

SCHLAFSTÖRUNGEN IN DER FRÜHEN KINDHEIT: ENTSTEHUNG, DIAGNOSTIK, THERAPIE

SLEEP DISORDERS IN INFANCY: DEVELOPMENT, DIAGNOSTIC, THERAPY

Autoren: Marguerite Dunitz-Scheer, Markus Wilken, Alexandra Schein, Christian Popow & Peter Scheer (Entwicklungspsychologie, Univ. Osnabrück, D, Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz und Wien)

Kurzfassung: Schlafstörungen in der frühen Kindheit gehören zu den häufigsten Problemen zwischen Eltern und Kind, die in der pädiatrischen Praxis vorgestellt werden. Im folgenden Artikel sollen sowohl interkulturelle als auch interaktive Entwicklungsbedingungen aufgezeigt werden, die sich förderlich oder störend auf die Entwicklung der Schlafregulation auswirken können. Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie werden vorgestellt.

Diagnostik: Bei der Diagnostik frühkindlicher Schlafstörungen wird das multiaxiale Diagnoseschema ZTT-DC: 0-3 vorgestellt. Dieses ist speziell auf frühkindliche Entwicklungsstörungen im familiären Beziehungskontext ausgerichtet und gut evaluiert.

Therapie: Nach der Vorstellung der tiefenpsychologischen, ressourcenorientierten und verhaltenstherapeutischen Psychotherapie bei frühkindlichen Schlafstörungen, wird ein integratives Konzept vorgestellt. Dieses erlaubt ein multidimensionales und damit bedürfnisorientiertes Vorgehen bei frühkindlichen Schlafstörungen.

Abstract: This article describes intercultural and interactive factors of infantile sleep disorders, which foster or disturb the development of sleep regulation. Diagnostic and therapeutic skills are presented. The multiaxial system for diagnosis, ZTT-DC: 0-3 is introduced, specified and contrasted to other diagnostic skills. Common therapeutic techniques for example psychodynamic, behavioural, or systemic psychotherapy are well used with infants showing sleep disturbances. Thus, the authors developed an integrated concept of these therapies, which is presented, introducing a guide line for the paediatric practise.

Schlüsselwörter: Schlafstörung, frühe Kindheit, multiaxiale Diagnostik, integrative Therapie.

Key words: Sleep disturbance, interaction, multiaxial diagnosis, integrative therapy.

1.) Einleitung:

Frühkindliche Schlafstörungen gehören zu den häufigsten Störungen in der pädiatrischen Praxis. Etwa 30% aller Eltern beklagen sich über Schlafstörungen ihres Säuglings [1]. Man unterscheidet in diesem Zusammenhang Einschlaf- und Durchschlafstörungen [2]. Besteht die Schwierigkeit des Säuglings darin, nur mit elterlicher Begleitung in den Schlaf zu finden oder darin, dass das Einschlafen länger als 30 Minuten dauert, spricht man von einer Einschlafstörung [3, 4]. Von einer Durchschlafstörung spricht man, wenn der Schlaf des Säuglings durch häufiges Aufwachen unterbrochen und nicht wieder selbstregulierend fortgesetzt werden kann. Dies sind objektive Kriterien für eine wissenschaftliche Definition. In der klinischen Praxis gilt, dass jede Schlafstörung, unabhängig davon wie, wann und wie häufig sie auftritt, als Schlafstörung zu sehen ist, sobald sie von den in ihrem Schlaf gestörten Eltern als solche empfunden wird. Eine solche Störung bedarf immer einer therapeutischen Intervention, da die spontane Remissionsrate relativ gering ist, da sehr rasch komplexe kumulative und interaktionell getriggerte Eskalationen und „Teufelkreise“ entstehen.

Schlafstörungen im Säuglingsalter sind immer interaktive Störungen, d. h. durch die Störung des Schlafes des Säuglings wird der Schlaf der Eltern obligat mitgestört.

Dies bedingt eine Dynamik ähnlich der Henne - Ei Diskussion. Ob zuerst das Baby schlecht schläft, weil die Eltern angespannt sind oder zuerst die Eltern schlecht schlafen können, weil sie zu intensiv aufs Baby schauen, ist irrelevant. Faktum ist, die Eltern sind in den meisten Fällen viel rascher als das Kind in einer reaktiven Opferrolle. Sie sind die subjektiv Leidtragenden bei den Ritualen und Konflikten um die Einschlafszenerie und wegen der häufigen Unterbrechungen ihres Schlafes. Ist also die Schlafstörung Ursache für die fast zwingend folgende Interaktionsstörung oder eine primäre Interaktionsstörung Ursache der sekundären Schlafstörung, ist retrospektiv nicht zu unterscheiden.

Es bedarf auf jeden Fall einer Intervention auf der Ebene der Eltern - Kind Interaktion und auf der des Schlafes!

Schlafstörungen kommen nur in westlichen Sozialisationskontexten vor. Auf dem afrikanischen Kontinent sind frühkindliche Schlafstörungen weitgehend unbekannt. Auch im asiatischen Raum kommen sie in ländlichen Gebieten praktisch nicht vor. Hingegen finden sich solche Störungen häufiger in den Städten, in denen westliche Wert- und Verhaltensnormen übernommen wurden. In den Großstädten Indiens nehmen parallel dazu auch die Fälle pubertärer Magersucht zu!

2.) Interkulturelle Aspekte

Schlaf ist nicht nur ein interaktives, sondern auch ein kulturell geprägtes Phänomen. Jede Kultur hat ihre spezifischen Vorstellungen über Schlafdauer, Schlafarrangement und Schlafraumgestaltung. Diese sind an die jeweiligen kulturellen und ökologischen Gegebenheiten angepaßt, sodaß sich die jeweilige Vorstellung, was man als Schlafstörung bezeichnet, aus dem kulturellen Verständnis ableiten läßt. Im nordwesteuropäischen Kulturkreis besteht die normative Erwartung, daß ein Säugling möglichst früh im eigenen Bett bzw. im eigenen Zimmer durchschlafen soll. Dies wird von vielen Eltern und dem sozialen Umfeld wie Großeltern, Schwiegereltern, Nachbarn etc als anzustrebendes Entwicklungsziel formuliert. Frühe Autonomie in der gesamten Entwicklung also auch in der Schlafregulation ist die kulturelle Norm, Abweichungen werden als Störung definiert. Gemeinsames Schlafen oder auch Co - sleeping wird nur für kurze Perioden post partum oder bei Krankheit geduldet.

Im asiatischen oder zentralafrikanischen Raum wird das Schlafarrangement so gestaltet, daß Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern in engem Körperkontakt schlafen. Männer haben in vielen Häusern gesonderte Räume. Durchschlafen ist kein Entwicklungsziel. Vielmehr wird während der Nacht vermehrt gestillt, sodass der Säugling während der Nacht besser versorgt wird als am Tage, wenn die Frauen ihren täglichen Verrichtungen nachgehen. Das Co - sleeping ist die das häufigste Schlafarrangement da das Stillen so im Halbschlaf geschehen kann. Die dabei erlebte Atmosphäre von Zusammenhalt und Schutz repräsentiert und fördert ein engeres Sozialgefüge innerhalb der Großfamilie. Mit der Veränderung der sozioökonomischen Verhältnisse verändern sich

auf die Entwicklungsziele für die Nachgeborenen. Kultur wird daher nicht nur von regionaler Gemeinschaften sondern auch von psychosozialen Werten und Normen bestimmt.

Das frühe Ein- und Durchschlafen fördert die Autonomie des Säuglings. Langes Co - sleeping verstärkt die familiären Bindungen. Die kulturvergleichende Perspektive kann für das Verständnis von Schlafstörung einen wichtigen Beitrag leisten, da sie Licht auf Normen unserer Kultur wirft, die zu einer Störung der Schlafregulation beitragen [5].

3.) Entwicklung der Schlafregulation: 3.1.) Schlafrhythmik:

Der Säugling besitzt bei der Geburt einen eigenen Schlaf - Wachrhythmus. Dieser Rhythmus ist ultradian, das heißt nicht identisch mit dem Tag – Nacht - Wechsel. Der Säugling schläft in vielen kurzen Episoden während des Tages und der Nacht und zeigt im Vergleich zum Erwachsenen eine Umkehrung des REM/NONREM Musters (85% REM, 15% NONREM). Die Anpassung an das „adulte“ Muster findet nach den ersten 3-12 Lebensmonaten statt. Die Eltern versuchen ihren Säugling frühzeitig an den Tag Nacht Rhythmus zu gewöhnen. Das Ziel ist, tagsüber längere Wachperioden und nachts längeres Schlafen zu erreichen. Diese Anpassungsleistung des Säuglings sollte möglichst rasch vollzogen werden, da die Eltern sich sonst in ihrem Schlaf und in ihrer Autonomie gestört fühlen. Bis zum sechsten Lebensmonat reduziert sich so der Tagesschlaf und gleichzeitig etabliert sich der Nachtschlaf. Bis zum 12 Lebensmonat nimmt die Wachzeit tagsüber stetig zu, und eine Tag – Nacht - Rhythmik sollte sich langsam etabliert haben.

Die Schlafrhythmik hängt eng mit anderen Faktoren zusammen, z. B. mit dem Ernährungszyklus des Säuglings, dem angeborenen Biotypus und den massiven individuellen Unterschieden in der Schlafdauer, schließlich auch von der Fähigkeit des Säuglings zur Selbstregulation seiner Bedürfnisse. Die Schlafregulation geschieht dabei in einem interaktiven Prozess mit den primären Bezugspersonen. Die Regulation des Schlafes wird erlernt, sowohl von den Eltern die sich auf den Säugling einstellen, als auch vom Säugling der sich auf die Eltern einstellt. Nächtliches Aufwachen ist nicht die Ausnahme sondern die Norm. Der Säugling findet meist von selbst wieder in den Schlaf [6].

Dabei ist die Schlafrhythmik etwas sehr individuelles und damit nicht jede Abweichung von der Norm eine Störung. Es gibt Kinder, die mit sehr viel weniger Schlaf auskommen als

andere. Gerade Kinder, die ein sehr waches und lebhaftes Temperament haben schlafen meist später und kürzer, was für die Eltern sehr belastend sein kann. Auch das Schlafarrangement hat einen erheblichen Einfluß auf die Schlafrhythmik. Verschiedene Kinder brauchen verschiedene Umweltbedingungen, um in den Schlaf zu finden. Einige Kinder brauchen Ruhe und Abgeschlossenheit, andere Kinder schlafen einfach im Getümmel mit anderen Kindern beim Spielen ein. So findet bei der Etablierung der Schlafrhythmik auf der einen Seite ein starker Adaptationsprozess statt, auf der anderen Seite entwickeln Säuglinge ihre individuelle Schlafregulation was die Schlafmenge und -dauer sowie die Zeit des Schlafgehens betrifft.

3.2. Beziehungs- und interaktive Faktoren bei der Entwicklung der Schlafregulation

Die Umstellung vom Paar zur Familie oder von der Ein-Kind-Familie zur Familie mit Geschwistern bedarf der psychologischen Anpassung der Eltern [7]. Eltern und Kind müssen sich aufeinander einstellen. Im Kontakt zwischen Eltern und Kind wird eine Art und Weise des miteinander Umgehens gebildet. Die Beziehung bekommt Kontinuität, man spricht von Beziehungsqualität [8, 9].

Im Rahmen dieser Beziehung versuchen die Eltern ihre Entwicklungsvorstellungen umzusetzen. Im Bezug auf das Schlafen werden sie die räumliche Situation und das Einschlafritual so gestalten, wie es ihren Wünschen entspricht und damit einen Rahmen anbieten, in dem sich ihr Baby geborgen und sicher fühlen kann. Der Säugling nützt diesen Rahmen um seine Grenzen und Möglichkeiten zu sehen und sich darin zu bewegen. Je emotional positiver diese Grenzen gesteckt und je klarer diese definiert sind, desto einfacher ist es für den Säugling, sich daran zu orientieren und seine Eltern als positive Beziehungsgestalten zu erleben.

3.3. Auswirkungen von Schlafregulation auf den Säugling

Für den Säugling geht es bei der Entwicklung einer Schlafregulation um mehr als um Regelmäßigkeit beim Schlaf. Mit der Tag-Nacht Rhythmik entwickelt der Säugling ein strukturierendes Erleben der Zeit. Psychoemotional erlebt der Säugling, dass seine Bedürfnisse wahrgenommen werden und es zur Kompromißbildung zwischen seinen

Wünschen und denen seiner Eltern kommt. Es geht um das Erleben von Grenzen mit Konflikten und Kompromissen. Die Kompromisse geben das Gefühl von Akzeptanz und Annahme, sie sind die wichtigste Voraussetzung zur Etablierung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind.

Der Schlaf hat auch wichtige Funktionen für die physiologische Entwicklung. Bei ständigem Schlafentzug sinkt die zerebrale Erregungsschwelle, es kommt zur Auslösung epileptogener Krampfanfälle. Ebenso kann es auch bei ausreichendem Nahrungsangebot zu schlafentzugsbedingten Gedeihproblemen kommen.

4.) Schlafstörungen

Der Schlaf des Säuglings hat in unserem Kulturkreis eine starke Bedeutung gewonnen. Wegen des hohen Erwartungsdrucks kann es leichter zu aktivem Widerstand, Kränkung sowie interaktionellen und psychischen Problemen und Konflikten kommen. Häufige Auslöser von Schlafstörungen sind:

Entwicklungsprobleme oder Erkrankungen des Kindes: Die Schlafstörung kann Ausdruck einer zugrunde liegenden Entwicklungsproblematik oder einer intermittierenden Erkrankung des Kindes sein. So zeigen viele Kinder mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (z.B. frühkindlicher Autismus) ein ungewöhnliches Schlafverhalten. Der Schlaf ist verkürzt, die Position des Schlafenden ist ungewöhnlich (z.B. im Sitzen, mit nach oben gestreckten Beinen). Das Schlafverhalten kann abnorm sein, z.B. lautes Schreien im Schlaf, Hinundherwerfen des Kopfes, ohne aufzuwachen. Schlafstörungen können auch Folge einer banalen kindlichen Erkrankung sein, z.B. eines fieberhaften Infekts oder einer Mittelohrentzündung.

Probleme bei der Interpretation der Signale des Kindes: Bei Schlafproblemen handelt es sich um Probleme der Mikroregulation der Bedürfnisse des Säuglings. Auf das Signal bei nächtlichem Aufwachen findet teilweise ein Überangebot an Interventionen durch die Eltern statt, d.h. die Eltern machen zu viel, zu hektisch, so dass der Säugling statt einzuschlafen letztlich aufwacht. Sind die Regulationsversuche der Eltern verstörend oder nicht beruhigend, bleibt der Schlaf des Säuglings oberflächlich und störrisch.

Unsicherheit der Eltern: Vielen Eltern ist vor und bei der Geburt ihres Kindes nicht klar, was auf sie zukommt. Sie informieren sich umfassend über die zu erwartende

Entwicklung ihres Säuglings. Dabei bleiben ihnen oft nur die Normwerte etwa für Schlafmenge oder Wachstum [10] im Gedächtnis. Der Säugling entwickelt sich in den seltensten Fällen entsprechend diesen Normen. Durch manche Ratgeber wird bei Eltern die Vorstellung geweckt, dass Abweichungen des Kind von diesen Normen eine Entwicklungsstörung bedeutet. Die Verunsicherung der Eltern wird so mit jeder Abweichung größer.

Elterliche Ängste: Gerade Ängste im Bezug auf das Überleben des Säuglings wirken sich verstärkend auf Schlafstörungen aus. Die Eltern schauen teilweise mehrmals nachts nach, ob ihr Säugling noch am Leben ist, eine irrationale Angst lastet auf ihnen, dass ihr Kind des Nachts sterben könnte [11]. Sogenannte "Ghosts in the nursery" oder "Gespenster im Kinderzimmer" lasten auf ihrer Elternschaft [12]. Die eigene Geschichte der Eltern mischt sich mit der realen Interaktion zwischen Eltern und Kind.

Beziehungsprobleme zwischen den Eltern: Das Kind kann auf Konflikte der Eltern mit erhöhter Erregung reagieren. Säuglinge sind sehr sensibel für Signale, die zwischen den primären Bezugspersonen ausgetauscht werden. Gerade ein verdeckter Paarkonflikt wird vom Säugling als störend wahrgenommen, die Versuche ihn zu beruhigen scheitern an der inneren Spannung des Paares [13]. Des weiteren kann der Säugling als Puffer gerade im elterlichen Bett gebraucht werden, damit es zu keinen sexuellen Kontakten kommt. In der praktischen Arbeit erleben wir kaum ein Kind mit Schlafstörungen, dessen Eltern nicht auch über Paarprobleme berichten.

Diese Faktoren können einzeln oder gemeinsam auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind einwirken. Meist liegt eine Konstellation verschiedener ungünstiger Faktoren vor. Einige Faktoren können weitere Probleme nach sich ziehen. So können Persönlichkeitsprobleme der Eltern zu Beziehungsproblemen führen, Entwicklungsprobleme des Kindes können zu Beziehungsproblemen führen und umgekehrt. Eine einfache Zuordnung ist nicht möglich, daher bedarf es einer mehrdimensionalen Diagnostik.

5.) Diagnostik

Die Diagnostik bei Schlafstörungen muss alle pathogenen (Krankheitsmachenden) und salutogenen (gesundheitsförderlichen) Faktoren evaluieren und bei der Gestaltung der Interventionen mit einbeziehen. Dabei ist zu beachten, dass jede Form der Diagnostik bereits eine Form der Intervention darstellt. So könnte aus der einfachen Frage, ob die Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat, eine implizite Schuldzuweisung herausgehört werden. Bei der Erhebung bedarf es daher größtmöglicher Transparenz. Eltern sind bei starkem Schlafentzug belastet und übersensibel, sie brauchen das Gefühl von Wertschätzung.

5.1.) Organdiagnostik

Eine eingehende und gründliche Untersuchung des Kleinkindes steht am Anfang jeder Diagnostik. Sie dient dem Arzt und den Eltern dazu, sich zu versichern, dass es sich um die häufigste, interaktionell getriggerte Schlafstörung handelt und nicht um:

- *nächtliche Schmerzen, z.B. bei Otitis, Sinusitis, Infekt

- *nächtliches Jucken, z.B. bei Skabies, Ekzem, Neurodermitis

- *Kolikern, z.B. bei Nahrungsmittelunverträglichkeit, Obstipation

- *nächtliches Aufkommen durch Epilepsie, z.B. Aufwachepilepsie (postiktaler Dämmer Schlaf), Enzephalopathien.

- *zerebrale Raumforderungen

Alle hier beispielhaft geschilderten somatopsychischen Ursachen zeigen eine deutliche Prozessualität, d.h. der Symptomverlauf ist charakteristisch. Das Kind wird zunehmend tagsüber auch deutlich krank und zeigt beobachtbare Symptome. Eine Schädelsonographie im 1. Lebensjahr sollte unbedingt erfolgen, die EEG-Untersuchung ist außer bei der seltenen Hypsarrythmie beim BNS-Anfallsleiden in den ersten 2 Lebensjahren meist nicht pathologisch. Eine Aktometrie, ein Messgerät in der Größe einer Swatch Uhr, das dem Kind über eine Woche auf das Handgelenk gegeben wird, ermöglicht eine hervorragende, nicht invasive und leicht durchzuführende Objektivierung. Dabei werden Beschleunigungsbewegungen registriert, sodass jedes Aufwachen aus dem Schlaf mit Bewegungen erfaßt wird.

Da für Schlafstörungen selten ein einzelner Faktor als Auslöser festzumachen ist, muss die Diagnostik multikausal angelegt sein. Ein Diagnosesystem, welches gerade für Störungen

im Alter von 0-3 Jahren entwickelt wurde und multikausale Diagnosen zulässt, ist das multiachiale ZTT-DC: 0-3 [14]. Zur Diagnostik in der frühen Kindheit hat sich dieses System bei verschiedenen Störungsmustern bewährt [15]. Das System wurde analog zum DSM IV entwickelt und an die frühkindliche Situation adaptiert. Es beschreibt Störungen auf fünf Achsen, die folgende Entwicklungsbereiche erfassen:

5.2.) Multiachiale psychodynamische Diagnostik: ZTT-DC: 0-3

Achse 1: Primäre psychiatrische Diagnose: Im Falle von Schlafstörungen würde man die Diagnose Schlafverhaltensstörung (Code: 500) zuordnen, wenn:

1. die Schlafstörung das einzige geschilderte Problem des Säuglings ist und...
2. keine begleitende sensorische Regulations- oder Verarbeitungsstörung vorliegt.

Von einer Schlafstörung sollte nicht gesprochen werden, wenn sich eine alternative Diagnose nicht ausschließen lässt, z.B. Posttraumatische Stresstörung (Code: 100), Anpassungsstörung (Code: 300) Multisystemische Entwicklungsstörung (Code: 700) oder Regulationsstörung (Code 400) .

Achse 2 Klassifikation der Beziehungsstörung: Der Beziehung und Interaktion kommt im Zusammenhang mit Schlafstörungen eine besondere Bedeutung zu. Die Beziehung wird nach der Intensität des „involvement“ zwischen Eltern und Kind beurteilt. Dies besagt, inwiefern die Kommunikation zwischen Eltern und Kind altersgemäß und entwicklungsfördernd ist. Die Parent-Infant-Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS), beschreibt die Intensität, in der die Beziehung gestört sein kann. Die Skala reicht von 90 (balanciert, ausgeglichen) bis 10 (massiv und extrem beeinträchtigt). Ab einem PIR-GAS Wert von 60 spricht man von einer beeinträchtigten, ab einem Wert von unter 40 von einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung. Eine Eltern-Kind-Beziehung wird dann als gestört klassifiziert, wenn bei Beibehaltung der Beziehungssituation eine irreversible Schädigung des Entwicklungspotentials einer oder beider Beziehungspartner erwartet werden muss.

Achse 3: Medizinische Probleme, Entwicklungsstörungen und Krankheiten: Auf der Achse 3 werden alle organischen, medizinischen und neurologischen, das sind die körperlichen Symptome, festgehalten, die nach einem anerkannten diagnostischen Klassifikationssystem wie der ICD-10 benannt werden.

Achse 4: Psychosoziale Belastungsfaktoren: Diese Skala dient dazu, das Ausmaß an psychosozialen Stress, der auf den Säugling einwirkt, abzuschätzen. Psychosozialer Stress kann direkt vorkommen, in Form von Trennung, Misshandlung, aber auch in Form von Krankenhausaufenthalt oder indirekt z.B. bei Scheidung der Eltern, Emigration. Des Weiteren kann Stress akut oder chronisch auf das Kind einwirken. Die Einschätzung des Stressors hängt von der Intensität der Stressoren, dem Entwicklungsstand des Kindes und der Verfügbarkeit protektiver Faktoren ab. Die Einschätzung geschieht auf einer 7 Punkte Skala.

Achse 5: Funktionell emotionales Entwicklungsniveau: Die Art und Weise, in der ein Kind seine Erfahrungen internalisiert und organisiert, steht im Mittelpunkt dieser Skala. Dabei wird der Entwicklungsstand mit dem erwarteten Niveau abgeglichen. Je nach dem, inwieweit der Säugling dieses erreicht, wird dann von 1 "Hat das erwartete Niveau voll erreicht" bis 6 "Erreicht diese Stufe noch gar nicht" bewertet.

5.3.) Interaktionsdiagnostik:

Die Interaktionsdiagnostik ist unverzichtbarer Bestandteil der Schlafstörungsdiagnostik [2]. Die Interaktionsqualität stellt auch einen der primären Ansätze für die späteren Interventionen und die Therapie dar [16]. Dabei sollte, wenn möglich, von den Eltern ein Schlafvideo erstellt und eine Spielinteraktion gefilmt werden. Die Evaluation erfolgt anhand der Achse 2 des ZTT-DC: 0-3. Diese ist leicht erlernbar und erreicht auch nach kurzem Training gute face-validity.

5.4.) Das Schlaftagebuch, eine verhaltensdiagnostische Aufforderung:

Die Eltern werden gebeten, täglich Protokoll zu führen über Dauer des Einschlafens, Schlafdauer, Unterbrechungen und wo geschlafen wird,. Das Schlaftagebuch kann nach den Bedürfnissen der Eltern frei gestaltet werden [17]. Meist kommen die Eltern mit der Vorstellung, ihr Kind würde nachts nie schlafen und wäre die meiste Zeit wach. Häufig ist dies nicht der Fall, sodass das Tagebuch häufig bereits das Gefühl einer Verbesserung bewirkt. Das Schlaftagebuch sollte von der Erstkonsultation bis zum Ende der Therapie geführt werden, um eine Verlaufsdokumentation zu erstellen. Das Schlaftagebuch sollte gemeinsam mit den Eltern besprochen werden. Sollte sich die Symptomatik wieder verstärken, sollte nach Begleitumständen gefragt werden, die meist an konkrete Ereignisse gekoppelt sind.

5.5.) Diagnostik mit den Eltern

Die Eltern sind Teil des therapeutischen und diagnostischen Prozesses. Wenn die Eltern zur Beratung kommen, sind sie aufgrund der Schlafstörung ihres Säuglings extrem belastet. Schlafentzug kann zu starken Dekompensationserscheinungen wie psychotische oder depressive Episoden führen. Dies kann für das Kind äußerst bedrohlich werden, da äußerstes Misshandlungsrisiko besteht. Es bedarf einer äußerst feinfühligem Anamnese mit den Eltern, um die aktuelle Belastung abzuschätzen. Ein Instrument, welches sich in der klinischen Praxis sehr bewährt hat, ist das "Working Modell of the Child Interview", welches von Zeanah und Mitarbeitern entwickelt wurde und mittlerweile gut evaluiert ist [18, 19]. Es erfasst die Vorstellung, die Eltern sich über ihr Kind machen, mit den Wünschen, Phantasien und realen Erlebnissen. Es gibt Auskunft über den Rahmen der Entwicklungsvorstellungen, in dem die Eltern und ihr Säugling sich bewegen.

Für die Diagnostik läßt sich abschließend sagen, dass verschiedene Verfahren ergänzend zum Einsatz kommen können. Das ZTT-DC:0-3 hat den Vorteil, auf fünf Achsen alle Befunde zusammenfassen und auch für die Eltern verständlich darstellen zu können. Das Schlaftagebuch gibt Auskunft über den aktuellen Stand und das Veränderungsprofil bei Eltern und Kind.

Die Diagnostik gibt die Leitlinie für die therapeutischen Interventionen vor. Angesetzt werden sollte zunächst auf der am stärksten betroffenen Achse. Z. B. kann die Schlafstörung Folge von auf die Eltern wirkenden chronischen, psychosozialen Belastungen sein, so dass eine Intervention zunächst auf dieser Ebene angesiedelt werden sollte. Man kann also zunächst von einer klienten- oder bedürfnisorientierten Intervention ausgehen.

6.) Zur Therapie

In der Therapie frühkindlicher Störungen werden zumeist drei Ansätze vorgestellt: der tiefenpsychologische [20, 21], der verhaltenstherapeutische [22] und der interaktionszentrierte [23]. Diese Ansätze unterscheiden sich durch die Vorstellung von Pathogenese und Salutogenese, und in der Vorstellung über Diagnostik und Therapie. In mehreren Studien zur Effektivität des tiefenpsychologischen und des interaktionszentrierten Ansatzes haben beide Ansätze sich im gleichen Maße als sehr

effektiv erwiesen [23]. An diese Erkenntnis anschließend wurde von den Autoren ein integratives Vorgehen entwickelt, in dem tiefenpsychologische, interaktionszentrierte und verhaltensorientierte Elemente miteinander kombiniert werden. In der klinischen Praxis wurden sehr gute Erfahrungen mit dieser Kombination gemacht, eine wissenschaftliche Effektivitätsprüfung steht allerdings noch aus.

6.1.) Der tiefenpsychologisch orientierte Ansatz

Die tiefenpsychologische Psychotherapie hat sich als erste mit frühkindlichen Problemen auseinandergesetzt und Therapieansätze entwickelt [12, 24-26]. Zur Störung kommt es, wenn Erzieher, meist die Eltern und Verwandte, in frühester Kindheit durch ihre eigene Geschichte emotional derart verstrickt sind, dass sie die Eigenheiten des Kindes vernachlässigen. Dem Kind werden die Affekte und Phantasien der Bezugsperson, meist der Mutter, zugeschrieben, man spricht von Projektion und projektiver Identifikation. Darauf reagieren die Kinder teilweise mit Störungen in ihrem Verhalten beziehungsweise mit Krankheiten. Die Therapie besteht in einer Klärung, im „Aussortieren“ dieser Gefühle und Verhalten, wodurch jedem sein Anteil, in einer seinem derzeitigen Entwicklungsstand gemäßen Weise zugänglich gemacht wird.

Das therapeutische Vorgehen besteht aus dem Gespräch zwischen den Eltern und TherapeutIn - wobei die Eltern ihre Gedanken und Gefühle bezüglich des Säuglings äußern. Hier kommen auch Phantasien zur Sprache, die auf die Interaktion Einfluss nehmen, die allerdings nicht primär in der Beziehung zum Säugling begründet liegen, sondern in einer anderen Beziehung entstanden sind [26]. Themen die häufig in einem solchen Kontext anzutreffen sind, haben viel mit mütterlicher Angst und der Transformation ihrer Identität von der Frau zur Mutter zu tun. So kann das Gefühl, Autonomie aufgeben zu müssen, oder die Beziehung zum Partner neu definieren zu müssen, konflikthaft wirken. Aber auch eigene Interaktionserfahrungen als Säugling können hier Einfluss nehmen, so z.B. die Erinnerung, die eigene Mutter habe nie oder ständig geschaut, ob sie schlafe. Der Vater und die Paardynamik erhalten mit der Forschung um die frühe Triangulierung ein stärkeres Gewicht, so dass der Vater häufiger in die Therapie mit einbezogen wird. Der tiefenpsychologische Zugang kann als effektiv im Umgang mit Schlafstörungen betrachtet

werden, da es sich um ein verstehendes Verfahren handelt, welches Spannungspotentiale, wie etwa intraindividuelle Konflikte, gut ergründen kann.

6.2.) Der interaktionszentrierte Ansatz

Der lösungs- bzw. interaktionszentrierte Ansatz wurde von A. McDonough in die Psychotherapie von Säuglingen und Eltern eingeführt [23]. Er beruht auf einem systemischen Therapieverständnis [29-31]. Dabei wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass derjenige, der die Kompetenz hat, ein Symptom, in diesem Falle die Schlafstörung, zu entwickeln, auch Wege aus der Störung findet, nötigenfalls mit Hilfe von Unterstützung. In der Arbeit mit Säuglingen wird mit der Mutter gemeinsam versucht, gelungene Interaktionen und Situationen zu finden und diese dann zu festigen. Als Mittel zur Spiegelung positiven Verhaltens dienen videographierte Interaktionssequenzen, die der Therapeut und die Eltern gemeinsam anschauen und diskutieren. Die TherapeutIn macht sich dabei auf die Suche nach positiven Verhaltensweisen und legt besonderes Augenmerk auf diese Situationen, indem er/sie fragt, was die Eltern in dieser Situation empfunden haben und was sie bräuchten, um häufiger solche Interaktionen zu gestalten. Dabei können auch konfliktreiche Themen wie Paar- oder Identitätsprobleme angesprochen werden. Die Ätiologie der Schlafstörung hat bei diesem Ansatz eine sehr untergeordnete Rolle. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass man nicht wissen muss, wie ein Schloss aufgebaut ist, um den richtigen Schlüssel zu finden und die Tür zu öffnen [29]. Dieser Ansatz hat sich bei Schlafstörungen ebenfalls sehr bewährt und stellt den zweiten wichtigen Ansatz in der Therapie frühkindlicher Regulationsstörungen im Rahmen der internationalen Literatur dar [32].

6.3.) Der verhaltenstherapeutische Zugang

Der verhaltenstherapeutische Ansatz setzt am konkreten Symptomverhalten des Kindes an. Der Säugling soll lernen, sich so zu verhalten, dass sein Verhalten nicht als Störung erlebt wird. Dabei wird angenommen, dass es sich bei einer Verhaltensstörung um eine erworbene schlechte Eigenschaft handelt, die genauso auch wieder abgewöhnt werden kann [33]. Im behavioristischen Ansatz werden die Eltern instruiert, bestimmte Verhaltensweisen zu zeigen die ein eigenständiges Einschlafen unterstützen. Die erste

Methode bestand ursprünglich darin, den Eltern zu empfehlen, das Schreien des Säuglings zu ignorieren. Dies wurde von vielen Eltern abgelehnt. Daraufhin wurde die "Checking"-Methode empfohlen [34]: die Eltern legen den Säugling dann ins Bett, wenn sie denken, er ist müde. Wenn der Säugling schreit oder protestiert, warten sie ca. fünf Minuten, bis sie wieder zurückkehren und dem Säugling versichern, dass sie ohnehin da sind. Dann verlassen sie das Zimmer wieder und kehren nach fünf Minuten wieder zurück, so lange, bis der Säugling einschläft. Im Grunde geht es bei dieser Intervention darum, die Eltern davon abzuhalten, zu viel zu intervenieren, was auch innerhalb weniger Tage zum erwünschten Ergebnis führen kann [22]. Eine weitere pädiatrisch-verhaltensorientierte Vorgehensweise besteht darin, Eltern das Gefühl der Kontrolle über die Schlafprobleme ihres Kindes zu geben. Dieses geschieht über externe Messmethoden, wie das bereits beschriebene Schlaftagebuch, mittels Aktometrie (siehe Diagnostik). Die Eltern fühlen sich mit ihren Sorgen ernst genommen und haben das Gefühl, Hilfe zu erhalten. Dem Kontrollverlust bei Schlafstörungen, den die Eltern erleben und der Teil des Erschöpfungszustandes ist, wird so durch externe Kontrolle begegnet.

6.4.) Integrative, nicht orthodoxe Ansätze:

Unsere klinische Erfahrung zeigt, dass mit der Integration verschiedener Elemente therapeutischer Ansätze sehr gute Therapieergebnisse erzielt werden können [35]. Auch wenn den Ansätzen verschiedene Pathogenesemodelle zugrunde liegen, schließen sie sich nicht gegenseitig aus. Vielmehr bieten verschiedene Modelle verschiedene Interventionen für die verschiedenen Stadien der Therapie und die sich verändernden Bedürfnisse von Eltern und Kind an. Häufig lässt sich durch Befragen feststellen, wie sich die Eltern eine Intervention vorstellen. Daraufhin lassen sich klientenzentriert angemessene Interventionen abstimmen.

So kann es gerade am Anfang einer Therapie besonders sinnvoll sein, viel Struktur anzubieten, d.h. direkte Anweisungen. So sagen wir den Eltern meist: "Wenn ihr Kind ruht legen sie sich auch hin, unabhängig von der Tageszeit. Lassen sie die Verrichtungen des Haushalts liegen. Sie müssen nicht schlafen, nur ruhig liegen, damit sie wieder zu Kräften kommen." Hier können auch die beschriebenen strukturierenden Diagnostika als Intervention eingesetzt werden. Die Eltern erlangen so langsam wieder die Kontrolle über

die Situation und sind offener für tiefgehende Interventionen. In dieser Phase können Eltern anhand des Video-Feedback ihr Verhalten neu gestalten und die Interaktion wieder freudvoller gestalten. Als letzten Schritt kann die Aufarbeitung der Geschichte der Schlafstörungen betrachtet werden. Welche Beziehungsthematik steckt in der Störung des Kindes? Warum diese Störung zu diesem Zeitpunkt? Aus diesen Themen kann eine Neuorientierung der Beziehungsgestaltung entstehen, die weit über die Störung hinausgeht.

Wichtig bei einem integrativen Vorgehen ist, dass man nur solche Interventionen einsetzt, bei denen man sich selbst sicher fühlt. Bestehen Ambivalenzen der einen oder anderen Art des Intervenierens gegenüber, sollten diese Interventionen nicht angewandt werden. Psychotherapie ist auf die Kongruenz des Therapeuten angewiesen. Arbeitet der Therapeut nicht im Einklang mit sich selbst, sind Störungen des therapeutischen Prozesses die Folge, sodaß das Therapie letztlich an diesen Problemen scheitern kann.

7.) Praktische Leitlinien für den Arzt

Nachdem die Schlafstörung und die verschiedenen Formen der Diagnostik und Therapie beschrieben worden sind, bedarf es einer Zusammenfassung für den niedergelassenen Pädiater. In manchen Fällen verfügt er über eine psychotherapeutische Zusatzausbildung, nicht selten jedoch fühlt er sich teilweise unsicher im Umgang mit diesem Störungsmuster. Trotzdem bedarf es eines raschen Handelns. Schlafstörungen wachsen sich selten aus, sie können sich zu massiven Verhaltensstörungen auf anderen Ebenen entwickeln und zu Eltern - Kind - Beziehungsstörungen führen.

Wenn Eltern mit dem Problem einer Schlafstörung ihres Kindes zum Kinderarzt kommen, präsentiert sich oft ein scheinbar völlig gesundes Kind mit zumeist verzweifelt und "hysterisch" wirkenden Eltern. Diesen obliegt bei nicht organischen Störungen die Beweislast, sie haben den Druck, dem Arzt transparent zu machen, wie sich diese Störung auswirkt. Der Arzt muss sich allein auf die Beschreibung der Eltern verlassen und die Eltern darauf, dass der Arzt sie versteht und ihnen glaubt. Der Arzt soll also ein zunächst unauffälliges Kind diagnostizieren und behandeln.

Vorgebeugt kann dieser Erstvorstellungssituation werden, indem die Eltern bereits bei der telefonischen Terminvereinbarung gebeten werden, ein "Heim-Video" in den Nächten bis

zum vereinbarten Termin herzustellen. Dieses liefert dem Kinderarzt nonverbale Informationen über Umfeld, Umgang mit dem Symptom sowie eine erste Einschätzung der Interaktionsstörung.

Ohne Videodokumentation fällt dem Pädiater die schwere Aufgabe zu, eine Behandlung bei sehr geschwächten und labilen Eltern zunächst ohne beobachtetes bzw. beobachtbares Symptom aufzubauen,. Als erste Krisenintervention ist es hilfreich, den Grad der Gefährdung des Kindes durch die drohende psychische Dekompensation der Eltern einzuschätzen. Nicht selten werden Kinder bei psychischer Dekompensation misshandelt. Ist eine akute Gefährdung gegeben, so gilt es, das Kind rasch in eine spezialisierte Klinik einzuweisen und den Eltern die Möglichkeit zum Schlafen zu geben, sei es zu Hause oder in einem vom Kind getrennten Krankenhauszimmer.

Die Empfindlichkeit der Eltern ist dabei sehr unterschiedlich und muss jedes Mal erneut eingeschätzt und erfragt werden. Ein weiteres Mal "nicht intervenieren" bedeutet Kinder und Eltern mit ihrem Schicksal allein zulassen und erhöht das Misshandlungsrisiko. Eine Überweisung an Spezialambulanzen für Eltern und Kleinkinder, die es in allen größeren Städten gibt (ausführliche Liste unter www.gaimh.de, www.kinderundjugendheilkunde.at oder bei den Autoren), kann unterstützend und hilfreich sein. Die Kontrolle über den Gesundheitszustand bleibt dabei in der Hand des Pädiaters als primärem Ansprechpartner.

8.) Literatur:

1. Sadeh, A & Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Ment Health J* 14: 17-34
2. Dunitz-Scheer M, Scheer PJ, Wilken M (1998) Interaktionelle Aspekte bei Schlafstörungen im frühen Kindesalter. *Päd: Praktische Pädiatrie* 4: 158 163
3. Minde K, Faucon A, Falner S (1994). Sleep problems in toddlers: effect of treatment on their daytime behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1144 1121.
4. Hofacker, N. v. (1998). Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehung. In: Klintzingen K v (eds). S. 50-71
5. Keller H, Eckensberger LH (1998) Kultur und d Entwicklung. Keller H (eds) *Lehrbuch Entwicklungspsychologie*. Huber, Bern S 57-95.

6. Anders TF, Halpern LF, Hua J (1992) Sleeping though the night: A developmental perspective. *Pediatrics*. 90: 554 560
7. Glogert-Tippelt G, Rapkowitz I, Freudenberg I, Maier S (1995). Veränderungen der Partnerschaft nach Geburt des ersten Kindes. *Psychologie Erziehung Unterricht* 42: 255-269
8. Sameroff AJ, Emde RN (1989). *Relationship disturbances in early childhood*. BasicBooks, NY
9. Großmann KE, et al (1997). Die Bindungstheorie. In: Keller H (eds) *Handbuch der Kleinkindforschung*. 2.Auflage. Huber, Bern. S 17-63.
10. Wilken M (2001). Frühkindliche Essproblematik und Frühgeburt: Entstehung, Therapie und Dialog. Vortrag am 31.3.2001 Frauenklinik Heidelberg
11. Brisch KH (1999) *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Klett-Cotta,
12. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V.(1975). Ghosts in nurserery: Psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *J Am Acad ChildAdol Psychiatry*14:387- 422
13. Wilken M (2000) Was bekommen Kinder mit wenn Eltern sich streiten. *Eltern* 34: 19
14. Zero To Three (1998) *Diagnostische Klassifikation 0-3: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingter Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Springer, Berlin
15. Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, Macari S (1996) *Psychiatric diagnosis in infancy: a comparison*. *Infant Ment Health J* 17: 12-24.
16. Dunitz-Scheer M, Scheer PJ, Dunitz-Scheer, NA (1997). *Interaktionsdiagnostik*. In: Keller H (eds), *Handbuch der Kleinkindforschung*. 2.Auflage. Bern, Huber. S.209-234.
17. Largo RH (1993) *Babyjahre: Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht*. Piper, München
18. Zeanah CH, Benoit D, Barton M (1987). *Working Model of the Child Interview*. Unpublished Manuscript, Brown University Boston
19. Benoit D, Zeanah CH, Parker KCH, Nicholson, E, Coolbear J (1997). "Working Modell of the Child Interview": Infant clinical status related to maternal perceptions. *Infant Ment Health J* 18: 107 121

20. Lebovici S (1990). Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker: die frühen Formen der Kommunikation. Klett, Stuttgart
21. Lieberman A, Pawl JH (1993) Infant-Parent Psychotherapy. In: Zeanah C (eds) S 427-443.
22. Kast-Zahn A, Morgenroth H (2000) Jedes Kind kann schlafen lernen. 9. Aufl. Oberstebrink, Rating
23. McDonough S (1993) Interaction Guidance: Understanding and Treating Early Infant-Caregiver Relationship Disturbances. In: Zeanah C H (eds) S 414-426
24. Robert-Tissot C, Cramer B, Stern DN, Rusconi Serpa S, Bachmann JP, Palocio-Espasa F et al. (1996). Outcome Evaluation in Brief Mother-Infant Psychotherapies: Report on 75 Cases Infant Ment Health J 17: 97-114
25. Stern, D N. (1998). Die Mutterschaftskonstellation. Klett-Cotta, Stuttgart
26. Stern-Bruschweiler, N. & Stern, D N. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in mother-infant therapies. Infant Ment Health J 10: 142-156
27. Mahler M, Pine F, Bergmann A (1980) Die psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt
28. Winnicott DW (1974) Reifungsbedingungen und förderliche Umwelt. U & S, München
29. Shazer ST de (1989). Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
30. Schlippe A v, Kriz J (1996). Kontexte für Veränderung schaffen systemische Perspektiven in der Praxis. Forschungsbericht Universität Osnabrück
31. Watzlawick P, Beavin JH, Fisch R (1974) Lösungen. Huber, Bern.
32. Zeanah, C H. (1993). Handbook of Infant Mental Health. Guilford Press, New York
33. Kanfer FH, Goldstein AP (1979). Möglichkeiten der Verhaltensänderung. U & S, München
34. Douglas J, Richman N (1982) Sleep management manual. Department of Psychological Medicine, Great Ormond Street Children's Hospital, London
35. Dunitz-Scheer M, Wilken M, Walch G, Schein A, Scheer PJ (2000) Wie kommen wir von der Sonde los?! Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter. Kinderkrankenschwester. 19: 448-456