

Sarimski, Klaus

Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 1, S. 2-8

urn:nbn:de:bsz-psydok-36073

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

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically III and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie

Klaus Sarimski

Zusammenfassung

Schlafstörungen sind ein relativ häufiges und persistierendes Problem im frühen Kindesalter. Aus dem Forschungsstand wird ein entwicklungspsychopathologisches Modell entwickelt, bei dem davon ausgegangen wird, daß es als Reaktion auf frühe Regulationsprobleme der Kinder zu einem Kreislauf kommt aus vielfältigen, aber erfolglosen Beruhigungsversuchen, Verunsicherung, Verlust an Kontrollzuversicht und Depressivität seitens der Eltern. Auch Erfahrungen aus verhaltenstherapeutischen Interventionen sprechen für die Relevanz solcher kognitiver Prozesse bei der Bewältigung der nächtlichen Belastungssituation. Es wird dann über eine Pilot-Studie an 20 Kindern im Alter von 7–24 Monaten berichtet. Fragebogenerhebungen zeigen, daß die Kinder mit Schlafstörungen als schwieriger erlebt werden, die Mütter sich als stärker überfordert und depressiver erleben, das nächtliche Aufwachen sehr stark emotional besetzt ist und sie wenig Hoffnung auf eine erfolgreiche Bewältigung der Situation haben. Implikationen für die therapeutische Praxis aus diesen Resultaten werden diskutiert.

1 Prävalenz

Angaben zur Prävalenz von Ein- und Durchschlafstörungen im frühen Kindesalter schwanken je nach Definition und Untersuchungspopulation. Für Kinder im Alter zwischen 9 und 24 Monaten kommen Studien aus der Schweiz, England und den USA, bei denen Eltern über Fragebögen oder telefonisch befragt wurden, dennoch zu weitgehend übereinstimmenden Ergebnissen.

So gaben 20% der Eltern ein- bis zweijähriger Kinder eines Londoner Stadtteils an, daß ihre Kinder in fünf bis sieben Nächten pro Woche aufwachen (RICHMAN, 1981). SCOTT und RICHARDS (1990) ermittelten eine Prävalenzrate von 26% bei einjährigen Kindern, wobei allerdings 10% der Eltern das regelmäßige nächtliche Aufwachen nicht als Problem empfanden. Bei einer Telefonumfrage in Michigan berichteten 37% der Eltern ein- bis zweijähriger Kinder einer Gemeinde von nächtlichem Aufwachen und Weinen (JOHNSON, 1991).

Es handelt sich um relativ persistente Probleme. Etwa 40% der Kinder, die mit einem Jahr schlecht durchschla-

fen, wachen auch mit drei Jahren regelmäßig auf. Bei der Mehrzahl der Kinder mit persistierenden Durchschlafstörungen finden sich zu diesem Zeitpunkt auch Verhaltensauffälligkeiten in anderen Entwicklungsbereichen, z.B. geringe Lenkbarkeit, häufige Wutanfälle, schwache Konzentration (KATARIA et al., 1986; ZUCKERMAN et al., 1987; RICHMAN, 1981).

2 Ursachenforschung

Studien zur Identifizierung der Ursache von Ein- und Durchschlafstörungen im frühen Kindesalter haben ungewöhnlich widersprüchliche Befunde gezeigt (FERBER, 1987). Potentielle Ursachenfaktoren mögen sich individuell unterschiedlich auswirken, einige sich nur indirekt auf Schlafprobleme, z.B. mittelbar über veränderte Eltern-Kind-Interaktion, andere nur in Kombination mit anderen zu einer bedeutsamen Störung beitragen.

Zu den erörterten Faktoren gehören biologische wie perinatale Probleme, höhere Irritabilität als angelegtes Temperamentsmerkmal, Kolikneigung als exzessives unstillbares Schreien ohne erkennbaren Grund oder psychologische Faktoren wie eine überfürsorgliche Einstellung zum Kind, Ängstlichkeit, die Art und Weise des individuellen Umgangs mit Belastungen in der frühen Eltern-Kind-Interaktion, allgemeine Überforderung und Depressivität eines Elternteils sowie konkrete elterliche Interaktionsformen, die die Schlafprobleme bestärken.

Dabei ist auch anzunehmen, daß die aufrechterhaltenen Bedingungen nicht unbedingt die gleichen sein müssen wie die, die in den ersten Lebensmonaten für die Entstehung des Problems verantwortlich sind, und Wechselwirkungen zu einer Eskalation des Problems beitragen können.

Bei einem Teil der Kinder scheinen perinatale Komplikationen vorzuliegen (BERNAL, 1973; BLURTON-JONES, 1978). Bei Kindern, die im zweiten Lebensjahr gehäuft in der Nacht aufwachen, wurden signifikant häufiger Geburtskomplikationen, eine verlängerte Geburt und hohe Irritierbarkeit sowie häufigeres Schreien in den ersten Lebenstagen beobachtet. Andere Studien konnten solche Zusammenhänge jedoch nicht bestätigen. So findet RICHMAN (1981) in ihrer Befragung der Eltern ein- bis zweijähriger Kinder mit Schlafstörungen z.B. keine Häufung von

Geburtskomplikationen; auch unter ehemals frühgeborenen Kindern ist die Rate späterer Schlafprobleme nicht höher (ANDERS u. KEENER, 1985).

Insbesondere die Arbeitsgruppe um WEISSBLUTH (1987) hat sich mit der Frage beschäftigt, inwieweit schwieriges Temperament als angelegtes Merkmal, unstillbares exzessives Schreien in den ersten drei Lebensmonaten (Kolik) und Schlafprobleme im weiteren Verlauf des ersten Lebensjahres miteinander zusammenhängen. Allerdings sind diese Aspekte nicht voneinander trennbar. Die Wahrnehmung eines Säuglings als schwierig wird u.a. von seinen Schlafgewohnheiten und der Häufigkeit und Intensität des Schreiens mitbestimmt. Säuglinge, die mit fünf Monaten von ihren Eltern auf Temperamentsfragebogen als schwierig beurteilt wurden (niedrigere Reizschwelle, intensivere Reaktion, geringere Rhythmisierung), schliefen nachts zwei und tagsüber eine Stunde weniger als die anderen Kinder.

WEISSBLUTH befragte dann Eltern von 141 Babys zwischen 4 und 8 Monaten. 90% der Kinder mit Schlafproblemen wurden in den ersten drei Monaten als Kolikbabys geschildert. Die mittlere Häufigkeit des nächtlichen Aufwachens bei dieser Gruppe lag bei 2.3mal gegenüber 0.9mal in der Gruppe, bei denen in den ersten Monaten kein exzessives Schreien aufgetreten war. Schwieriges Temperament wie auch Neigung zu Koliken gelten als biologische Regulationsprobleme. Ihre Ursachen sind noch nicht befriedigend geklärt, es handelt sich aber nicht um Symptome einer primären Beziehungsstörung von Eltern und Kind.

Bei diesen Kindern mit frühen biologischen Regulationschwierigkeiten ist ein ungünstiger Kreislauf vorstellbar, der zu einem Persistieren der Schlafprobleme führen kann. Eltern erleben die hohe Irritierbarkeit, Unruhe und das häufige und unstillbare Schreien als etwas, das sie nicht unter Kontrolle bringen können. Sie interpretieren jedes Schreien als Aufruf, sich um das Baby zu kümmern, versuchen es mit vielfältigen und wechselnden Mitteln zu beruhigen. Ihr Trösten bleibt oft erfolglos, sie fühlen sich durch die ständige Belastung erschöpft, niedergeschlagen, in ihrem Selbstwertgefühl als Eltern verunsichert. Hinzu kommt die wachsende Nervosität durch die eigenen Schlafdefizite.

Im weiteren Verlauf kommt es u.U. zu einer negativen Spirale der Eskalation (Abb. 1). Die Mütter reagieren auf jedes Rufen und Schreien des Babys, versäumen es, unterscheiden zu lernen zwischen dem Schreien als Zeichen der inneren Unruhe und Dysregulation, wie es anfangs bestand, und dem instrumentellen Schreien, das von der darauf folgenden Aufmerksamkeit aufrechterhalten wird, und betrachten jedes nächtliche Erwachen als etwas, das ihre Fähigkeit als umsorgende Eltern immer wieder neu in Frage stellt. Auch die Interaktion in den Wachphasen gestaltet sich durch die Verunsicherung und Depressivität nicht so harmonisch aufeinander abgestimmt, daß die Kinder ausgeglichen wären.

Der anfängliche Verlust an „Kontrollüberzeugungen“ führt dazu, daß sie auch später keine konsistenten Anstrengungen unternehmen, um den Tagesablauf und den Schlafrhythmus der Kinder zu strukturieren, so daß keine

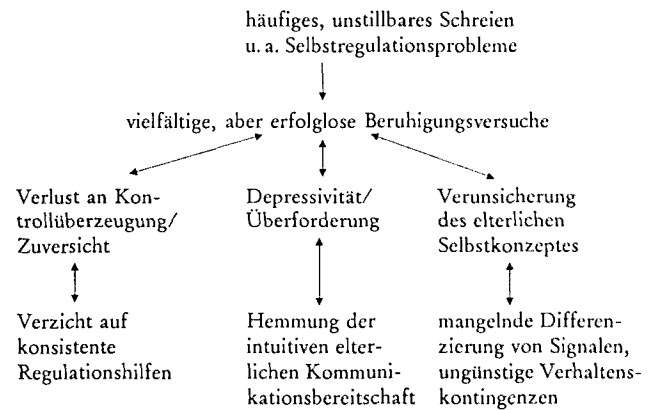


Abb. 1: Entwicklungspsychopathologisches Modell von Schlafstörungen im frühen Kindesalter

Gewohnheiten ausgebildet werden, Übermüdungsphasen und ungünstige Kontingenzen entstehen. Die Eltern bleiben über die ersten Wochen hinaus bemüht, die Kinder prompt zu beruhigen, und nehmen ihnen so die Gelegenheit zu lernen, wie sie selbst in den Schlaf finden können.

In der Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen und den Übergang vom Wach- in den Schlafzustand zu schaffen, scheint es nun individuelle Differenzen zu geben; die Kinder, die sich schlechter selbst beruhigen, sind prädisponiert, in diesem Kontext von Lernerfahrungen zu Kindern mit Schlafproblemen zu werden.

KEENER et al. (1985) beobachteten mit Infrarot-Videoaufzeichnungen das Schlafverhalten von Säuglingen zu Hause. 40 Kinder wurden im Längsschnitt aufgezeichnet. Die ersten Beobachtungen wurden im Alter von zwei Wochen, die letzten im Alter von 12 Monaten gemacht. Dabei zeigte sich, daß alle Kinder nachts wach wurden, einige aber von allein wieder einschliefen, andere sich mehr oder weniger schnell meldeten. Die Kinder, die nach den Eltern riefen, schliefen insgesamt weniger.

Beim Vergleich mit den Beobachtungen der elterlichen Verhaltensweisen im Kontext des Einschlafens in den ersten drei Lebensmonaten zeigte sich, daß diese Kinder von ihren Müttern häufiger bereits in schlafendem Zustand (nach dem Füttern, Stillen, Herumtragen) in ihr Bettchen gelegt worden waren. Einschlafen ist somit konditioniert an die Anwesenheit der Eltern; die Babys sind nicht daran gewöhnt, allein (mit Hilfe des Daumens, Schnullers, Schmusetiers u. ä.) einzuschlafen. Diese Säuglinge lernen zwar mit der Zeit, am Abend allein einzuschlafen, finden aber, wenn sie nachts wachwerden, nicht wieder zur Ruhe, sondern brauchen die Unterstützung durch die Eltern.

3 Beziehungsprobleme und elterliche Einstellungen

Prospektive Studien, die ein solches entwicklungspsychopathologisches Modell zur Genese von Schlafstörungen empirisch zu überprüfen erlauben, fehlen noch. Einige Daten sprechen allerdings dafür, daß sich bei verfestigten Schlafstörungen gehäuft andere Belastungen der Familie,

Beziehungsprobleme in der Partnerschaft und Depressivität der Mütter finden (LOZOFF et al., 1985; ZUCKERMAN et al., 1987), ohne daß aus diesem assoziativen Zusammenhang eine Aussage möglich wäre, ob es sich dabei um Ursachenmomente oder Auswirkungen der kindlichen Schlafprobleme handelt.

SCOTT und RICHARDS (1990) fanden eine signifikante Häufung von engen Wohnverhältnissen, Nicht-Berufstätigkeit der Mütter, Unzufriedenheit mit der Mutterrolle, depressive Grundstimmung, Unzufriedenheit mit der Unterstützung des Partners in der Versorgung des Kindes allgemein und bei der Bewältigung der Schlafprobleme bei den schlafgestörten Kindern unter den von ihnen befragten 1500 Müttern einjähriger.

Auf die Frage, welche Strategien sie im Umgang mit den Schlafproblemen einsetzen, gaben die Eltern sehr häufig an, die Kinder zu streicheln, sie auf den Arm zu nehmen, ihnen etwas zu essen oder trinken zu geben, sie ins elterliche Bett zu holen. Weniger als die Hälfte der Eltern hatte versucht, die Kinder allein mit dem Aufwachen und Schreien fertig werden zu lassen. Die Eltern der Kinder mit Schlafproblemen sagten häufiger, daß all ihre Versuche ohne Erfolg seien.

ZUCKERMAN et al. (1987) untersuchten 308 Kinder mit acht Monaten und drei Jahren. U.a. erhoben sie auch mütterliche Depressivität über einen Fragebogen und stellten fest, daß diese der einzige Faktor war, der mit der Persistenz von Schlafstörungen zwischen beiden Untersuchungszeitpunkten einherging, während die anderen erhobenen Variablen wie Stillen, häufige Abwesenheit der Mutter, Berufstätigkeit, geringe soziale Unterstützung u.ä. keinen Aufschluß darüber gaben, ob die Schlafprobleme bis zum dritten Lebensjahr anhielten oder nicht. Ein erhöhter Depressionswert fand sich bei 55% der Mütter von Kindern mit persistierenden Schlafproblemen.

4 Erfahrungen aus Interventionsstudien

Eine rein medikamentöse Behandlung, wie sie in der kinderärztlichen Praxis häufig gewählt wird, ist umstritten. FRANK und FREISLEDER (1989) halten sie für gerechtfertigt als Hilfe bei kurzfristigen Schlafstörungen eines Kindes im Rahmen einer akuten Belastung, Krankheit oder Krise oder bei schwerem Schlafdefizit der Eltern. Die Berichte über ihre Wirksamkeit sind widersprüchlich, nach dem Absetzen der Medikation treten die Probleme oft wieder auf. In der englischen Befragung von 1500 Müttern gaben 23% an, eine medikamentöse Behandlung versucht zu haben.

LARGO und HUNZIKER (1984) waren bei einem großen Teil ihrer Patienten mit einer Beratung auf der Basis eines mehrtägigen Protokolls erfolgreich. Nach Analyse des Schlafprotokolls diskutierten sie mit den Eltern den normalen Entwicklungsverlauf des Schlafens, die Notwendigkeit eines Tag- oder längeren Nachtschlafs, die Ein- und Aufwachzeiten und empfahlen eine konsistente Schlafplanung mindestens über zwei Wochen. Nicht erfolgreich war dieses Beratungsvorgehen bei behinderten und hyperexzi-

tablen Kindern und bei Familien mit wechselnden Bezugspersonen für die Kinder oder schwerwiegenden Partnerschaftsproblemen.

Eine Behandlungsalternative besteht im verhaltenstherapeutischen Vorgehen der systematischen Reduktion elterlicher Zuwendung für nächtliches Aufwachen und Weinen/Schreien (u. a. JONES u. VERDUYN, 1983; SEYMOUR et al., 1989; RICHMAN et al., 1985; STEINHAUSEN, 1988).

DOUGLAS und RICHMAN (dt. 1989) entwickelten z. B. die Methode des „checking“. Bei dieser Vorgehensweise geht jeweils ein Elternteil nachts zum Kind, wenn es weint oder ruft, um ihm ein Gefühl der Sicherheit zu geben. Zugleich wird jedoch mit einer gewissen Bestimmtheit (z. B. einer Standardformel) vermittelt, daß das Kind nicht hochgenommen wird, sondern zum Schlaf zurückfinden soll. Dann verläßt die Mutter oder der Vater das Zimmer, auch wenn das Kind noch nicht eingeschlafen ist. Wenn das Kind weiter weint, erscheint sie oder er erst nach z. B. fünf Minuten wieder und wiederholt das Vorgehen, bis das Kind einschláft. Bei konsistentem Handeln der Eltern, das sowohl Entschiedenheit wie Fürsorge ausdrückt, lernt das Kind innerhalb weniger Nächte, daß Weinen und Rufen nicht zu dem erwünschten Ergebnis führt, nachts aufzustehen oder den Kontakt mit den Eltern zu haben.

RICHMAN et al. (1985) berichteten, daß bei 90% der ein- bis dreijährigen Kinder, denen Eltern ein verhaltensmodifizierendes Programm durchführten, eine vollständige oder sehr deutliche Besserung des Problems erreicht wurde. Sie blieb auch bei einer Nachuntersuchung vier Monate später stabil. FRANCE und HUDSON (1990) konnten diese Erfolge in einer methodisch sehr sorgfältigen Studie mit einem multiplen Grundratendesign an sieben Kindern zwischen 8 und 20 Monaten bestätigen.

Extinktionsstrategien dieser Art sind allerdings mit mehreren Problemen behaftet. In der Regel kommt es mit Therapiebeginn zunächst zu einer Steigerung von Häufigkeit und Dauer des Problemverhaltens, bis der Entzug der gewohnten Zuwendung dann zu einer stabilen Veränderung führt. Das führt oft dazu, daß Eltern unsicher werden, sich überfordert fühlen und die Therapie abbrechen.

Um diesem Anfangsproblem entgegenzuwirken, setzten FRANCE et al. (1991) für die ersten zehn Tage ein sedierendes Medikament mit abnehmender Dosierung in Kombination mit dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen ein. Die Effektivität dieses Vorgehens zeigte sich in einer Doppel-Blindstudie mit 45 Kindern zwischen 7 und 27 Monaten.

Eine Variante mit dem Ziel, die anfängliche Belastung der Eltern durch die Therapie zu verringern und die Akzeptanz des Vorgehens sicherzustellen, stellt die Methode der graduellen Extinktion dar (LAWTON et al., 1991). Dabei wird die Intensität und Länge der Zuwendung systematisch in Teilschritten reduziert. Bei vier von sechs Kindern zwischen 6 und 14 Monaten ergab sich auch auf diesem Wege binnen vier Wochen eine substantielle Verbesserung, in den anderen Fällen wichen die Eltern allerdings vom vereinbarten Vorgehen ab.

Zu den Vorbehalten gegen das beschriebene Vorgehen trägt auch bei, daß das „Alleinlassen“ der Kinder von

zahlreichen Beratern als ethisch nicht vertretbar angesehen wird. Sie argumentieren mit schädlichen Effekten der Therapie, z. B. einer Verschlechterung der Eltern-Kind-Beziehung. Auch wenn sie nach den bisher veröffentlichten Therapiestudien nie berichtet wurden, machen sich viele Eltern selbst diese Sorgen, wenn ihnen ein solches therapeutisches Vorgehen vorgeschlagen wird. CHADEZ und NURIUS (1987) berichten von einem Fall, bei dem die Eltern eines sieben Monate alten Mädchens die Behandlung zunächst abbrechen, weil sie sich als schlechte Eltern empfanden, die ihr Kind im Stich lassen. Als dies in der Beratung thematisiert wurde und die Eltern kognitive Selbststeuergesetze übernahmen, die ihnen Sicherheit geben sollten, das richtige zu tun, gelang ihnen die Realisierung des intendierten Vorgehens mit Erfolg.

Die einzige publizierte Studie, die dieser Sorge empirisch nachging, stammt von FRANCE (1992). Bei 35 Kindern zwischen 6 und 24 Monaten wurden subjektive Verhaltenseinschätzungen, Beobachtungen zur Bindungsqualität („Flint Infant Security Scale“) und mütterliche Ängstlichkeit über Fragebogen begleitend zur verhaltenstherapeutischen Arbeit erhoben. Im Laufe der Behandlung stellte sich keine Verschlechterung des Verhaltenszustandes ein; Fragen zur Beziehungsqualität und Ängstlichkeit wurden vielmehr in der Gruppe der behandelten Kindern tendenziell positiver beantwortet als bei einer Kontrollgruppe.

Unabhängig von ihrer möglichen Rolle bei der Entstehung und Verfestigung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter könnten somit mütterliche Einstellungen, Zuvorsicht vs. depressive Grundstimmung und kognitiv-emotionale Umgangsweisen mit Belastungen in der Eltern-Kind-Interaktion von Bedeutung sein für die Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern, ein erfolgversprechendes Behandlungsvorgehen umzusetzen. Eine Pilot-Studie an 20 Kindern sollte weiteren Aufschluß über die Bedeutung solcher kognitiv-emotionaler Aspekte im Bewältigungsverhalten der Mütter geben. Daraus könnten sich Implikationen für die klinische Praxis im Sinne eines komplexeren Beratungsangebots für Eltern schlafgestörter Kleinkinder ergeben.

Tab. 1: Stichprobe einer Pilot-Studie

	Kinder mit Schlafproblemen	unauffällige Kinder
Zahl	11	9
Alter	M = 11.8 Mon. s = 1.8 Mon.	11.9 Mon. 4.17 Mon.
Status	1. Kind 9 2. Kind 2	7 2
Häufigkeit nächtlichen Aufwachens (5-Tages-Protokoll)	2.72 / Nacht	-
Mutter		
alleinerziehend	-	1
Mittelschicht	11	9

5 Stichprobe und Vorgehen einer Pilot-Studie

In die Stichprobe aufgenommen wurden elf Kinder zwischen 6 und 24 Monaten, die in die Ambulanz des Kinderzentrums München in einer sogenannten „Sprechstunde für Schreibabys“ mit der Vordiagnose von Schlafstörungen durch den Kinderarzt überwiesen wurden. Es handelt sich durchweg um schwere Fälle, bei denen der Kinderarzt eine Weitervermittlung für angezeigt hielt. Kein Kind erhielt zum Zeitpunkt der Vorstellung eine sedierende Medikation.

Es handelte sich um drei Mädchen und acht Jungen mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 11.8 Monaten ($s = 4.35$ Mon.). Neun Kinder waren Einzelkinder, nur zwei hatten ältere Geschwister. Von den Müttern wurden u. a. Angaben zu Familienstand, Ausbildung und Berufstätigkeit erhoben. Alle Mütter waren verheiratet, nur eine halbtags berufstätig.

Im Rahmen der Diagnostik wurden die Mütter gebeten, Tages- und Nachtprotokolle über fünf aufeinanderfolgende Tage zu führen, aus denen sich Schlafdauer und Häufigkeit des nächtlichen Aufwachens und Weinens/Schreiens ershen ließ. Die durchschnittliche Frequenz lag bei 13.6 in 5 Tagen, d. h. die Kinder erwachten im Schnitt zwischen zwei- und dreimal jede Nacht.

Es wurde eine Parallelgruppe aus neun Kindern gebildet (Alter: 11.9 Monate, $s = 4.17$). Dabei handelt es sich um sieben erste und zwei zweite Kinder, die klinisch unauffällig waren. Die Mütter (meist ehemalige Mitarbeiterinnen unseres Hauses) erklärten sich auf schriftliche Anfrage zur Teilnahme bereit.

Allen Müttern wurden Fragebögen zugeschickt. Die subjektive Einschätzung der Schwierigkeit des Kindes wurde mit der entsprechenden Subskala („fussy-difficult“) des „Infant Characteristics Questionnaire“ (ICQ, BATES, 1979) erhoben. Dieses Verfahren wird häufig zur Messung von Temperamentsmerkmalen benutzt. 7 Items der „Parenting Self-Efficacy Scale“ (PSES, GIBAUD-WALLSTON, 1977) ermitteln den Grad an mütterlicher Zufriedenheit mit ihrer Rolle als Mutter. Die Items umfassen Zweifel an der eigenen Kompetenz, Sicherheit im Umgang mit schwierigen Situationen u. ä. Die Skala wurde als Kurzfassung adaptiert. Ein weiterer kurzer Fragebogen mit 6 Items („Social Provisions Scale“, SPS, RUSSELL u. CUTRONA, 1984) wurde übernommen, um das Maß der mütterlichen Zufriedenheit mit ihren sozialen Beziehungen zu Familienmitgliedern, Freunden u. ä. zu erfassen.

Zur Einschätzung der Belastungsfaktoren in der Partnerschaft benutzten wir einen Teil des Streßfragebogens von SCHMIDTCHEN (BELPAR). In neun Items werden die Mütter gebeten, u. a. die erlebte Unterstützung durch den Partner, ihr eigenes Bedürfnis nach Entlastung und die durch die Geburt des Kindes aufgetretenen Veränderungen in der Partnerschaft zu bewerten. Darüber hinaus wurde die Mutter gebeten, bei fünf Fragen ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden einzuschätzen (GES).

Von ENGFER (1984) wurde ein Fragebogen zur Erfassung von Erziehungseinstellung in der frühen Mutter-Kind-Interaktion entwickelt, aus dem hier die Skalen „Freude am Kind“, „Rollenumkehr“, „Überforderung“, „Frustrations-

Tab. 2: In der Pilotphase verwendete Fragebogen

Fragebogen	Items
subjektiv erlebte Schwierigkeit des Kindes (ICQ, Bates)	6
Selbstsicherheit in der Mutterrolle (PSES, Gibaud-Wallston)	7
Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen (SPS, Russell & Cutrona)	6
Belastungen in der Partnerschaft (BELPAR, Schmidtchen)	9
körperliches und psychisches Wohlbefinden (GES, informell)	5
mütterliche Einstellungen zum Kind (EMKK, Engfer)	51
Umgang mit Belastungssituationen im Verlauf (UBK-MK, Reicherts et al.)	52

schwelle“, „Überfürsorglichkeit“ und „Depressivität“ verwendet wurden.

Um kognitiv-emotionale Bewältigungsvorgänge zu erfassen, die unmittelbar mit der Situation des nächtlichen Aufwachens und Schreiens zu tun haben, wurde ein Teil des Fragebogens „Umgang mit Belastungssituationen in der frühen Mutter-Kind-Interaktion“ (REICHERTS et al., 1989, UBV-MK) ausgewählt, der sich auf eben diese Situation bezieht. Die Mütter werden gebeten, sich die potentiell belastende Situation vorzustellen („induzierte Imagination“) und dann wird ihre Belastungsreaktion erfragt. Dabei geht es um kognitive Einschätzungen der Situation hinsichtlich ihrer Beeinflussbarkeit (Regulierbarkeit), ihrer positiven Eigendynamik (Wandelbarkeit), ihrer Eindeutigkeit und ihres Belastungsgrades (negative Valenz) sowie emotionale Belastungsreaktionen, Bewältigungsziele und -strategien. Die Konzeption orientiert sich dabei an dem Streßverarbeitungsmodell von LAZARUS und FOLKMAN (1984). Die gleichen Fragen werden gestellt mit der Maßgabe, sich vorzustellen,

daß das Kind kurze Zeit später wieder zu schreien beginnt. Abschließend wird ein negativer Ausgang beschrieben und die Mutter gebeten, die verbleibende Belastung und die vermuteten Ursachen (Kausalattributionen) einzuschätzen.

Alle Daten wurden mittels SPSS auf Gruppenunterschiede mit dem parameterfreien Mann-Whitney-Test geprüft. Für die Angaben über das Bestehen belastender Partnerschaftsprobleme wurden zudem Gruppenunterschiede mittels Chi-Quadrat berechnet.

6 Ergebnisse

Die Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Mittelwerte in den Fragebogenergebnissen auf der Basis summierter Werte. Die schlafgestörten Kinder wurden von ihren Müttern als signifikant schwieriger erlebt. Ihre Mütter fühlten sich unzufriedener mit ihrer Einbindung in ein Netzwerk sozialer Beziehungen. Hinsichtlich ihrer Selbstsicherheit in der Elternrolle und ihrem generellen Wohlbefinden unterschieden sich die beiden Gruppen nicht. Das gleich gilt für die Freude am Kind, Frustrationsschwelle und Überfürsorglichkeit; wohl aber beschrieben die Mütter der schlafgestörten Kinder sich als stärker überfordert und als depressiver.

Auf der Basis einzelner Items spiegelt sich die Problematik der Kinder darin wider, daß die Mütter sie als öfter am Tag unruhig und irritiert beschrieben ($p < .05$), häufiger schreiend ($p < .001$), stärker erregt beim Schreien ($p < .05$), wechselhafter in der Stimmung ($p < .001$). Die Mütter haben weniger befriedigende freundschaftliche Beziehungen ($p < .06$). Zehn Mütter klagen darüber, daß seit der Geburt des Kindes weniger Zeit für Zärtlichkeiten mit dem Partner ist ($p < .01$). Sie schätzen ihre Fähigkeit, mit den Schwierigkeiten des Kindes zurechtzukommen, niedriger ein ($p < .05$). In den übrigen Aspekten möglicher Partnerschaftsbelastungen (z.B. Konflikte über Er-

Tab. 3: Ausgewählte Fragebogenergebnisse

	Kinder mit Schlafproblemen		unauffällige Kinder		
	M	S	M	S	
Schwierigkeit (ICQ)	4.76	0.96	3.09	0.54	***
Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen (SPS)	4.26	0.58	4.74	0.36	*
Selbstsicherheit in der Mutterrolle (PSES)	4.09	0.96	4.22	0.89	ns
Gesundheit und Wohlbefinden (GES)	2.73	0.53	3.12	0.57	ns
Freude am Kind (EMKK)	1.62	0.32	1.61	0.25	ns
Rollenumkehr (EMKK)	2.17	0.75	2.25	0.60	ns
Depression (EMKK)	2.09	0.64	1.51	0.45	*
Überforderung (EMKK)	2.17	0.59	1.62	0.41	*
Frustrationsschwelle (EMKK)	1.87	0.49	1.81	0.56	ns
Überfürsorglichkeit aus Angst (EMKK)	2.01	0.55	1.84	0.50	ns

*** = P kleiner .001
** = p kleiner .01
* = p kleiner .05
ns = nicht signifikant

Tab. 4: Umfang mit Belastungssituationen (UBV-MK)

	Beginn		Fortsetzung	
	klinisch	unauffällig	klinisch	unauffällig
Ängstlichkeit	4.63	4.13	4.89	4.13
Deprimiertheit	4.00	4.14	4.50	4.00
Aggressivität	3.50	4.13	4.13	4.00
neg. Emotionalität	3.91	4.26	4.45	4.05
Regulierbarkeit	0.91	1.89*	1.00	1.33
Wandelbarkeit	2.64	3.22*	2.73	2.56
Mehrdeutigkeit	2.36	2.89	1.91	2.22
neg. Valenz	2.45	1.89*	2.91	1.78**
Intention: kindbezogen	2.10	1.78	2.10	2.11
Intention: emotionales Gleichg.	2.73	2.33	2.36	2.56
Intention: eig. Bedürfnisse	1.50	1.67	1.50	1.67
Bewältigungsversuch				
Informationsunterdrückung	0.64	0.56	0.33	0.56
Palliation	1.82	2.56	1.80	2.11
Informationssuche	2.91	3.00	2.80	3.22
Fremdbeschuldigung	1.45	1.33	1.40	1.11
Umbewertung	2.10	1.44	1.50	1.22
Selbstbeschuldigung	1.82	1.44	1.50	1.22
Passivität	1.36	1.50	0.70	1.11
aktiver Einfluß auf das Kind	3.63	3.57	3.63	3.80
aktiver Einfluß auf Umgebung	0.67	2.29*	1.67	2.60
Zielerreichungserwartung	1.73	3.13**	2.40	2.89
Vertrautheit	4.00	1.78***	-	-

ziehungsfragen, soziale Isolierung, Rückzug und geringe Unterstützung seitens des Partners) finden sich keine bedeutsamen Unterschiede.

Die Tabelle 4 stellt die Ergebnisse des Fragebogens zum Umgang mit der Belastungssituation „nächtliches Aufwachen und Schreien“ im Verlauf dar. Unterschiede finden sich insbesondere zu Beginn der Situation, wenn die Kinder zu schreien anfangen. Mütter von schlafgestörten Kindern reagieren darauf negativer („solch eine Situation belastet mich...“, $p < .05$), haben weniger Hoffnung, daß sich die Situation ohne ihr Zutun zum Guten wenden wird ($p < .01$), sind weniger sicher, daß sie die Situation bewältigen werden und die Kinder sich beruhigen werden ($p < .002$). Auch im weiteren Verlauf empfinden sie die Situation als emotional weit stärker belastend als die Mütter klinisch unauffälliger Kinder, wenn sie sich den Ablauf vorstellen.

Hinsichtlich der kognitiven Bewältigungsziele und Strategien finden sich keine signifikanten Unterschiede. Sie empfinden die Beruhigung des Kindes als wichtig, sehen aber auch ihr emotionales Gleichgewicht und eigenes Schlafbedürfnis als wichtig an. Sie suchen nicht stärker als die Mütter der Parallelgruppe die Schuld beim Kind oder anderen Umständen, machen sich aber auch nicht vermehrt irrationale Selbstvorwürfe.

7 Schlußfolgerungen

Wenn es sich auch in dieser Pilot-Studie um eine sehr kleine Stichprobe handelt, so stützen die Ergebnisse doch

einige Annahmen, die sich aus dem entwicklungspsychopathologischen Modell früher Schlafstörungen ergeben. Wenn Durchschlafprobleme bei einjährigen Kindern verfestigt sind, so neigen die Mütter zu depressiver Grundstimmung, fühlen sich überfordert, zweifeln an ihrer Kompetenz als Mutter und haben weniger Zuversicht in ihre Fähigkeit, die Belastungssituation zu bewältigen. Andererseits zeigen sie keine generelle psychische Auffälligkeit oder Beziehungsstörung zum Kind, freuen sich an ihm ebenso wie andere Mütter, sind nicht überfürsorglich; auch wirken die Schlafprobleme nicht als Korrelat einer Partnerschaftskrise. Die Ergebnisse dürfen natürlich nicht vorschnell verallgemeinert werden, da sie sich lediglich auf Fragebogenerhebungen und eine kleine Stichprobe beziehen.

In ihrer Tendenz sprechen die Daten jedenfalls gegen die Hypothese einer generellen Störung der Eltern-Kind-Beziehung als Ursache der Schlafprobleme, wenn dies auch im Einzelfall einmal zutreffen kann. Klinisches Interview und videografierte freie Interaktion im Spiel zwischen Mutter und Kind, die bislang nicht differenziert ausgewertet wurden und für die leider auch keine Vergleichsdaten aus der Parallelgruppe vorliegen, bestätigen diese Aussage, soweit der klinische Eindruck ein solches Urteil erlaubt.

Im Vordergrund stehen die Gefühle der Überforderung und geringen Kontrolle über die Situation. Das verhaltenstherapeutische Vorgehen einer systematischen Reduzierung der Aufmerksamkeit stellt eben den erfolgversprechenden Weg dar, mit dem die Mütter Kontrolle über die Situation zurückgewinnen können und ihre aus dem Gefühl der Hilflosigkeit erwachsenden inkonsistenten Umgangsweisen nicht fortsetzen müssen. Die individuelle psychologische Beratung ist dabei einer schriftlichen Anleitung im Sinne eines Ratgebers oder Therapiemanuals oder einer Kurzberatung durch den Kinderarzt vorzuziehen. Denn nur sie bietet die Gewähr, die Zuversicht der Mutter so zu stärken, daß dieser Problemlöseversuch erfolgreich sein wird, auch wenn am Anfang die Belastung zuzunehmen scheint. Sie kann ihren Zweifeln entgegenwirken, damit „eine schlechte Mutter“ zu sein, die ihr Kind alleinläßt, und ihr stattdessen helfen, sich wieder als kompetent statt hilflos wahrnehmen zu können. Komplexere psychoder familientherapeutische Hilfen sind dann und nur dann angezeigt, wenn sich Anzeichen für schwere Beziehungsstörungen zum Kind oder Partnerschaftsprobleme finden, sie sind aber in den meisten Fällen von frühkindlichen Schlafstörungen nicht indiziert.

Summary

Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology and Results of a Pilot-Study

Sleep disorders are early childhood problems with a relatively high prevalence and persistence. An integrative concept is presented which conceptualizes sleep disorders as a result of early self-regulation problems in the infants and various but unsuccessful soothing strategies, parental

depressive mood, loss of feelings of self-efficacy and control. Experiences in behavioral therapy underline the importance of parental cognitive processes in coping with night-waking. Data from a pilot-study are presented which included 20 infants (7–24 months). Questionnaires show that the infants are perceived as more difficult, their mothers feel more stressed and depressed, less in control of the problem than a control group. Night-waking has a strong emotional negative valence. Implications for counseling are discussed.

Literatur

- ANDERS, T. & KEENER, M. (1985): Developmental course of nighttime sleep-wake patterns in full-term and premature infants during the first year of life. I. Sleep 8, 173–192. – BATES, J. (1979): Infant Characteristics Questionnaire (IQ). Bloomington: Indiana University. – BERNAL, J. (1973): Night-waking in infants during the first 14 months. Developmental Medicine and Child Neurology 15, 760–769. – BLURTON-JONES, N./FERREIRA, M./BROWN, M. (1978): The association between perinatal factors and later night waking. Developmental Medicine and Child Neurology 29, 427–434. – CHADEZ, L. & NURIUS, P. (1987): Stopping bedtime crying: Treating the child and the parents. Journal of Clinical Child Psychology 16, 212–217. – DOUGLAS, M. & RICHMAN, R. (1989): Mein Kind will nicht schlafen. Stuttgart: Fischer. – ENGFER, A. (1984): Entwicklung punitiver Mutter-Kind-Interaktionen im sozioökologischen Kontext. Arbeitsbericht. Institut für Psychologie, Universität München. – FERBER, R. (1987): The sleepless child. In: GUILLEMINAULT, C. (Ed.): Sleep and its disorders in children. New York: Raven Press, 141–163. – FRANCE, K. (1992): Behavior characteristics and security in sleep disturbed infants treated with extinction. Journal of Pediatric Psychology (in press). – FRANCE, K. & HUDSON, S. (1990): Behavior management of infant sleep disturbance. Journal of Applied Behavior Analysis 23, 91–98. – FRANCE, K./BLAMPIED, N. & WILKINSON, P. (1991): Treatment of infant sleep disturbance by trimiprazine in combination with extinction. Developmental and Behavioral Pediatrics 12, 308–314. – FRANK, R. & FREISLEDER, F. (1989): Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindesalter. Pädiatrie und Praxis 38, 241–246. – GIBAUD-WALLSTON, J. (1977): Self-esteem and situational stress: Factors related to sense of competence in new parents. Doctoral dissertation, Diss Abstracts Int. 39, 379 B. – JOHNSON, M. (1991): Infant and toddler sleep: A telephone survey of parents in one community. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 12, 108–114. – JONES, D. & VERDUYN, C. (1983): Behavioral management of sleep problems. Archives of Disease in Childhood 58, 442–444. – KATARIA, S./SWANSON, M. & TREVATHAN, G. (1986): Sleep disturbances in young children: Do they persist? American Journal of Diseases in Children 140, 299. – KEENER, M./ZEANAH, C. & ANDERS, T. (1988): Infant temperament, sleep organization, and nighttime parental interventions. Pediatrics 81, 762–771. – LARGO, R. & HUNZIKER, U. (1984): A developmental approach to the management of children with sleep disturbances in the first three years of life. European Journal of Pediatrics 142, 170–173. – LAWTON, C./FRANCE, K. & BLAMPIED, W. (1991): Treatment of infant sleep disturbance by graduated extinction. Child & Family Behavior Therapy 13, 39–56. – LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. – LOZOFF, B./WOLF, A. & DAVIS, N. (1985): Sleep problems seen in pediatric practice. Pediatrics 75, 477–484. – REICHERTS, M./SCHEDLE, A. & DIETHELM, K. (1989): Zum Umgang mit Belastungssituationen in der frühen Mutter-Kind-Interaktion. Universität Fribourg. – RICHMAN, N. (1981): A community survey of the characteristics of one to two year olds with sleep disruptions. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 20, 281–291. – RICHMAN, N./DOUGLAS, J./HUNT, H./LANSDOWN, R. & LEVEREM, R. (1985): Behavioural methods in the treatment of sleep disorders: A pilot study. Journal of Child Psychology and Psychiatry 26, 581–590. – RUSSELL, D. & CUTRONA, C. (1984): The provisions of social relationships and adaptation to stress. Paper presented at APA, Anaheim. – SCOTT, G. & RICHARDS, M. (1990): Night-waking in 1-year-old children in England. Child: care, health and development 16, 283–302. – SEYMOUR, F./BROCK, P./DURING, M. & POOLE, G. (1989): Reducing sleep disruptions in young children: Evaluation of therapist-guided and written information approaches: A brief report. Journal of Child Psychology and Psychiatry 30, 913–918. – STEINHAUSEN, H. (1988): Schlafstörungen im Kindesalter. Kinderarzt 19, 803–808. – WEISSBLUTH, M. (1987): Sleep and the colicky infant. In: GUILLEMINAULT, C. (Ed.): Sleep and its disorders in children. New York: Raven Press, 129–140. – ZUCKERMAN, B./STEVENSON, J. & BAILEY, V. (1987): Sleep problems in early childhood: Continuities, predictive factors, and behavioral correlates. Pediatrics 80, 664–671.
- Anschr. d. Verf.: Dr. Klaus Sarimski, Kinderzentrum München, Heighofstraße 63, 8000 München 70.