eines circadianen Wechsels hat. In der Kunstlichtsituation auf einer Intensivstation hatten die zu früh geborenen Kinder zunächst nicht solche circadianen Rhythmen ausgebildet.

Videoanalysen des kindlichen Schlafverhaltens (z. B. KEENER et al. 1988; MINDE et al. 1994; ANDERS 1982, 1989; ANDERS u. KEENER 1985) zeigten, daß alle Kinder während des Nachtschlafes aufwachen. In der Untersuchung von MINDE et al. (1993) unterschieden sich Schlechtschläfer von den angeblich Durchschla-

fenden dadurch, daß sie nicht selbst in der Lage waren, sich wieder in den Schlaf zu versetzen. Solche Videoanalysen stellen auch die Objektivität elterlicher Angaben zum Schlafverhalten ihrer Kinder in Frage. So zeigte sich in der Untersuchung von MINDE et al. (1993) ein signifikanter Unterschied in den Angaben von Eltern schlechtschlafender und gutdurchschlafender Kinder. Die Eltern, die davon ausgingen, daß ihre Kinder gut schliefen, machten deutlich weniger präzise Angaben über das tatsächliche Schlafverhalten ihrer Kinder (signifikanter Unterschied). Die Arbeitsgruppe um ANDERS betont besonders den Zusammenhang zwischen elterlicher Präsenz und Schlafschwierigkeiten. Auch ADAIR et al. (1991, 1992) zeigten, daß Kleinkinder, deren Eltern beim Einschlafen anwesend waren, ein signifikant höheres Risiko zeigten, nachts aufzuwachen und Zuwendung zu verlangen als Kinder, deren Eltern beim Einschlafen nicht anwesend waren. Ein weiteres Verhalten, welches mit der Unsicherheit und Ängsten bei jungen Eltern verbunden ist, ist das sogenannte „checking“, d. h. das Überprüfen, ob das Kind auch ruhig schlafe. ANDERS (1979) konnte schon in einer frühen Videostudie zeigen, daß dieses „checking“ in bezug auf Jungen häufiger durchgeführt wurde als in bezug auf Mädchen. Bei 9 Monate alten Kindern bestanden Zweidrittel der nächtlichen Eltern-Kind-Kontakte in der Untersuchung von ANDERS (1979) aus solchen Kontrollen des kindlichen Nachtschlafes.

Auch Einschlafstörungen sind recht häufig. WOLKE et al. (1994) berichten von 12,1% der 56 Monate alten Kinder mit Einschlafproblemen. LAUCHT et al. (1992) fanden bei den von ihnen untersuchten zweijährigen Kindern 32,2% Einschlafstörungen. Immerhin hatten in dieser Untersuchung schon 19,6% der Eltern über Schlafstörungen bei den Säuglingen geklagt. Durchschlafstörungen wurden in dieser Studie im Alter von zwei Jahren mit 29,1% angegeben. Ein anderes Licht auf die Frage, ob solche von den Eltern berichteten Schlafstörungen tatsächlich pathologisch sind, wirft die Betrachtung einzelner Schlafsymptome anhand des Achenbach-Fragebogens auf. So gaben z. B. in der holländischen Stichprobe (Koor 1993) 42,2% der Eltern der Mädchen aus der repräsentativen Population und 33,8% der Eltern der Jungen an, daß ihre Kinder oft aufwachen. Stark ausgeprägt war diese Problematik immerhin bei 9,4% der Mädchen und 14,1% der Jungen. Einschlafprobleme wurden bei 20,4% der Mädchen und 22,8% der Jungen beschrieben, schwere Einschlafprobleme bei 6,3% der Mädchen und 6,1% der Jungen. Zum Vergleich dazu lagen die Angaben in der klinischen Untersuchungspopulation in Holland für die schweren Einschlafprobleme bei den in der Klinik vorgestellten zwei- bis dreijährigen Mädchen bei 34,4% und bei den Jungen bei 19,2%. Allgemeine Einschlafprobleme lagen für die Mädchen bei 49,2% und für die Jungen bei 46,0%. 16,4% der Eltern von Mädchen und 13,1% von Jungen sind der Ansicht, daß ihre Kinder zu wenig schlafen. Wiederum gibt es hier einen deutlichen Unterschied zur klinischen Inanspruchnahmepopulation, bei der 48,4% der Eltern der Mädchen und 32,3% der Eltern der Jungen davon ausgehen, daß ihre Kinder zu wenig schlafen.

Legt man nun über die elterlichen Angaben zum Schlafverhalten ihrer Kinder auf der Basis der faktorenanalytisch gewonnenen Schlafverhaltensskala eine Percentilenkurve an und betrachtet als auffällig alle Kinder, die entweder über der 95er oder über der 98er Percentile liegen, so kann man auf der Basis der Ergebnisse der holländischen Untersuchung davon ausgehen, daß 5,1% der Jungen und 4,4% der Mädchen schwerere Schlafprobleme als 95% der Gesamtstichprobe haben, bzw. daß 2,3% der Jungen und 1,5% der Mädchen jenseits der 98 Percentile liegen.

In der Mannheimer Risikokinderstudie (LAUCHT et al. 1992) zeigten sich deutliche Persistenzraten Schlafstörungen vom dritten Lebensmonat bis zum zweiten Lebensjahr bei ca. 40%. Relativ niedrige Kappawerte zwischen .10 und .20 zeigen aber eine relativ geringe Stabilität der Symptomatik an. Allerdings waren Schlafstörungen mit drei Monaten statistisch signifikant mit einer expansiven Symptomatik im Alter von zwei Jahren verknüpft. Eine schrittweise Regression, die KOOR (1993) über die erzielten Problemscores in bezug auf demographische Familiendaten rechnete, ergab ein höheres Risiko für Schlafprobleme bei Kindern, die mit nur einem Elternteil aufwuchsen.

WOLKE et al. (1994) geben an, daß 40% der Kinder, die mit 5 Monaten regelmäßig nachts aufwachten, auch noch mit 20 Monaten regelmäßig nachts aufwachten. Sie drücken Tendenzen zur Persistenz beim Schlafverhalten als relatives Risiko „ein nächtlicher Aufwacher zu bleiben“ aus. Dieses relative Risiko lag zwischen 5 und 20 Monaten bei 2,5% und bei 2,2% über den 36 Monatszeitraum zwischen 20 und 56 Monaten. Das erhöhte Risiko für Kinder mit Durchschlafproblemen mit 5 Monaten, auch noch mit 41/2 Jahren solche Probleme zu haben, lag bei 1,4%. Diese Erhöhung war nicht mehr statistisch signifikant. Für das Alter 41/2 Jahre fanden die Autoren einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Einschlafproblemen und Durchschlafproblemen. 72% der Kinder, deren Eltern bis zum Einschlafen bei ihnen blieben, gegenüber 26% der Kinder, deren Eltern die Kinder alleine einschlafen ließen, hatten Durchschlafprobleme. RICHMAN et al. (1982) fanden, daß 40% der Kinder mit Schlafproblemen im Alter von 8 Jahren eine jahrelange Vorgeschichte hatten. Weitere retrospektive und deshalb wegen der Gefahr rückwirkender Attributionen vorsichtig einzuschätzende Studien (HAURI u. OLMSTEAD 1980; KATARIA et al. 1987; POLLOCK 1992; SALZARULO u. CHEVALIER 1983) kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, daß Schlafstörungen bereits ab dem Säuglings- bzw. Kleinkindalter in einem relativ hohen Prozentsatz zu persistieren drohen. Dem gegenüber gehen JENKINS et al. (1984) davon aus, daß Schlafprobleme nach dem zweiten Lebensjahr eine geringere Tendenz haben anzudauern. ZUCKERMAN et al. (1987) fanden, daß 41% der Kinder, die mit 8 Monaten Schlafprobleme hatten, diese auch mit 3 Jahren zeigten. Die Hälfte der Kinder mit Schlafproblemen im Alter von 3 Jahren zeigte diese Schwierigkeiten von Geburt an. WOLKE et al. (1994) zeigten, daß Kinder, die zu den drei von ihnen gewählten Untersuchungszeitpunkten (5, 20 und 56 Monate) persistierend nachts aufwachten, signifikant häufiger, wenigstens einen Teil der Nacht im gleichen Bett mit den Eltern ver-

brachten. 88% der Kinder mit Durchschlafproblemen gegenüber 18% jener ohne Durchschlafprobleme schliefen regelmäßig im Elternbett.

Tatsächlich stellen die Aufgaben des Fütterns (vgl. FEGERT et al. 1993) und des Zubettbringens die ersten *Prüfsteine für elterliche Konsequenz* in der Erziehung dar. Für einen Teil der Kinder mit Schlafschwierigkeiten mag also gelten, daß die Schlafprobleme ein erster Indikator für spätere Auseinandersetzungen oder auch Verhaltensstörungen sein mögen. Verschiedene Autoren postulierten zum Teil für etwas ältere Vorschulkinder Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen und Verhaltensstörungen (JENKINS et al. 1980; RICHMAN 1984; SIMONDS u. PARRAGA 1984).

Die vorliegende Untersuchung versucht folgende praxisrelevante Fragestellungen zu beantworten:

- Häufigkeit, Chronizität und Persistenz von Einschlaf- und Durchschlafproblemen in den ersten dreieinhalb Lebensjahren;
- Zusammenhänge mit dem Stillen und dem Schlafort der Kinder;
- Auswirkungen auf das Familienleben.

2 Stichprobe und Methode

1314 Kinder der Geburtskohorte MAS-90¹ wurden in den ersten drei Lebensjahren siebenmal untersucht (4 Wochen, 3 Monate, 6 Monate, 1 Jahr, 18 Monate, 2 Jahre, 2;6 Jahre, 3 Jahre-Fragebogen postalisch). Im Rahmen dieser Untersuchungen wurden die Kindeseltern mit strukturierten geschlossenen Interviews und Fragebögen ausführlich auch zum Schlafverhalten ihrer Kinder befragt. Zu bestimmten Zeitpunkten wurden ausführliche Schlafprotokolle angelegt, deren detaillierte Auswertung derzeit noch aussteht. Weitere Daten zur sozioökonomischen Situation, zur kindlichen Entwicklung, zum Temperament der Kinder, zum Familienklima wurden ebenfalls in vorwiegend geschlossenen Interviews und mit standardisierten Fragebögen erhoben. In die prospektive Gesamtstichprobe aufgenommen wurden 1314 Kinder von den insgesamt 7690 im Jahr 1990 in den sechs Studienzentren (Berlin, Bochum, Freiburg, Düsseldorf, Mainz und München) geborenen Kindern. Die Beteiligung variierte leicht zwischen den einzelnen Studienzentren und ging erfreulicherweise über sieben Untersuchungszeitpunkte in den ersten drei Lebensjahren nur mäßig zurück. (Die sogenannte Gesamt-„Palmortalität“ betrug zum 3. Geburtstag 20%.)

¹ Die prospektive, kontrollierte, multizentrische Studie über atopische Erkrankungen MAS-90 ist ein kooperatives Forschungsvorhaben zwischen pädiatrischer Allergologie, Epidemiologie, Immunogenetik, Toxikologie, Entwicklungspsychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unter der Studienleitung von Prof. Dr. U. WAHN soll im Sinne einer Referenzstudie der natürliche Krankheitsverlauf der Atopie im Kindesalter untersucht werden. Es handelt sich um ein vom Bundesministerium für Forschung und Technologie gefördertes Forschungsprojekt (Förderkennzeichen: 07015633).

Etwas über 60% (n=815) der Kinder konstituieren die Kontrollgruppe, während die restlichen (n=499) Kinder sich ungefähr hälftig auf je eine Gruppe mit einem postulierten immunologischen und einem postulierten genetischen Risiko (erhöhtes Nabelschnur-IgE, mindestens doppeltes anamnestisches familiäres Atopierisiko) aufteilen. Die Geschlechtsverteilung ist nahezu ausgewogen und entspricht mit 52% Jungen und 48% Mädchen den (alt-)bundesrepublikanischen demographischen Verhältnissen.

Vereinzelte Beobachtungen in der Literatur (KAHN et al. 1987, 1989; MONTI et al. 1989) werfen die allgemeine Frage auf, ob eine Untersuchung, welche sich auf eine Kohorte mit einem spezifischen Allergierisiko bezieht, überhaupt zu Aussagen über die allgemeine Häufigkeit von Schlafproblemen herangezogen werden kann. Es wäre zwar ohne weiteres möglich, allein die Ergebnisse der ausreichend großen Kontrollgruppe heranzuziehen, doch dies entspräche auch nicht der tatsächlichen Situation in der allgemeinen Bevölkerung, da Allergien recht häufig sind und somit auch in Bevölkerungsstichproben mit bestimmten Häufigkeiten atopischer Erkrankungen bei den Eltern und Verwandten von Kindern zu rechnen ist. Wir haben deshalb bei einer postalischen Befragung im Alter von zweieinhalb Jahren eine Normstichprobe, welche rechnerisch wieder die Grundverhältnisse in der Verteilung der Kreißsaalerhebung widerspiegelte, untersucht. Mit dieser Normstichprobe (vgl. FEGERT 1996) können wir nun die Elternangaben zum Verhalten für die Kinder mit passageren Verläufen der atopischen Dermatitis (67 Kinder mit irgendeiner atopischen Auffälligkeit bis zum Alter von 54 Monaten) und 51 Kinder mit klinisch relevanten chronischen Verläufen vergleichen. Dieser Vergleich für die Elternangaben zum Schlaf mit dem Achenbach-Fragebogen ergibt für keine der Gruppen signifikante Unterschiede, wobei jedoch die höheren Absolutwerte bei den Kindern mit atopischer Dermatitis auftraten. Wir verschärften deshalb die Vergleichsbedingungen und verglichen nun aus der Normstichprobe nur noch die Kinder ohne jegliche atopische Erkrankung mit den chronisch klinisch relevant an Neurodermitis erkrankten Kindern und fanden dann auf der Schlafproblemskala bei den atopisch erkrankten Jungen einen Mittelwert von 4,194 und bei den Jungen ohne atopische Erkrankung einen Mittelwert von 3,186 (Standardabweichung 3,209 versus 2,607). Im Man-Whitney-U-Test war auch dieser Unterschied nicht signifikant ($p = 0.092$). Bei den Mädchen lag der Mittelwert der atopisch erkrankten bei 4,2, der der Mädchen ohne atopische Erkrankung bei 3,423. Die Standardabweichung betrug 2,764 versus 2,735 und der Man-Whitney-U-Test ergab wiederum keinen Unterschied ($p = 0.168$). Selbst wenn also auf Einzelitemebene bei atopisch erkrankten Kindern Schlafprobleme etwas häufiger auftraten, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zu einer Normpopulation. Aufgrund dieser zu einem Zeitpunkt gründlich durchgeführten Analyse (vgl. FEGERT 1995, 1996) verzichteten wir für die Darstellung in dieser Arbeit auf eine rechnerische Rückgängigmachung des für die Atopierisikostudie notwendigen Oversamplings für jeden Alterszeitpunkt. Dies erscheint insbesondere dadurch gerechtfertigt, daß unter den mehr als tausend Kindern

der Grundgesamtheit zum Zeitpunkt zweieinhalb Jahre nur 51 Kinder mit langdauernden Neurodermitis-Verläufen zu finden waren und daß sich bei diesen Kindern die Einschätzungen auf der international sehr stabilen und von den Werten her zwischen den Niederlanden, USA und Kanada sehr vergleichbaren Schlafproblemskala der CBCL 2-3 keine signifikanten Unterschiede fanden.

3 Ergebnisse

3.1 Schlafrhythmus

In den ersten drei Lebensmonaten etabliert sich offensichtlich relativ schnell ein regelmäßiger Schlafrhythmus. Über ihre drei Monate alten Kinder berichteten die befragten Eltern, daß 44,3% (von einem verwertbaren Gesamt-N von 1233) einen regelmäßigen Schlafrhythmus gefunden haben, 38,9% schlafen etwas unregelmäßig. Ziemlich unregelmäßige Schlafzeiten hatten nur 15% der Kinder und ganz unregelmäßig schliefen nur 22 Kinder (entsprechend 1,8%). Die Angaben zu den Jungen und Mädchen unterschieden sich nicht. Allerdings ergab sich schon in diesem Alter ein signifikanter Zusammenhang mit dem Schlafort. Kinder, deren Eltern bei der Befragung mit sechs Monaten angegeben hatten (ganz zeitgleich war die Frage leider nicht gestellt worden), daß sie im Bett der Eltern oder im Zimmer der Eltern schliefen, hatten sehr viel häufiger einen ziemlich unregelmäßigen Schlafrhythmus (Chi Quadrat 24,69, df 2, $p < 0.000$). Ein zeitgleicher Trend (Chi Quadrat 9,68, df 3, $p < 0.05$) ergab sich dahingehend, daß diese Kinder, die im Elternzimmer oder im Elternbett schliefen, auch unregelmäßigere Fütterungszeiten hatten. Scheinbar spielen in den ersten Lebensmonaten neben den Reifungsvorgängen auch bestimmte Erziehungseinflüsse eine wichtige Rolle bei der Herausbildung des Schlafverhaltens. Die dargestellten Korrelationen sollten nicht überinterpretiert werden sollten, da es sich um statistische Zusammenhänge und nicht um Kausalitätsbeziehungen handelt. Vielleicht landen die Kinder, die ohnehin unruhiger schlafen, mit höherer Wahrscheinlichkeit im Elternbett bzw. Zimmer der Eltern.

3.2 Prävalenz von Durchschlafproblemen in den ersten drei Lebensjahren

3.2.1 Prävalenz und Beschreibung

Bei der Diskussion der Ergebnisse von Videobeobachtungen im Einleitungsteil dieses Beitrags hatten wir auf die Konsequenzen dieser Studien für die Einschätzung der Prävalenz von Schlafproblemen durch Elternangaben hingewiesen. Wichtig ist also bei der Rezeption der folgenden Ergebnisse zu berücksichtigen, daß es sich um Elternangaben handelt, d. h., daß Ungenauigkeiten, die z. B. mit der Schlaftiefe der Eltern, dem Schlafort des Kindes zusammenhängen, mit in diese Ergebnisse eingehen. Allerdings kann auch betont werden, daß nur wahrgenommene kindliche Schlafprobleme für die Eltern-Kind-Beziehung potentiell belastend sind. Nur solche Probleme werden zu einer Inanspruchnahme von Hil-

fen führen. Insofern ist die Unterscheidung zwischen tatsächlichem und beobachteten Verhalten in bezug auf kindliche Durchschlafprobleme, bei denen es sich immer um eine gewisse Interaktionsstörung handelt, relativ akademisch. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeit von Durchschlafproblemen in den ersten drei Lebensjahren.

Tab. 1: Durchschlafprobleme in den ersten 3 Lebensjahren, die dazu führen, daß die Eltern geweckt werden*

Wie oft werden Sie nachts geweckt?	gar nicht	manchmal	einmal jede Nacht	mehrmals jede Nacht	N (verwertbare Angaben)
1 Monat	9,4	8,2	42,0	40,5	1260
3 Monate	48,1	13,6	22,1	16,2	1229
6 Monate	43,4	16,5	18,8	21,3	1170
12 Monate	34,0	22,5	20,3	23,3	1113
18 Monate	31,3	25,1	23,1	20,5	1080
24 Monate	33,9	25,6	23,8	16,7	1081
36 Monate	46,9	13,0	16,1	24,1	1001

* Prävalenzen in Prozent der verwertbaren Angaben.

Weniger als 20% der Neugeborenen ließen im ersten Lebensmonat ihre Eltern durchschlafen. Dennoch ist die elterliche Akzeptanz dieses Verhaltens noch relativ groß. Nur 67 Eltern (entsprechend 5,9% von 1142 auswertbaren Antworten) gaben an, mit den Schlafunterbrechungen ziemlich schlecht zurechtzukommen.

Mit drei Monaten hat sich in bezug auf das Durchschlafen schon erstaunlich viel getan. Nun wacht fast die Hälfte der Kinder nachts gar nicht mehr auf, 22,1% der Kinder wecken ihre Eltern einmal jede Nacht, 16,2% der Kinder jede Nacht mehrmals. Nur 3,6% der Eltern der Kinder, die noch nicht komplett durchschlafen, klagen deutlich über diese nächtlichen Störungen und geben an, daß sie schlecht mit dieser Situation zurecht kommen. Spätestens mit sechs Monaten hat sich dann ein Verteilungsbild herausgestellt, das die nächsten Monate bis zum dritten Geburtstag prägen wird. Ungefähr 40% der Kinder wachen nachts auf (einmal jede Nacht oder jede Nacht mehrmals), ungefähr 60% der Kinder schlafen durch oder wachen nur gelegentlich auf. Bei den Kindern, die nachts aufwachen, interessiert natürlich auch, ob sie nur kurz wach werden oder ob sie für längere Zeit wachliegen. 31,6% aller Kinder (bezogen auf 1111 auswertbare Fälle) wurden nach Elternangaben mit einem Jahr nachts für kurze Zeit wach, 15,2% haben für längere Zeit wach gelegen. Mit einem Jahr haben immerhin noch 9,2% der Kinder ziemlich unregelmäßige Schlafzeiten. 8,6% der von den Durchschlafproblemen ihrer Kinder betroffenen Eltern gaben nun an, ziemlich schlecht mit diesen nächtlichen Störungen zurechtzukommen.

Im Alter von zwei Jahren schläft ein Drittel der Kinder durch. 25,6% wachen gelegentlich auf, einmal pro Nacht wecken 23,8% der Kinder ihre Eltern und jede Nacht mehrmals 16,7%. Allerdings hat die Frequenz von Perioden länge-

ren Wachseins abgenommen, 4,7% aller Kinder liegen nachts längere Zeit wach, 37,1% aller Kinder werden nachts nur kurz wach. Quasi als Überprüfung der Elternangaben korrelierten wir zu allen möglichen Zeitpunkten jeweils die Elternangaben zur Frage, wie oft sie geweckt wurden und zum Nachtschlaf der Kinder, der in die Variablen „ruhig“, „unruhig, ohne aufzuwachen“, „Kind wird kurz wach“, „Kind wird für längere Zeit wach“, eingeteilt waren und fanden extrem hohe Übereinstimmungen, die letztendlich für eine logische Konsistenz der Angaben sprechen. Mit drei Jahren kann nun knapp die Hälfte der Kinder durchschlafen. Immer noch werden aber 16,1% der Kinder einmal pro Nacht und 24,1% der Kinder jede Nacht mehrmals wach. Erfreulicherweise werden aber fast alle diese Kinder nur noch kurzzeitig wach, nicht einmal 1% dieser Kinder liegt für längere Zeit wach. Wenn die Kinder wenigstens mehrmals im Monat (manchmal) ihre Eltern weckten, wurden die Eltern gebeten, auch die Gründe für das Wecken zu nennen (Mehrfachnennungen waren möglich, insgesamt erhielten wir 587 Angaben). 40,2% der Kinder wachten auf, wenn sie z. B. schlecht geträumt hatten, oder/und 55,4% der Kinder, die aufwachten, mußten zur Toilette gehen. Immerhin 50,3% der Kinder beklagte sich beim Aufwachen über das Fehlen von Flasche und Schnuller. Bei über der Hälfte der Kinder lagen (bei möglichen Mehrfachnennungen) weitere andere Gründe für das Aufwachen vor.

3.2.2 Verhaltensstabilität bzw. Persistenz von Durchschlafstörungen

Will man die Belastung der Kindeseltern, insbesondere der Kindesmütter, er-messen, sind nicht so sehr einzelne Periodenprävalenzen von Durchschlafpro-blemen von Bedeutung, sondern es muß vor allem deren Chronizität, d. h. die Persistenz von Schlafstörungen, Beachtung finden. Betrachtet man z. B. die ca. 40% der Kinder, die mit einem halben Jahr ihre Eltern einmal pro Nacht oder mehrmals pro Nacht aufweckten, kann man bis zum zweiten Lebensjahr fest-stellen, daß 13,4% aller Kinder vom sechsten Lebensmonat bis zum zweiten Lebensjahr so schlecht durchschlafen, daß sie ihre Mütter quasi jede Nacht mindestens einmal weckten. Selbst zwischen den Untersuchungszeitpunkten mit einem Jahr und drei Jahren läßt sich eine statistisch abgesicherte Persistenz von Durchschlafstörungen feststellen (McNemar-Test für verbundene Stichpro-ben: $p < 0.5$). Gruppiert man die Kinder, die gar nicht aufwachen oder höch-stens manchmal zu einer Gruppe der guten Schläfer und die Kinder, die jede Nacht mehrmals oder wenigstens einmal pro Nacht aufwachen zur Gruppe der Schlechtschläfer, stellt sich die Beziehung (vgl. Abb. 1) folgendermaßen dar. Zum Zeitpunkt ein Jahr schlafen 55,6% der Kinder gut und 44,4% der Kinder schlecht durch. Zum Zeitpunkt drei Jahre schlafen 59,8% der Kinder gut durch und 40,2% der Kinder schlecht durch. 72% der Kinder, die mit einem Jahr gut geschlafen haben, schlafen auch noch mit drei Jahren gut (389 Kinder entspre-chend 39,9% der Gesamtstichprobe). 28% der Kinder, die mit einem Jahr gut durchschlafen (153 Kinder entsprechend 15,7% der Gesamtstichprobe) sind in der Zwischenzeit schlechte Schläfer geworden.

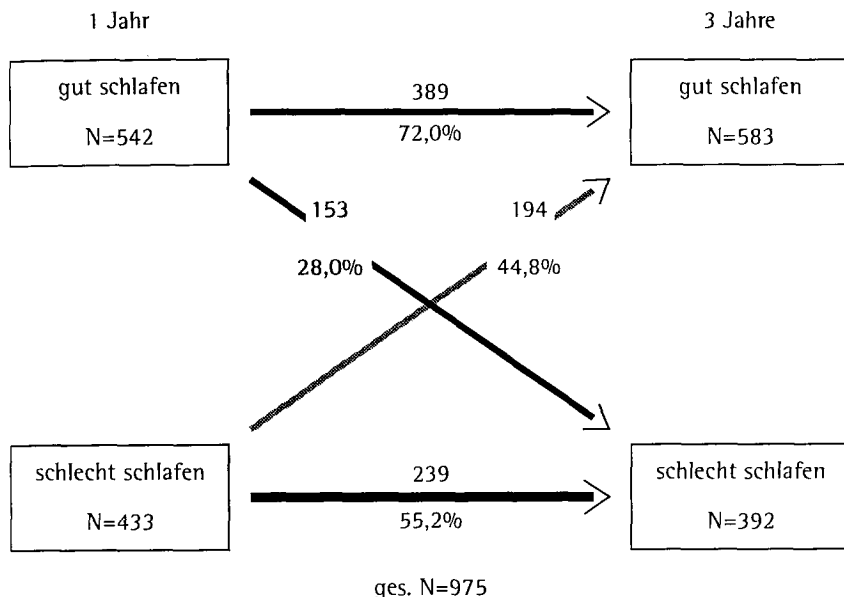


Abb. 1: Persistenz von Schlafstörungen

Glücklicherweise hat der schlechte Schlaf nicht eine so hohe Persistenz wie das gute Schlafen. Aus den 433 Schlechtschläfern sind immerhin 44,8% (194 Kinder entsprechend 19,9% der Gesamtstichprobe) mit drei Jahren gute Durchschläfer geworden. Aber 55,2% der Schlechtschläfer (239 Kinder entsprechend 24,5% der Gesamtstichprobe) sind auch mit drei Jahren noch schlechte Schläfer. Betrachtet man die Verhaltensstabilität über kürzere Zeiträume, so hat man den Eindruck, daß schon mit einem halben Jahr in bezug auf den Nachtschlaf entscheidende Weichenstellungen erfolgt sind. Von den 232 Kindern, die mit sechs Monaten mehrmals pro Nacht aufwachten und deren Daten auf den Zeitraum ein Jahr hin verglichen werden konnten, wachten 171 Kinder (entsprechend 73,7%) mindestens einmal pro Nacht auf, immer noch mehrmals pro Nacht wachten 54,7% dieser Kinder auf. Ein gutes Viertel der Kinder war zu guten Schläfern geworden. Betrachtet man nun weiter die Kinder, die mit einem Jahr mehrmals pro Nacht erwachen und die mit einem Jahr neu hinzugekommenen Schlechtschläfer, stellt man fest, daß 86,3% auch mit eineinhalb Jahren noch schlecht Schläfer sind und immerhin 67% dieser Kinder ihre Eltern sogar mehrmals pro Nacht aufwecken (vgl. Abb. 2).

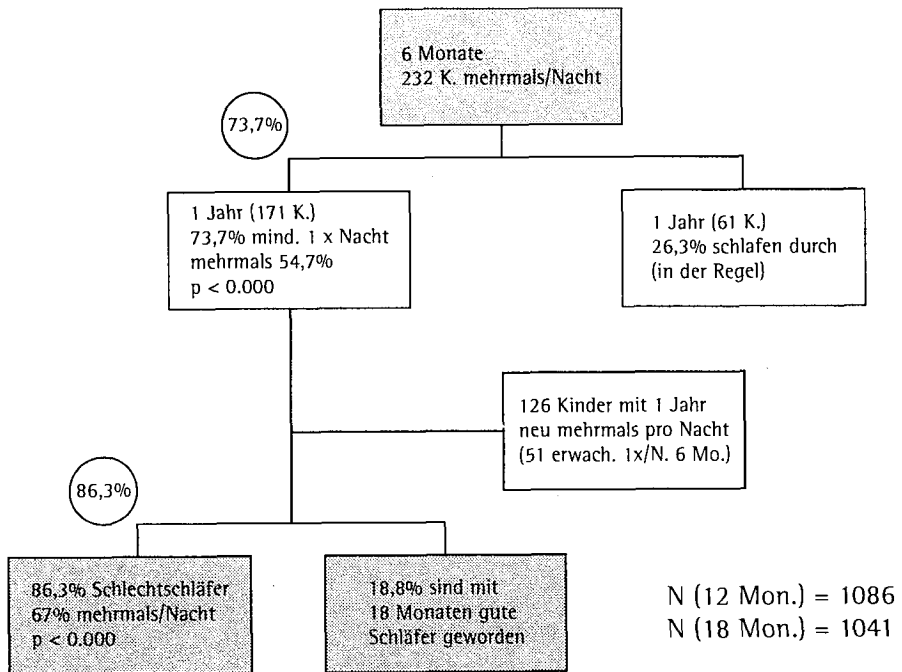


Abb. 2: Verhaltensstabilität (Durchschlafstörungen mit 6, 12, 18 Monaten)

3.2.3 Zusammenhänge mit dem Stillen

Wenn Durchschlafprobleme eine so hohe Persistenz und eine recht hohe Prävalenz in den ersten drei Lebensjahren haben, interessieren natürlich auch mögliche Zusammenhänge mit dem Durchschlafverhalten.

Im zweiten Viertel des ersten Lebensjahres wurden noch mehr als die Hälfte der Kinder (56,5%) gestillt. In der zweiten Hälfte betrug die Anzahl noch 32%. Knapp 5% der eineinhalbjährigen Kinder wurden noch regelmäßig gestillt und knapp 2,5% der zweijährigen Kinder. Vorrangig wurden deshalb zunächst Zusammenhänge zwischen dem Stillen im ersten Lebensjahr und dem nächtlichen Schlafverhalten untersucht. Zeitgleich konnten Zusammenhänge mit sechs Monaten, einem Jahr, eineinhalb Jahren, aufgrund der Häufigkeiten betrachtet werden. Über 1164 Kinder hatten die Eltern zum Zeitpunkt sechs Monate Auskünfte sowohl über die zurückliegenden Durchschlafstörungen als auch über das Stillverhalten in den letzten drei Monaten gemacht. Knapp 40% dieser Kinder hatten eine Durchschlafproblematik. Eklatant ist der Vergleich zwischen den 658 gestillten und 506 nicht gestillten Kindern. 22,1% der nicht gestillten Kinder hatten mit einem halben Jahr Durchschlafprobleme, aber mehr als die Hälfte der gestillten Kinder (53,3% entsprechend 351 Kinder) zeigten Schwierigkeiten mit dem Durchschlafen und weckten ihre Eltern mindestens einmal jede Nacht. Dieser Unterschied ist hochsignifikant (Chi Quadrat 116,30, df 1, $p < 0.000$). Auch die An-

gaben, die die Eltern am Ende des ersten Lebensjahres ihrer Kinder machten, bestätigen diesen Zusammenhang. In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres wurden zumindest zeitweise noch 31,9% (364 von 1109 kompletten Angaben) gestillt. Wiederum zeigen über die Hälfte (201 Kinder entsprechend 56,8%) der gestillten Kinder Durchschlafprobleme. Allerdings wecken auch 37,4% der nicht bzw. nicht mehr gestillten Kinder jetzt ihre Eltern einmal oder mehrmals pro Nacht auf. Auch dieser Unterschied ist hochsignifikant (Chi Quadrat 37,00, df 1, $p < 0.000$).

Anekdotisch sei noch erwähnt, daß zwar mit eineinhalb Jahren die Stillfrequenz sehr gesunken ist und nur noch 4,7% aller Kinder gestillt werden, dennoch läßt sich, trotz der rechnerisch sehr ungleichen Zellenbesetzungen, immer noch ein deutlicher Unterschied nachweisen, denn 68,6% (entsprechend 35 Kinder, von insgesamt 1078 kompletten Angaben zu diesem Fragenbereich), die gestillt werden, zeigen auch Durchschlafprobleme, während zu diesem Zeitpunkt 42,3% der noch nie oder nicht mehr gestillten Kinder Durchschlafprobleme aufweisen (Chi Quadrat 13,74, df 1, $p < 0.001$).

Wenn also angesichts der teilweise recht hohen Persistenz von Durchschlafproblemen die Weichen für das Schlafverhalten zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat gestellt werden, scheint die Frage, ob die Kinder zu diesem Zeitpunkt noch gestillt werden, einen wesentlichen Einfluß auf die Herausbildung von nächtlichen Durchschlafproblemen zu haben. Wir fragten, womit dies zusammenhängen könnte und fanden signifikante Zusammenhänge zwischen dem Stillen und dem Schlafort der Kinder. Mit sechs Monaten schliefen 41,8% der nicht gestillten Kinder im Elternbett bzw. im Schlafzimmer der Eltern in einem eigenen Bett (211 Kinder, vorliegende komplette Angaben $N=1163$). Dem gegenüber waren es 50,8% der Kinder, die noch gestillt wurden, die im Elternbett oder Elternzimmer mitschliefen. Dieser angesichts der multiplen Analysen hier als Trend bezeichneten Zusammenhang (Chi Quadrat 9,94, df 1, $p < 0.002$) konkretisiert sich mit einem Jahr. Jetzt schlafen knapp 30% der nicht bzw. nicht mehr gestillten Kinder im Elternbett oder Elternzimmer (220 von 1107), während knapp die Hälfte (46,3% entsprechend 164 Kinder) der in diesem Zeitraum wenigstens noch zum Teil gestillten Kinder sogenannte Co-sleeper waren (Chi Quadrat 31,11, df 1, $p < 0.000$).

3.2.4 Zusammenhänge mit dem Schlafort der Kinder

Es wurden auch direkte Zusammenhänge zwischen dem Schlafort der Kinder und der Schlafproblematik untersucht. Weil sich bei allen Auswertungen gleichsinnige Effekte ergaben, haben wir die Kinder, die im Elternbett schliefen, und die Kinder, die im Zimmer der Eltern schliefen, zu einer Auswertungsgruppe zusammengefaßt. Dennoch sei hier zunächst die Entwicklung des „Co-sleepings“ im zeitlichen Verlauf dargestellt: Mit vier Wochen schliefen 9,6% der Kinder im Elternbett und 58,1% in einem eigenen Kinderbettchen im Elternzimmer. Mit einem Jahr ist dieser Anteil auf 8,1% respective 26,5% zurückgegangen. Dann kehrt sich mit zwei

Jahren der Trend um. Nun schlafen 12,6% der Kinder im Elternbett und nur noch 17,2% im Elternzimmer. Mit drei Jahren sind es 17,6%, die im Elternbett direkt einschlafen, und weitere 8,8%, die im Laufe der Nacht ins Elternbett „wandern“, während 20,5% der Kinder ihre Schlafstatt im Schlafzimmer der Eltern haben. Neben den Zusammenhängen zwischen dem Schlafort und dem Stillen betrachteten wir den Einfluß sozioökonomischer Variablen, da nicht von der Hand zu weisen ist, daß bei begrenztem Wohnraum manchmal gar nichts anderes übrig bleiben wird, als das Kind im Elternzimmer bzw. Elternbett mitschlafen zu lassen. Belege für diese Annahme fanden sich, jedoch zeigte letztendlich die Häufigkeitsverteilung des „Co-sleepings“ bzw. Schlafens im Elternzimmer bei den sechs Monate alten Kindern in Abhängigkeit von der Schulbildung der Mütter einen u-förmigen Verlauf. Die genannten vermuteten Schichteinflüsse könnten z. B. dazu geführt haben, daß knapp 60% der Mütter mit Hauptschulabschluß (oder darunter) ihre Kinder bei sich schlafen ließen. Hauptschulabsolventinnen mit Lehre oder Mütter, die weiterführende Schulen (ohne Abitur) besucht hatten, taten dies in 44,5% bzw. 40,7% der Fälle. Mütter mit Abitur oder abgeschlossenem Hochschulstudium nahmen ihre Kinder wiederum häufiger mit ins Bett oder ins Elternzimmer (51,0% bzw. 50,7%). Hierfür dürften dann andere Motivationen als nur ökonomische ausschlaggebend gewesen sein. Ein kleiner Beleg für diese Annahme ist z. B. der zeitgleich festgestellte Trend, daß Mütter, die mit dem väterlichen Engagement unzufrieden sind, ihre Kinder häufiger zu sich ins Bett oder ins Zimmer nehmen als Mütter, die sich positiv über den väterlichen Einsatz in der Familie äußern (Chi Quadrat 8,68, df 3, $p < 0.05$). Die Berücksichtigung der Parität der Mütter führt nun wieder zurück zu den sozialen Realitäten und der damit zusammenhängenden Wohnraumknappheit. Zum gleichen Zeitpunkt fanden wir einen klar ansteigenden Trend für das sogenannte Co-sleeping in Abhängigkeit von der Parität der Mütter. 43,4% der erstgebärenden Mütter nahmen ihre Kinder mit ins Bett oder ins Elternzimmer, 47,2% der Zweitgebärenden und 59,3% der Drittgebärenden (Chi Quadrat 12,15, df 2, $p < 0.002$). Diese Zusammenhänge in bezug auf den Schlafort waren vorzuschicken, um der Versuchung vorzubeugen, Zusammenhänge zwischen dem Schlafort und Schlafproblematiken von Kindern allein unter dem Aspekt der Mutter-Kind-Beziehung als Ausdruck eines mütterlichen Bedürfnisses nach Nähe oder z. B. als Ausgleich für vermißte Nähe am Tag bei berufstätigen Müttern zu diskutieren.

Zum Untersuchungszeitpunkt sechs Monate besteht ein signifikanter Zusammenhang (Chi Quadrat 63,93, df 3, $p < 0.000$) zwischen dem Schlafort und Durchschlafproblemen. Von den Kindern, die problemlos durchschliefen, schliefen 64,7% im Kinderzimmer (326 Kinder von 1163) und nur 35,3% (176 Kinder) im Elternzimmer oder Elternbett. Von den 466 Kindern, die ihre Eltern mindestens einmal pro Nacht im Schlaf störten, schliefen 275 (entsprechend knapp 60%) im Elternbett. Für die Kinder aus dieser Gesamtmenge, die ihre Eltern mehrmals weckten, waren dies sogar 61,7%. Es bestand ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen unruhigem Schlaf und Schlafort der Kinder. Die Kinder, die im Elternbett oder Elternzimmer schliefen, waren in der Wahrnehmung der Eltern

unruhiger. Auch mit einem Jahr ist der Zusammenhang zwischen Schlafort und Durchschlafproblematik hochsignifikant (Chi Quadrat 88,48, df 3, $p < 0.000$). Von den insgesamt 1106 Kindern, über die zusammenhängende Informationen vorlagen, weckten 258 ihre Eltern jede Nacht mehrmals. Von diesen Kindern schliefen 44,5% im Kinderzimmer und 55,4% im Elternbett, während z. B. mehr als Dreiviertel der „problemlosen“ Durchschläfer (294 entsprechend 78,4% der 375 Kinder, die ihre Eltern überhaupt nicht weckten) im Kinderzimmer schliefen.

Abbildung 3 stellt gleichzeitig die Zusammenhänge zwischen der Persistenz der Schlafproblematik in Abhängigkeit vom Schlafort je nach Problematik dar. Auf der linken Seite werden die Ausgangshäufigkeiten im Alter von sechs Monaten prozentual aufgeführt, wobei die Abkürzung K sich auf die Kinder bezieht, die im Kinderzimmer schlafen, während E (wie Elternbett oder Elternzimmer) die „Co-sleeper“ bezeichnet. In den jeweiligen Feldern wird der prozentuale Anteil und die Gruppenzugehörigkeit mit einem Jahr aufgeführt. Ein Lesebeispiel: Letzte Zeile unten – von den Kindern, die mit sechs Monaten im Elternzimmer oder Elternbett schliefen und ihre Eltern mehrmals pro Nacht aufweckten (29,4%) zeigten 69,1% auch mit einem Jahr diese die Eltern belastende Symptomatik. 17,3% dieser Kinder weckten ihre Eltern mindestens einmal pro Nacht, 9,2% dieser Kinder weckten die Eltern manchmal und nur 5,5% waren gute Durchschläfer geworden.

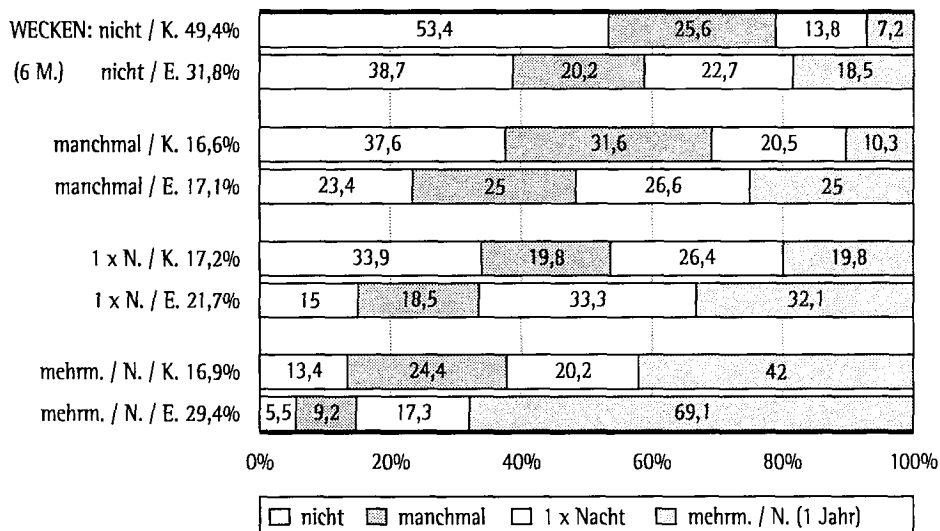


Abb. 3: Persistenz Schlafstörung vom 6. bis 12. Monat abhängig vom Schlafort

Häufig wird als Erklärung, daß Kinder im Elternbett schlafen, neben ökonomischen Gründen (wie z. B. fehlendes Kinderzimmer) angegeben, daß auf diese Weise schlechtere Schläfer leichter oder schneller beruhigt werden könnten. Dem widerspricht unser Auswertungsergebnis, daß ebenfalls im Alter von einem Jahr deutlich mehr Kinder, die im Elternbett schlafen, für längere Zeit wachbleiben,

bis sie wieder zu beruhigen sind (21,2% versus 12,3%). Auch diejenigen Kinder, die häufig für kurze Zeit wach werden, sind im Elternbett bzw. Elternzimmer häufiger oder werden dort wenigstens häufiger wahrgenommen (39,3% versus 27,6%). Auch dieser Gruppenunterschied ist hochsignifikant. Offensichtlich kommt dem Schlafort bei der Analyse und Erkennung kindlicher Schlafschwierigkeiten eine große Bedeutung zu. Vorsichtig kann man formulieren, daß es für die Entwicklung eines ungestörten Nachtschlafes günstiger ist, wenn die Kinder schon mit sechs Monaten nicht mehr bei den Eltern schlafen, da auch von einer relativen Konstanz des Schlafortes ab diesem Alter auszugehen ist. Betrachtet man die Kinder, die mit einem halben Jahr im Kinderzimmer schliefen, so kann man feststellen, daß mit einem Jahr über 90% dieser Kinder immer noch alleine im Kinderzimmer schlafen. Demgegenüber verbrachten ein Drittel der Kinder, die mit einem halben Jahr noch mit ihrer Mutter zusammenschliefen, nun die Nacht mit einem Jahr alleine, während zwei Drittel immer noch im Elternzimmer oder Elternbett schliefen. Auch diese Zusammenhänge sind hochsignifikant.

Um eventuelle Zusammenhänge zwischen der mütterlichen Beschreibung ihrer Kinder bzw. der Familienstimmung, elterlichen Belastungen und dem Schlafort der Kinder zu bestimmen, führten wir Varianzanalysen durch. Ein Zusammenhang ($F_{11,3}$, $df\ 3$, $p < 0.001$), der ca. 1% Varianzaufklärung bringt, betraf die Selbsteinschätzung der Ausgeglichenheit der Mütter. Der signifikante Mittelwertunterschied machte deutlich, daß die Mütter, die mit ihren Kindern zusammenschliefen, sich weniger ausgeglichen fühlen als die Mütter, deren Kinder im Kinderzimmer schlafen. Ein relativ schwacher Zusammenhang ($F_{6,1436}$, $df\ 1$, $p < 0.05$) betraf den Mittelwertunterschied der Angaben in bezug auf das gegenseitige Verständnis der Familienmitglieder, wobei auch eine negativere Bewertung mit der Wahl des Schlafortes im Elternzimmer oder Elternbett verknüpft war. Keine Zusammenhänge ergaben sich erwartungsgemäß für die Bereiche Freizeit und Erholung, finanzielle Situation der Familie, berufliche Zufriedenheit, Gesundheit, aber auch Angaben zur Lebenszufriedenheit „Kummer und Sorgen“ und Familienstimmung waren nicht tatsächlich so unterschiedlich, daß sie interpretiert werden müßten.

Betrachtet man die mütterliche Beschreibung ihrer Kinder im Zusammenhang mit dem gewählten Schlafort zum Untersuchungszeitpunkt sechs Monate, so kann ein Trend festgestellt werden, daß die Mütter die „Co-sleeper“ bzw. die Kinder, die im Elternzimmer schliefen, tendenziell als komplizierter einschätzen (Chi Quadrat 10,79, $df\ 4$, $p < 0.05$). Ganz deutlich ist der Zusammenhang mit der Bewertung, wie aufwendig die Mütter ihr Kind finden (Chi Quadrat 23,86, $df\ 4$, $p < 0.000$). Die Kinder gelten häufiger als aufwendig, wenn sie zusammen mit ihren Eltern die Nacht verbringen. Auf die übrigen Dimensionen der mütterlichen Einschätzung ihrer Kinder wie „kräftig“, „nervös“, „schön“, „ruhig“, „zufrieden“, „krank“, hatte die Wahl des Schlafortes keinen Einfluß.

3.2.5 Durchschlafproblematik und Familienstimmung

Abschließend seien die Zusammenhänge zwischen Familienstimmung und Durchschlafproblematik direkt betrachtet.

Eine zu dieser Fragestellung ebenfalls durchgeführte Varianzanalyse zeigte, daß der Mittelwertvergleich in der Skala für die Familienstimmung einen deutlichen Unterschied zuungunsten der Kinder mit Durchschlafstörungen ergab ($F_{26,43}$, $df\ 1$, $p < 0.000$ zum Zeitpunkt sechs Monate). Dieser Unterschied klärt 2% der Gesamtvarianz auf. Zum Zeitpunkt ein Jahr ist der Effekt noch zu beobachten, hat aber deutlich nachgelassen ($F_{6,32}$, $df\ 1$, $p < 0.05$). Die Varianzanalysen für die entsprechenden Zusammenhänge mit eineinhalb Jahren und zwei Jahren ergaben keine nennenswerten Einflüsse mehr, so daß davon auszugehen ist, daß die Eltern von Kindern, die im Elternbett bzw. Elternzimmer mitschlafen, sich in gewisser Weise an die neue Realität adaptiert haben und das „Co-sleeping“ nicht mehr die Familienstimmung beeinträchtigt.

Als letztes untersuchten wir, ob ein eventuell durchgeführter Mittagsschlaf einen positiven oder negativen Einfluß auf den Nachtschlaf hat. Mit drei Jahren schliefen 409 Kinder (entsprechend 41,4% von 994 verwertbaren Angaben) regelmäßig mittags. Hin und wieder machten 28,6% der Kinder einen Mittagsschlaf, nie oder höchstens ganz selten 30,3%. Statistisch ließ sich kein Zusammenhang zwischen Mittagsschlaf und Durchschlafproblemen nachweisen.

3.3 Einschlafprobleme

Zwischen einem Jahr und drei Jahren nimmt der Anteil der Kinder, die oft Einschlafprobleme haben, kontinuierlich von 12% über 9,6% auf 7,1% der Kinder ab. Demgegenüber ist, wie es für das sogenannte Trotzalter nicht anders zu erwarten war, der Anteil gelegentlicher Auseinandersetzungen um das Einschlafen (30,5%) mit 36 Monaten am höchsten (12 Monate 21,4%, 18 Monate 17,8%) (vgl. Tab 2).

Tab. 2: Einschlafprobleme mit 12, 18, und 36 Monaten

Schläft das Kind z. Zeit schwierig ein?	nein, ganz selten	ja, hin und wieder	ja oft	N (verwertbare Angaben)
12 Monate	66,6	21,4	12,0	1111
18 Monate	72,6	17,8	9,6	1078
36 Monate	62,4	30,5	7,1	999

Betrachtet man Zusammenhänge, fällt auch für die Einschlafsituation mit einem Jahr auf, daß die Kinder, die im Kinderzimmer einschlafen, seltener Einschlafprobleme haben als die Kinder, die im Elternzimmer oder Elternbett einschlafen (71,2% versus 58,2%; zur Verfügung stehende Angaben $N=1104$, Chi Quadrat 21,48, $df\ 2$, $p < 0.000$). Da gerade die Gestaltung der Einschlafsituation auch von

der Erfahrung der Kindeseltern abhängt, untersuchten wir Zusammenhänge mit der Anzahl von Geschwisterkindern. Betrachtet man nun Einschlafschwierigkeiten mit 12 Monaten und 18 Monaten in Abhängigkeit von der Parität der Mutter, so lassen sich tendenziell mehr Einschlafschwierigkeiten bei Erstgeborenen als bei den nachfolgenden Kindern beobachten (Chi Quadrat 10,44, df 4, $p < 0.05$; Chi Quadrat 11,83, df 4, $p < 0.05$ zum Zeitpunkt 18 Monate). Daraus läßt sich schließen, daß offensichtlich die Erziehungserfahrung der Mütter mehrerer Kinder oder auch die verknüpften Ressourcen (sei es die Tatsache, daß die Eltern mehrere Kinder zum Einschlafen bringen müssen) sich positiv auf das Einschlafverhalten der Kinder auswirkt. Zur Verdeutlichung einige Prozentangaben: Mit einem Jahr schliefen 62,7% der Erstgeborenen in der Regel problemlos ein, während dies 72,4% der zweitgeborenen Kinder taten. Mit eineinhalb Jahren schliefen 70% der Erstgeborenen und knapp 80% der Zweit- und Drittgeborenen problemlos ein. Zwischen 12 und 18 Monaten konnten wir auch eine relative Stabilität bei insgesamt deutlichem Rückgang der Einschlafstörungen feststellen. Insbesondere war der Rückgang der Einschlafschwierigkeiten bei den Kindern, die mit 12 Monaten oft Einschlafschwierigkeiten zeigten, weniger deutlich ausgeprägt, so daß fast die Hälfte dieser Kinder auch noch mit eineinhalb Jahren Einschlafschwierigkeiten zeigte. Dieser nicht überzubewertende Stabilitätseffekt, welcher sich nicht bis ins dritte Lebensjahr hält, ist nur für den kurzen Zeitraum 12 Monate bis 18 Monate statistisch gut abgesichert.

Um den dritten Geburtstag hat sich die Einschlafsituation insofern geändert, als die Kinder in der Zwischenzeit ganz unterschiedliche, aber meist relativ festgelegte Bedingungen erwarten, um einschlafen zu können. Nur noch 103 Kinder von insgesamt 1003 Kindern, zu denen die Eltern Angaben zu den Schlafgewohnheiten mit drei Jahren gemacht hatten, schlafen direkt im Elternbett ein. Eine Nuckelflasche zum Einschlafen benötigen 215 Kinder (entsprechend 21,4%), mit Nachtlicht schlafen 218 Kinder (entsprechend 21,7%) ein. Ein bestimmtes „Übergangsobjekt“ (Puppe, Teddybär, Gegenstand, Schmusedecke) brauchen mehr als die Hälfte aller Kinder (542 Kinder entsprechend 54%). Zu beachten ist auch die Zahl der Mehrfachangaben: 571 Kinder hatten zwei spezifische Einschlafbedingungen, 181 hatten drei und mehr. Die hohe Zahl detaillierter Einzelbeschreibungen, die die Eltern uns zu dieser Situation über andere spezifische Gewohnheiten ihrer Kinder beim Einschlafen gaben, macht deutlich, wie groß in diesem Alter die Bedeutung einer festgelegten, immer gleichen Schlafsituation ist. Die Einzelangaben können hier nicht komplett wiedergegeben werden, aber die Strategien reichten von zwei bis drei Schnullern oder Autos mit ins Bett nehmen, „nur auf der Couch“ einschlafen können, „eines bis mehrere Lieder vorgesungen bekommen“, „Mama mit im Bett haben“, „Spieluhr hören“, „immer noch im Arm einschlafen“, Tür offenlassen, Kassette hören bis zum Vorlesen.

4 Diskussion

Unsere Ergebnisse zur Prävalenz und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen decken sich sehr gut mit den Befunden von WOLKE et al. (1994). Auffallend ist die hohe Persistenz gerade von Durchschlafstörungen. Offensichtlich erfolgt hier eine frühe Weichenstellung, die vor allem durch den Schlafort und das längerdauernde Stillen mit determiniert war. Unsere Ergebnisse zum Co-sleeping und zum Schlafen im Elternzimmer bestätigten KLACKENBERGS (1982a, b) Befunde über die Prävalenzen des Schlafens im Elternbett. In bezug auf die zwei- und dreijährigen Kinder konnten wir feststellen, daß das Co-sleeping vor allem durch Beziehungsfaktoren und eingeschliffene Interaktionsmuster beeinflusst wurde und nicht durch sozioökonomische Variablen, wie z. B. räumliche Enge primär erklärt werden konnte. Diese Feststellung ist deshalb wichtig, weil verschiedene Untersuchungen über das „bed-sharing“ zeigten, daß bei nicht-weißen Kindern keine statistischen Zusammenhänge zwischen Durchschlafstörungen und Co-sleeping gefunden worden waren.

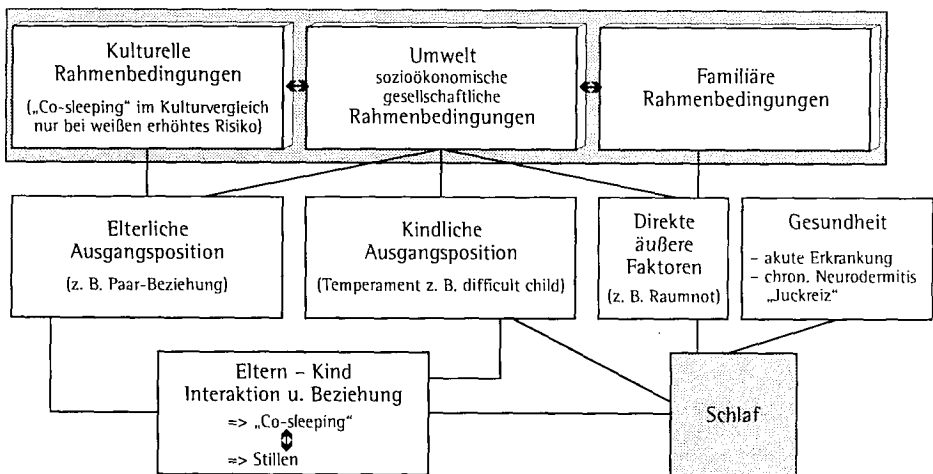


Abb. 4: Frühe kindliche Schlafschwierigkeiten im Kontext ihrer Rahmenbedingungen

Abbildung 4 zeigt ein aufgrund unserer empirischen Ergebnisse und unter Einbezug der Erkenntnisse aus dem Literaturstudium modifiziertes Schaubild nach SADEH und ANDERS (1993). Das resultierende Problemverhalten, hier Ein- und vor allem Durchschlafschwierigkeiten bei Kindern, ist zunächst in bezug auf seine Rahmenbedingungen zu analysieren. „Co-sleeping“ kann zum Beispiel, wie die Befunde über sogenannte Hispano- und schwarze Amerikaner zeigen, in einem anderen kulturellen Kontext normal sein und nicht mit höheren Schlafstörungs-raten verbunden sein. Sowohl das Stillverhalten wie das „Co-sleeping“ war in un-

serer Studie auch schicht- und bildungsabhängig, wobei sich hier keine linearen Verläufe, sondern u-förmige Zusammenhänge beschreiben ließen. Das heißt, daß sowohl in der Unterschicht als auch in der Oberschicht häufiger länger gestillt und mehr Kinder mit ins Elternbett genommen wurden. Familiäre Rahmenbedingungen, insbesondere die elterlichen psychischen Ausgangspositionen oder die Paarbeziehung der Eltern, beeinflussen ebenfalls das „Co-sleeping“. Wir konnten zu einem sehr frühen Zeitpunkt einen Trend beschreiben, daß bei angespannter elterlicher Paarbeziehung mehr Kinder im Elternbett schliefen. Temperamentscharakteristika der Kinder und die Art und Weise, wie schnell sich beim individuellen Kind ein regelmäßiger Schlafrhythmus einstellt, beeinflussen darüber hinaus das später resultierende Schlafverhalten. Direkte äußere Faktoren, wie z. B. die Raumnot, sind nicht zu vernachlässigen, spielen aber gegenüber der Eltern-Kind-Beziehung eine eher untergeordnete Rolle. In unseren statistischen Modellen, bei denen die Zusammenhänge in bezug auf das Schlafverhalten für verschiedene soziodemographische und Umweltvariablen kontrolliert wurden, erwiesen sich das sogenannte „Co-sleeping“ und das Schlafen im Elternzimmer und im Zusammenhang damit das Stillverhalten als relevante Interaktionsfaktoren, die Durchschlafstörungen prädiszieren konnten. Tritt unter solchen Risikobedingungen eine akute Gesundheitsbelastung oder vor allem eine chronische Gesundheitsbelastung, wie z. B. bei chronischen Neurodermitis-Verläufen, hinzu, entwickeln fast Dreiviertel aller Kinder, die solchen Belastungen ausgesetzt sind, Durchschlafstörungen. Die hier vorgelegte schematische Darstellung kann auch einen Anhaltspunkt für die Anamneseerhebung bei relevanten Durchschlafproblemen im Kleinkindalter bieten. Die Tatsache, daß sich viele Bereiche gegenseitig beeinflussen und determinieren, zeigt, daß es nicht immer einfach ist, angemessene therapeutische Maßnahmen bei Durchschlafstörungen im Kleinkindalter vorzuschlagen. Allerdings läßt sich für die Interventionsplanung und die Elternberatung bei chronischen Schlafproblemen, die zu einer merklichen Belastung geworden sind, der Schluß ziehen, daß erfolgreiche Interventionen davon ausgehen müssen, daß Kinder, die im eigenen Zimmer alleine, z. B. nach Abschluß eines Zubettgehrituals einschlafen können, besser in ihrem Bett schlafen werden und dort auch wieder alleine einschlafen können, wenn sie nachts aufwachen.

5 Schlußfolgerungen für die Praxis

Eine differenzierte Analyse der Beobachtung aus einer großangelegten prospektiven Geburtskohorte aus 6 westdeutschen Kliniken belegte, daß Schlafschwierigkeiten in den ersten drei Lebensjahren eine häufige Problematik sind. Vor allem die von uns nachgewiesene Persistenz dieser Schwierigkeiten führt dazu, daß Eltern Kinderärzte und Erziehungsberater aufsuchen und um *Beratung* oder *Behandlung* bitten. Vordringlich ist aus unserer Sicht zunächst eine detaillierte *Anamnese*, die sowohl die kulturellen Rahmenbedingungen, die Lebensumwelt des Kindes, sozioökonomische Situation (z. B.: Besteht ein eigenes Kinderzim-

mer?), die familiären Rahmenbedingungen (z. B.: Wo schläft das Kind?) mit einbezieht und die zum Mittelpunkt einer Analyse der Eltern-Kind-Interaktion bei Ein- und Durchschlafstörungen hat (vgl. SADEH u. ANDERS 1993). Wichtig ist es auch, direkte interagierende äußere Faktoren und körperliche Bedingungen, wie z. B. den Pruritus bei Neurodermitis, in diese Anamnese mit einzubeziehen. SARIMSKI (1993) faßte in einer Literaturübersicht Interventionsmöglichkeiten und Empfehlungen zusammen. Zunächst sollte, auch wenn die Eltern nach medikamentöser Behandlung (vgl. FRANK u. FREISLEDER 1989) verlangen, primär ein Schlafprotokoll angelegt werden. Im Zentrum des Vorgehens bei Schlafstörungen im frühen Kindesalter muß die Beratung bzw. die Behandlung der Kindeseltern liegen. Wenn man z. B. die hier aufgezeigten eindeutigen Zusammenhänge zwischen Schlafort und Schlafstörung bzw. Aufrechterhaltung der Schlafstörung ernstnimmt, muß man den tatsächlich darunter leidenden Eltern empfehlen, zu versuchen, ihre Kinder im Kinderzimmer zum Schlafen zu bringen. Hierfür gibt es eine Fülle meist verhaltenstherapeutisch orientierter Programme, die vor allem auf die systematische Reduktion elterlicher Zuwendung bei unerwünschtem Verhalten und die Beachtung erwünschten Verhaltens abzielen. Wichtig sind für die Etablierung eines stabilen Einschlafverhaltens beruhigende Rituale. Während viele Kinder durch Vorlesen oder Vorsingen beruhigt werden können, empfiehlt sich gerade in den Familien, in denen aus der Einschlafsituation ein Machtkampf mit Verweigerung, verschiedenen Toilettengängen und z. B. vor dem Schreien kapitulierenden Eltern geworden ist, die Etablierung von Einschlafritualen, die die Kinder selbst herbeiführen können, z. B. das eigenständige Einschalten einer Spieluhr (vgl. SCHMIDT 1992). Störungen aus der Umgebung sollte man für die Einschlafzeit – wenn möglich – ausschalten. Empfehlenswert ist es, schon vor dem Schlafengehen eine regelmäßige abendliche Reihenfolge einzuhalten und die Kinder nicht erst, wenn sie völlig übermüdet sind, zu Bett zu bringen.

Literatur

- ADAIR, R. / BAUCHNER, H. / PHILIPP, B. / LEVENSON, S. / ZUCKERMAN, B. (1991): Night waking during infancy: Role of parental presence at bedtime. *Pediatrics* 84, 500-504.
- ADAIR, R. / ZUCKERMAN, B. / BAUCHNER, H. / PHILIPP, B. / LEVENSON, S. (1992): Reducing night waking in infancy: A primary care intervention. *Pediatrics* 89, 535-588.
- ANDERS, T.F. (1979): Night-waking in infants during the first year of life. *Pediatrics* 63, 860-864.
- ANDERS, T.F. (1982): Annotations – Neurophysiological findings of sleep in infants and children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 23, 75-83.
- ANDERS, T.F. (1989): Clinical syndromes, relationship disturbances and their assessment. In: A. SAMER-OFF / R. EMDE (Eds.): *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. New York: Basic Books, 145-165.
- ANDERS, T.F. / KEENER, M. (1985): Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and preterm infants during the first year of life. *Sleep* 8, 173-192.
- BASLER, K. / LARGO, R.H. / MOLINARI, L. (1990): Die Entwicklung des Schlafverhaltens in den ersten fünf Lebensjahren. *Helvetica Paediatrica Acta* 35, 211-223.
- BERNAL, J. (1979): Night waking in infants during the first 14 months. *Developmental Medicine and Child Neurology* 14, 362-372.

- FEGER, J.M. / SCHULZ, J. / BERGMANN, R. / TACKE, U. / BERGMANN, K. / WAHN, U. (1993): Prävalenz und Persistenz von Schlaf- und Fütter Schwierigkeiten im 1. Lebensjahr. Abstract zur 89. Jahrestagung d. Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Würzburg. In: *Kinderheilkunde* Bd. 141, 9, 59.
- FEGER, J.M. (1995): Neurodermitis und problematisches Verhalten in den ersten drei Lebensjahren. Eine kinderpsychiatrisch-psychosomatische, epidemiologische Untersuchung über Auswirkungen atopischer Ekzemerkrankungen an einer multizentrischen prospektiven Geburtskohorte. Unveröffentlicht. Habilitationsschrift, Berlin.
- FEGER, J.M. (1996): Verhaltensdimensionen und Verhaltensprobleme bei zweieinhalbjährigen Kindern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 45, 83-94.
- FERBER, R. (1987): Sleeplessness, night awakening, and night crying in the infant and toddler. *Pediatrics in Review* 9 (3), 69-82.
- FRANK, R. / FREISLEDER, F. (1989): Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindesalter. *Pädiatrie und Praxis*. 38, 241-246.
- HAURI, P. / OLMSTEAD, E. (1980): Childhood-onset insomnia. *Sleep* 3, 59-65.
- Horne, J. (1982): Annotation: Sleep and its disorders in children. *J. Child Psychol. Psychiat.* 33, 473-487.
- JENKINS, S. / BAX, M. / HART, H. (1980): Behaviour problems in preschool children. *J. Child Psychol. Psychiat.* 21, 15-17.
- JENKINS, S. / OWEN, C. / BAX, M. / HART, H. (1984): Continuities of common problems in preschool children. *J. Child Psychol. Psychiat.* 25, 75-89.
- JOHNSON, C.M. (1991): Infant and toddler sleep: A telephone survey of parents in one community. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 12 (2), 108-114.
- KAHN, A. / REBUFFAT, E. / BLUM, D. / CASIMIR, G. / DUCHATEAU, J. / MOZIN, M.J. / JOST, R. (1987): Difficulty in initiating and maintaining sleep associated with cows milk allergy in infants. *Sleep* 10, 116-121.
- KAHN, A. / MOZIN, M.J. / REBUFFAT, E. / SOTTIAUX, M. / MULLER, M.F. (1989): Milk intolerance in children with persistent sleeplessness: A prospective double-blind crossover evaluation. *Pediatrics* 84, 595-602.
- KATARIA, S. / SWANSON, M. / TREVARTHIN, G. (1987): Persistence of sleep disturbances in preschool children. *Journal of Pediatrics* 110, 642-646.
- KEENER, M.S. / ZEANAH, CH.-H. / ANDERS, T.F. (1988): Infant temperament, sleep organization and night time parental interventions. *Pediatrics* 81, 762-771.
- KLACKENBERG, M.S. (1982a): Somnambulism in childhood - prevalence, course and behavior correlates. A prospective longitudinal study (6-16 years). *Acta Paediatrica Scandinavia* 71, 495-499.
- KLACKENBERG, M.S. (1982b): Sleep behaviour studied longitudinally. Data from 4-16 years on duration, night-awakening and bed-sharing. *Acta Paediatrica Scandinavia* 71, 501-506.
- KOOT, H.M. (1993): Problem behavior in Dutch preschoolers. Erasmus University, Rotterdam.
- LARGO, R.H. / HUNZIKER, H. (1984): A development approach in the management of children with sleep disturbances in the first three years of life. *Eur. J. Pediatr.* 142, 170-173.
- LARGO, R.H. (1993): Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten: Störungen oder Normvarianten? *Monatsschr. Kinderheilkd.* 141, 698-703.
- LAUCHT, M. / ESSER, G. / SCHMIDT, M.H. (1992): Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern: Ein Beitrag zu einer Psychopathologie der frühen Kindheit. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 20, 12-21.
- McMILLEN, C. / KOK, J.S.M. / ADAMSON, T.M. / DEAYTON, J.M. / NOWAK, R. (1991): Development of circadian sleep-wake-rhythms in preterm and full-term infants. *Pediatric Research* 29, 381-384.
- MINDE, K. / POPIEL, K. / LEOS, N. / FALKNER, S. / PARKER, K. / HANDLEY-DERRY, M. (1993): The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children. *J. Child Psychol. Psychiat.* 34, 521-533.
- MINDE, K. / FAUCON, A. / FALKNER, S. (1994): Sleep problems in toddlers: Effects of treatment on their daytime behavior. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 33, 1114-1121.
- MONTI, J. / M. VIGNALE, R. / MONTI, D. (1989): Sleep and nighttime pruritus in children with atopic dermatitis. *Sleep* 12 (4), 309-314.
- MOORE T. / UCKO, L.E. (1957): Night waking in early infancy. *Archives of Disease in Childhood* 32, 333-342.
- PARMELEE, A.H. / STERN, E. (1972): Development of states in infants. In: C.D. CLEMINTINE / D.P. PURYURA / F.E. MAYER (Eds.): *Sleep and the maturing nervous system*. New York: Academic Press, 199-215.
- POLLOCK, J.I. (1992): Predictors and longterm associations of reported sleeping difficulties in infancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 10, 151-168.

- RICHMAN, N. (1981): A community survey of characteristics of one- to two-year-olds with sleep disruptions. *J. Child Psychiatry* 20, 281-291.
- RICHMAN, N. / STEVENSON, J. / GRAHAM, P.J. (1982): *Preschool to school: A behavioural study*. London: Academic Press.
- ROFFWARG, H.P. / MUZIO, J.N. / DEMENT, W.C. (1966): Ontogenetic development of the human sleep-dream cycle. *Science* 152, 604-619.
- SADEH, A. / ANDERS, T.F. (1993): Infant sleep problems: origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal* 14 (1), 17-34.
- SALZARULO, P. / CHEVALIER, A. (1983): Sleep problems in children and their relationship with early disturbances of the waking-sleeping rhythms. *Sleep* 6 (1), 47-51.
- SARIMSKI, K. (1993): Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42, 2-8.
- SCHMIDT M.H. (1992): Schlafstörungen im Kindesalter und Adoleszenz. In: Berger M. (Hrsg.): *Handbuch des normalen und gestörten Schlafs*. Berlin: Springer, 357-38.
- SCOTT, G. / RICHARDS, M.P.M. (1990a): Nightwaking in 1-year-old children in England. *Child: Care, Health, and Development* 16, 283-302.
- SCOTT, G. / RICHARDS, M.P.M. (1990b): Nightwaking in infants: Effects of providing advice and support for parents. *J. Child Psychol. Psychiat.* 31 (4), 551-567.
- SIMONDS, J. / PARRAGA, H. (1984): Sleep behaviors and disorders in children and adolescents evaluated at psychiatric clinics. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 5, 6-10.
- VAN TASSEL, E.B. (1985): The relative influence of child and environmental characteristics on sleep disturbances in the first and second years of life. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 6, 81-87.
- WOLKE, D. / MEYER, R. / ORTH, B. / RIEGEL, K. (1994): Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 43, 331-339.
- ZUCKERMAN, B. / STEVENSON, J. / BAILY, V. (1987): Sleep problems in early childhood: Predictive factors and behavioral correlates. *Pediatrics* 80, 664-671.

Anschrift der Verfasser:

Priv.-Doz. Dr. med. Jörg M. Fegert, Abteilung für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Virchow-Klinikums der Humboldt-Universität zu Berlin, Platanenallee 23, 14050 Berlin.