

**Regulationsstörungen der frühen Kindheit:
Ein- und Durchschlafstörungen aus bindungstheoretischer
Perspektive**

Diplomarbeit im Fach Erziehungswissenschaften

vorgelegt für die Diplomprüfung von

Anke Heymans

geb. in Konstanz

Angefertigt bei PD Dr. Rüdiger Kießgen



UNIVERSITÄT ZU KÖLN

HUMANWISSENSCHAFTLICHE FAKULTÄT

DEPARTMENT HEILPÄDAGOGIK UND REHABILITATION

Köln, den 05.03.2009

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Einleitung	5
1 Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit	9
1.1 Begrifflichkeit und theoretische Einordnung	9
1.2 Manifestationsformen der frühkindlichen Regulationsstörungen	11
1.3 Die frühe Verhaltensregulation und ihre Störanfälligkeiten	11
1.3.1 Altersspezifische regulatorische Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben.....	11
1.3.2 Die Selbstregulation des Säuglings	12
1.3.3 Temperament und individuelle Ausprägungen der kindlichen Selbstregulation	14
1.3.4 Regulation in der dyadischen Interaktion und intuitive elterliche Kompetenzen	15
1.3.5 Belastungen und Störbarkeit der intuitiven elterlichen Kompetenzen	16
1.4 „Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen“ nach Papoušek.....	19
1.4.1 Teufelskreise negativer Gegenseitigkeit.....	19
1.4.2 Das Modell	20
1.4.3 Prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren	21
1.4.4 Symptomtrias und Schweregrade frühkindlicher Regulationsstörungen	22
2 Schlafregulation und Schlafentwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter	24
2.1 Die Schlafregulation aus primär physiologischer, reifungsbezogener Sicht.....	24
2.1.1 Schlafstadien und Schlafzyklen bei Säuglingen und Kleinkindern	24
2.1.2 Schlafhomöostase und zirkadianer Schlaf-Wach-Rhythmus.....	26
2.1.3 Entwicklung des Schlaf-Wach-Verhaltens bei Säuglingen und Kleinkindern	28
2.1.4 Pavor nocturnus und Angstträume	30

2.2	Soziale und kulturelle Aspekte der Schlafregulation.....	30
2.2.1	Gemeinsamer vs. getrennter Schlaf.....	31
2.2.2	Stillen und Fütterungspraktiken.....	33
2.2.3	Abendliche Abläufe und Einschlafrituale.....	34
2.2.4	Selbstgesteuerte Einschlafhilfen und Übergangsobjekte	35
3	Ein- und Durchschlafstörungen	38
3.1	Definitionen und klinisches Erscheinungsbild	38
3.1.1	Definitionen von Ein- und Durchschlafstörungen.....	38
3.1.2	Definition und Symptomtrias nach dem Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit.....	41
3.2	Prävalenz, Koinzidenz und Persistenz	43
3.2.1	Prävalenz	43
3.2.2	Koinzidenz.....	44
3.2.3	Verlauf/ Persistenz.....	44
3.3	Genese und Einflussfaktoren	45
3.3.1	Temperamentsmerkmale des Kindes.....	46
3.3.2	Organische und psychosoziale Risikofaktoren.....	46
3.3.3	Herausforderungen und Fehlanpassungen in der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben.....	47
3.3.4	Die Rolle der Einschlafhilfen	50
3.3.5	Ein- und Durchschlafstörungen im Zusammenhang einer persistierenden Regulationsstörung.....	53
4	Ein- und Durchschlafstörungen aus bindungstheoretischer Perspektive	55
4.1	Einführung in die Bindungstheorie	55
4.1.1	Anfänge der Bindungstheorie.....	55
4.1.2	Bindungsverhalten, Explorationsverhalten und Pflegeverhalten	57
4.1.3	Entwicklung von Bindungsverhaltensweisen und personenspezifischer Bindung.....	59
4.1.4	Innere Arbeitsmodelle und kindliche Bindungsmuster ...	59
4.1.5	Elterliche Arbeitsmodelle von Bindung	64
4.1.6	Bindungsmuster in unterschiedlichen kulturellen Kontexten.....	66
4.2	Schlaf als potentielle Situation zur Aktivierung des Bindungsverhaltens.....	67
4.2.1	Nächtliche Trennungs- und Verlassenheitsängste.....	69
4.2.2	Kindliche Phantasien, Ängste und Angstträume	70

4.3	Familie, Bindung und Lebensereignisse.....	71
4.3.1	Familie und bindungsrelevante Ereignisse	71
4.3.2	Exkurs: Psychodynamische Konstellationen der Eltern..	73
4.4	Studien zur Untersuchung kindlicher und mütterlicher Arbeitsmodelle von Bindung im Zusammenhang zu Ein- und Durchschlafstörungen.....	76
4.4.1	Bindungsmodelle der Mütter	77
4.4.2	Bindungsqualität des Kindes	80
4.4.3	Diskussion	96
5	Zusammenfassung.....	105
6	Literaturverzeichnis	107
7	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	114

Einleitung

Frühkindliche Regulationsstörungen, wie insbesondere Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen, zählen zu den häufigsten Gründen, weshalb Eltern mit ihren Säuglingen oder Kleinkindern die kinderärztliche Praxis aufsuchen. Selbst unter reif geborenen, körperlich gesunden Kindern, weist etwa jedes vierte bis fünfte Kind eines oder mehrere der genannten Störungsbilder auf (Papoušek, 2004, S. 79). Darüber hinaus bildet der kindliche Schlaf – einschließlich der Regulation der Übergänge vom Wach- in den Schlafzustand – denjenigen Verhaltensbereich, in dem im Säuglings und Kleinkindalter am weitaus häufigsten Probleme oder Störungen auftreten (Schieche, Rupprecht & Papoušek, 2004, S. 147-148; Wurmser & Papoušek, 2004, S. 56-57).

Ab einem Alter von etwa einem halben Jahr sind dies zumeist Ein- und Durchschlafschwierigkeiten. Wie im Verlauf dieser Arbeit weiter ausgeführt wird, benötigen diese Kinder zumeist intensive elterliche Unterstützung, um in den Schlaf zu finden, sowohl am Abend als auch nach einem nächtlichen Erwachen, während andere Kinder bereits gelernt haben, selbständig ein und weiter zu schlafen. Dabei kann die Schlafenszeit von Trennungsproblemen begleitet sein (Anders, 1994, S. 11-16; Largo, 2008, S. 194; Von Hofacker, Lehmkuhl, Resch, Papoušek, Barth & Jacubeit, 2007, S. 358). Die Kinder fangen beispielsweise an zu weinen, sobald sie von ihren Eltern zum Einschlafen zurückgelassen werden. Häufiges nächtliches Verlangen nach den Eltern, verbunden mit oft langwierigen elterlichen Beruhigungsversuchen, bringt die Eltern ihrerseits um ihren Schlaf. Diese Situation kann zu chronischer Erschöpfung und Verunsicherung der Eltern führen und sie an ihrer eigenen Kompetenz zweifeln lassen.

Wie kommt es zu diesen häufigen Schwierigkeiten der Säuglinge und Kleinkinder, nachts selbständig ein- und durchzuschlafen? Dies ist die zentrale Frage, der in dieser Arbeit nachgegangen werden soll. Ein besonderer Fokus wird dabei gesetzt: Was kann eine bindungstheoretische Betrachtung zur Erklärung dieser häufigen und oft lang anhaltenden Schwierigkeiten beitragen? Bindungsverhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern, die auf Nähesuche oder Kontakterhaltung ausgerichtet sind – wie beispielsweise Weinen, Rufen, Nachfolgen oder Festhalten bis hin zu

starkem Protestieren, wenn das Kind alleine gelassen wird, werden in der Bindungstheorie als evolutionsbiologisch verankertes Schutz und Überlebensmuster verstanden (Bowlby, 2003a, S. 59-61). Sie werden von Bowlby (2008) als Verhalten umschrieben, „das bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten wird“ (S. 21). Die Situation, dass Kinder alleine schlafen, ist historisch betrachtet eine relativ junge Entwicklung und keineswegs kulturübergreifender Standard (McKenna, 2000, S. 100-110; Sadeh & Anders, 1993, S. 22). In diesem Zusammenhang lässt sich die Frage aufwerfen, welche Bedeutung möglicherweise erhöhte nächtliche Nähebedürfnisse zu den Eltern bezüglich Genese und Verlauf von frühkindlichen Ein- und Durchschlafstörungen erhalten. Das Besondere einer bindungstheoretischen Betrachtung ist, dass insbesondere auch die Qualität der frühen Bindung des Kindes an seine primären Betreuungspersonen, wie sie aus alltäglichen Interaktionserfahrungen hervorgeht, in den Mittelpunkt rückt – es soll somit erarbeitet werden, ob nach derzeitigem Forschungsstand von einem Zusammenhang zwischen kindlicher Bindungsqualität und Ein- und Durchschlafstörungen ausgegangen werden kann.

Das Konzept der *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* gibt in dieser Arbeit den primären Bezugsrahmen zur Betrachtung von Ein- und Durchschlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter vor. Das erste Kapitel führt in Forschungshintergrund und Selbstverständnis dieses Konzeptes ein. Der Säugling reguliert sein Verhalten weitgehend über seine primären Bezugspersonen. Der Entwicklungskontext einer gelingenden oder aber entgleisenden vorsprachlichen Kommunikation zwischen Eltern und Kind steht somit im Zentrum der Genese frühkindlicher Regulationsstörungen.

Im zweiten Kapitel werden der kindliche Schlaf und seine Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter dargestellt. Schlaf ist ein natürlicher biologischer Vorgang. Seine Struktur und die Regulation der Schlaf-Wachzustände erfahren beim Säugling und Kleinkind rasche Veränderungen. Auf eine primär physiologische und reifungsbezogene Beschreibung des kindlichen Schlafes folgt eine kulturvergleichende Betrachtung der Schlafarrangements und Gestaltungsmöglichkeiten für den Übergang vom Wach- in den Schlafzustand. Soziale und kulturelle Einflüsse beeinflussen die Schlafregulation und

Schlafentwicklung sowie die Art und Weise wie kindlicher Schlaf von Eltern, Forschern oder beispielsweise Medizinern wahrgenommen wird.

Kapitel 3 gibt einen Überblick über Erscheinungsbild und gebräuchliche Definitionen von Ein- und Durchschlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Prävalenz und klinische Daten zu Koinzidenzen mit weiteren Manifestationsformen einer frühkindlichen Regulationsstörung, sowie zu Persistenz und charakteristischem Störungsverlauf werden aufgezeigt. Anknüpfend an das Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit werden Entstehungsbedingungen und mögliche aufrechterhaltende Einflussfaktoren beschrieben. Alters- oder phasentypische Entwicklungsthemen, die häufig im Zusammenhang zu Ein- und Durchschlafproblemen stehen, bilden ein weiteres Thema. Nicht selten haben die Schwierigkeiten bereits mit exzessivem Schreien und Problemen der Schlaf-Wach-Regulation im frühen Säuglingsalter begonnen. Damit einhergehende Entwicklungsdynamiken sollen beschrieben werden.

Der bindungsbezogene Aspekt wird in Kapitel 4 vertiefend behandelt. Nach einer allgemeinen Einführung in die Bindungstheorie wird der Frage nachgegangen, wie frühkindlicher Schlaf und Ein- und Durchschlafstörungen einerseits und die Regulation um Nähe-, Schutz- und Zuwendungsbedürfnisse andererseits ineinander greifen. In verschiedenen Entwicklungs- oder Störungskonzepten finden sich Verknüpfungen zwischen kindlicher Schlaf-Wach-Regulation und Bindungsthematiken, so wird beispielsweise von Anders (1994, S. 11-16) sowie Sadeh und Anders (1993, S. 28) die mit dem Schlaf verbundene Trennungs- und Wiedervereinigungsthematik hervorgehoben. Theoretische Abhandlungen sowie klinische Erfahrungen oder Datenerhebungen bilden hier zumeist die Grundlage. Nach ausführlicher Recherche und Sichtung stellte sich heraus, dass die Frage nach der Bedeutung der Qualität kindlicher und mütterlicher Arbeitsmodelle von Bindung für die Genese oder Aufrechterhaltung von Ein- und Durchschlafstörungen dabei bisweilen kaum behandelt oder nur unspezifisch angesprochen wird. Gleichwohl konnte eine Anzahl empirischer Studien ausfindig gemacht werden, die sich der Frage nach einem Zusammenhang zwischen kindlichen bzw. mütterlichen Arbeitsmodellen von Bindung und Ein- und Durchschlafstörungen gewidmet haben. Eine Übersicht dieser Studien und Diskussion der Ergebnisse bildet den abschließenden Schwerpunkt.

Diese Arbeit befasst sich mit der Genese der Ein- und Durchschlafstörungen und versucht, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu geben. Nicht behandelt werden Diagnose und Intervention dieser Störungen.

1 Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit

1.1 Begrifflichkeit und theoretische Einordnung

Das im Folgenden dargestellte Konzept der *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* wurde im Rahmen des klinischen Forschungsprogramms der „Forschungs- und Beratungsstelle Frühentwicklung und Kommunikation“ im Institut für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München durch Mechthild Papoušek und Mitarbeiter entwickelt. Es verbindet klinische Daten und Erfahrungen aus der „Münchner Sprechstunde für Schreibabys“, die 1991 im Rahmen der Forschungs- und Beratungsstelle als Spezialambulanz eingerichtet wurde, mit Ergebnissen und Konstrukten der verwandten interdisziplinären Forschungslandschaft (Papoušek, 2004, S. 78-80).

Die Bezeichnung Regulationsstörungen der Frühen Kindheit wurde als ein diagnostischer Oberbegriff eingeführt (Papoušek, 1998, S. 97-99). Er fasst eine Gruppe unterschiedlicher Störungsbilder (insbesondere Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen) zusammen, die trotz ihrer Heterogenität entscheidende Gemeinsamkeiten aufweisen und „aus entwicklungspathogenetischer Sicht eine dynamische Einheit mit unterschiedlichen Manifestationsformen darzustellen scheinen“ (Papoušek, 1998, S. 99). Mit der Sammelbezeichnung Regulationsstörungen wird dabei auf den wohl wichtigsten gemeinsamen Kontext der einzelnen Störungsbilder verwiesen, denn betroffen sind jeweils Anpassungs- und Entwicklungsbereiche, die in alltäglichen Interaktionen besondere Herausforderungen an die regulatorischen Fähigkeiten von Eltern und Kind stellen. Gleichzeitig ist der Begriff der Regulationsstörungen der frühen Kindheit „wertneutral, indem er weder das Kind noch die Eltern stigmatisiert, und offen, indem vermieden wird, dem Säugling und Kleinkind vorschnell eine psychiatrische Diagnose zuzuschreiben“ (Papoušek, 2004, S. 103). Papoušek (2008, S. 104) zufolge hat die Diagnose der frühkindlichen Regulationsstörungen im deutschsprachigen Raum zunehmende Zustimmung gefunden. Sie wurde in die diagnostischen und therapeutischen Leitlinien der „Deutschen Gesellschaft für Kinder- und

Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ aufgenommen (Von Hofacker et al., 2007).

Dort wird folgende Definition der Regulationsstörungen gegeben:

Unter **Regulationsstörung** wird eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem, häufig aber in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern, Zwiegespräch und Spiel, kurze Trennung, Grenzsetzung u. a.) angemessen zu regulieren. Regulationsstörungen äußern sich in alters- und entwicklungsphasentypischen kindlichen Symptomen [...] und bestehen typischerweise aus einer Kombination von gestörter Regulation des kindlichen Verhaltens, assoziierten elterlichen physischen und psychischen Belastungen sowie belasteten oder gestörten Interaktionen zwischen dem Säugling/Kleinkind und seinen primären Bezugspersonen (Symptomtrias). Regulationsstörungen können in spezifischen Beziehungskonstellationen mit bestimmten Bezugspersonen auftreten, mit anderen Bezugspersonen dagegen nicht. (Von Hofacker et al., 2007, S. 358)

Mit dieser Definition unterscheidet sich das Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit entscheidend von einer Diagnose der *Regulation Disorders of Sensory Processing*, wie sie im Klassifikationsmanual „Zero-to-Three“ (DC:0-3R; Zero to Three, 2005) enthalten ist. In diesem von einer amerikanischen Task Force aufgestellten Klassifikationsmanual für Kinder unter drei Jahren, sind Regulationsstörungen durch Auffälligkeiten der sensorischen Reizverarbeitung umschrieben, sie sind als kontext- und beziehungsübergreifend definiert. Auf eine konzeptuelle Abgrenzung wird von Seiten der deutschen Arbeitsgruppe ausdrücklich verwiesen (Papoušek, 2004, S. 104; Von Hofacker et al., 2007, S. 362).

Von besonderer Bedeutung für diese Arbeit ist die Frage, wie frühkindliche Regulationsstörungen entstehen und fortbestehen und wie sie sich auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Das Störungskonzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit setzt an einer entwicklungsorientierten, systemischen Sichtweise an (Papoušek, 2008, S. 104). Es sucht dem Anspruch gerecht zu werden, einseitige Ursachenzuschreibungen zu vermeiden und vielmehr eine Forschungsperspektive zu bieten, die „das Zusammenspiel kindlicher und elterlicher Faktoren im systemischen Kontext der Eltern-Kind Beziehung erfasst und den Fokus auf die Dynamik und Prozesse der Entwicklung lenkt“ (Papoušek, 2008, S. 105). Vorgeschlagen wird ein „Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen“ (Papoušek, 2004), das in Kapitel 1.4 vorgestellt werden soll.

Einschränkend weist Papoušek (2004, S 102) jedoch darauf hin, dass bisweilen offen bleibe, ob und wie weit einem Teil der Manifestationsformen eine womöglich gemeinsame neurobiologisch identifizierbare Ätiologie zugrunde liege.

1.2 Manifestationsformen der frühkindlichen Regulationsstörungen

Zu den häufigen Manifestationsformen der Regulationsstörungen der frühen Kindheit gehören *exzessives Schreien* und *Probleme der Schlaf-Wach-Regulation* im frühen Säuglingsalter, *dysphorische Unruhe*, *Fütter- und Schlafstörungen*¹, sowie Probleme der emotionalen Verhaltensregulation im späteren Säuglings- und Kleinkindalter, wie beispielsweise *exzessives Klammern*, *exzessives Trotzen* und *aggressives/oppositionelles Verhalten* (Wurmser & Papoušek, 2004, S. 56-57).

Kennzeichnend für die verschiedenen Manifestationsformen ist, dass sie in der Regel zeitgebunden in Zusammenhang mit spezifischen alters- und phasentypischen Anpassungs- oder Entwicklungsaufgaben in Erscheinung treten (vgl. Kapitel 1.3.1), dann aber häufig darüber hinaus persistieren. Sie stellen so gesehen Extremvarianten normaler Phänomene der Entwicklung dar, die als „ganz normale Krisen“ zum Erziehungsalltag jeder Familie gehören (Largo & Benz-Castellano, 2004; Von Hofacker et al., 2007, S. 357). In ihrem Krankheitswert sind sie nach Papoušek (2008) als „kritische Belastung und Risikofaktor für die Eltern-Kind Beziehung“ (S. 105) jedoch nicht zu unterschätzen, zumal die einzelnen Störungsformen vielfach kombiniert vorkommen, sich auf andere Regulations- und Interaktionskontexte ausweiten oder nacheinander in Erscheinung treten (Von Hofacker et al., 2007, S. 357; Papoušek, 2004, S. 79).

1.3 Die frühe Verhaltensregulation und ihre Störanfälligkeiten

1.3.1 Altersspezifische regulatorische Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben

Zunächst soll in einem kurzen Überblick aufgezeigt werden, welche altersspezifischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben im Säuglings- und Kleinkindalter die regulatorischen Fähigkeiten von Eltern und Kind herausfordern.

¹ Probleme der Schlaf-Wach-Regulation vor dem sechsten Monat werden von späteren Ein- und Durchschlafstörungen unterschieden, sie gehen aber häufig ineinander über.

Es wird zugleich deutlich, wie weit gefasst der Begriff der Verhaltensregulation zu verstehen ist.

In den ersten drei Lebensmonaten sind physiologische Anpassungsprozesse bezüglich Nahrungsaufnahme und Verdauung, immunologischer Anpassung, Thermoregulation und Regulation der Verhaltenszustände (Schlaf-Wach-Organisation und Aufrechterhaltung eines ruhig-aufmerksamen Wachzustandes) vordergründige Aufgaben der Verhaltensregulation. In Anschluss an einen ersten biopsychosozialen Reifungs- und Entwicklungsschub stehen dann im Alter von etwa drei bis sieben Monaten neue Regulations- und Entwicklungsaufgaben an: Die Konsolidierung des Nachtschlafes, neue Anpassungen bei der Nahrungsaufnahme mit Beginn des Zufütterns, Affektive Regulation, Erfahrungsintegration und Steuerung von Aufmerksamkeit und gerichteter Aktivität in Interaktion, Spiel und Exploration. Ein zweiter biopsychosozialer Entwicklungsschub ist um die Mitte des ersten Lebensjahres zu erwarten. Mit der Möglichkeit zur eigenständigen Fortbewegung und der beginnenden personenspezifischen Bindungen rückt die intersubjektive Regulation um Nähe und Distanz in den Vordergrund. Im Umgang mit Ungewohntem und Fremden geht es darum, ein ausgewogenes Gleichgewicht zwischen Exploration und Sicherheitsbedürfnissen herzustellen. Trennungs- und Fremdenangst sind Ausdruck dieser Entwicklungsphase. Nach einem dritten Entwicklungsschub, mit dem die Errungenschaft des freien Laufens einhergeht, setzen sich diese Themen im zweiten Lebensjahr fort. Regulatorische Herausforderungen beziehen sich jetzt zudem auf wachsende Autonomiebedürfnisse und entsprechend auf eine Balanceerhaltung zwischen Abhängigkeit und Autonomie und den Umgang mit sozialen Regeln und Grenzen. Weitere jetzt verstärkt aufkommende Themen betreffen die emotionale Regulation (Frustrationstoleranz und Impulskontrolle) und Organisation zielgesteuerter Handlungen (Aufmerksamkeitsfokussierung, Ausdauer und Flexibilität) (Papoušek, 2004, S. 83-85; Papoušek, 2008, S. 106; Wurmser & Papoušek, 2004, S. 57-60).

1.3.2 Die Selbstregulation des Säuglings

In ihren Ausführungen zu den frühkindlichen selbstregulatorischen Fähigkeiten bezieht sich Papoušek (2004) zunächst auf den Biologen und Systemtheoretiker Ludwig von Bertalanffy: Der Säugling als lebender Organismus besitzt die Fähigkeit,

sein Verhalten „im Kontext der Anpassung an und Auseinandersetzung mit der belebten und unbelebten Umwelt unter Aufrechterhaltung eines psychophysiologischen Gleichgewichtes“ (Papoušek, 2004, S. 80) autonom zu regulieren. Hierfür verfügt er über angeborene Programme und Motivationssysteme, wie sie jedem biologischen System eigen sind (Papoušek, 1999, S. 151-153). Eine besondere Eigenart der frühkindlichen Selbstregulation besteht darin, dass sie auf eine co-regulatorische Unterstützung durch die Eltern oder andere primäre Betreuungspersonen ausgerichtet und angewiesen ist. Auf diesen co-regulatorischen Aspekt soll in Kapitel 1.3.4 näher eingegangen werden.

Eine wesentliche Funktionsweise selbstregulatorischer Prozesse bilden aktivierende und hemmende Prozesse. Ihr Zusammenwirken veranschaulicht das von Hanuš Papoušek entwickelte "Modell der basalen adaptiven Verhaltensregulation", im Folgenden dargestellt nach Mechthild Papoušek (2004, S. 81-83): Im Zuge der Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umwelt kommt es zur Aktivierung und Steuerung in den vier Bereichen *Erregung* (arousal), motorische *Aktivität* (activity), *Affekt* (affect) und *Aufmerksamkeit* (attention). Die Anpassungsleistung des Säuglings besteht darin, sein Aktivierungsniveau über aktivierende und hemmende Prozesse in dynamischer Balance zu halten ohne physiologische Toleranzgrenzen zu überschreiten. Verschiedene Systeme müssen hierzu interagieren: Somatisch-autonome Regulation, neurophysiologische Regulation, allgemeine Motorik und integrative sowie kommunikative Prozesse. Der Toleranzbereich erstreckt sich folglich zwischen den beiden Polen Aktivierung und Hemmung, die sich im Verhalten des Kindes beobachten lassen: *Selbermachen*, *Exploration*, *Annäherung*, *Zuwendung*, *Orientierung*, *Erregung* und *Wachheit* auf der einen Seite und *Hilfesuche*, *Rückversicherung*, *Rückzug*, *Abwendung*, *Habituation*, *Beruhigung* und *Schläfrigkeit* auf der anderen Seite.

Die basale Regulation ist von grundlegender Bedeutung für die frühkindliche Erfahrungsintegration und zugleich für alle Anpassungsprozesse der kindlichen Entwicklung. Geraten Aktivierung und Inhibition außer Balance (*Dysregulation*), und der Toleranzbereich wird verlassen, sind Fehlanpassungen beim Kind zu erwarten (Papoušek, 2004, S. 82-83).

1.3.3 Temperament und individuelle Ausprägungen der kindlichen Selbstregulation

Individuelle selbstregulatorische Fähigkeiten unterscheiden sich von Kind zu Kind beachtlich innerhalb normaler Grenzen. Diesbezügliche Differenzen sind bei Neugeborenen auf ihren individuellen Reifungsstand, auf genetisch bedingte Merkmale oder auf eine durch prä- oder perinatale Einflussfaktoren erworbene Vulnerabilität zurückzuführen. Schon bald bestimmen jedoch auch erfahrungsbedingte Anpassungen die individuellen Ausprägungen (Papoušek, 1999, S. 153).

Mit den weitgehend stabilen interindividuellen Unterschieden in den kindlichen Verhaltenseigenschaften beschäftigt sich die Temperamentforschung. Nach Thomas und Chess (1980) lassen sich je nach Temperamenteigenschaften und -konstellation drei Prototypen des Temperaments unterscheiden: Das *einfache* Temperament, das *langsam auftauende* Temperament und das *schwierige* Temperament. Kinder mit einfachem Temperament zeichnen sich aus durch Rhythmizität und Regelmäßigkeit im Verhalten; sie nähern sich offen und in positiver Erwartung neuen Reizen; zeigen eine hohe Anpassungsfähigkeit, meist positiven Affekt und selten intensiv negative Stimmungslagen. Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben wie die Entwicklung regelmäßiger Schlafgewohnheiten oder Anpassungen bei der Nahrungsumstellung werden von ihnen im Allgemeinen gut und zügig bewältigt. Ein langsam auftauendes Temperament ist hingegen geprägt durch die Konstellation leicht negative Reaktivität bezüglich neuer Reize und langsame Anpassungsfähigkeit hinsichtlich neuer Erfahrungen. Treffen diese Kinder auf ihnen unvertraute Situationen oder Personen, benötigen sie längere Anlaufzeiten und die Gelegenheit zu wiederholten Erfahrungen, um positive Reaktionen, Neugier und Engagement zu entwickeln. Kinder mit schwierigem Temperament schließlich weisen eine Irregularität physiologischer Funktionen auf, zeigen ein negatives Rückzugverhalten in der Konfrontation mit neuen Reizen und neigen zu stark ausgeprägten, oft negativen Stimmungslagen und Affektreaktionen (Thomas & Chess, 1980, S. 18-21; Papoušek, 2004, S. 85-86).

Extreme Temperamentsausprägungen stehen möglicherweise in Zusammenhang mit einer mangelnden Balance von aktivierenden und hemmenden Prozessen im Sinne des Systems der basalen adaptiven Verhaltensregulation (Papoušek, 2004, S. 86). Es gilt jedoch zu betonen, dass sie als Normvarianten des kindlichen Verhaltens zu

verstehen sind und für sich alleine genommen ausdrücklich keine Pathologie darstellen (Chess & Thomas, 1991, S. 18; Papoušek, 2004, S. 88). Die kindlichen Temperamenteigenschaften stehen zuvorderst in Beziehung zu Erwartungen und Ansprüchen, sowie Kompetenzen und Lebensumständen der sozialen Umwelt. Nach dem Passungsmodell der Temperamentsforschung sind optimale Entwicklungsverläufe als Ergebnis einer Übereinstimmung von Temperament und weiteren Eigenschaften des Kindes mit wichtigen Aspekten seiner Umwelt zu sehen (*Goodness-of-fit*). Negative Entwicklungsverläufe und Störungen können dann entstehen, wenn eine mangelnde Passung (*Poorness-of-fit*) zwischen kindlichen Charakteristiken und umweltbezogenen Anforderungen besteht.

1.3.4 Regulation in der dyadischen Interaktion und intuitive elterliche Kompetenzen

Frühe Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben sind von Eltern und Kind gemeinsam zu bewältigen (Papoušek, 2004, S. 88-89). Die Eltern oder andere primäre Bezugspersonen geben ihrem Säugling regulatorische Unterstützung, die auf seine individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen abgestimmt ist. In alltagstypischen Interaktionskontexten bieten sie ihm die Sicherheit und Geborgenheit, die er benötigt, um seine immer reiferen regulatorischen Fähigkeiten zu erproben und neue Selbstwirksamkeitserfahrungen machen zu können. Eine gelingende Verständigung zwischen Eltern und Kind in der präverbalen Kommunikation ist hierbei von grundlegender und adaptiver Bedeutung. Eltern können sich in diesem Zusammenhang auf ihre intuitiven Verhaltensbereitschaften, die sogenannten *intuitiven elterlichen Kompetenzen* verlassen:

Die Eltern verfügen über ein genuines Knowhow, ein genuines implizites Beziehungswissen, wie man den Säugling beruhigt, anregt, die Anregungen angemessen dosiert, wie man sich ihm in Sprache, Mimik und Gestik verständlich und voraussagbar macht und sich dabei von den Signalen der Aufnahmebereitschaft und Belastbarkeit des Kindes leiten lässt. (Papoušek, 2001, S. 5)

Die intuitiven elterlichen Kompetenzen werden über Schlüsselsignale im kindlichen Verhalten aktiviert (Papoušek, 2001, S. 6). Die an der basalen adaptiven Verhaltensregulation beteiligten Bereiche Erregung, Aktivität, Affekt und Aufmerksamkeit kommen hier in ihrer symbolischen Funktion zur Geltung und geben Auskunft über die momentane Befindlichkeit des Säuglings. Dies wird gut

ersichtlich an einer von Papoušek (2004) geschilderten Situation, in der der Säugling auf eine ihm unvertraute Situation trifft und die Mutter ihm wirksame regulatorische Unterstützung bietet:

Bei dem noch ungewohnten Bad in der Badewanne lässt das Neugeborene zunächst sympathikotone Erregung (weit geöffnete Augen, beschleunigte Atmung), motorische Anspannung (Fäustchen), ängstlichen Affekt (Anspannung im Bereich von Stirn und Mund) und Orientierung der Aufmerksamkeit auf Gesicht und Stimme der Bezugsperson (soziale Rückversicherung) erkennen. In mimischen und stimmlichen Signalen der Mutter findet das Baby regulatorische Unterstützung, die ihm hilft, sich zu entspannen, sich in wiederholten Erfahrungen mit der neuen Situation vertraut zu machen und die vielfältigen neuen Eindrücke im Bad zu integrieren. (Papoušek, 2004, S. 82)

Eine solche stimmige Interaktion schafft eine positive Beziehungserfahrung für Bezugsperson und Kind (Papoušek, 2004, S. 89). Die beiderseitigen positiven Rückkoppelungssignale führen zu Selbstwirksamkeitserfahrungen seitens des Kindes und stärken das Vertrauen der Mutter in ihre intuitiven Fähigkeiten. Dies wird die Zuversicht der Mutter heben, auch schwierigere Situationen und Zeiten gemeinsam zu meistern.

1.3.5 Belastungen und Störbarkeit der intuitiven elterlichen Kompetenzen

Nicht immer verläuft die gemeinsame Regulation jedoch im harmonischen Zusammenspiel. Die intuitiven elterlichen Kompetenzen als komplementäres Gegenstück zur kindlichen Selbstregulation sind zwar biologisch angelegt, aber gleichwohl nicht resistent gegenüber Störungen (Papoušek, 2001, S. 8). Unterschiedliche interaktionelle, psychische und biografische Bedingungen können die kommunikativen Fähigkeiten auf Seiten der Eltern nachhaltig beeinträchtigen. Papoušek (2004, S. 90-96) stellt vier relevante Bereiche heraus, in denen es zu einer erheblichen psychischen Belastung und in der Folge zu einer Störung der intuitiven elterlichen Kompetenzen kommen kann. Sie stehen untereinander in wechselseitigem Zusammenhang:

(1) *Die alltäglichen Interaktionserfahrungen mit dem Kind.* Unmittelbaren Einfluss auf intuitive Kompetenzen, Befindlichkeit und psychodynamische Konstellation der Eltern nehmen die konkreten Interaktionserfahrungen mit dem Säugling. Erhöhte Anforderungen an die intuitiven elterlichen Kompetenzen stellt ein Säugling, der

aufgrund eines schwierigen Temperaments oder vorübergehender Unreife in seinen selbstregulatorischen Fähigkeiten beeinträchtigt ist:

Der unstillbar und scheinbar grundlos schreit, chronisch unzufrieden ist, sich nicht anschmiegt, nicht trösten lässt, Blickkontakt verweigert, in seinen Signalen unverständlich ist, die Brust oder Flasche vermeidet, sich im Zustand von Übermüdung auf dem Arm der Mutter versteift, gegen das Einschlafen kämpft und permanent die Mutter fordert. (Papoušek, 2001, S. 9)

Sein Verhalten führt leicht zu Erschöpfung und Versagensgefühlen bei den Eltern. Die negativen Rückkoppelungssignale, welche die Eltern auf ihre unterstützenden regulativen Bemühungen hin erhalten, können dazu führen, dass sie das Zutrauen in ihre intuitiven Kompetenzen verlieren und bereits mit negativen Erwartungen an ihren Säugling herantreten (Papoušek, 2004, S. 91). Auf der Suche nach Rat und Strategien, wie sie mit ihrem „schwierigen“ Säugling umgehen sollen, erhalten die Eltern meist viele gut gemeinte Ratschläge und Handlungsanweisungen und treffen auf eine Vielzahl an Elternratgebern mit oft ungeprüften und widersprüchlichen Empfehlungen. Dies kann die Verunsicherung der Eltern weiter vorantreiben und intuitive Fähigkeiten noch weiter verdrängen (Papoušek, 2001, S. 8-9, Papoušek, 2004, S. 91).

(2) *Die elterlichen Anpassungs- und Entwicklungsfaktoren.* Der Übergang von Paarbeziehung zur Elternschaft in die triadische Beziehungskonstellation bedeutet eine enorme psychologische Umstellung für die Eltern: Eine Phase, in der Eltern und Kind zugleich lernen müssen, ihre Verhaltensbereitschaften aufeinander abzustimmen, "in der Missverständnisse und Missklänge unvermeidlich sind, und in der sich der emotionale Bezug zum Baby, das mütterliche Bonding, nicht selten erst allmählich entwickelt" (Papoušek, 2004, S. 90). Diese Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts bedarf eines geschützten Rahmens für die werdende Familie. Spannungen und Krisen können insbesondere dann auftreten, wenn den Eltern die nötige Zeit und innere Ruhe fehlt, sich intensiv auf ihr neues Leben in ihrer Rolle als Eltern vorzubereiten und sich mit ihrem Baby vertraut zu machen (Papoušek, 2001, S. 8-9; Papoušek 2004, S. 90-93).

(3) *Die Mutterschaftskonstellation.* Mit dem Aspekt der Mutterschaftskonstellation vertieft Papoušek (2004, S. 92-94) im Grunde zunächst nochmals die Thematik des Übergangs zur Elternschaft und geht spezifisch ein auf die psychische Konstellation

der Mutter², wie sie von Daniel Stern dargelegt wurde. Demnach sind es zuvorderst folgende vier Themen, die die mütterlichen Vorstellungen und Gefühle prägen: (a) Kann sie für Überleben und Gedeihen des Kindes sorgen? (b) Ist sie in der Lage eine „primäre Bezogenheit“ zu ihrem Baby zu entwickeln? (c) Wo findet sie eine „unterstützende Matrix“ für sich und ihr Kind, wo findet sie selbst Bemutterung? (d) Gelingt es ihr in ihrer neuen Rolle als Mutter und in der Familie eine neue Identität zu entwickeln?

Des Weiteren wird hier thematisiert, ebenfalls in Anlehnung an Stern, dass eigene frühkindliche Erfahrungen der Mutter die Kommunikation mit dem Baby beherrschen können (Papoušek, 2004, S. 93-94). Innerhalb der Reorganisationsphase beim Übergang zur Elternschaft, sowie in der realen Interaktion mit dem Säugling kommt es unwillkürlich zu einem Wiederaufleben der Vergangenheit – als Kind wurde die Mutter selbst bemuttert, ihre frühkindlichen Bindungs- und Beziehungserfahrungen treten jetzt, da sie selbst die Mutterrolle einnimmt teils bewusst teils unbewusst wieder zu Tage. Damit einhergehend lebt auch das erworbene implizite Kommunikations- und Beziehungswissen wieder auf. Im positiven Fall harmonisiert dieses mit den intuitiven elterlichen Kompetenzen. Wenn aber erworbene Muster und genuine Verhaltensbereitschaften unvereinbar sind, kann dies dazu führen, dass letztere nur bedingt zur Geltung kommen, indem sie überformt oder zeitweilig außer Kraft gesetzt werden.

(4) *Die kumulativen Risikobelastungen im Kontext der psychischen Konstellation der Eltern.* In der klinischen Stichprobe der „Münchener Sprechstunde für Schreibabys“ hat man eine Vielzahl unterschiedlicher organischer und psychosozialer Risikofaktoren ausmachen können (Wurmser & Papoušek, 2004, S. 62-71; s. Kapitel 1.4.3). Psychosoziale Belastungsfaktoren können in der sensiblen Phase der psychischen Reorganisation an Brisanz gewinnen, „indem sie die Themen der Mutterschaftskonstellation verschärfen, latente Konflikte aktualisieren und Gespenster der Vergangenheit heraufbeschwören“ (Papoušek, 2004, S. 93). Zu diesen Risikofaktoren zählen beispielsweise aktuelle Paarkonflikte, belastende Beziehungen zu den Herkunftsfamilien, fehlende soziale Unterstützung, belastete oder traumatische Kindheitserfahrungen und psychische Störungen der Eltern

² Was den Vater betrifft, sind psychische Konstellationen weniger erforscht, Papoušek (2004, S. 92) geht jedoch davon aus, dass beim Vater ähnliche Dynamiken entstehen.

(Papoušek, 2004, S. 94; Wurmser & Papoušek, 2004, S. 66). Indem derartige Belastungen womöglich die elterliche Aufmerksamkeit und emotionale Verfügbarkeit für das Baby hemmen, sowie zu Projektionen und verzerrten Wahrnehmungen führen, untergraben sie die intuitiven Kompetenzen der Eltern (Papoušek, 2004, S. 93-97).

Zugleich ist vielen Eltern eine unbeschwerte Interaktion und positive Gegenseitigkeit mit ihrem Kind möglich, obwohl sie schmerzhaft und traumatisierende Erlebnisse und belastete Bindungs- und Beziehungserfahrungen durchlebt haben (Papoušek, 2004, S. 97). Einen möglichen Zusammenhang sieht Papoušek (2004, S. 97) hier mit den Bindungsmodellen der Eltern, wie sie in Kapitel 4.1.5 erläutert werden.

1.4 „Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen“ nach Papoušek

1.4.1 Teufelskreise negativer Gegenseitigkeit

Das Grundscheema zum Entstehungsmodell der Regulationsstörungen der frühen Kindheit bilden nach Papoušek (2004, S. 97-101) „Teufelskreise negativer Gegenseitigkeit“ in der präverbalen Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Sind die Eltern aus unterschiedlichen Gründen in ihren intuitiven Verhaltensbereitschaften nachhaltig beeinträchtigt, besteht ein hohes Risiko, dass sich dysfunktionale Kommunikationsmuster zwischen Säugling und Eltern festsetzen: Der Säugling entbehrt die erfolgreich abgestimmte regulative Unterstützung und erlebt sich als hilflos, sein Gleichgewicht gerät außer Balance. Dies wiederum wirkt unmittelbar auf die Eltern zurück. Fortwährend negative kindliche Feedbacksignale führen dazu, dass sie sich ihrerseits als inkompetent erleben. Ein belastender Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit und erlernter Hilflosigkeit entsteht. Familiäre Bedingungen, die geprägt sind durch hohe Risikobelastungen und geringe Ressourcen, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Teufelskreise stabilisieren und möglicherweise eskalieren. Zu klären, wo die primäre Ursache einer frühkindlichen Regulationsstörung und der Ausgangspunkt der entgleisenden Kommunikation liegen, ist letztendlich kaum mehr möglich. Es erweist sich daher als nicht gerechtfertigt, den Krisenherd dogmatisch der Mutter oder einseitig dem Kind

zuzuschreiben. In der Regel werden mehrere Bedingungen zusammenkommen, damit sich eine Regulationsstörung entwickelt und fortbesteht.

1.4.2 Das Modell

Papoušek (2004, S. 101) bringt dies in einem „Entwicklungsdynamischen, kommunikationszentrierten Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen“ zum Ausdruck (s. Abbildung 1). Das Modell stellt die verschiedenen Bereiche dar, die in der Genese einer frühkindlichen Regulationsstörung zusammenwirken und integriert sie in den kommunikationsbezogenen Kontext der frühen Verhaltensregulation. Eine frühkindliche Regulationsstörung entsteht – und persistiert oder löst sich – demnach „unter dem Einfluss einer Vielzahl von potentiellen, untereinander vernetzten Belastungs- und Schutzfaktoren auf Seiten beider Partner und ihrer Umwelt“ (Papoušek, 1999, S. 155). Zugleich können es zuweilen kleinste Einflüsse sein, die das dynamische System aus dem Gleichgewicht bringen und Teufelskreise entstehen lassen, die sich schließlich in ernstzunehmenden Regulationsstörungen manifestieren.

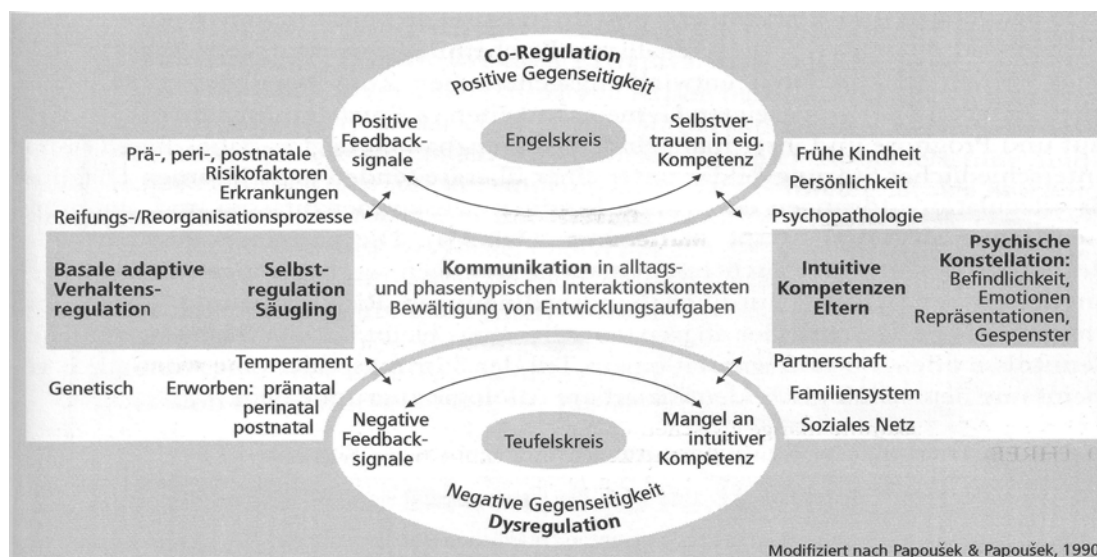


Abbildung 1: "Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen“ nach Papoušek (2004, S. 101).

Wenn adaptive Funktionen der vorsprachlichen Kommunikation nicht zum Tragen kommen und stattdessen dysfunktionale Kommunikationsmuster anhaltend vorherrschen, wirkt sich dies negativ auf die Entwicklung von Kommunikation,

Sprache, Spiel und Bindung aus und kann die Eltern-Kind-Beziehung nachhaltig belasten, gefährden oder stören (Papoušek, 2004, S. 98). In der Intervention ist die Prognose häufig dennoch vielversprechend. Wenn es gelingt „Engelskreise“ einer positiven Gegenseitigkeit in Gang zu setzen, entwickelt sich ebenfalls eine Eigendynamik, die neue Kräfte mobilisiert und insbesondere im Falle einer geringen Risikobelastung zu raschen Veränderungen führen kann (Papoušek, 2008, S. 108-110).

1.4.3 Prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren

Wurmser und Papoušek (2004, S. 51-71) geben eine Übersicht über die unterschiedlichen organischen und psychosozialen Risikofaktoren, die bei Kindern und Familien der klinischen Stichprobe der Münchner Spezialambulanz im Vergleich zu epidemiologischen Erhebungen nachgewiesen werden konnten. Die klinische Stichprobe umfasste eine Grundgesamtheit von 1008 Familien. Bei 307 Familien lagen nur unvollständige Datensätze vor, so dass schließlich 701 Familien in die Auswertung aufgenommen werden konnten. Es wurde eine Vielzahl an prä-, peri- und postnatalen Risikofaktoren ausgemacht, die im Einzelnen durchaus in Zusammenhang stehen und häufig kumulativ auftreten.

Zu den *pränatalen Risikofaktoren* zählen demnach organische Faktoren wie vorausgegangene Fehlgeburten, Infertilitätsbehandlung, schwere Hyperemesis³ und vorzeitige Wehen mit medikamentöser Behandlung und psychosoziale Faktoren wie beispielsweise pränataler Stress, Ängste, Depressionen und ausgeprägte Partnerschaftskonflikte (Wurmser & Papoušek, 2004, S. 63-67).

Unter den organischen *perinatalen Risikofaktoren* fanden sich in der klinischen Stichprobe häufiger ein Amnioninfektionssyndrom⁴, erhöhte Raten von Geburten mittels Geburtszange oder Vakuumentraktion sowie von Früh- und Mangelgeburten. In Assoziation dazu zählt zu den psychosozialen perinatalen Risikofaktoren eine als traumatisierend erlebte Geburt (Wurmser & Papoušek, 2004, S. 67-68).

³ Sehr starkes Erbrechen während der Schwangerschaft, vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (1999).

⁴ Unspezifische Infektion der Eihöhle, Plazenta, Eihäute und evtl. des Feten während der Schwangerschaft oder Geburt, vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (1999).

Postnatale Risikofaktoren sind unter anderem familiäre Atopie⁵, leichte bis mittlere neurologische Auffälligkeiten des Kindes und wiederkehrende Infektionen auf organischer Seite sowie psychische Störungen und belastende oder traumatisierende frühe Beziehungserfahrungen auf Seiten der Mutter, ausgeprägte Paarkonflikte, aktuelle Konflikte mit den Herkunftsfamilien und soziale Isolation als psychosoziale Faktoren (Wurmser & Papoušek, 2004, S. 68-71).

Umso stärker die Kumulation der Risikofaktoren, umso ausgeprägter ist in der Regel das Ausmaß, die Dauer und Pervasivität einer frühkindlichen Regulationsstörung (Schieche et al., 2004, S. 163).

1.4.4 Symptomtrias und Schweregrade frühkindlicher Regulationsstörungen

Nach dem Münchner Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit stehen „die dyadischen oder triadischen Beziehungen von Eltern und Kind“ (Papoušek, 2004, S. 103) letztendlich im Zentrum der Störung. Das Vollbild einer frühkindlichen Regulationsstörung äußert sich entsprechend in einem klinischen Erscheinungsbild von drei Symptomen (*Symptomtrias*): (a) „*Verhaltensauffälligkeiten* aufseiten des Säuglings in einem oder mehreren Entwicklungsbereichen,“ (b) „ein *Überlastungssyndrom* der Mutter/beider Eltern im Sinne einer Anpassungsstörung beim Übergang zur Elternschaft und beim Umgang mit dem „schwierigen“ Säugling,“ (c) „*dysfunktionale Interaktionsmuster* in direktem Zusammenhang mit den kindlichen Verhaltensproblemen, die die Störung aufrecht erhalten bzw. eskalieren lassen und die Eltern-Kind-Beziehung zunehmend belasten“ (Papoušek, 2008, S. 106). Diese drei Symptombereiche bilden zugleich die zentralen Kriterien der Diagnose einer frühkindlichen Regulationsstörung und werden daher auch als „diagnostische Trias“ bezeichnet (Papoušek, 2004, S. 103).

Schweregrade einer Regulationsstörung der frühen Kindheit werden nach Dauer, Anzahl der beeinträchtigten Bereiche, Ausmaß der Entwicklungsrückstände (ein oder mehrere Entwicklungsaufgaben nicht oder unvollständig bewältigt) sowie Belastungsgrad der Eltern-Kind Beziehung bestimmt (Von Hofacker et al., 2007,

⁵ Sammelbezeichnung für die auf einer genetischen Prädisposition beruhenden klinischen Manifestationen der Überempfindlichkeitsreaktion vom Soforttyp (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis), vgl. Psychembel Klinisches Wörterbuch (1999).

S. 361). Am unteren Rand des Schweregrad-Spektrums stehen Extremausprägungen der normalen Regulationsfähigkeit und Entwicklung und vorübergehende Krisen, wie sie typisch für bestimmte (anstehende) Entwicklungsschritte sind, bei gleichzeitiger Verfügbarkeit ausreichender Ressourcen von Eltern und Kind. Bei einer Dauer von unter einem Monat, wird die Bezeichnung „passagere regulative Dysfunktion“ gewählt. Am oberen Rand des Spektrums stehen lang anhaltende (über drei Monate Dauer), mehrere Verhaltens- und Interaktionsbereiche umfassende Störungen mit erheblicher Beeinträchtigung der Gesamtentwicklung, gleichzeitig verzerrter und überformter Kommunikation und Beziehung; die Familien stehen unter hoher Risikobelastung und verfügen über geringe Ressourcen (Papoušek, 2004, S. 103; Von Hofacker et al., 2007, S. 361).

Es wird deutlich, dass der Übergang von der normalen und überwiegend erfolgreichen dyadischen Regulation in „Engelskreisen“ hin zur beeinträchtigten oder gestörten Regulation in anhaltenden dysfunktionalen Interaktionsmustern ein Kontinuum bildet. Bevor in den Kapiteln 3 und 4 spezifisch auf Ein- und Durchschlafstörungen eingegangen wird, werden in den nun folgenden Abschnitten der kindliche Schlaf, seine Entwicklung und grundlegende Dynamiken der Schlaf-Wach-Organisation zentrale Themen sein. Reifungsbezogene, physiologische Bedingungen der Schlafregulation, ebenso wie schlafbezogene soziale Praktiken und kulturelle Bezüge werden gleichermaßen behandelt. Es werden somit wesentliche Grundlagen gegeben, um sich dann den häufigen Krisen der Schlafregulation und der Störungsthematik anzunehmen.

2 Schlafregulation und Schlafentwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

2.1 Die Schlafregulation aus primär physiologischer, reifungsbezogener Sicht

2.1.1 Schlafstadien und Schlafzyklen bei Säuglingen und Kleinkindern

Wie beim Erwachsenen so lässt sich auch beim Säugling der Schlaf anhand verschiedener physiologischer Merkmale in unterschiedliche Schlafstadien unterteilen. Für die ersten sechs Lebensmonate werden unter Anwendung der Klassifikation nach Anders, Emde und Parmelle im Wesentlichen die Stadien *aktiver Schlaf* und *ruhiger Schlaf* unterschieden (Hoch, 2007, S. 621-622). Sie stellen eine Vorstufe zu den Schlafstadien *REM-Schlaf* (englisch Rapid Eye Movement) und *Non-REM-Schlaf* dar, die bereits im späteren Säuglingsalter ausgemacht werden können.⁶

Der REM-Schlaf erhält seinen Namen durch die charakteristischen schnellen Augenbewegungen unter den geschlossenen Augenlidern. Er ist gekennzeichnet durch kleine und schnelle Hirnstromkurven im EEG, eine unregelmäßige Atmung und einem niedrigen Muskeltonus mit gelegentlichen Muskelzuckungen. Der aktive Schlaf beim Säugling geht hingegen einher mit häufigen Zuckungen im Gesicht bis hin zu größeren motorischen Unruhen, wie beispielsweise Strecken der Arme und Beine. Im Unterschied zum späteren REM-Schlaf ist beim Säugling das EEG im aktiven Schlaf dem Wach-EEG sehr ähnlich. Der ruhige Schlaf weist im Gegensatz zum aktiven Schlaf eine tiefere und gleichmäßigere Atmung und eine größere motorische Ruhe auf. Der spätere Non-REM-Schlaf, setzt sich aus vier Unterstadien zusammen, die vom Einschlafstadium (Stadium 1) über den oberflächlichen Schlaf (Stadium 2) bis in den Tiefschlaf (Stadien 3 und 4) reichen. Die EEG Wellen werden mit zunehmender Schlaftiefe größer und langsamer. Insgesamt liegt in den ersten

⁶ Die Bezeichnungen *aktiver Schlaf* und *REM-Schlaf* einerseits sowie *ruhiger-Schlaf* und *Non-REM-Schlaf* andererseits werden im Säuglingsalter zuweilen auch als äquivalente Begriffe verwendet.

zwei bis drei Lebensjahren ein Überschuss an REM-Schlafanteilen vor, so macht der REM-Schlaf beim Erwachsenen 20 bis 25 % der Gesamtschlafdauer aus, der aktive Schlaf beim Neugeborenen hingegen etwa 50 %. Sein Anteil geht dann bis zum Alter von zwei bis drei Jahren auf etwa 25 % des Gesamtschlafs zurück, dies entspricht somit annähernd der Verteilung beim Erwachsenen (Borbély, 2004, S. 10-28).

Die Tatsache, dass der aktive Schlaf oder REM-Schlaf beim Säugling und Kleinkind so reichlich vorhanden ist, führte zu der Annahme, dass diesem Schlafstadium eine besondere Bedeutung in der kindlichen Entwicklung zukommt (Curzi-Dascalova & Challamel, 2000, S. 23-27). Zur spezifischen Funktion des REM-Schlafes bestehen diesbezüglich unterschiedliche Theorien und Befunde, die jedoch als nicht gänzlich abgesichert gelten, beispielsweise wird eine Funktion des REM-Schlafes zur Gedächtniskonsolidierung oder zur Wachstumsanregung des sich entwickelnden Nervensystems über Autostimulation diskutiert. McNamara, Belsky und Fearon (2003, S. 13) sowie McNamara, Dowdal und Auerbach (2002, S. 411-417) zufolge ist auch eine emotional oder bindungsbezogene Bedeutung des REM-Schlafes in Betracht zu ziehen, siehe hierzu Kapitel 4.4.2.

Im Schlaf werden mehrere Schlafzyklen durchlaufen, die gewöhnlich jeweils aus einer Non-REM- gefolgt von einer REM-Phase bestehen (Borbély, 2004, S. 10-28). Beim Neugeborenen kommt es hingegen häufig vor, dass es vom Wachzustand direkt in den aktiven Schlaf fällt. Ein Schlafzyklus beträgt beim Erwachsenen etwa 90 bis 110 Minuten, beim Kleinkind nur etwa eine Stunde. Das fortdauernde Durchlaufen mehrerer Schlafzyklen kann mit einem periodisch wiederkehrenden mehrminütigem Erwachen verbunden sein, woran man sich normalerweise aber nicht erinnern kann (Anders, 1994, S. 15; Largo, 2008, S. 144-145). Nächtliches Erwachen ohne Schwierigkeiten beim erneuten Einschlafen gehört somit prinzipiell zum normalen Schlafverhalten. Findet der Säugling oder das Kleinkind selbständig wieder in den Schlaf, bemerken dies die Eltern gewöhnlich nicht. Anders (1994) beschreibt die Kinder, die durch nächtliches Erwachen auffallen, daher als *signalers* (Signalgeber) im Gegensatz zu *self-soothers* (Selbstberuhigern):

Thus it is as inaccurate to describe infants as sleeping through the night as it is to describe them as night waking. It is more accurate to describe infants as signalers and self-soothers. From a parent's perspective, when the children self-soothe, she has "slept through the night." When the infant signals beyond an appropriate age, he is a problem sleeper. (Anders, 1994, S. 15)

Dies deutet bereits an, was später im Rahmen einer Definition der Ein- und Durchschlafstörungen nochmals bekräftigt werden wird: Die Ein- und Durchschlafproblematik ist zu einem entscheidenden Teil über das elterliche Empfinden und die Eltern-Kind-Interaktionen definiert wie es insgesamt dem Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit entspricht.

2.1.2 Schlafhomöostase und zirkadianer Schlaf-Wach-Rhythmus

In der Schlafforschung werden die beiden Prozesse *Schlafhomöostase* und *zirkadianer Schlaf-Wach-Rhythmus* als grundlegende biologische Mechanismen der Schlafregulation beschrieben. Individuelle Unterschiede im Schlafverhalten und in reifungsbedingten Veränderungen der Schlaf-Wach-Regulation im Säuglings und Kleinkindalter hängen maßgeblich mit diesen beiden Prozessen und ihrer Entwicklung zusammen (Borbély, 2004, S. 15-31; Jenni & Benz, 2007, S. 310-314).

Die Schlafhomöostase bezieht sich auf das Bestreben des Organismus, den Schlaf innerhalb physiologischer Grenzen zu regulieren: Mit zunehmender Wachzeit baut sich ein Schlafdruck auf und man wird müde. Schlafbereitschaft und Schlafdruck steigen so weit an, bis man in einer Schlafschuld steht und daraufhin einschläft. Ein hoher Schlafdruck führt zu vermehrten Tiefschlafanteilen im Non-REM-Schlaf. Mit jeder Schlafphase sind dann weniger dem Tiefschlaf entsprechende große und langsamere Hirnstromwellen zu verzeichnen – der Schlafdruck lässt wieder nach. In der zweiten Nachthälfte dominieren dann die REM-Schlafanteile den Schlaf. Der individuelle Schlafbedarf unterscheidet sich dabei erheblich zwischen einzelnen Personen. Eine homöostatische Regulation liegt beim Neugeborenen gemeinhin noch nicht vor und wird erst im zweiten oder dritten Lebensmonat ihre Wirkung entfalten. Sie ist anfangs mit einem schnellen Anstieg und Abbau der Schlafschuld verbunden (Borbély, 2004, S. 15-31; Jenni & Benz, 2007, S. 311).

Die homöostatische Regulation wirkt mit einem zweiten Prozess zusammen, der Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus über die innere biologische Uhr (Borbély, 2004, S. 17-20). Diese verfolgt einen Rhythmus von etwa 24 Stunden und wird daher als zirkadiane Rhythmik bezeichnet (vom lateinischen *circa* = ungefähr; *dies* = Tag). Auch andere Körpervorgänge, wie beispielsweise Körpertemperatur oder Hormonproduktion, folgen einem zirkadianen Rhythmus. Äußere regelmäßige Einflüsse, wie Tageslicht und gesellschaftliche Faktoren sorgen für eine Angleichung

der ansonsten freilaufenden zirkadianen Rhythmik an die Tag- und Nachtzeiten. Auch wenn dies im Schlafverhalten des Säuglings kaum zum Ausdruck kommt, sind zirkadiane Rhythmen bereits beim Neugeborenen vorhanden, werden sich aber weiter ausreifen und dem Tag-Nacht Wechsel anpassen (Jenni & Benz, 2007, S. 311).⁷ Die innere Uhr ist bei jedem Menschen unterschiedlich „geeicht“, und bestimmt den jeweiligen genetisch festgelegten Chronotypus einer Person (Jenni & Benz, 2007, S. 310; Largo, 2008, S. 147). Menschen, die morgens früh wach und leistungsbereit sind und abends in der Regel früh schlafen gehen, werden als *Morgentyp* oder *Lerche* bezeichnet. Dies wird auf einen Zirkadianen Rhythmus von weniger als 24 Stunden zurückgeführt. Der *Abendtyp* (*Eule*) hingegen verfolgt einen inneren Rhythmus von mehr als 24 Stunden. Dieser Typ ist gekennzeichnet durch ein Leistungshoch am Nachmittag oder Abend, spätere Einschlafenszeiten und ein späteres Ausgeschlafensein am Morgen. Der individuelle Chronotyp zeichnet sich bereits im frühen Kindesalter ab (Largo, 2008, S. 177).

Die Schlafhomöostase bezieht sich also auf das individuelle Schlafbedürfnis, der zirkadiane Prozess auf die inneren Rhythmen. Sind beide Prozesse gut aufeinander abgestimmt, so ergänzen sie sich gegenseitig und führen zu einem gut regulierten, erholsamen Schlaf. Das „Zwei-Prozess-Modell“ nach Borbély bietet eine Beschreibung wie diese beiden inneren Regulationsprozesse interagieren (Borbély, 2004, S. 20-24). Daraus geht hervor, dass im Falle einer Verzögerung der normalen Einschlafzeit sich zwar einerseits die Schlafbereitschaft erhöht, andererseits aber der gewohnte Rhythmus erhalten bleibt und die Schlafdauer daher dennoch kürzer ist. Eine Umstellung im Schlafverhalten ist erst über einen längeren Zeitraum möglich.

Entwicklungsbedingte Veränderungen bezüglich Schlafhomöostase und (zirkadianen) Schlaf-Wach-Rhythmen im Säuglings und Kleinkindalter werden im folgenden Abschnitt zusammen mit verwandten Themen behandelt.

⁷ Hier werden in der verwendeten Literatur unterschiedliche Ansichten vertreten, ob die zirkadianen Prozesse mit der Geburt bereits in ihren Grundzügen funktionstüchtig sind und lediglich eine Reifungsentwicklung durchlaufen (Jenni & Benz, 2007, S. 311) oder noch nicht vorhanden sind und Zirkadiane Rhythmen sich erst von Grund auf allmählich aufbauen (Largo, 2008, S. 152). Aus einer Darstellung von Schulz (1997) zur Entwicklung zirkadianer Rhythmen beim Menschen geht hervor, dass die erstgenannte Ansicht durch tierexperimentelle Untersuchungen und eine Studie von Mirmiran und Kok (1991) mit Frühgeborenen Säuglingen gestützt wird. Wobei ultradiane rhythmische Komponenten (lat. ultra = über, jenseits; dies = tag; Frequenz liegt über der eines Tages) zunächst über die zirkadianen Rhythmen dominieren.

2.1.3 Entwicklung des Schlaf-Wach-Verhaltens bei Säuglingen und Kleinkindern

Schlaf- und Wachperioden bilden sich bei reif geborenen Säuglingen bereits intrauterin etwa ab der 36. Schwangerschaftswoche aus. Die Schlafphasen sind gleichermaßen über den Tag und die Nacht verteilt und selbst die mütterlichen Schlaf-Wach-Gewohnheiten nehmen kaum Einfluss auf den Rhythmus von Schlaf und Wachsein des ungeborenen Kindes (Largo, 2008, S. 152).

In den ersten zwei bis vier Lebenswochen behält der Säugling seinen vorgeburtlichen Schlaf-Wach-Rhythmus bei (Largo, 2008, S. 154). Gewöhnlich folgen auf Schlafperioden von etwa zwei bis vier Stunden relativ kurze Wachphasen. Insgesamt beträgt die Schlafenszeit beim Neugeborenen durchschnittliche 16 Stunden pro Tag, wobei die Gesamtschlafdauer beträchtlich von Kind zu Kind variieren kann (Largo, 2008, S. 162). Solange noch keine homöostatische Regulation stattfindet, kann es vorkommen, dass der Säugling nach einer Wachphase nur kurz schläft und dennoch kurz darauf wieder wach und aktiv ist (Jenni & Benz, 2007, S. 311). Es bleibt deshalb auch erfolglos, wenn Eltern ihren Säugling länger wach halten, um anschließend eine längere Schlafphase zu erzielen.

In den folgenden Wochen und Monaten verlängern sich die einzelnen Wach- und Schlafperioden allmählich (Largo, 2008, S. 154-156). Bis zur Vollendung des dritten bis vierten Lebensmonats wird sich ein beständiger Schlaf-Wach-Rhythmus aufbauen, der dem Tag-Nacht-Wechsel angepasst ist: Die Schlafenszeiten verlagern sich zunehmend in die Nacht und die Wachphasen konzentrieren sich allmählich auf den Tag. Eine längere Wachphase bildet sich gewöhnlich zunächst in den Abendstunden aus, und allmählich zwei weitere am Morgen und am frühen Mittag. Es wird voraussehbar, zu welcher Zeit der Säugling abends gewöhnlich einschläft und wann er nachts aufwacht. Dies hängt einerseits mit der Reifung der Schlafhomöostase zusammen: Der Säugling baut jetzt einen Schlafdruck auf, der mit zunehmender Ausreifung langsamer ansteigt (Jenni & Benz, 2007, S. 313). Zugleich folgen die inneren Rhythmen des Kindes allmählich einem auf den Tag-Nacht-Wechsel abgestimmten zirkadianen Prozess. Natürliche Zeitgeber wie „Tageslicht und Dunkelheit, Alltagsgeräusche und nächtliche Stille, Temperaturwechsel, unterschiedliche Kleidung und Windelwechsel, periodische Kontakte mit den Eltern und Geschwistern“ (Largo, 2008, S. 154), unterstützen den Säugling dabei, sich auf den Tag-Nacht-Wechsel einzustellen.

Im günstigen Fall wirken jetzt die beiden Prozesse der Schlafregulation zusammen (Jenni & LeBourgeois, 2006, S. 283-284). Durch seine innere Uhr erfährt der Säugling ein tagsüber ansteigendes und am späteren Abend abklingendes Signal zur Wachheit. Parallel dazu steigt der Schlafdruck im Verlauf des Tages an (kürzere Schlafphasen am Tag führen zu einer leichten Abnahme aber nicht zu einem völligen Abbau der Schlafschuld). Wenn der Säugling dann am Abend allmählich müde wird und schließlich einschläft, stimmt dies mit seinem zirkadianen Prozess überein. Ein vorübergehend fehlendes Zusammenspiel der beiden Prozesse vermag Jenni und LeBourgeois (2006, S. 283-284) zufolge hingegen ein in den ersten circa sechs Lebenswochen in Dauer und Intensität ansteigendes Säuglingsschreien erklären, wie es bei Säuglingen insbesondere in den Abendstunden häufig zu beobachten ist: Wenn sich in den ersten Lebenswochen die zirkadiane Rhythmik stärker durchsetzt, bevor sich eine homöostatische Regulation abzeichnet, wird dem zirkadianen Wachsignal noch kein im Verlauf des Tages ansteigender Schlafdruck entgegen gesetzt, was zu einer übersteigerten Wachheit und Erregbarkeit des Säuglings führen kann.

Schieche et al. (2004, S. 160) bringen eine bedeutsame Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit zum Ein- und Durchschlafen in einen zeitlichen Zusammenhang mit dem um den dritten Lebensmonat angesetzten ersten Reifungs- und Entwicklungsschub, wie er bereits in Kapitel 1.3.1 aufgezeigt wurde. Wann Kinder jedoch tatsächlich zum ersten Mal selbständig durch die Nacht schlafen (entsprechend einer Schlafperiode über sechs bis acht Stunden), gestaltet sich sehr heterogen: Während dies einigen Kindern bereits im ersten Lebensmonat gelingt, schlafen bis zum dritten Lebensmonat etwa 70 % aller Kinder und bis zum fünften Lebensmonat etwa 90 % aller Kinder nachts durch (Largo, 2008, S. 154-167). Dabei verlangen mindestens ein Viertel aller Kinder, nachdem sie bereits viele Nächte durchgeschlafen haben, im zweiten Halbjahr erneut nachts nach den Eltern (Largo, 2008, S. 178-187). Ursache für einen solchen „Rückfall“ im ersten aber durchaus auch im zweiten Lebensjahr ist nicht selten ein reduzierter Schlafbedarf. Das Kind verbringt quasi zu viel Zeit im Bett. In diesem Fall wäre eine erneute Anpassung der Bettzeiten an die individuellen Bedürfnisse des Kindes erforderlich.

Ein typisches Tag-Schlafmuster für drei bis neun Monate alte Kinder besteht nach Largo (2008, S. 169-172) aus zwei bis drei Schlafphasen von einer halben bis zu zwei Stunden Dauer. Wie viel Tagschlaf das einzelne Kind braucht, um ein

ausgeglichenes Wachempfinden über den Tag aufrechtzuerhalten, hängt von seinem individuellen Schlafbedarf und Reifestand der homöostatischen Regulation ab (Jenni & LeBourgeois, 2006, S. 284-285; Largo, 2008, S. 169). Im zweiten Lebensjahr geht dann die benötigte Gesamtschlafdauer deutlich zurück (Largo, 2008, S. 183-200). Ein einzelner Mittagsschlaf von einer halben bis anderthalb Stunden Dauer entspricht jetzt dem Altersdurchschnitt. Bei einigen Kindern entfällt auch dieser bereits, bevor sie ihr drittes Lebensjahr erreicht haben

2.1.4 Pavor nocturnus und Angstträume

Der sogenannte „Angstschreck“ (*Pavor nocturnus*) tritt bei etwa einem Drittel bis zur Hälfte aller Kinder im zweiten bis fünften Lebensjahr, selten auch schon gegen Ende des ersten Lebensjahres auf. Ein bis drei Stunden nach dem Einschlafen schreckt das Kind aus dem Tiefschlaf auf, kommt aber nicht voll zu sich, es schreit, wirkt verwirrt, wütend oder verängstigt, Puls und Atmung sind erhöht. Die Eltern werden in diesem halbwachen Zustand nur begrenzt wahrgenommen, das Kind lässt sich nicht beruhigen, kann nicht geweckt werden und schlägt gegebenenfalls um sich. Genau so plötzlich wie dieser Zustand eingetreten ist, verschwindet er nach etwa fünf bis fünfzehn Minuten wieder. Der Pavor nocturnus gehört zum normalen Schlafverhalten, ist also nicht als Störung zu werten. Zu unterscheiden vom Pavor Nocturnus sind *Angstträume* der Kinder: Wenn ein Kind in Folge eines ihm angsteinflößenden Traumes aus dem REM-Schlaf erwacht, geschieht dies meist in der zweiten Nachthälfte. Das Kind kann sich an den Traum erinnern, ist verängstigt und will getröstet werden. Auch Angstträume gehören, solange sie nicht zu oft auftreten, zum normalen Schlafverhalten (Largo, 2008, S. 188-193).

Beide Phänomene sind nicht direkt angesprochen, wenn später im Zusammenhang zu Ein- und Durchschlafstörungen von nächtlichem Erwachen die Rede ist. Wobei anzunehmen ist, dass Angstträume Einfluss nehmen auf relevante Entwicklungsthemen, die im Zusammenhang zu Ein- und Durchschlafschwierigkeiten stehen können, dies wird in Kapitel 4.2.2 erläutert.

2.2 Soziale und kulturelle Aspekte der Schlafregulation

Bisher wurde der frühkindliche Schlaf aus einer primär physiologischen und reifungsbezogenen Sicht betrachtet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die

Schlafentwicklung nicht nur aufgrund endogener interindividuelle Unterschiede sehr verschieden verlaufen kann, sondern auch kulturell geprägte soziale Praktiken rund um das Thema Schlaf Einfluss üben auf den Schlaf und das Schlaf-Wach-Verhalten des Kindes. McKenna (2000, S. 100-110) macht eindringlich darauf aufmerksam, dass die westlich geprägte Vorstellung von normaler kindlicher Schlafentwicklung und assoziierten Entwicklungsaufgaben keinesfalls universelle Gültigkeit für sich beanspruchen könne. Gemeinhin unterschätzt wird ihm zufolge die Bedeutung der mütterlichen Nähe und des Stillens für die Schlafregulation. So stammen Daten zur Schlafentwicklung beispielsweise häufig aus Laborstudien, in denen das Kind in einer fremden Umgebung und getrennt von der Mutter schläft, oder aber aus Bevölkerungsstichproben, in denen das Schlafen im eigenen Kinderbett gängige Praxis, gemeinsames Schlafen hingegen normativ verpönt ist. Dabei gerät leicht in Vergessenheit, dass das Beisammenschlafen von Eltern und Kind (*co-sleeping*) weltweit in vielen Kulturen wertgeschätzt und alltäglich praktiziert wird.

Im Folgenden sollen ausgewählte Thematiken angesprochen werden, die in einem solchen sozialen und kulturellen Zusammenhang zum kindlichen Schlaf und zur Schlaf-Wach-Regulation stehen. Es soll versucht werden, die bisher aufgezeigte Sichtweise zum kindlichen Schlaf zu erweitern und gleichzeitig aufzuzeigen, dass unterschiedlichste Schlafregelungen und schlafbezogene Praktiken legitim erscheinen.

2.2.1 Gemeinsamer vs. getrennter Schlaf

In verschiedene Kulturen finden sich unterschiedliche Ansichten darüber, ob Kinder und Eltern eng beisammen in einem Bett oder auf einer Unterlage schlafen dürfen oder auch sollten, oder aber das Schlafen in Reichweite der Eltern bis hin zum Schlafen in getrennten Zimmern die Norm sind. Kulturell geprägte Bräuche und Traditionen, Werte, Moralvorstellungen sowie Ansichten über mögliche Risiken oder Vorteile für die physische Gesundheit (Plötzlicher Kindstod u. a.) und psychosoziale Entwicklung des Kindes erscheinen hier von Bedeutung. So geht in Japan mit der Praxis des gemeinsamen Schlafens von Mutter und Kind beispielsweise eine besondere Wertschätzung einer intensiven gegenseitigen Bezogenheit und Erziehung zur Harmonisierung in der Gruppe einher. Im Gegensatz dazu steht beispielsweise die hohe Wertschätzung einer frühen Selbständigkeitserziehung, die Eltern dazu veranlasst, ihr Kind separat Schlafen zu legen. Moralischen Einfluss nimmt

möglicherweise die Vorstellung darüber, das Kind müsse klar von der Intimität der elterlichen Paarbeziehung abgegrenzt werden (Goldberg & Keller, 2007, S. 331-335; McKenna, 2000, S. 100-108).

Historisch gesehen ist die Praxis, dass Kinder alleine schlafen, Sadeh und Anders (1993, S. 22) zufolge kaum mehr als 200 Jahre alt und stellt im transkulturellen Vergleich das minder verbreitete Schlafarrangement dar. Auch in Deutschland scheint das reguläre Schlafen im gemeinsamen Elternbett zumindest in den ersten Monaten weit verbreitet zu sein (Von Hofacker et al., 2007, S. 359). In den USA zeigte sich ein ansteigender Trend bezüglich des regulären gemeinsamen Schlafes in einem Bett (*bed-sharing*⁸) von Eltern und Kind: Vom Jahr 1993 bis 2000 hatten sich die Raten in einer repräsentativen Umfrage von 8453 nächtlichen Betreuungspersonen von 5,5 % auf 12,8 % mehr als verdoppelt (Willinger, Ko, Hoffman, Kessler & Corwin, 2003, S. 43-45). Es erscheint daher bedeutsam zu betrachten, wie sich unterschiedliche Schlafarrangements auf den kindlichen Schlaf auswirken.

McKenna (2000, S. 114-116) berichtet über Ergebnisse dreier Studien, die von ihm und Kollegen durchgeführten wurden und Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Schlafarrangements und kindlichem wie auch mütterlichen Schlaf aufzeigen. Daraus geht hervor, dass bei Kindern, die routinemäßig gemeinsam mit der Mutter in einem Bett schlafen, das kurze vorübergehende Erwecken gefördert wird. Häufigeres Erwecken zeigt sich unabhängig davon, ob diese Kinder bei der Untersuchung bei der Mutter schlafen oder nicht – eine Umstellung auf weniger kurze Wachmomente erfolgt demzufolge nicht in einer einzelnen Nacht. Weiter führt, McKenna zufolge, *bed-sharing* zu kürzeren Tiefschlafphasen (Stadium 3-4) und entsprechend längeren Schlafphasen des leichten Schlafes (Stadiums 1-2) beim Kind. Insgesamt ist die Schlafdauer im Falle von *bed-sharing* länger, was teilweise durch eine signifikant geringere Schreidauer erklärt wird. Ebenfalls finden sich durch praktiziertes *bed-sharing* bestimmte Angleichungen der kindlichen und mütterlichen Schlafmuster (McKenna, 2000, S. 112-114). Beispielsweise kommt es zu

⁸ Die Begriffe *co-sleeping* und *bed-sharing* werden häufig synonym verwendet. Andererseits bezieht sich der Begriff des *co-sleepings* teils auch auf das Schlafen in Reichweite oder in einem gemeinsamen Raum. Bei ausdrücklichem Bezug in der verwendeten Literatur auf das Schlafen in einem geteilten Bett wurde daher der Begriff *bed-sharing* dem des *co-sleeping* vorgezogen.

signifikanten zeitlichen Überschneidungen bezüglich des kurzen vorübergehenden Erweckens ebenso wie zwischen längeren Wachphasen von Mutter und Kind. Auch bezüglich der einzelnen Schlafstadien finden sich gegenüber getrennt schlafenden Mutter-Kind-Paaren signifikant größere zeitliche Parallelitäten. Routinemäßiges bed-sharing wirkt sich bei stillenden Müttern auch fördernd auf Häufigkeit und Gesamtdauer des nächtlichen Stillens aus. Dennoch, obwohl die Mütter häufiger erwachen und ihre Kinder nachts häufiger stillen, konnte eine insgesamt gleich lange Schlafdauer wie bei getrennt schlafenden ebenfalls stillenden Müttern nachgewiesen werden.

In Anlehnung an McKenna (2000, S. 108) lässt sich aus einer evolutionären oder anthropologischen Perspektive heraus schließen, dass solche Einflüsse, wie sie oben dargestellt wurden, wohl keinesfalls als Abweichungen der normalen Schlafentwicklung oder gar generell als problematisch gewertet werden dürfen (beispielsweise auf Grund von häufigerem Erwachen oder kürzerem Tiefschlaf), sondern vielmehr eine erweiterte oder objektivere Perspektive darauf bieten, wie sich kindlicher Schlaf gestaltet.

2.2.2 Stillen und Fütterungspraktiken

Auch die Fütterungspraktiken wirken sich auf das Schlaf-Wach-Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern aus (Largo, 2008, S. 172; Wolke, 1997a; Wolke, Meyer, Ohrt & Riegel, 1995, S. 192-196). Bei Kindern, die von ihren Müttern gestillt werden, ist im ersten Lebensjahr ein häufigeres nächtliches Erwachen zu beobachten als bei Säuglingen, die mit der Flasche gefüttert werden. Largo (2008, S. 172) führt dies zum einen darauf zurück, dass Mütter, die ihre Kinder stillen auch eher gewillt sind ihr Kind nach dessen Verlangen und nicht nach festgelegten Zeiten zu ernähren. Das Kind gewöhnt sich daran und verlangt so auch nachts öfter die Brust. Zum anderen nehmen Kinder, die gestillt werden, auch tagsüber oft weniger Nahrung zu sich als Flaschenkinder. Oft sind es auch diejenigen Kinder, die gestillt werden, die im Bett oder in direkter Nähe der Mutter schlafen: Wenn das Kind seinen Hunger meldet, wird es von der Mutter unmittelbar wahrgenommen und erfährt eine Reaktion darauf. Das nächtliche Stillen kann von der Mutter als natürlich und angenehm empfunden werden. Mit dem Älterwerden des Kindes fühlen sich aber viele Mütter durch das mehrmalige nächtliche Erwachen und Stillen in ihrem Schlaf gestört. Wolke (1997a, S. 1-2) sieht das häufige Erwachen verbunden mit nächtlicher

Nahrungsaufnahme für die ersten sechs Lebensmonate als biologisch adaptiv für ein gesundes Gedeihen des Kindes. Danach jedoch erachtet er ein mehrfaches Gefüttertwerden in der Nacht als nicht mehr notwendig und möglicherweise mit negativen Folgen verbunden. So kommt es bei der Aufnahme von großen Flüssigkeitsmengen beispielsweise häufig zum nächtlichen Einnässen und eingeschränkter Aufnahme von fester Nahrung aufgrund von mangelndem Appetit beim Frühstück.

2.2.3 Abendliche Abläufe und Einschlafrituale

Einem abendlichen Einschlafritual wird in bestimmten Kulturkreisen weithin große Bedeutung beigemessen. Abendliches Geschichtenerzählen, Kuschneln oder ein Schlaflied und ein Gutenachtkuss, gehören für viele Kinder zur Vorbereitung des Einschlafens. Jenni und Benz (2007, S. 314) ebenso wie Largo (2008, S. 173-175) zeigen Gründe auf, mit den Kindern ein regelmäßiges Ritual vor dem Einschlafen zu pflegen. Erstens ermöglicht ein vertrautes Einschlaferemoniell dem Kind, eine Erwartungshaltung beim Zubettgehen aufzubauen, so dass es nicht damit überrascht wird, plötzlich schlafen zu sollen. Dies beginnt bereits mit einem beständigen Ablauf der abendlichen Aktivitäten (beispielsweise Abendessen, Baden, kurzes Spiel) vor dem eigentlichen ins Bett Bringen, die ab einem gewissen Alter das Kind zum Schlafen hinführen. Bezogen auf die inneren Rhythmen des Kindes unterstützt das abendliche Zeremoniell daher die Ausbildung einer an den Tag-Nacht-Wechsel angepassten zirkadianen Rhythmik (Jenni & Benz, 2007, S. 314). Ein zweiter Grund ist, dass ein Einschlafritual, das mit Zuwendung und Zärtlichkeit verbunden ist, dem Kind ein Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit vermittelt, das ihm hilft, sich zu entspannen und seinem Schlafbedürfnis hinzugeben (Jenni & Benz, 2007, S. 314; Largo, 2008, S. 173-175). Säuglinge und Kleinkinder bis einschließlich ins Vorschulalter wenden selbst keine Strategien an, um sich zur Schlafenszeit bewusst müde zu machen (Wolke, 1997b, S. 1). Ältere Kinder und Erwachsene tun dies beispielsweise, in dem sie vor dem Einschlafen im Bett lesen. Folglich obliegt bei jüngeren Kindern den Eltern die Aufgabe, geeignete Einschlafroutinen zu entwickeln und anzuwenden. Insgesamt unterstützt ein abendliches Einschlafritual das Kind beim anschließenden selbständigen Einschlafen (Jenni & Benz, 2007, S. 314).

Bezüglich der Einschlafroutinen finden sich jedoch unterschiedliche kulturelle Bräuche. So berichten Jenni und O'Connor (2005, S. 209) davon, dass in Familien

aus einer Kleinstadt bei Rom die Kinder üblicherweise am abendlichen familiären Geschehen teilhaben, bis sie im Kinderwagen oder Schoß einer Person einschlafen. Ebenso scheint es in anderen südeuropäischen Länder wie Spanien oder Griechenland typisch zu sein, das die Zubettgehzeiten weniger strukturiert und flexibler gehalten werden. Insgesamt finden sich weltweit viele Kulturen, in denen sich kein hervorgehobenes Einschlafritual findet und es gewissermaßen kein Konzept für die kindliche Bettgehzeit per se gibt. Ein solcher Kontrast zur Vorstellung, das Kind solle lernen, zu einer oft vorgegebenen Zeit alleine in den Schlaf zu finden, ist beispielsweise auch bei den zeitgenössischen Maya-Kindern zu beobachten (McKenna, 2000, S. 117). Hier, wo gemeinsames Schlafen praktiziert wird, schlafen die Kinder zumeist in den Armen der Mutter ein oder trinken an ihrer Brust, bis sie schließlich in den Schlaf fallen. Es gibt keine besonderen Vorbereitungen für die Schlafenszeit (auch keine besondere Schlafkleidung) oder Einschlafrituale.

2.2.4 Selbstgesteuerte Einschlafhilfen und Übergangsobjekte

Viele Säuglinge oder Kleinkinder verwenden selbstgesteuerte Einschlafhilfen, um sich selbst zu beruhigen und in den Schlaf zu finden: Sie saugen an den Fingern, nuckeln am Daumen oder Schnuller, plaudern oder singen vor sich hin oder schlafen besser ein, wenn sie einen bestimmten vertrauten oder auch vertraut riechenden Gegenstand bei sich haben. Ein bestimmtes auserwähltes Tuch, die Ecke einer Decke, ein Stofftier oder ähnliches werden später oft unentbehrlich, um abends oder nach einem nächtlichen Erwachen beruhigt einzuschlafen. Winnicott (1976, S. 294-297) bezeichnet diese erwählten Einschlafhilfen als Übergangsobjekte. Sie repräsentieren ihm zufolge einen Zwischenbereich des Erlebens zwischen innerer Realität und äußerem Leben und werden für das Kind von Bedeutung für sein Wohlempfinden zur Schlafenszeit und/oder, wenn es sich einsam oder ängstlich fühlt. Wird der vom Kind selbst gewählte Gegenstand von den Eltern verändert oder gewaschen, so könnte dies zu einem Problem für das Kind werden, er verliert seine Bedeutung – nur das Kind selbst darf ihn manipulieren. Die Eigenschaft eines Übergangsobjektes erhalten Einschlafhilfen etwa ab einem Alter zwischen vier bis zwölf Monaten.

Ebenso wie die Zeremonie eines Einschlafrituals erscheint die Verwendung selbstgesteuerter Einschlafhilfen eng mit dem sozialen Kontext und somit mit kulturellen Überzeugungen und Standards verbunden zu sein (Jenni & O'Connor,

2005, S. 209; McKenna, 2000, S. 116-117). Ob die Kinder dazu tendieren, selbstgesteuerte Einschlafhilfen zu verwenden oder nicht, ist eng assoziiert mit den jeweiligen Einschlafpraktiken und Schlafarrangements. Entsprechend verwenden Kinder aus industrialisierten Gesellschaften und speziell aus städtischen Gegenden im Vergleich zu nichtindustrialisierten Kulturen weitaus öfter Einschlafhilfen (Jenni & O'Connor, 2005, S. 209). McKenna (2000, S. 117) berichtet von signifikant geringerem Gebrauch von Einschlafhilfen unter amerikanischen Kleinkindern, die in Anwesenheit eines Erwachsenen einschliefen. In Japan und Korea, wo die Kinder gewöhnlich zusammen mit den Eltern schlafen, stellt es McKenna (2000, S. 117) zufolge die Norm da, dass die Kinder weder Daumenlutschen noch Übergangsobjekte verwenden. Unter den bereits erwähnten Maya-Kindern verwendete in der Untersuchung nur ein einziges Kind ein Übergangsobjekt. Es wird angenommen, dass der Gebrauch von Einschlafhilfen dazu dient, ein Gefühl von Sicherheit zu bieten, wenn die Eltern nicht anwesend sind.

Offenbar ist eine Vielzahl an Schlafpraktiken für Säuglinge und Kleinkinder denkbar. Largo (2008, S. 163-178) vertritt die Ansicht, die Eltern müssen selbst herausfinden, welche Schlafarrangements und -praktiken zu ihnen und ihrem Kind passen. Am Beispiel des Schlafrituals zeigt er zwei Möglichkeiten an Verhaltensweisen auf, zwischen denen eine Vielzahl an Vorgehensweisen denkbar sind: Das eine Kind ist es gewöhnt, jeden Abend in Anwesenheit der Mutter mit viel Körperkontakt und saugend an der Mutterbrust einzuschlafen. Ein anderes Kind wird wach in sein Bett gelegt und wenn es nicht einschlafen kann, unterstützt es die Mutter beispielweise durch leises Sprechen und sanftes Streicheln über den Kopf. Das Kind wird allmählich an mehr Selbständigkeit beim Einschlafen gewöhnt. Largo (2008) sieht es als wichtig an „das Kind in dem Maße zur Selbständigkeit hinzuführen, wie das Kind selbständig sein kann, ohne es zu unter- oder überfordern“ (S. 177). Bezogen auf seine generelle Ansicht, dass Eltern und Kind selbst herausfinden sollten, wie sie sich am wohlsten fühlen, gibt er zu bedenken: Kinder die abends mit viel Nähe und Unterstützung durch die Eltern einschlafen, werden auch nachts die gewohnte Hilfe einfordern. Das Kind, das hingegen abends alleine einschläft, findet auch nachts leichter selbständig wieder in den Schlaf (Largo, 2008, S. 177-178).

Die Gestaltung des Einschlafrituals und das kindliche „Durchschlafen“ sind folglich miteinander verbunden. Es erscheint daher wichtig, dass man eine gewisse Einheitlichkeit und Stimmigkeit findet, zwischen der Gestaltung der Schlafsituation für das Kind einerseits und den Erwartungen an das Kind bezüglich selbständiger Regulation von abendlichem und nächtlichem Ein- oder Durchschlafen andererseits. In ähnlicher Weise wie Largo, jedoch mit einer leicht gegenläufigen Tendenz in seiner Aussage, schließt McKenna (2000, S. 123-125) seinen Beitrag. Zumindest implizit verweist er darauf, dass Kinder durchaus *lernen* können, alleine und selbständig zu schlafen, wenn es das ist, was die Eltern für sich und ihr Kind entscheiden und das Kind dazu hinführen. Als den natürlicheren Weg sieht er jedoch den gemeinsamen Schlaf von Eltern und Kind, worüber sich Eltern und Kliniker zumindest bewusst sein sollten, wenn das Kind Schwierigkeiten hat, selbständig durch die Nacht zu schlafen.

3 Ein- und Durchschlafstörungen

3.1 Definitionen und klinisches Erscheinungsbild

3.1.1 Definitionen von Ein- und Durchschlafstörungen

Im vorherigen Kapitel wurden der kindliche Schlaf und seine Entwicklung besprochen. Es wurde aufgezeigt, dass insbesondere im ersten Lebensjahr rasche Veränderungen stattfinden, die bei jedem Kind im Rahmen des Normalen sehr unterschiedlich verlaufen können. Ebenfalls gestalten sich die Anforderungen, die an das individuelle Kind bezüglich der Schlaf-Wach-Organisation gestellt werden, je nach kulturellem Hintergrund und individuellen Vorgehensweisen der Eltern sehr heterogen: Während von manchen Kindern schon relativ früh hohe selbstregulatorische Fähigkeiten bezogen auf das Schlaf-Wach-Verhalten gefordert werden, erhalten andere Kinder intensive elterliche Unterstützung beim Einschlafen oder schlafen grundsätzlich in körperlicher Nähe zu ihren Pflegepersonen ein. All dies erschwert die Festlegung darauf, was als problematisches Schlafverhalten gewertet werden kann oder sollte und ab welchem Alter man überhaupt von einer Ein- und Durchschlafstörung sprechen kann. In der Forschung haben sich bisher keine einheitlichen objektiven Kriterien zur Definition einer frühkindlichen Ein- und Durchschlafstörung durchsetzen können (Papoušek, 2008, S. 114). Im Diagnoseklassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation „International Classification of Diseases“ (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) findet sich keine auf das Säuglings- und Kleinkindalter zugeschnittene Klassifikation einer Ein- oder Durchschlafstörung. Im Folgenden sollen exemplarisch verschiedene Definitionen aufgezeigt werden, die in Forschung und Praxis Verwendung finden:

Richman (1981, S. 283) wählt folgende strengen Kriterien zur Definition einer Durchschlafstörung: Das Aufwachproblem existiert mindestens über drei Monate Dauer und betrifft fünf oder mehr Nächte einer Woche. In diesen Nächten wacht das Kind mindestens dreimal auf, die nächtliche Wachdauer ist länger als 20 Minuten und/oder das Kind wird ins Elternbett genommen bzw. schläft im Elternbett weiter.

Häufig finden modifizierte Versionen der Richman (1981) Kriterien Verwendung, beispielsweise bei Minde, Popiel, Leos, Falkner, Parker und Handley-Derry (1993); Benoit, Zeanah, Boucher und Minde (1992) sowie Morrell (1999). So sind nach Minde et al. (1993, S. 523) bereits vier betroffene Nächte pro Woche entscheidend. Des Weiteren wurden folgende Merkmale einer Einschlafproblematik als alternatives Kriterium in die Definition einer Schlafstörung aufgenommen: Das Kind weigert sich zur Schlafenszeit länger als 30 Minuten ins Bett zu gehen oder es schläft nur in Anwesenheit der Eltern ein. Ansonsten gelten die oben genannten Kriterien.

Wolke (2006, S. 12) gibt für Ein- und Durchschlafprobleme zwei separate Definitionen an, die zudem weitere Differenzierungen und vergleichsweise präzise Bestimmungen aufweisen: Durchschlafprobleme bestehen nach Wolke grundsätzlich erst ab einem Alter von sechs Monaten und zwar dann, wenn das Kind in fünf Nächten einer Woche in der Zeit von null Uhr nachts bis fünf Uhr morgens ein oder mehrmals aufwacht. Bei mehrmaligem Aufwachen pro Nacht liegen schwere Durchschlafprobleme vor. Einschlafprobleme werden von ihm aufgegliedert in einerseits *Bettroutineprobleme*, die bestehen wenn das Kind vom Zeitpunkt der Aufforderung an über eine Stunde braucht bis es ins Bett geht und andererseits *Schlafeinleitungsprobleme*, wenn die Einschlafzeit länger als eine halbe Stunde dauert, oder das Kind nur in Gegenwart der Eltern einschläft.

Anders, Goodlin-Jones und Sadeh (2000, S. 334-335) geben für Einschlafprobleme und Durchschlafprobleme ebenfalls zwei getrennte Definitionen an, unterteilen diese weiter in drei Schweregrade und geben je nach Alter des Kindes unterschiedliche Kriterien vor. Mit Verweis auf die raschen Veränderungen im Schlafverhalten im ersten Lebensjahr und daher schwierigen Bedingungen zur Klassifizierung einer Schlafstörung schließen sie das erste Lebensjahr aus der Definition aus. Grundvoraussetzungen zur Anwendbarkeit ihrer Kriterien sind neben der Erreichung des zweiten Lebensjahres außerdem, dass das Kind im eigenen Bett schläft und in einem täglichen Umfeld aufwächst, in dem die Hauptschlafenszeit in der Nacht liegt. Eine Durchschlafproblematik wird diagnostiziert, wenn das 12-24 Monate alte Kind mehr als zweimal pro Nacht aufwacht und/oder länger als zehn Minuten nachts wach liegt. Tritt das genannte Verhalten in nur einer Nacht pro Woche, aber zwei bis vier Wochen hintereinander auf, wird von einer *perturbation* als Variante des normalen gesprochen. Bei zwei bis vier beeinträchtigten Nächten über zwei bis vier aber auch

mehr Wochen liegt ein mittlerer Schweregrad vor (*disturbance, risk of disorder*). Sind hingegen fünf bis sieben Nächte anhaltend über mehr als vier Wochen betroffen, handelt es sich um eine signifikante Störung (*disorder*). Für Kinder im dritten Lebensjahr sind die Kriterien insofern angepasst, dass bei ein bis zweimaligem Erwachen und/oder einer Wachdauer von mindestens zwanzig Minuten eine Durchschlafproblematik diagnostiziert wird, die Schweregradunterteilung bleibt die gleiche. Eine Einschlafproblematik ist nach Anders et al. (2000, S. 335) definiert durch eine Einschlafdauer von mehr als 30 Minuten im zweiten Lebensjahr, beziehungsweise mehr als 20 Minuten im dritten Lebensjahr oder das Kind schläft nur in Gegenwart der Eltern ein oder es gibt mehr als eine Wiedervereinigung bevor das Kind einschläft. Auch hier gelten dieselben Schweregradkriterien.

Problematisch zu werten ist, wenn diese Definitionen in der Forschung als hinreichende Kriterien angewandt werden und nicht berücksichtigt wird, inwieweit sich diese Schlafmuster für Kind und Eltern als belastend erweisen. Bezogen auf die Thematik gemeinsamer vs. getrennter Schlaf stellt sich beispielsweise die Frage, wie die gemeinsame Schlafsituation zu bewerten ist, wenn sie von den Familien als wünschenswert und angenehm empfunden wird. Nach der Definition von Anders et al. (2000, S. 334-335) könnte man hier keinen Befund einer Ein- oder Durchschlafstörung stellen, nach der von Richman (1981, S. 283) oder beispielsweise Minde et al. (1993, S. 523) wäre der gemeinsame Schlaf gar ein Kriterium für eine Störung. Wolke (2006) zufolge sind Ein- und Durchschlafprobleme streng genommen „zumeist keine Probleme für die Kleinkinder, sondern Belastungen für die Eltern“ (S. 12). Ramos, Youngclarke und Anderson (2007, S. 422-427) zeigen auf, dass objektive Kriterien wie beispielsweise die Häufigkeit und Dauer der von den Eltern registrierten Wachphasen der Kinder an sich wenig darüber aussagen, inwieweit die Eltern die kindlichen Schlafmuster als problematisch und belastend erleben. Sie differenzieren zwischen Familien, in denen die Kinder als Reaktion auf Einschlafschwierigkeiten bei den Eltern schlafen, weil sie nicht alleine einschlafen können oder wollen (*reactive co-sleepers*), und Familien, in denen aus persönlichen oder kulturellen Gründen gemeinsamer Schlaf praktiziert wird (*non-reactive* oder *intentional co-sleepers*) (Ramos et al., 2007, S. 418-419). Familien die entweder reaktiv oder bewusst gewollt zusammen mit ihren Kindern schliefen, erzielten nach objektiven Kriterien für potentiell problematisches Schlafverhalten vergleichbare Werte (Ramos et al., 2007, S. 425-

427). Dem persönlichen Empfinden nach werteten die „intentional co-sleepers“ dieses Schlafverhalten ihrer Kinder jedoch häufig weder als problematisch noch als ungewöhnlich. Für die Bewertung einer Schlafproblematik sehen Ramos et al. (2007, S. 426) es daher als wesentlich an, die elterliche Bewertung des kindlichen Schlafverhaltens zu erfassen.

3.1.2 Definition und Symptomtrias nach dem Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit

Nach dem Münchner Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit werden Ein- und Durchschlafstörungen als Manifestationsform einer frühkindlichen Regulationsstörung gehandhabt (vgl. Kapitel 1.2). Sie sind demnach in das Rahmenmodell einer Regulationsstörung einzuordnen, werden aber weiter auch in ihrer Spezifität betrachtet und umschrieben.

Zunächst besteht zur Definition einer frühkindlichen Ein- und Durchschlafstörung im Rahmen dieses Störungskonzeptes eine Alterseingrenzung auf ein Alter von sechs Monaten bis zu drei Jahren. Eine frühere Unreife der Schlaf-Wach-Regulation wird hingegen im Zusammenhang mit einer exzessiven Schreiproblematik im frühen Säuglingsalter betrachtet (Von Hofacker et al., 2007, S. 357-358). Gemäß dem Symptomtrias der frühkindlichen Regulationsstörung lassen sich frühkindliche Ein- und Durchschlafstörungen nach Papoušek (2008, S. 113-114) durch folgende Symptomkombination definieren:

(1) Auffälligkeiten im Verhalten des Säuglings oder Kleinkindes zeigen sich insbesondere in einer Schwierigkeit „sich *ohne aufwendige Einschlafhilfen* der Eltern seinem Schlafbedürfnis anheim zu geben und/oder bei nächtlichem Erwachen wieder einzuschlafen“ (Papoušek, 2008, S. 113-114). In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden im Rahmen einer frühkindlichen Regulationsstörung (ergänzend zum subjektiven Störungsempfinden der Eltern) entsprechend die folgenden objektive Kriterien für Schlafstörungen gegeben: Eine *Einschlafstörung* besteht, wenn die Säuglinge oder Kleinkinder nur mit Einschlafhilfe der Eltern einschlafen und dazu im Durchschnitt länger als eine halbe Stunde benötigen. Eine *Durchschlafstörung* besteht, wenn die Kinder durchschnittlich häufiger als dreimal in der Nacht aufwachen, eine Aufwachperiode im Schnitt länger als 20 Minuten andauert und dies in mindestens

vier Nächten pro Woche. Damit verbunden steht die „Unfähigkeit, ohne elterliche Hilfen allein wieder einzuschlafen“ (Von Hofacker et al., 2007, S. 358). Tagsüber sind die Kinder möglicherweise in ihrer Wachbefindlichkeit beeinträchtigt, indem sie außergewöhnlich schläfrig, vermehrt unruhig oder quengelig sind und häufiger schreien (Papoušek, 2008, S. 114).

(2) Das Überlastungssyndrom der Eltern ist geprägt durch einen angestauten Schlafmangel, chronische Erschöpfung und eine abnorme emotionale Erregbarkeit. Oftmals werden Gefühle von Hilflosigkeit, Ängste, aggressive Fantasien und Schuldgefühle ausgelöst. Auch die elterliche Paarbeziehung wird allzu leicht in Mitleidenschaft gezogen (Papoušek, 2008, S. 114).

(3) Als auf die Dauer für die Eltern belastende und dysfunktionale Interaktionsmuster werden die „aufwändigen, zunehmend ritualisierten und oft bizarren *Beruhigungs- und Einschlafinteraktionen*“ (Papoušek, 2008, S. 114) beschrieben. Sie gehen hervor aus ursprünglich durchaus angemessenen oder wie Papoušek sich ausdrückt „akzeptablen“ elterlichen Einschlafhilfen, die der Säugling oder das Kleinkind dann jedoch nicht mehr entbehren möchte. In der Folge wird das Kind beispielsweise nachts stündlich gestillt, die Mutter oder der Vater liegt über lange Zeit bei ihm während es an deren Ohrläppchen oder Haaren spielt bis es erneut einschläft. Möglicherweise werden nachts regelrechte Wachphasen mit gemeinsamer Spielzeit eingeschoben. Der elterliche Einsatz führt gewöhnlich zu erfolgreicher Beruhigung des Kindes. Versuchen die Eltern jedoch dem Kind die Unterstützungsmaßnahmen zu entziehen, fordert das Kind diese durch sofortiges Schreien ein (Papoušek, 2008, S. 114).

Aus dem Symptomtrias ergibt sich die notwendige Berücksichtigung von sowohl kindbezogen Verhaltensweisen wie auch elterlicher Belastungsempfindungen, ergänzt durch die nach dem Konzept der Regulationsstörungen als so wichtig erachtete Fokussierung auf die Eltern-Kind-Interaktionen. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Von Hofacker et al., 2007, S. 359) wird angemerkt, dass das Schlafen des Kindes im elterlichen Bett nicht ohne weiteres als Symptom für eine Schlafstörung betrachtet werden kann. Verwiesen wird auch hier auf heterogene kulturelle und interindividuelle Schlafpraktiken und damit assoziierte verschiedenartigen elterliche Wahrnehmungen und Wertungen. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass

bezogen auf den deutschen Kulturkreis – „das deutlich verlängerte, altersunangemessene Schlafen im elterlichen Bett“ (Von Hofacker et al., 2007, S. 359) in Verbindung zu persistierenden Schlafproblemen stehen kann.

3.2 Prävalenz, Koinzidenz und Persistenz

3.2.1 Prävalenz

Ein- und Durchschlafstörungen stellen in der klinischen Stichprobe der Münchner Spezialambulanz bei den über sieben Monate alten Kindern mit über 87 % das häufigste Erscheinungsbild einer frühkindlichen Regulationsstörung dar (Schieche et al., 2004, S. 148; Wurmser & Papoušek, 2004, S. 58-59). Wie weit verbreitet sind Ein- und Durchschlafstörung im Säuglings- und Kleinkindalter in der Gesamtbevölkerung? Je nach Definitionskriterien und Untersuchungsstichprobe variieren hierzu die Angaben:

Bezogen auf die strengen Kriterien nach Richman (1981) oder Minde et al. (1993) zeigen sich folgende Prävalenzwerte: Richman (1981, S. 282-284) kam nach ihren Kriterien in einer Londoner Bevölkerungsstichprobe für ein bis zweijährige Kinder auf eine Prävalenzrate von 6 bis 10 % für Durchschlafstörungen. Minde et al. (1993, S. 521) berichten von Prävalenzraten zwischen 15 bis 20 % für Ein- und Durchschlafstörungen im Kleinkind- und Vorschulalter.

Wolke, Meyer, Ohrt und Riegel (1994, S. 332-335) ermittelten in einer prospektiven Studie einer bayrischen Bevölkerungsstichprobe für weniger strenge Kriterien eine Prävalenz von knapp 22 % für Durchschlafprobleme (ein oder mehrmaliges Erwachen in mindestens fünf Nächten pro Woche) im Alter von 20 Monaten. Ebenfalls im Rahmen einer deutschen prospektiven Längsschnittstudie von Fegert, Schulz, Bergmann, Tacke, Bergmann und Wahn (1997, S. 76-78) wurden folgenden Werte erhoben: Im Alter von sechs bis 36 Monaten wachen im Mittel etwa 20 % der Kinder regelmäßig einmal pro Nacht auf und wecken dadurch ihre Eltern. Weitere 21 % wachen mehrmals pro Nacht auf. Häufige Einschlafschwierigkeiten lagen nach Angaben der Eltern im Alter von zwölf Monaten bei 12 % der Kinder vor, die Anzahl der betroffenen Kinder nahm dann kontinuierlich ab und im Alter von drei Jahren hatten noch etwa 7 % der Kinder Einschlafprobleme (Fegert et al., 1997, S. 85-86). Allerdings zeigen Wolke et al. (1994, S. 334) und Fegert et al. (1997, S. 77)

auch auf, das nicht alle Eltern die Durchschlafschwierigkeiten ihrer Kinder als belastend oder schwer zu handhaben erleben.

3.2.2 Koinzidenz

In der klinischen Stichprobe der Münchner Spezialambulanz befinden sich unter den sieben bis 24 Monate alten Kindern mit Ein- und Durchschlafstörungen nur 23 %, die kein weiteres Störungsbild zeigen. Bei den anderen 77 % der betroffenen Kinder finden sich zugleich ein oder mehrere weitere Manifestationsformen einer frühkindlichen Regulationsstörung. Koinzidenzen bestehen mit Fütterstörungen (35 %), dysphorischer Unruhe oder Spielunlust (35 %), exzessivem Trotzverhalten (27 %), exzessivem Klammern (17 %), und aggressiv-oppositionellem Verhalten (7 %). Es wird vermutet, das isolierte Schlafprobleme von den Familien häufiger selbständig bewältigt werden können (beispielsweise unter Verwendung eines Elternratgebers) und somit weniger in der Sprechstunde erscheinen (Schieche et al., 2004, S. 159).

Im Zusammenhang mit alterstypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben verändern sich die Koinzidenzraten, ausgenommen die Koinzidenz mit Fütterstörungen, die nahezu gleich bleibt. Mit zunehmendem Alter findet sich bezogen auf eine zusätzliche dysphorischer Unruhe oder Spielunlust ein rückläufiger Trend um 10 %. Ein Anstieg von 9 % auf 22 % der Koinzidenz mit exzessivem Klammern findet sich gegen Ende des ersten Lebensjahres. Im zweiten Lebensjahr steigen dann die Raten zu einem gleichzeitigen exzessivem Trotzverhalten enorm an (von 11 % zum Ende des ersten Lebensjahres auf 62,7 % zum Ende des zweiten Lebensjahres). Die Koinzidenz mit aggressiv-oppositionellem Verhalten nimmt erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres signifikant zu (Schieche et al., 2004, S. 159-160).

3.2.3 Verlauf/ Persistenz

Fegert et al. (1997, S. 78-79) betrachten die Persistenz von Durchschlafproblemen zum Alterszeitpunkt von zwölf und 18 Monaten im Vergleich zu sechs beziehungsweise zwölf Monaten. Kinder, die mit sechs Monaten regelmäßig mehrmals pro Nacht aufwachen, zeigen zu mehr als der Hälfte auch noch mit einem Jahr diese Durchschlafschwierigkeiten. Weiter zeigt sich, das 86 % der Kindern die

mit einem Jahr ein oder mehrmals in der Nacht aufwachen, dieses Schlafverhalten auch noch mit 18 Monaten zeigen, die Mehrheit (67 %) dieser Kinder wacht mit 18 Monaten mehrmals pro Nacht auf.

Wolke et al. (1994, S. 334-335) konnten ebenfalls eine hohe Persistenz von Durchschlafproblemen nachweisen: Im Altersvergleich von fünf Monaten auf 20 Monaten zeigte sich eine Persistenz der Durchschlafprobleme bei 40 % der Kinder; von 20 auf 56 Monaten bei 23 % der Kinder und von fünf auf 56 Monaten bei 18 % der Kinder. Anders ausgedrückt ist für Kinder, die mit fünf Monaten nachts regelmäßig ein oder mehrmals aufwachen, die Wahrscheinlichkeit im Vergleich mit zu diesem Zeitpunkt durchschlafenden Kindern um das 2,2-2,5 fache erhöht, auch mit 20 oder 56 Monaten nahezu jede Nacht aufzuwachen. Wolke et al. (1994, S. 336) berichtet, dass Eltern das nächtliche Erwachen ihrer fünf Monate alten Kinder häufiger als belastend erlebten als das ihrer 56 Monate alten Kinder. Dies wird damit in Verbindung gebracht, dass Säuglinge und Kleinkinder gewöhnlich schreien, wenn sie nachts aufwachen. Ältere Kinder sind selbst oft relativ entspannt, wenn sie nachts aufwachen und beispielsweise selbständig zur Toilette gehen oder das Elternbett aufsuchen, um dann weiterzuschlafen.

Auch in der klinischen Stichprobe der Münchner Spezialambulanz zeigt sich eine hohe Persistenz von Schlafstörungen, bezogen auf die Vorgeschichte der Familien, die mit einer Ein- oder Durchschlafstörung die Sprechstunde aufsuchen (Schieche et al., 2004, S. 158). 77 % der Eltern, die mit ihren sieben bis 24 Monate alten Kinder mit einer Ein- oder Durchschlafstörung in die Sprechstunde kamen, berichteten in den Anamnesegesprächen, dass die Schwierigkeiten bereits in den ersten drei Lebensmonaten ihrer Kinder mit exzessivem Schreien und Probleme der Schlaf-Wach-Regulation ihrer Kinder begannen. Die Persistenzraten sind bei kombinierten Störungen tendenziell höher als bei isolierten Schlafstörungen (80 % gegenüber 71 %).

3.3 Genese und Einflussfaktoren

Entstehungsbedingungen frühkindlicher Ein- und Durchschlafstörungen werden im Folgenden thematisiert. Anknüpfend an einen multifaktoriellen und entwicklungsorientierten Erklärungsansatz zur Genese frühkindlicher Regulationsstörungen, wie er in Kapitel 1 vorgestellt wurde, ist davon auszugehen,

dass Bedingungen, die Schlafprobleme aufrechterhalten, sich von den anfänglich verursachenden Faktoren unterscheiden können. Wechselwirkungen, die sich in negativen Kreisläufen verfangen, vermögen zu einer Persistenz und möglicherweise Eskalation der Probleme beizusteuern (Sarimski, 1993, S. 2-3; vgl. Kapitel. 1.4). Dynamiken, die zu einer Aufrechterhaltung der Schlafprobleme führen können, stehen daher ebenfalls im Fokus der Betrachtung. Spezifisch bindungsbezogene Thematiken werden im Anschluss in Kapitel 4 dieser Arbeit besonders herausgestellt.

3.3.1 Temperamentsmerkmale des Kindes

Auch bei Kindern mit Ein- und Durchschlafstörungen liegen verstärkt bestimmte konstitutionelle Merkmale und Temperamentsdimensionen eines „schwierigen“ oder „langsam auftauenden“ Temperaments vor (Anders et al., 2000, S. 330; Minde et al., 1993, S. 526; Morrell & Steele, 2003, S. 458; Papoušek, 2008, S. 116; Richman, 1981, S. 287-288; Schieche et al., 2004, S. 162). Darunter finden sich Eigenschaften wie *hohes Erregungs- und Aktivitätsniveau, hohe Ängstlichkeit und Irritabilität, niedrige sensorische Reizschwelle, mangelnde Anpassungsfähigkeit und Tröstbarkeit* sowie eine *besondere Hartnäckigkeit*. Einschlafschwierigkeiten, ein unruhiger Schlaf und gehäuftes Erwachen werden mitunter dadurch erklärt, dass diese Kinder in ihrer Wachzeit übermäßig vielen Eindrücken ausgesetzt sind und tendenziell eine Reizüberflutung erfahren (Papoušek, 2008, S. 116; Schieche et al., 2004, S. 162). Die genannten Eigenschaften treten außerdem in der Bewältigung der verschiedenen Entwicklungsaufgaben, wie sie in bestimmten Entwicklungsphasen mit Ein- und Durchschlafproblemen in Verbindung stehen können (s. Kapitel 3.3.3), erschwerend hinzu.

3.3.2 Organische und psychosoziale Risikofaktoren

In Kapitel 1.4.3 wurden bereits einige Risikofaktoren aufgezeigt, die bei einer Regulationsstörung der frühen Kindheit häufig vorliegen. Auch für die Ein- und Durchschlafstörungen gilt: Umso stärker und umfassender die Risikobelastung, desto langwieriger und schwerer gestaltet sich gemeinhin die Schlafstörung und umso wahrscheinlicher liegen zusätzlich weitere Manifestationsformen einer Regulationsstörung vor (Schieche et al., 2004, S. 163).

Organische Belastungen bestehen häufig nach peri- und postnatalen Komplikationen (Schieche et al., 2004, S. 163). Allgemein sind pädiatrische oder neuropädiatrische Grunderkrankungen differentialdiagnostisch auszuschließen oder – wenn vorhanden – mitzubehandeln (Papoušek, 2008, S. 116). Insbesondere werden folgende Erkrankungen genannt: Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien, Neurodermitis, gastroösophagealer Reflux⁹, Verlegung der Atemwege (Adenoide, Asthmatische Bronchitis), Schlafapnoe-Syndrom¹⁰, hirnorganische Schädigungen mit fehlendem/desorganisiertem Schlaf-Wach-Rhythmus, hirnorganische Anfallsleiden und sonstige mit wiederkehrenden Schmerz- und Unruhezuständen einhergehende somatische Störungen.

Für die folgenden *psychosozialen Risikofaktoren* zeigen sich besonders starke Zusammenhänge mit einer Ein- und Durchschlafstörung: Partnerschaftskonflikte der Eltern, Konflikte mit den Herkunftsfamilien und allgemein familiärer Stress sowie Psychopathologie der Mutter (Anders et al., 2000, S. 331; Papoušek, 2008, S. 116; Schieche et al., 2004, S. 163).

3.3.3 Herausforderungen und Fehlanpassungen in der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben

In der Genese von Ein- und Durchschlafstörungen zeigen sich deutlich Zusammenhänge zu alterstypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben (Papoušek, 2008, S. 116; Schieche et al., 2004, S. 162).

Entwicklungsbedingte Veränderungen beim Kind, sowie Entwicklungsthemen und assoziierte Entwicklungsaufgaben, wie sie in bestimmten Altersphasen anstehen, fordern die Eltern immer wieder aufs neue heraus, sich auf ihr Kind einzustellen. Largo und Benz-Castellano (2004) sowie Jenni und O’Conner (2005, S. 207) setzen hier an und betrachten Einschlafschwierigkeiten und häufiges nächtliches Aufwachen und Verlangen nach den Eltern wie auch Aufsuchen des Elternbetts als mögliche Folge einer fehlenden Übereinstimmung (*Misfit*) zwischen kindlichen Bedürfnissen und Entwicklungseigenheiten auf der einen Seite und Ansprüchen, Anforderungen und Möglichkeiten der Umwelt auf der anderen Seite. Ihre

⁹ Rückfluss von Magenflüssigkeit in die Speiseröhre, vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (1999).

¹⁰ Atemstörung im Schlaf, gekennzeichnet durch mehr als zehn Sekunden andauernde Atemstillstände v. a. während des Non-REM-Schlafs, vgl. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (1999).

Ausführungen erfolgen in Anlehnung an das Konzept des *Goodness-of-fit* nach Stella Chess und Alexander Thomas (s. Kapitel 1.3.3). Elterliche Erwartungen, Möglichkeiten und Handlungsweisen spielen auf Seiten der Umwelt eine entscheidende Rolle (Largo & Benz-Castellano, 2004). Findet sich eine möglichst passende Übereinstimmung (*Fit*) zwischen Umwelt und Kind, kann sich das Kind wohlfühlen, eigenaktiv werden und ein positives Selbstwertgefühl entwickeln. Individuelle Ausprägungen, Bedürfnisse und Eigenheiten beim einzelnen Kind erfordern dabei individuelle Eingehensweisen. Sehr genaue Erziehungsvorstellungen und Erwartungen können es den Eltern daher zusätzlich erschweren, sich auf ihr Kind als individuelle Persönlichkeit einzustellen. Der Ansatz des Fit oder Misfit soll als Rahmenkonzept dienen, wenn im Folgenden auf spezifische Entwicklungsthemen eingegangen wird.

Schlaf-Wach-Regulation und Einstellung auf individuelle Rhythmen

Die Zustandsregulation des Säuglings einschließlich der Regulation seiner Schlaf-Wach-Bedürfnisse und Angleichung der Schlafenszeiten an den Tag-Nacht-Wechsel ist – wie bereits erwähnt – im ersten Lebensjahr vorrangige Entwicklungsaufgabe. Die Eltern sind gefordert, ihr Kind zu unterstützen, indem sie den Tagesablauf vorhersehbar gestalten und gemeinsam mit dem Kind geeignete EinschlafROUTINEN und Schlafgewohnheiten entwickeln (Papoušek, 2008, S. 116). Auch in den folgenden Jahren sind die Eltern gefordert, sich auf veränderte Schlaf-Wach-Bedürfnisse des Kindes immer wieder neu einzustellen.

Ein Misfit liegt beispielsweise vor, wenn die Eltern das Schlafbedürfnis ihres Kindes deutlich (gar um mehrere Stunden) überschätzen und daher unrealistische Erwartungen an das Schlafverhalten ihres Kindes stellen (Largo & Benz-Castellano, 2004, S. 21). In der Folge kann das Kind abends nicht einschlafen, wacht in der Nacht auf oder ist morgens schon sehr früh wieder wach. Ebenso können durch gesellschaftliche Einflüsse bestimmte Bettzeiten mit dem biologischen Schlafrhythmus des Kindes disharmonisieren (Jenni & O'Connor, 2005, S. 207). Allgemein können unregelmäßige und unpassende Einschlafzeiten, die durch die Eltern gesetzt werden, Einschlafprobleme bedingen, indem sie zu einer Verschiebung oder Störung im Schlaf-Wach-Rhythmus des Kindes führen (Sadeh & Anders, 1993, S. 20).

Umstellung bei der Nahrungsaufnahme

Im Zusammenhang mit dem Abstillen und assoziierten Entwöhnungs- und Ablösungsprozessen kann es zu Veränderungen im Schlafverhalten kommen (Schieche et al., 2004, S. 162; vgl. Kapitel 2.2.2). Nach Wolke (1997a, S. 1-2) kann eine häufige nächtliche Nahrungsgabe nach dem sechsten Lebensmonat zu einer Förderung des kindlichen Erwachens beitragen. Das Kind verinnerlicht, dass es auf sein Verlangen nach den Eltern beispielsweise die Flasche erhält, was mit entspannendem Saugen und wohltuender Nahrungsaufnahme verbunden ist und somit vom Kind wiederholt eingefordert wird. Kommt es in der Folge möglicherweise zu häufigerem nächtlichen Einnässen, führt auch dies zu zusätzlicher Aufmerksamkeit in der Nacht oder zu einem Unwohlempfinden des Kindes bei Hautreizungen durch unzureichendes Windelwechseln, was wiederum zu einer Aufrechterhaltung des Problems führen kann.

Bindungs-Autonomie-Balance

Ab einem Alter von etwa sechs Monaten wird zugleich die Regulation einer ausgewogenen Balance zwischen Bindung und Exploration, Nähe und Distanz von besonderer Bedeutung. Trennungs- und Wiedervereinigungsthematiken, Ängstlichkeiten und Schutzbedürfnisse finden sich im Schlafkontext wieder. In diesem Zusammenhang sei auf Kapitel 4.2 dieser Arbeit verwiesen.

Autonomiebestreben und Grenzsetzung

Einschlafprobleme beziehen sich neben der eigentlichen Schwierigkeit einzuschlafen auch auf Widersetzungen und Hinauszögerungen der Kinder beim Zubettgehen. Sadeh und Anders (1993, S. 20) zeigen auf, dass ältere Säuglinge und Kleinkinder sich häufig dann gegen das Zubettgehen auflehnen, wenn die Eltern versuchen, frühere Interaktionsmuster im Einschlafkontext zu verändern und dem Kind mehr Eigenständigkeit zumuten. Dies trifft insbesondere zu, wenn diese Änderungsversuche spät (nach dem neunten Monat) einsetzen.

Im zweiten und dritten Lebensjahr ist im Zusammenhang mit wachsenden Autonomiebestrebungen des Kindes das Thema der Grenzsetzung und kindliches Austesten von Möglichkeiten in den Eltern-Kind-Interaktionen von besonderer Relevanz, was sich auch in den Bettzeitinteraktionen widerspiegelt (Sadeh & Anders, 1993, S. 30; Schieche et al., 2004, S. 162). Abendliches Zubettgehen und Einschlafen

ebenso wie selbständiges Weiterschlafen nach einem nächtlichen Erwachen gestaltet sich leichter, wenn es den Eltern gelingt, angemessene Grenzen zu setzen die von den Kindern dann in ausgeglichener Form akzeptiert werden. Ausgeprägte Grenzsetzungskonflikte hingegen können zu Ein- und Durchschlafproblemen führen oder diese aufrecht erhalten (Sadeh & Anders, 1993, S. 30). Die Kinder protestieren beispielsweise hartnäckig oder schreien und weigern sich zu Bett zu gehen oder bestehen auf die Gesellschaft der Eltern beim Einschlafen (Sadeh & Anders, 1993, S. 20).

Wolke (1997b, S. 2) hebt in diesem Zusammenhang die Bedeutung regelmäßige Schlafenszeiten und Abläufe beim Zubettgehen hervor. Einschlafrituale und frühzeitiges Hinweisen auf die bevorstehende Schlafenszeit können zu einer Entspannung der Situation beisteuern.

3.3.4 Die Rolle der Einschlafhilfen

Signifikante Zusammenhänge zeigen sich zwischen bestimmten Formen von Einschlafhilfen und Schlafproblemen: Anders et al. (2000, S. 330) zufolge zählen Kinder, die im Rahmen der Einschlafritualen zur Zustandsregulierung aktive Unterstützung erhalten und/ oder in Anwesenheit der Eltern einschlafen, häufiger zu den Kindern, die nachts nach den Eltern verlangen.

Für Kinder mit Ein- und Durchschlafstörungen der klinischen Stichprobe der Münchener Sprechstunde (im Alter von sieben bis 24 Monate) im Vergleich zu einer altersgleichen Vergleichsgruppe einer nicht-klinischen Stichprobe wurden folgende Ergebnisse ausgemacht: Keine signifikanten Unterschiede bestehen darin, ob die Kinder an sich Einschlafhilfen nutzen, in beiden Stichproben verwenden nahezu alle Kinder Einschlafhilfen. Kinder mit Schlafstörungen erhalten jedoch mehr Einschlafhilfen, die ihnen die Eltern aktiv geben, wie Stillen, Flasche geben, am Bett sitzen, Herumtragen, Hand halten oder andere Arten des Körperkontaktes, Vorsingen und Erzählen, Licht An- und Ausschalten und weitere höchst individuelle Beruhigungs- und Unterstützungsmaßnahmen. Auch Medikamente (Sedinfant, Atosil u. a.) werden zum Teil verabreicht. Dabei beschränken sich die elterlichen Fürsorgemaßnahmen meist nicht auf das Abendritual, sondern werden vom Kind bis zum tatsächlichen Einschlafen eingefordert. Die Kinder einer Vergleichsgruppe bekommen oder verwenden diese aktiven elterlichen Einschlafhilfen signifikant

weniger. Sie nutzen überwiegend selbstgesteuerte Einschlafstrategien, sie verwenden deutlich häufiger Einschlafhilfen wie Schnuller, Daumnuckeln und Übergangsobjekte im Vergleich zu Kindern der klinischen Stichprobe (Schieche et al., 2004, S. 151-152).

Auch Morrell und Cortina-Borja (2002) haben untersucht, welche Verhaltensweisen Eltern bei ihren 12 bis 19 Monate alten Kindern im Einschlafkontext anwenden und Familien mit Kindern mit Ein- und Durchschlafstörungen und solche mit Kindern ohne Schlafstörungen verglichen. Ihre Ergebnisse bestätigen einen positiven Zusammenhang für *aktive körperliche Beruhigungsmaßnahmen* („active physical comforting“; in den Armen wiegen, Streicheln, Füttern u. a.) sowie *passive Beruhigungsmaßnahmen* („passive physical comforting“; neben dem Kinderbett stehen ohne das Kind aufzunehmen u. a.) mit Schlafstörungen (Morrell & Cortina-Borja, 2002, S. 23-35). Weiter konnten sie nachweisen, dass Kinder, deren Eltern weniger *Selbständigkeit fördernde Strategien* („encourage autonomy“; Verwenden einer Spieluhr, Anbieten von bestimmten Stofftieren, Kind schreien lassen u. a.) anwenden, häufiger Schlafstörungen haben. Auch Eltern von Kindern ohne Schlafstörungen wenden zum Teil aktive körperliche Beruhigungshilfen als eine ihrer häufigsten Strategien an, diese Eltern wenden jedoch ebenso Maßnahmen zur Förderung der Selbständigkeit an. Bei Eltern der Kinder mit Ein- und Durchschlafstörungen zeigt sich hier eine beachtliche Divergenz. Keine signifikanten Zusammenhänge bestehen nach Morrell und Cortina-Borja (2002, S. 23-35) hingegen mit Einschlafhilfen über nicht mit körperlicher Nähe verbundene *Bewegungsstimulation* („settle by movement“; im Kinderwagen umherfahren u. a.) oder *soziale Aufmerksamkeit und Beruhigung* („social comforting“; ein Lied singen, eine Geschichte erzählen, leise mit dem Kind reden u. a.).

Nach dem Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit zählen aufwändige elterlichen Einschlafhilfen als elterliche Reaktionen mit zum Erscheinungsbild einer Ein- und Durchschlafstörung (Papoušek, 2008, S. 114; Schieche et al., 2004, S. 151; vgl. Kapitel 3.1.2). Aus den oben genannten nicht prospektiven Studien, geht nicht hervor, ob die elterlichen Strategien mit zur Entstehung der Schlafprobleme beitragen. Eine starke Einbeziehung der Eltern in die Einschlafrouinen der Kinder kann auch Resultat der kindlichen Schwierigkeiten sein, abends und nachts alleine in den Schlaf zu finden, während Kinder die eigenreguliert ein- und durchschlafen,

ihren Eltern zu verstehen geben, dass eine ausgiebige Unterstützung nicht länger erforderlich ist (Anders et al., 2000, S. 330). Morrell und Steele (2003, S. 459-463) konnten allerdings nachweisen, dass aktive körperlicher Beruhigungsmaßnahmen einen Bedingungsfaktor bezüglich einer persistierenden Schlafstörung ausmachen. Dies deckt sich mit Ausführungen anderer Autoren, die den elterlichen Einschlahhilfen und abendlichen sowie nächtlichen Interaktionen in der Aufrechterhaltung von Ein- und Durchschlafstörungen besondere Bedeutung beimessen (z. B. Anders et al., 2000, S. 328; Sarimski, 1993, S. 2-3; Schieche et al., 2004, S. 161; Wolke, 1997b, S. 1-2). Die Grundannahme besteht dabei darin, dass sich ungünstige Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind festsetzen, die aus verschiedenartigen Ausgangssituationen hervorgehen können. Dies lässt sich folgendermaßen präzisieren:

Da dem älteren Säugling und Kleinkind die potentielle Fähigkeit zugesprochen wird, eigenständig einzuschlafen, werden intensive elterliche Maßnahmen zur Erleichterung des Einschlafens als nicht länger erforderlich erachtet. Verlangt das Kind jedoch zum Einschlafen nach den Eltern und diese halten erprobte Einschlahstrategien aufrecht, verbindet das Kind die Einschlahzeit beispielsweise mit Stimulation oder Nahrungsgabe durch die Eltern. Das Verlangen nach den Eltern wird somit verstärkt und zugleich dem Kind die Möglichkeit verwehrt, das selbständige Einschlafen zu erlernen (Wolke, 1997b, S. 1-2). Barth (2004, S. 250) erklärt dies damit, dass Kinder, die in ihren selbstregulativen Fähigkeiten zum selbständigen Einschlafen nicht gefordert und unterstützt werden, Schlaf als etwas von außen Kommendes anstelle von etwas, das sie selbst bewirken können, erleben.

Die Beibehaltung ehemals wichtiger und hilfreicher elterlicher Einschlahhilfen wird von Schieche et al. (2004, S. 161) als häufigste Ursache für Ein- und Durchschlafstörungen bei gesunden Säuglingen und Kleinkindern gewertet. Etablieren können sich diese Einschlahhilfen entweder im früheren Säuglingsalter gerade auch im Zusammenhang mit exzessivem Schreien und frühen Problemen der Schlaf-Wach-Regulation (s. folgendes Kapitel) oder aber in Situationen, die ein vorübergehendes verstärktes Nähebedürfnis nach den Eltern bewirken und daher eine besondere Eingehensweise auf das Kind erfordern – so zum Beispiel Krankheit und Hospitalisation oder Schlafen in unvertrauter Umgebung auf einer Reise oder nach einem Umzug (s. Kapitel 4.3). Die Schwierigkeit der Kinder, nach einem nächtlichen

Erwachen wieder selbständig in den Schlaf zu finden, stellt dann oft eine Wiederholung der abendlichen Einschlafschwierigkeiten dar (Anders, 1994, S. 15-16; Anders et al., 2000, S. 329; Schieche et al., 2004, S. 161): Das Kind fordert die gleichen Unterstützungsmaßnahmen ein, die auch am Abend eingesetzt wurden.

3.3.5 Ein- und Durchschlafstörungen im Zusammenhang einer persistierenden Regulationsstörung

Sarimski (1993, S. 2-3), ebenso wie Schieche et al. (2004, S. 161) thematisieren Ein- und Durchschlafstörungen, wie sie aus einer das frühe Säuglingsalter überdauernden Regulationsstörung hervorgehen können. Kinder mit exzessivem Säuglingsschreien und Problemen der Schlaf-Wach-Regulation im frühen Säuglingsalter benötigen zunächst intensive regulatorische Unterstützung durch die Eltern beim Einschlafen (Schieche et al., 2004, S. 161). Hilfen wie Einschlafen im Arm der Eltern, in engem Körperkontakt, beim Stillen oder Füttern mit der Flasche, beim Herumtragen oder unter anderen Varianten der Stimulation werden in der Folge schnell zu einem gewohnten und liebgewonnen Ritual. Wenn die Kinder dann später über reifere Fähigkeiten zur Selbstregulation verfügen, wollen sie diese Hilfen nicht mehr entbehren, es mangelt ihnen auch an Erfahrung zum selbständigen Einschlafen. Durch Schreien fordern sie die gewohnten Hilfen erfolgreich ein oder protestieren, wenn diese ihnen entbehrt bleiben. Haben die Eltern bereits mit ihrem Säugling eine durch exzessives Schreien und Problemen der Schlaf-Wach-Regulation geprägte Zeit durchlebt, sind die Eltern häufig zusätzlich durch Versagensgefühle, Verlust von Kontrollüberzeugung, mangelnder Zuversicht, die belastende Situation zu bewältigen, Überforderung bis hin zu Depressivität belastet (Sarimski, 1993, S. 3-7). Der eigene Schlafmangel trägt seinerseits zu einer wachsenden Erschöpfung und Nervosität bei. In ihrer Verunsicherung gelingt es den Eltern oft nicht zu lernen, zwischen den verschiedenen Intentionen des schreienden Säuglings zu unterscheiden – „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“ (Sarimski, 1993, S. 3). Durch Fehlinterpretation der kindlichen Signale wird den Kindern die Möglichkeit genommen, das selbständige Einschlafen zu erlernen. Es handelt sich um dysfunktionale Kommunikationsmuster zwischen Eltern und Kind, da sie auf wechselseitigen Missverständnissen gründen und das Schlafproblem aufrechterhalten

oder noch verstärken (Schieche et al., 2004, S. 152). Der Verlust an Kontrollüberzeugung und mangelnde Zuversicht kann weiter dahin führen, dass wenig konsistente Bemühungen unternommen werden, um Tagesablauf und Schlafrythmus zu strukturieren und für das Kind durch abendliche Einschlafrituale vorhersehbar zu gestalten (Sarimski, 1993, S. 3-7). Depressivität und Überforderung der Eltern wirken sich auch negativ auf die Wachzeitinteraktionen aus, die intuitiven elterlichen Kompetenzen werden gehemmt, es mangelt daher häufig insgesamt an ausgeglichenen Interaktionen zwischen Eltern und Kind.

4 Ein- und Durchschlafstörungen aus bindungstheoretischer Perspektive

4.1 Einführung in die Bindungstheorie

4.1.1 Anfänge der Bindungstheorie

Der britische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby und die kanadische Psychologin Mary Ainsworth gelten als Pioniere der Bindungsforschung und entwickelten beginnend in den 1950er Jahren die Bindungstheorie (Grossmann, 2004, S. 38-39). Diese widmet sich den besonderen Beziehungen eines Kindes zu seinen Eltern oder anderen primären Betreuungspersonen unter psychologischen Gesichtspunkten und stellt sie in einen evolutionsbiologischen Zusammenhang. Dabei versteht sich die Bindungstheorie als offene Theorie, „auf deren Grundlage die Bindungsforschung vor allem Unterschiede von mehr oder weniger adaptiven Bindungsqualitäten als Folge unterschiedlicher Bindungserfahrungen untersucht“ (Grossmann, 2004, S. 21). Thematisiert wird dabei nicht allein die frühkindliche Bindung, sondern man befasst sich beispielsweise auch mit der Frage, wie frühe Bindungserfahrungen in spätere Beziehungen und Bindungen – nicht zuletzt die zu den eigenen Kindern – einwirken.

Bowlby begründete das theoretische Konzept der Bindungstheorie, entsprechend seiner psychoanalytischen Ausbildung ist eine psychoanalytische Verankerung der Bindungstheorie vorhanden (Dornes, 2004). Zugleich wandte er sich in einigen Punkten von der klassischen psychoanalytischen Denkweise ab, insbesondere indem er interpersonelle Interaktionen gegenüber intrapsychischen Vorgängen (unbewusste Phantasien) in den Vordergrund stellte (Dornes, 2004, S. 42-43). Auch bevorzugte er gegenüber Einzelfallberichten eine empirische Begründung und Überprüfung seiner Hypothesen über systematische, prospektive Studien und unter Einbindung weiterer Forschungsdisziplinen. Unter anderem im Rahmen einer Tätigkeit für die Weltgesundheitsorganisation befasste Bowlby sich mit kindlichen Trennungsreaktionen sowie den negativen Auswirkungen von mangelnder mütterlicher Zuwendung oder frühen Verlusterfahrungen für die kindliche

Persönlichkeitsentwicklung (Bowlby, 2008, S. 16-17). Während sein Interesse anfangs hauptsächlich der pathologischen Entwicklung galt, wandte er sich später stärker der normale Entwicklung zu (Dornes, 2004, S. 42). Bowlby begegnete der damals in der Psychoanalyse verbreiteten Annahme, dass die Bindung an die Mutter über das Stillen und die Nahrungsgabe vollzogen werde, mit Skepsis und sah statt dessen in der Bindung des Kindes an seine primären Betreuungspersonen ein vom Nahrungs- und Sexualtrieb unabhängiges gleichwohl evolutionsbiologisch verankertes Überlebensmuster (Bowlby, 2008, S. 19-23). In seiner Annahme bekräftigt wurde er durch ethologische Beobachtungen, wie die von Konrad Lorenz zum Nachfolgeinstinkt bei jungen Gänsen und Enten; und von Harry Harlow, der experimentell nachwies, das junge Makaken- und Menschenaffen sich über Körperkontakt und nicht über mütterliche Nahrungsgabe an ihre Mutter binden.

Mary Ainsworth trat Anfang der 50er Jahre dem Forschungsteam von John Bowlby bei (Grossmann, 2004, S. 39). Die von ihr durchgeführten Felduntersuchungen in Uganda bildeten den Beginn einer empirischen Verankerung der Bindungstheorie. Während ihrer Beobachtungen in Uganda entwickelte sie unter anderem erste Einsichten über unterschiedliche Bindungsverhaltensmuster bei Kindern (Grossmann & Grossmann, 2003, S. 97-99). In der späteren Baltimore-Studie wurden ihre Beobachtungen in Familien, die der amerikanischen Mittelschicht zugehörten, systematisch weitergeführt und schließlich mit der Konzipierung der sogenannten „Fremden Situation“¹¹ operationalisiert.

Wie lässt sich nun der *Bindungsbegriff* definieren? Ainsworth, Bell und Stayton (2003a) geben folgende Antwort: „Bindung kann definiert werden als das gefühlsmäßige Band, welches eine Person oder ein Tier zwischen sich selbst und einem bestimmten anderen knüpft – ein Band, das sie räumlich verbindet und das zeitlich andauert“ (S. 243). Somit ist Bindung ein weitreichend stabiles inneres Merkmal des Kindes, das es primär an seine Eltern oder andere

¹¹ Die Fremde Situation wurde konzipiert um in einer fremden Umgebung (Laborraum) unter einem festgelegten Ablauf systematisch zu erforschen, wie Kinder ihre Mutter als sichere Basis nutzen wenn sie ihre Umgebung explorieren, wie sie auf Entfernung bzw. Abwesenheit der Mutter und Wiedervereinigung reagieren und wie sich in Anwesenheit einer fremden Person geben (Ainsworth & Wittig 2003, S.112). Sie wird häufig als Methode zur Klassifikation unterschiedlicher Bindungsqualitäten, bei Kleinkindern im Alter von 12 bis maximal 20 Monaten, eingesetzt.

Hauptbezugspersonen¹² bindet und mit einem starken personenbezogenen Nähe- und Geborgenheitsbedürfnis einhergeht (Bowlby, 2008, S. 21-22). Davon abzugrenzen ist das *Bindungsverhalten*, es dient der Vermittlung oder Erhaltung von Nähe, um Sicherheit und Zuwendung zu erlangen, und wird situativ insbesondere in Momenten von Angst und Unsicherheit, bei Erkrankung oder Müdigkeit sowie bei drohender oder wirklicher Trennung von der Mutterfigur aktiviert (Bowlby, 2008, S. 21-22, 64). Bindungsverhaltensweisen richtet das Kind mit Einsetzen der personenspezifischen Bindung bevorzugt an seine Bindungspersonen. Dies ist aber keine notwendige Bedingung, so schreibt Bowlby (2008): „Dauerhafte Bindungen knüpfen Kinder nur zu wenigen Menschen, während sich ihr Bindungsverhalten (situationsabhängig) durchaus auf mehrere Personen richten kann“ (S. 22).

4.1.2 Bindungsverhalten, Explorationsverhalten und Pflegeverhalten

Das Bindungsverhalten des Kindes stellt eines von mehreren Verhaltenssystemen dar, die sich phylogenetisch herausgebildet haben und folglich einen besonderen Überlebens- und Anpassungswert aufweisen (Ainsworth, 2003, S. 319; Bowlby, 2008, S. 5-6). Im Wesentlichen bestimmen drei dieser Verhaltenssysteme die Regulation um räumliche und körperliche Nähe des Kindes zur gewählten Person:

Das *Bindungsverhalten* des Kindes zeigt sich in einem Repertoire an Verhaltensformen, die Bowlby (2006, S. 236-243) in zwei Kategorien unterteilt: Einerseits das Signalverhalten, es lässt sich beim Kind hauptsächlich in Form von Schreien, Lächeln, Babbeln, Armausstrecken und Rufen beobachten und fordert die Mutter auf, zum Kind zu kommen und bei ihm zu verweilen. Andererseits das Annäherungsverhalten, über Klammern, Festhalten, Annähern und Nachfolgen sichert sich das Kind aktiv die Nähe zur Mutter. Auch dem Saugen und Brustsuchen wird neben der Funktion der Nahrungsaufnahme die der Annäherung zugesprochen.

Ein weiteres kindliches Verhaltenssystem ist das *Erkundungsverhalten und Spiel* des Kindes, es ist antithetisch zum Bindungsverhalten ausgerichtet, da es in der Regel mit beginnender Mobilität des Kindes die Entfernung zur Bindungsperson vergrößert

¹² Ein Kind wird zu ein oder mehreren beständigen Betreuungspersonen eine frühe Bindung aufbauen. Insbesondere in den Anfängen der Bindungsforschung wurde jedoch schwerpunktmäßig die Mutter-Kind-Bindung untersucht. Deshalb und auch um komplizierte Formulierungen zu vermeiden – wird hier häufig von der Mutter als Bindungsperson gesprochen. Eine spezifische Darstellung zur Vater-Kind-Bindung geben beispielsweise Kindler und Grossmann (2004).

(Bowlby, 2006, S. 230-232). Folglich hemmt ein aktiviertes Bindungsverhalten das Kind in seinen Explorationsbestrebungen. Andererseits wird aber gerade beim Spielen und Erkunden der Umgebung das Bindungsverhalten des Kindes von Zeit zu Zeit mehr oder weniger stark aktiviert; denn es sind die gleichen Reize, das Neue und das Unbekannte, die paradoxerweise zugleich Erkundungsverhalten sowie Rückzugs- und Bindungsverhalten auslösen. Das Kind braucht daher die Gewissheit, dass eine verlässliche Bindungsperson vorhanden ist, die ihm als *sichere Basis* dient, wenn es in die Welt des Unbekannten vordringt (Ainsworth & Wittig, 2003, S. 112-113). Wird Bindungsverhalten ausgelöst, sind je nach Intensität der Aktivierung unterschiedliche Gegenwirkungen erforderlich um es zu beenden:

Bei niedriger Intensität genügt es vielleicht schon, die Mutter zu sehen oder zu hören, wobei dabei ein Zeichen von ihr, dass sie die Gegenwart des Kindes wahrnimmt, besonders wirkungsvoll ist. Bei höherer Intensität kann es für die Beendigung notwendig sein, dass es sie berührt oder sich an sie klammert. (Bowlby, 2003b, S. 44)

Die Einwirkungsmöglichkeiten auf Seiten der Bindungsperson sind durch das *Pflegeverhalten* gegeben, das ein ebenso wichtiges Verhaltenssystem darstellt: Das Pflegeverhalten bezeichnet in der Bindungstheorie dasjenige Verhalten der Eltern, das reziprok zum kindlichen Bindungsverhalten steht und in seiner biologischen Funktion dazu dient, dem Kind Schutz zu bieten. Es wird von Bowlby (2006) umschrieben als „Zurückholen“, „mütterliche Zuwendung“ oder „Bemutterung“ (S. 232-234).

Auch die Mutter verhält sich zuweilen widersprüchlich gegenüber dem Bestreben, eine gewisse Nähe aufrechtzuerhalten, indem sie beispielsweise anderen Tätigkeiten nachgeht. Insgesamt werden sich Kind und Mutter jedoch instinktiv darum bemühen, ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz aufrechtzuerhalten. Mit fortschreitendem Alter des Kindes lässt dieser Balanceakt eine größere Eigenständigkeit des Kindes zu und so wird die Mutter ihr Kind auch mehr und mehr ermutigen, seinen Aktionsradius zu erweitern (Bowlby, 2006, S. 229-236).

4.1.3 Entwicklung von Bindungsverhaltensweisen und personenspezifischer Bindung

Bowlby (2006, S. 256-259) stellt die Entwicklung von Bindungsverhaltensweisen in vier Phasen dar und thematisiert zugleich, wie sich allmählich eine personenspezifische Bindung herausbildet:

Phase 1: In der Phase von der Geburt bis etwa zur zwölften Lebenswoche sichert sich der Säugling überwiegend über Signalverhalten und vorsprachliche kommunikative Fähigkeiten die Nähe zu seinen Betreuungspersonen. Dabei spricht ihm Bowlby keine bis nur geringe Kompetenzen zu, zwischen verschiedenen Personen zu unterscheiden.

Phase 2: In der Zeit von etwa der zwölften Lebenswoche bis zum sechsten Monat orientiert sich der Säugling vermehrt an seiner (seinen) beständigen und vertrauten Bezugsperson(en), eine ausgeprägtere selektive Adressierung in seinen Bindungsverhaltensweisen wird erkennbar. Der Säugling zeigt sich jedoch weiterhin auch gegenüber unbekanntem Personen offen und freundlich.

Phase 3: Mit vorschreitenden Möglichkeiten zur eigenständigen Fortbewegung kommen die Annäherungsverhaltensweisen deutlicher ins Spiel. Zugleich wird das Kind sich noch stärker an die Mutterfigur binden und sie bei Abwesenheit vermissen, bei ihrer Wiederkehr begrüßen. Auf fremde Personen reagiert das Kind mit größerer Vorsicht, Furcht und Rückzug. Diese Phase wird von Bowlby für das Alter von etwa einem halben Jahr bis zum Alter von etwa zwei bis drei Jahren angesetzt.

Phase 4: Die daran anschließende Phase bezeichnet Bowlby (2006) als die der „Bildung einer zielkorrigierten Partnerschaft“ (S. 258). Das Kind erhält ein besseres Bild von sich selbst und seiner Mutter, deren Verhalten, Absichten und Gefühle ihm zunehmend durchschaubarer werden. Dies ermöglicht dem Kind eine größere Flexibilität in seinem Verhalten und lässt die Beziehung zwischen Mutter und Kind komplexer werden, das sie verbindende Band elastischer erscheinen.

4.1.4 Innere Arbeitsmodelle und kindliche Bindungsmuster

Es wird der phylogenetischen Ausstattung des menschlichen Lebewesens zugeschrieben, dass Kinder eine Bindung zu mindestens einer beständigen Betreuungsperson aufbauen, unabhängig davon, welche individuellen Eigenheiten

diese mit in die Beziehung bringt (Grossmann, 2004, S. 28-29). Welche besondere Qualität die jeweilige Bindung hingegen aufweisen wird, führt die Bindungstheorie zurück auf die alltäglichen Interaktionserfahrungen, die das Kind in seinen spezifischen Bindungsbeziehungen durchlebt, insbesondere auf die Art und Weise sowie die Beständigkeit, mit der auf die kindlichen Bindungsbedürfnisse eingegangen wird. Bowlby nahm an, dass Kinder auf der Grundlage dieser Erfahrungen „innere Arbeitsmodelle“ von sich und ihren Bindungspersonen in Form von mentalen Strukturen bilden (Bowlby, 2006, S. 86-89; Fremmer-Bombik, 2002, S. 109). Diese ermöglichen es dem Kind Erwartungen aufzubauen, Ereignisse der realen Welt vorab zu simulieren, emotional zu bewerten und folglich Verhalten (bewusst oder unbewusst-intuitiv) darauf abzustimmen. Innere Arbeitsmodelle manifestieren sich folglich in unterschiedlichen bindungsbezogenen Verhaltensstrategien und einer gewissen Art zu Fühlen und zu Denken. Bereits gegen Ende des ersten Lebensjahres lassen sich unterschiedliche *Bindungsqualitäten* oder *Bindungsmuster* aus dem Verhalten des Kindes heraus ableiten (Ainsworth, 2003, S. 321).

Unterschieden wurden zunächst drei Hauptmuster: die *sichere* (B) Bindung, die *unsicher-vermeidende* (A) Bindung, und die *unsicher-ambivalente* (C) Bindung, sie wurden später durch Mary Main und Judith Solomon um eine weitere Bindungsklassifikation der *desorganisierten* (D) Bindung ergänzt (Ahnert, 2004, S. 69). Eine desorganisierte Bindung spiegelt eine gestörte Bindungsentwicklung wieder und stellt einen Risikofaktor für die kindliche Entwicklung dar (Ahnert, 2004, S. 69; Zulauf-Logoz, 2004, S. 310-311). Hingegen wird eine unsicher-vermeidende oder unsicher-ambivalente Bindung gegenüber einer sicheren Bindung zwar als qualitativ weniger optimal aber gleichwohl als Normvariante betrachtet (Ahnert, 2004, S. 68-70).

Sichere Bindung (B): Ein sicheres Bindungsmuster wird mit einer feinfühligem mütterlichen Eingehensweise auf die Bindungsverhaltensweisen ihres Kindes in Verbindung gebracht. *Feinfühligkeit* wird umschrieben als eine aufmerksame Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes, die richtige Interpretation seiner Äußerungen und die prompte und angemessene Reaktion auf die kindlichen Signale (Ainsworth, Bell, & Stayton, 2003b, S. 193-200). Mütter, die feinfühlig auf die kindlichen Verhaltensweisen reagieren, sind tendenziell zugleich auch diejenigen,

die in der Interaktion mit ihrem Säugling zugänglicher, kooperativer und weniger übergreifend sind und die individuellen Eigenarten ihres Kindes annehmen und anerkennen. Die Kinder erleben so ihre Bindungsperson als verlässlich und vertrauenswürdig und sich selbst als jemanden, der etwas bewirken kann (Ainsworth, 2003, S. 322-325; Ainsworth, et al., 2003b, S. 193-200). In der Folge nutzen sie ihre Mutter unbefangene als sichere Basis um zu explorieren. Auch eine größere räumliche Distanz, selbst eine Trennung in vertrauten Situationen wird ein sicher gebundenes Kind gewöhnlich nur wenig beunruhigen. In Situationen, in denen das kindliche Bindungsverhalten aktiviert wird, zeigen Kinder mit sicherer Bindung offen ihr Bedürfnis nach Nähe (über Signal- und Annäherungsverhalten), lassen sich aber beispielsweise in der Wiedervereinigungssituation auch schnell wieder beruhigen und trösten. So lassen selbst negative Gefühle insgesamt einen positiven Ausgang erwarten (Fremmer-Bombik, 2002, S. 114). Weiter fällt auf, dass Kinder, die sicher an ihre Mutter gebunden sind, im Gegensatz zu unsicher gebundenen Kindern, ihre Mutter häufiger positiv begrüßen, kooperativer ihren Anweisungen folgen, sich anschmiegsam und ohne Widerwillen halten lassen, sie aber zugleich meist ohne negative Reaktionen wieder abgesetzt werden können (Ainsworth, 2003, S. 322-323). Eine sichere Bindung wird im Vergleich zur unsicheren Bindung als optimalere Bedingung zur kompetenten Bewältigung von anstehenden Entwicklungsaufgaben über den Lebenslauf hinweg gesehen (Grossmann, Keppler & Grossmann, 2003, S. 96).

Die Bindungsmuster (A, B, C) lassen sich zusätzlich in Untergruppen aufteilen. Von weiterer Bedeutung für diese Arbeit wird die Untergruppe B4 einer sicheren Bindung sein. Sie soll daher in ihrem Sonderstatus beschrieben werden:

B4 Kinder unterscheiden sich in der Fremden Situation von anderen sicher gebundenen Kindern (B1-B3) durch intensiveres Annäherungsverhalten. Um in körperlichem Kontakt zu bleiben, klammern sie sich teils an ihre Mutter und wehren sich gegen ein Losgelassenwerden. Sie zeigen eine größere Unsicherheit, ihr Explorationsverhalten ist minder ausgeprägt. Die Abwesenheit der Mutter lässt sie deutlich gestresst erscheinen (Ainsworth et al., 2003b, S. 177). In diesem Verhalten stehen sie zwischen den übrigen sicher gebundenen Kindern und der Gruppe der unsicher-ambivalent gebundenen Kinder, wie sie weiter unten beschrieben wird (Ainsworth et al., 2003b, S. 182). Nach Van Ijzendoorn, Goossens, Kroonenberg und

Tavecchio (1985, S. 439) unterscheiden sich die B4 Kinder von den ambivalent gebundenen Kindern in ihrem Widerstandsverhalten, d.h. sie zeigen sich entscheidend weniger widerständig. Ihre Mütter zeigen sich zudem ähnlich feinfühlig wie andere Mütter sicher gebundener Kinder. Das ausgeprägtere Annäherungsverhalten und das intensive Bemühen um Kontaktaufrechterhaltung führten zu dem Vorschlag, die B4 Kinder als abhängig gebunden (*dependently attached*) zu bezeichnen (Van Ijzendoorn et al., 1985, S. 449).

Unsicher-vermeidende Bindung (A): Unsicher gebundene Kinder fallen in der häuslichen Umgebung zunächst durch vermehrtes Weinen und Quengeln auf und reagieren öfter mit Protest auf kurze Trennungen von der Mutter (Ainsworth, 2003, S. 323-326). In Situationen, in denen ihr Bindungsverhalten stark aktiviert ist, zeigen Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung jedoch Verhaltensweisen, die auf den ersten Blick schwer mit dem Ziel, eine gewisse Nähe zur Bindungsperson aufrechtzuerhalten, zu vereinbaren sind.

Vermeiden ist ein Verhaltensmuster, das von einem prospektiven Sozialpartner weggerichtet ist, wie beispielsweise den Blick vermeiden, den Kopf abwenden, den Rücken zukehren und sich aus einer Berührung oder unmittelbaren Nähe entfernen. Vermeiden kommt in Bindungsbeziehungen sogar als scheinbares Nichtwiedererkennen der Bindungsperson oder als Nichtreagieren auf ihre kommunikativen Angebote vor. (Ahnert, 2004, S. 68)

Bei genauerer Betrachtung fällt jedoch auf, dass auch Kinder mit unsicher-vermeidendem Muster eine bestimmte Strategie verfolgen, die der Kontakterhaltung dient. Diese Kinder haben ihre Mutter als in bindungsrelevanten Situationen regelmäßig zurückweisend und als emotional ausdrucksarm erlebt, und/oder ihre Bindungspersonen verfolgen einen Erziehungsstil, der eine hohe Selbständigkeit der Kinder fordert (Ahnert, 2004, S. 68). Dies wird in die inneren Arbeitsmodelle der Kinder aufgenommen: Sie haben gelernt, dass sie bessere Chancen haben, nicht schmerzhaft zurückgewiesen zu werden und ihnen eher positive Aufmerksamkeit zugeteilt wird, wenn sie offensichtliche Bindungsverhaltensweisen gewissermaßen unterdrücken (Ainsworth, 2003, S. 323-326). Mag es auch widersinnig erscheinen, so ist für sie die vielversprechendste Möglichkeit und erfolgreiche Methode, eine gewisse Nähe zur Bindungsperson aufrecht zu erhalten, die einer vermeidenden Verhaltensorganisation.

Unsicher-ambivalente Bindung (C): Weniger Beständigkeit bezüglich Verhalten und Ansprechbarkeit ihrer Bindungsperson haben die Kinder erfahren, die ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster zeigen (Ahnert, 2004, S. 68-69; Ainsworth, 2003, S. 323-325). Die Kinder kennen gleichsam das Gefühl, liebevoll umsorgt zu werden und positive Reaktionen auf ihre Signale zu erhalten, wie auch das Dilemma, in kritischen Zeiten auf sich alleine gestellt zu sein. Häufig zeigen Mütter dieser Kinder ignorierendes oder aber einmischendes Verhalten gegenüber ihren Kindern, zurückweisendes Verhalten ist hingegen untypisch für sie (Ainsworth, 2003, S. 323-325). Ihren ambivalenten Erfahrungen entsprechend zeigen die Kinder auch ambivalente Verhaltensweisen: Ist ihr Bindungsverhalten aktiviert, zeigen sie sowohl intensiv Nähe suchendes Verhalten, in ihrer Frustration aber auch ärgerlich, widerständige Reaktionen (Ainsworth, 2003, S. 325; Fremmer-Bombik, 2002, S. 114-115). Sie sind schwer zu beruhigen. Hinzu kommt, dass aufgrund der fehlenden Verlässlichkeit und Vorhersagbarkeit der mütterlichen Reaktionen sie eine höhere Verunsicherung aufweisen und das Bindungsverhaltenssystem rascher und nahezu chronisch aktiviert wird. Die intensive Bemühung nach Nähe zu ihrer Bindungsperson schränkt sie in ihrem Explorationsverhalten ein.

Desorganisierte Bindung (D): Bei Kinder mit einer desorganisierten Bindung fallen beispielsweise folgende Verhaltensweisen auf: Es tritt deutlich unvereinbares Verhalten auf, wie gleichzeitiges Annähern und Wegzingen von der Bindungsperson. Sie zeigen stereotype Bewegungen, erstarren oder verlangsamen in ihren Bewegungen oder in ihrem Ausdrucksverhalten, wenn sie ihre Mutter aufsuchen und zeigen Furcht gegenüber ihren Bindungspersonen (Zulauf-Logoz, 2004, S. 298-300). Eine Verhaltensstrategie der Kinder ist nicht oder nur schwer zu erkennen, es ist jedoch möglich, dass die Kinder zusätzlich zu den genannten Verhaltensweisen eine den A-, B-, C-Mustern ähnliche Strategie aufweisen (Zulauf-Logoz, 2004, S. 299). Bindungspersonen, deren Kinder desorganisierte Verhaltensweisen zeigen, sind möglicherweise selbst durch negative bindungsrelevante Erfahrungen belastet, beispielsweise durch eine unverarbeitete Trauer oder Missbrauchserfahrungen (Fremmer-Bombik, 2002, S. 116-117; Grossmann, 2004, S. 36-37). Allgemein wurden in Risikostichproben (bei vorhandenen Risiken wie bspw. mütterlicher Depression, Kindesvernachlässigung oder Misshandlung) häufiger desorganisierte Bindungsmuster klassifiziert. Andererseits weisen Kinder, die später ein

desorganisiertes Verhaltensmuster zeigen, häufig von Geburt an eine eingeschränkte Fähigkeit zur Verhaltensorganisation auf.

Unterschiedliche Bindungsbeziehungen führen zunächst zu eigenständigen Arbeitsmodellen, was bedeutet, dass die Bindungsqualität nicht automatisch zu einem unabhängigen Merkmal der bindungssuchenden Person wird, sondern in Relation zur jeweiligen Bindungsbeziehung steht (Grossmann & Grossmann, 2003, S. 99). Ein Kind kann beispielsweise zugleich ein sicheres Bindungsmuster gegenüber der Mutter und ein unsicheres gegenüber dem Vater oder umgekehrt aufweisen. Grossmann und Grossmann (2003, S. 98-99) betonen auch, dass gerade Kinder im frühen Kleinkindalter sehr anpassungsfähig sind und so korrigieren sich mit veränderten Bindungserfahrungen auch ihre inneren Arbeitsmodelle.

4.1.5 Elterliche Arbeitsmodelle von Bindung

Im Folgenden wird auf die inneren Arbeitsmodelle von Bindung bei Erwachsenen eingegangen. Es soll aufgezeigt werden, dass diese Einfluss ausüben auf die Eltern-Kind-Interaktionen und sich Zusammenhänge zwischen elterlichen Arbeitsmodellen von Bindung und kindlichen Bindungsmustern finden lassen, woraus sich ihre Relevanz für diese Arbeit ergibt. Als Grundlage für dieses Kapitel dient eine Darstellung von Siegler, DeLoache, Eisenberg, Pauen und Grabowski (2005, S. 593-595). Ergänzend wurde eine dort zitierte Metaanalyse von Van Ijzendoorn (1995) herangezogen.

Elterliche Bindungsmodelle, so wird angenommen, spiegeln deren eigene kindliche Beziehungserfahrungen wieder, insbesondere die mit den eigenen Eltern. Maßgebend zu sein scheint, wie diese Erfahrungen rückblickend wahrgenommen werden und wie ihre Auswirkungen auf das aktuelle Leben wahrgenommen und reflektiert werden. Zur Erfassung der elterlichen Bindungsmodelle wird meist das von Mary Main, Carol George und deren Mitarbeitern entwickelte „Adult Attachment Interview“ (AAI) eingesetzt. Über eine sprachliche Darstellung wird die aktuelle Wahrnehmung und Verarbeitung früher Bindungsbeziehungen und relevanter Erlebnisse bewertet. Unterschieden werden *autonome* oder *sichere*, *abweisende*, *verstrickte* und *ungelöst-desorganisierte* Erwachsene. Der Bindungsstatus der drei zuletzt genannten Klassifikationen wird als unsicher gedeutet (Siegler et al., 2005, S. 593-594).

Autonome oder *sichere* Erwachsene sprechen im Interview nachvollziehbar und ohne vom Thema abzukommen über ihre bindungsrelevante Vergangenheit. Ihr Erinnerungsvermögen umfasst positive wie negative Eigenschaften ihrer Eltern wie auch ihrer Beziehungen zu den Eltern. Einwirkungen ihrer frühen Bindungen auf ihre Entwicklungsverläufe können von ihnen wahrgenommen und kommuniziert werden (Siegler et al., 2005, S. 593).

Erwachsene, die der Bindungskategorie *abweisend* zugeordnet werden, geben oft vor, sich nicht an bindungsbezogene Interaktionen mit ihren Eltern erinnern zu können. Allgemein wird die Relevanz bindungsrelevanter Erfahrungen von ihnen oft abgewertet. In ihren Erzählungen finden sich mitunter Widersprüchlichkeiten, indem sie beispielsweise gegenläufige Beschreibungen eines Elternteils liefern (Siegler et al., 2005, S. 593).

Verstrickte Erwachsene neigen zu einer intensiven Fokussierung auf ihre Eltern. Sie berichten über verwirrende und wutgeladene Bindungserfahrungen, in die sie noch immer verwickelt erscheinen. Eine kohärente Schilderung ihrer Erfahrungen ist ihnen nicht möglich (Siegler et al., 2005, S. 593).

In den Kindheitsbeschreibungen der *ungelöst-desorganisierten* Erwachsenen finden sich auffällige Argumentationsfehler sowie realitätsferne Zusammenhänge oder Phantasien. Möglicherweise leiden sie unter unverarbeiteten traumatisierenden Erlebnissen wie Verlust oder Missbrauch (Siegler et al., 2005, S. 593).

Elterliches Einfühlungsvermögen und Handeln gegenüber ihren Kindern steht in Relation zu ihren inneren Arbeitsmodellen von Bindung (Siegler et al., 2005, S. 593-594). So konnte beispielsweise Van Ijzendoorn (1995, S. 395-398) in einer Metaanalyse nachweisen, dass autonome Eltern feinfühlicher auf ihre Kinder eingehen als unsichere Eltern. Weiter besteht ein starker Zusammenhang zwischen elterlichen Arbeitsmodellen von Bindung und kindlichen Bindungsmustern: Kinder sicherer Eltern sind zumeist sicher an diese gebunden und Kinder von unsicheren Eltern zeigen eher ein unsicheres Bindungsmuster (Siegler et al., 2005, S. 594; Van Ijzendoorn, 1995, S. 391-394). Auch bezogen auf die einzelnen Kategorien des unsicheren Bindungsstatus findet sich eine Vorhersagekraft: Kinder von abweisenden oder ungelöst-desorganisierten Eltern werden häufiger als unsicher-vermeidend beziehungsweise desorganisiert an sie gebunden klassifiziert (Van Ijzendoorn, 1995, S. 391-397). Weniger stark ist der Zusammenhang hingegen

zwischen verstrickten Bindungsmodellen der Eltern und einem unsicher-ambivalenten Bindungsmuster des Kindes.

Die Zusammenhänge zwischen den inneren Arbeitsmodellen von Bindung der Eltern und jeweiligen Klassifikationen der Eltern-Kind-Bindung sind beachtlich, dennoch sind die Gründe hierfür nicht eindeutig. So weist Van Ijzendoorn (1995, S. 400) darauf hin, dass das Maß an elterlicher Feinfühligkeit alleine nicht ausreicht, um diese starken Zusammenhänge hinreichend zu erklären. Nach Siegler et al. (Siegler et al., 2005, S. 594) ist es nicht erwiesen, ob das Adult Attachment Interview tatsächlich die Auswirkungen früher Kindheitserfahrungen misst; andere Faktoren wie persönliche Ansichten zur Kindererziehung oder zur kindlichen Entwicklung ebenso wie Merkmale der Persönlichkeit und gegenwärtigen psychischen Verfassung der Eltern könnten ebenso relevant sein.

4.1.6 Bindungsmuster in unterschiedlichen kulturellen Kontexten

Interessant erscheint die Frage, ob sich infolge unterschiedlicher kultureller Werte und Erziehungspraktiken Abweichungen in kindlichen Bindungsverhaltensweisen erkennen lassen und in verschiedenen Kulturkreisen einzelne Bindungsmuster vergleichsweise öfter oder seltener in Erscheinung treten. Bezüglich der Kategorien sichere, unsicher-vermeidende und unsichere Bindung lässt sich zunächst feststellen, dass diese in allen bisher untersuchten Kulturen ausgemacht werden konnten. Dazu zählen beispielsweise westeuropäische Länder, China, Japan und unterschiedlichen Regionen Afrikas (Grossmann et al., 2003, S. 96–97; Siegler et al., 2005, S. 595). Bindungsmuster werden daher „als universell und kulturübergreifend“ betrachtet (Grossmann et al., 2003, S. 94).

Kulturspezifische Unterschiede zeigen sich jedoch in einigen Fällen in der Verteilung der Bindungsmuster. In einer relativ kleinen Stichprobe in Tawema und in einer Stichprobe in Mali zeigte sich beispielsweise ein vergleichsweise erhöhter Anteil einer sicheren Bindung (Grossmann et al., 2003, S. 98). In anderen Stichproben zeigten sich Abweichungen in der relativen Häufigkeit einer unsicher-vermeidenden oder unsicher-ambivalenten Bindung (Grossmann et al., 2003, S. 96–97; Siegler et al., 2005, S. 596). Während nach Untersuchungen in der Fremden Situation die Bindungssicherheit in Japan etwa gleich oft klassifiziert wird wie in der amerikanischen Mittelschicht, zeigen japanische Kinder seltener eine unsicher-

vermeidende und stattdessen häufiger eine unsicher-ambivalente Bindungsstrategie. In Japan wird der körperlichen Nähe und einer Einheit zwischen Mutter und Kind viel Wert beigemessen (Siegler et al., 2005, S. 596). In Israel zeigte sich in Stichproben von Kindern, die in Kibbutzim aufwuchsen, eine auffallende Verteilung der Bindungsmuster (Siegler et al., 2005, S. 596). Das israelische Kibbutz ist eine gemeinsam und demokratisch verwaltete kommunale Siedlung, in der die Kinder weniger in der Kleinfamilie und stärker zusammen mit anderen Familien aufwachsen, die Kindererziehung mehr zur gemeinsamen Angelegenheit erklärt wird. Früher schliefen die Kinder in den meisten Kibbutzim in zentralen Schlafstätten zusammen mit gleichaltrigen Kindern und unter Aufsicht von wechselnden Aufsichtspersonen (Scher, 2001, S. 275). Heutzutage wird diese außerhäusliche Schlafpraxis nicht mehr gehandhabt (Scher & Dror, 2003, S. 35). Frühere Untersuchungen zeigten, dass Kibbutz-Kinder, die außer Haus schliefen, gegenüber israelischen Kindern, die nicht im Kibbutz aufwuchsen oder auch gegenüber Kibbutz Kindern, die zu Hause schliefen, häufiger eine unsicher-ambivalente Bindung und etwas seltener eine sichere Bindung aufwiesen (Siegler et al., 2005, S. 596). Insgesamt zeigt sich in israelischen Stichproben unter den unsicher gebundenen Kindern eine vergleichsweise erhöhte Rate der ambivalenten Bindung, vermeidend gebundene Kinder sind entsprechend seltener zu finden (Scher & Mayseless, 2000, S. 1631).

Siegler et al. (2005, S. 596-297) weisen darauf hin, dass unterschiedliches Verhalten in der Fremden Situation nicht allein Unterschiede der Bindungssicherheit widerspiegelt, sondern auch davon abhängt, wie sehr es die Kinder gewöhnt sind, ohne ihre Mutter zu sein.

4.2 Schlaf als potentielle Situation zur Aktivierung des Bindungsverhaltens

Wie in den vorherigen Abschnitten ausführlich dargestellt, stellt das Bindungsverhalten des Kindes ein phylogenetisch verankertes Verhaltenssystem dar, das über die Sicherung der Nähe zur Bindungsperson der Gewährung von Schutz, Zuwendung und Sicherheit des Kindes dient. Die Situation, dass Säuglinge und Kleinkinder räumlich getrennt von ihren Eltern schlafen, wurde in Kapitel 2.2 als eine entwicklungsgeschichtlich relativ junge und keinesfalls weltweite Entwicklung dargestellt. Aus einer evolutionären Sicht ist ein schlafender Säugling oder ein

schlafendes Kleinkind zweifellos leicht angreifbar, seine Sicherheit verschlechtert sich stark, wenn es getrennt von seinen Bezugspersonen schläft. Nach Bowlby (2008, S. 21-64) wird in Situationen der Angst und Unsicherheit, der bevorstehenden oder tatsächlichen Trennung von der Bindungsperson, bei Erkrankung und auch bei Müdigkeit Bindungsverhalten ausgelöst. Zu den Situationen, vor denen sich Kinder häufig fürchten, zählt zudem Dunkelheit und insbesondere auch das Alleinsein im Dunkeln (Bowlby, 1976, S. 205-207). Es liegt daher nahe anzunehmen, dass die Schlafsituation, insbesondere für ein Kind, das getrennt von seinen Eltern zum Schlafen gelegt wird, potentiell mit einer Aktivierung des Bindungsverhaltenssystems einhergeht.

Anders (1994, S. 11-16) sowie Sadeh und Anders (1993, S. 28) unternehmen entsprechend eine theoretische Verknüpfung zwischen kindlicher Schlaf-Wach-Regulation und Bindungstheorie, indem die mit der Schlafsituation verbundene Trennungs- und Wiedervereinigungsthematik hervorgehoben wird: Einschlafen des Kindes wird als regelmäßig wiederkehrende und natürliche Trennungssituation betrachtet, Aufwachen als Wiedervereinigung. Sadeh und Anders (1993, S. 28) berichten, dass nach ihren klinischen Erfahrungen Trennungsprobleme seitens der Eltern und der Kinder – als das am weitesten verbreitete Beziehungsthema, anhaltende beiderseitige Schwierigkeiten in der Überwindung von Schlafproblemen bedingen können. Darüber hinaus wird Schlaf als ein relevanter Stimulus betrachtet, um das Bindungssystem abzurufen, da das Zubettgehen an sich oft eine Zeit erhöhter Ängstlichkeit und Unsicherheit für Eltern und Kind darstelle (Anders, 1994, S. 14). Das Erwachen mitten in der Nacht bietet zudem dem Kind eine Möglichkeit, Liebesgabe oder Tröstung zu erhalten.

Wenngleich theoretische Bezüge zwischen Schlaf und potentiell aktiviertem Bindungsverhalten beträchtlich erscheinen, ist nicht direkt zu beantworten, wie sich die Situation im Einzelnen in vertrauter und objektiv sicherer häuslicher Umgebung gestaltet. Wie und in welchem Maße bindungsbezogene Thematiken die abendlichen und nächtlichen Interaktionen zu prägen vermögen, dem soll in den anschließenden Ausführungen nachgegangen werden. Umgekehrt, darauf sei an dieser Stelle verwiesen, sieht es Anders (1994, S. 14) aufgrund seiner oben aufgeführten Überlegungen auch als höchst wahrscheinlich an, dass frühe nächtliche Erfahrungen in das entstehende Bindungssystem einwirken.

4.2.1 Nächtliche Trennungs- und Verlassenheitsängste

Wenn sich in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahrs die personenbezogene Bindung deutlich herausbildet, beginnt das Kind seine Bindungsperson bei Abwesenheit zu vermissen und die kindliche Trennungsangst stellt neue Anforderungen der Bewältigung an Eltern und Kind. Gleichzeitig tritt die Phase ein, in der das Kind mit fortschreitender Mobilität aktiv die Nähe zur Bindungsfigur aufsucht. Die Regulierung um ein Gleichgewicht zwischen Bindung und Exploration sowie Nähe und Distanz wird entsprechend als alterstypische Entwicklungsaufgabe betrachtet, die vermehrt auch die abendlichen und nächtlichen Interaktionen prägen kann (z. B. Largo, 2008, S. 194-196; Largo & Benz-Castellano, 2004, S. 24-25; Papoušek, 2008, S. 116; Sadeh & Anders, 1993, S. 23; Schieche et al., 2004, S. 162). Zusätzlich werden wachsende Autonomiebestrebungen, wie sie im zweiten Lebensjahr vermehrt aufkommen, als relevantes Entwicklungsthema erachtet, indem ein Wechselspiel zwischen Ablösung von den Eltern einerseits und der Suche nach elterlicher Geborgenheit andererseits entsteht.

Beim abendlichen Zubettgehen und nächtlichen Erwachen verspüren die Kinder dann häufig verstärkt ein Gefühl des Alleinseins (Largo, 2008, S. 194; Sadeh & Anders, 1993, S. 23). Die abendliche Zubettgehzeit kann von Sorgen und Kummer über die Trennung von den Eltern begleitet sein und dazu führen, dass sich die Kinder dem Schlafengehen widersetzen oder beispielsweise anfangen zu weinen, sobald die Eltern das Kinderzimmer verlassen wollen. Die Anwesenheit der Hauptbezugsperson wird für einige Kinder Voraussetzung, um im Bett zu bleiben. In der Nacht suchen dann auch viele Kinder gehäuft das Bett ihrer Eltern auf, um so ihr Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit zu befriedigen (Largo & Benz-Castellano, 2004, S. 22). Schlafen im Elternbett sollte hierbei – wie oben dargestellt – nicht an sich als Störung gesehen werden. Die Eltern stehen jedoch vor der schwierigen Aufgabe, ihrem Kind ein Gefühl der Geborgenheit zu vermitteln und es gleichzeitig zur Selbständigkeit hinzuführen (Largo, 2008, S. 196). Gelingt dies nicht, kann eine emotionale Überforderung des Kindes möglicherweise mit Schlafproblemen einhergehen (Jenni & O'Connor, 2005, S. 207).

McKenna (2000, S. 104–105) zeigt auf, wie Eltern bei dieser Aufgabe in einen inneren Konflikt geraten können und es ihnen oft schwer fällt, eine ausreichend sensitive und zugleich konsistente Eingehensweise zu entwickeln. Die Eltern haben

sich möglicherweise aus wertgeleiteter Überzeugung heraus dazu entschlossen, den Schlafplatz ihres Kindes separat einzurichten, dies fortzuführen fordert oft eine gewisse Gradlinigkeit. Wenn das Kind jedoch mit der Situation, alleine schlafen zu sollen, nicht zurechtzukommen scheint, zeigen sich die Eltern – aus einer inneren Bereitschaft heraus, sensitiv und emphatisch auf ihr Kind einzugehen – oft nachgiebig und lassen das Kind im Elternbett schlafen. Das bereits erwähnte „reactive cosleeping“ tritt ein. Dem Erziehungsziel, das Kind über entwöhnende Strategien wieder zum alleinigen Schlafen hinzuführen, steht demnach die fortwährende Unterbrechung dieses Versuches entgegen, sobald das Kind seinen Unmut ausdrückt. Schwierige Bettzeitinteraktionen werden dadurch begünstigt oder noch verstärkt.

Wovon hängt es nun ab, wie selbständig und emotional unabhängig das einzelne Kind ist und wie stark seine nächtlichen Trennungs- und Verlassenheitsgefühle sind? Nach Largo (2008, S. 194-196) hängt dies zunächst von den kindlichen Persönlichkeitsmerkmalen und seinem individuellen Entwicklungsstand ab. Ein Kind, das gelernt hat sich selbst zu beruhigen und ein Gefühl von Sicherheit herbeizuführen, wird leichter alleine in den Schlaf finden. Ist das Kind während des Tages fähig alleine zu spielen, so wird es Largo (2008, S. 196) zufolge auch in der Nacht von dieser Erfahrung profitieren und sich weniger schnell verlassen fühlen. In wieweit kindliche Bindungsqualitäten hier möglicherweise eine Rolle spielen, darauf wird in Kapitel 4.4 eingegangen.

Auch bestimmte familiäre Bedingungen und bindungsrelevante Ereignisse können das nächtliche Empfinden und Sicherheitsgefühl des Kindes beeinflussen. Nach Papoušek (2008, S. 116) und Schieche et al. (2004, S. 163) sind dies zumeist die entscheidenden Aspekte dafür, ob nächtliche Nähe- und Bindungsbedürfnisse sowie Trennungs- und Verlassenheitsängste in der Entstehung von Ein- und Durchschlafstörungen ursächlich sind. Dies wird detailliert in Kapitel 4.3 behandelt.

4.2.2 Kindliche Phantasien, Ängste und Angstträume

Magische Phantasien, Ängste und Angstträume können neue Anforderungen der Bewältigung an Eltern und Kind stellen, wenn die Kinder zwischen zwei und fünf Jahren fähig werden, ihren Gefühlen symbolischen Ausdruck zu verleihen (Anders et al., 2000, S. 329; Largo & Benz-Castellano, 2004, S. 25; Papoušek, 2008, S. 116).

Wenn die Kinder abends im dunklen Zimmer alleine einschlafen sollen oder nachts erwachen, sich einsam fühlen und Ängste aufkommen, sehen sie „in ihrer lebhaften Phantasie Gespenster hinter Schränken und Vorhängen hervorkriechen und hören Stimmen und merkwürdige Geräusche hinter Türen und Wänden drohen“ (Largo & Benz-Castellano, 2004, S. 25). Dies kann das Bedürfnis nach Nähe zu den Eltern verstärken. Wie stark in diesem Zusammenhang Ängste bei den Kindern entstehen, steht unter anderem auch in Zusammenhang zu den Eindrücken des Tages. Hier kann beispielsweise der Medienkonsum (unverständliche, gruselige Bilder aus dem Fernseher u. a.) vor dem Schlafengehen eine Rolle spielen (Largo, 2008, S. 197).

Liegen insgesamt die kulturell und gesellschaftlich geprägte Erwartung – alleine in einem dunklen Raum zu schlafen – in Widerstreit zum individuellen Bedürfnis eines Kindes nach viel Nähe zur Einschlafzeit oder während der gesamten Nacht, liegt nach Jenni und O'Connor (2005, S. 207) sowie Largo und Benz-Castellano (2004, S. 25) ein kulturell bedingtes „Misfit“ vor.

4.3 Familie, Bindung und Lebensereignisse

4.3.1 Familie und bindungsrelevante Ereignisse

Familiäre Situationen und besondere Lebensereignisse und Erfahrungen des Tages entscheiden mit darüber, wie stark das nächtliche Bedürfnis nach Nähe zu den Eltern ist. Ein Kind, das über den Tag ein Gefühl der Geborgenheit, Sicherheit und Verlässlichkeit auf seine Betreuungspersonen erfährt, trägt dieses Gefühl mit in die Nacht und wird sich dann weniger allein und verlassen fühlen. Verunsicherung am Tag (z. B. durch eine unvorgesehene Abwesenheit der Mutter) können das Kind dazu veranlassen, sich nachts über ihre Anwesenheit zu vergewissern, indem es etwa nach einem Erwachen nach ihr ruft (Largo, 2008, S. 196-197; Largo & Benz-Castellano, 2004, S. 25).

Schieche et. al (2004, S. 161) zufolge entstehen Ein- und Durchschlafstörungen bei nahezu einem Viertel der betroffenen Familien aus der der Münchner Sprechstunde, im Kontext einer akuten Erkrankung des Kindes, nach Impfung, Hospitalisation, Urlaub oder Umzug. Im Rahmen dieser Lebensereignisse haben die Kinder ein größeres Bedürfnis nach Nähe zu ihren Bezugspersonen in der Einschlafsituation, die Eltern geben ihnen zu recht besondere Fürsorge und Unterstützung. Nach

Beruhigung der Situation wollen diese Kinder die angenehmen Hilfen nicht wieder aufgeben. „Sie weinen, klammern oder schreien und machen es damit den Eltern schwer, dem Kind zuzutrauen, dass es sich ohne Hilfe seinem Schlafbedürfnis überlassen kann, und ihm dazu in klaren Botschaften die erforderliche Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln" (Schieche et al., 2004, S. 161). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Largo (2008, S. 179) sowie Sadeh und Anders (1993, S. 26): Eine vorübergehend Erkrankung (Ohrenentzündung, Erkältungskrankheit u. a.) oder Zahnen des Kindes kann zu nächtlichem Unbehagen und beeinträchtigtem Schlaf führen. Wenn diese Bedingungen häufig auftreten oder die Kinder die zusätzliche nächtliche Fürsorge (nächtliches Trinken, Schlafen im Bett der Eltern u. a.) nicht mehr entbehren möchten, können daraus feste Muster des nächtlichen Aufwachens und Verlangens nach den Eltern resultieren. Ignorieren des kindlichen Schreiens als elterliche Reaktion kann zu Protestschreien des Kindes über mehrere Nächte führen, ein langsames Entwöhnen, beispielsweise schrittweise Reduzierung der Flüssigkeitsmenge wird als humanere Umgangsweise beschrieben (Largo, 2008, S. 179).

Bestimmte familiäre Faktoren und bindungsrelevante Ereignisse können darüber hinaus abendliche sowie nächtliche Trennungs- und Verlassenheitsängste beim Kind auslösen, die in der Folge Ein- und Durchschlafstörungen verursachen oder aufrechterhalten vermögen. Dazu zählen aktuelle oder wiederholte Trennungserfahrungen, wie beispielsweise anlässlich einer Reise eines Elternteils, beginnender Berufstätigkeit der Mutter und/oder beginnender außerfamiliärer Betreuung ohne ausreichende Eingewöhnungszeit, insbesondere, wenn sie durch ambivalente Gefühle der Eltern begleitet erscheinen (Papoušek, 2008, S. 116; Schieche et al., 2004, S. 163).

Auch wechselnde Betreuungssituationen, die für das Kind wenig durchschaubar erscheinen (etwa bei Schichtarbeit der Eltern) führen möglicherweise dazu, dass das Kind ängstlich wird, weil es keine Gewissheit hat, wer in einer bestimmten Nacht für es sorgt (Largo, 2008, S. 196-197; Largo & Benz-Castellano, 2004, S. 25). Eine unzureichende gemeinsame verbrachte Familienzeit kann nicht nur beim Kind, sondern auch bei den Eltern verstärkte abendlich Nähebedürfnisse verursachen: Wenn sich beispielsweise – bedingt durch die Arbeitssituation der Eltern – die gemeinsam verbrachte Zeit von Eltern und Kind überwiegend in den Abendstunden

ansiedelt, kann dies dazu führen, dass die Schlafenszeit von beiden Seiten herausgezögert wird, um das Bedürfnis nach Nähe und Familienzeit zu befriedigen. Auch längere Wachzeiten in der Nacht können zur Befriedigung dieser beiderseitigen Bedürfnisse genutzt und somit verstärkt werden (Anders et al., 2000, S. 328-329; Sadeh & Anders, 1993, S. 23). Ist die Mutter tagsüber zwar anwesend, aber nicht ausreichend verfügbar für ihr Kind (etwa bei großer Kinderzahl, Überforderung oder emotionaler Belastung), kann auch dies dazu führen, dass sich das Kind in der Nacht die ersehnte Nähe, Aufmerksamkeit und Zuwendung holt (Papoušek, 2008, S. 116; Largo, 2008, S. 196).

Als weitere bindungsrelevante Faktoren, die zu nächtlichen Verlassenheits- und Trennungsgefühlen und erhöhtem Nähebedürfnis führen können, werden genannt: Die (bevorstehende) Geburt eines Geschwisterkindes, Klinikaufenthalte, Beziehungsabbrüche und emotionale Vernachlässigung (Papoušek, 2008, S. 116; Schieche et al., 2004, S. 163). Auch Bindungsunsicherheit und Bindungsstörungen werden von Papoušek (2008, S. 116) in diesem Zusammenhang als ursächliche Faktoren mit Ein- und Durchschlafstörungen in Verbindung gebracht.¹³

4.3.2 Exkurs: Psychodynamische Konstellationen der Eltern

Das Thema der Trennung und Individuation auf Seiten des Kindes kann sich auch bei den Eltern wieder finden und ruhende Konflikte der Eltern reaktivieren (Barth, 2004; Barth, 2003; Barth, 1999; Papoušek, 2008, S. 116; Sadeh & Anders, 1993, S. 27-28; Schieche et al., 2004, S. 164). Um dies im Folgenden darzustellen, wird insbesondere auf die Darstellungen von Barth Bezug genommen. Ihre Ausführungen enthalten keine klassisch bindungstheoretischen Bezüge. Sie geben jedoch einen wichtigen Beitrag zu einer umfassenden Darstellung der Schlafstörungen im Bindungskontext. Schwerpunkt ihrer Ausführung sind die psychodynamischen Themen, die seitens der Eltern – insbesondere wenn in den Familien psychosoziale Belastungsfaktoren kumulieren – die Eltern-Kind-Interaktionen im Schlafkontext beherrschen können. Die Trennungsthematik, die für Kind und Eltern mit der Einschlafsituation verbunden scheint, wird dabei als wesentlich erachtet, um zu verstehen, warum viele Kinder Schwierigkeiten haben, alleine einzuschlafen und es Eltern oft nicht gelingt,

¹³ Die Faktoren Bindungsunsicherheit und Bindungsstörung werden von Papoušek mit aufgelistet, sie geht jedoch weder vertiefend darauf ein, noch gibt sie eine Bezugsquelle an.

ihr Kind in diesem Entwicklungsschritt adäquat zu unterstützen. Entscheidend erweist sich demnach die Frage, ob die Eltern aus ihrer inneren Verfassung heraus dazu in der Lage sind, ihr Kind in seiner Individualität wahrzunehmen und den Prozess der kindlichen Autonomieentwicklung gewinnbringend zu begleiten. Dies wird im Folgenden präzisiert.

Nicht nur für das Kind bedeutet die Anforderung, alleine einschlafen zu sollen, eine Trennungssituation von seinen Eltern bis zur Wiederaufnahme des unterbrochenen Kontaktes am nächsten Morgen. Ein Kind, das gelernt hat, am Abend und nach einem nächtlichen Erwachen selbständig in den Schlaf zu finden, signalisiert mit diesem Schritt den Eltern, dass es sie in diesem Bereich nicht mehr benötigt. Dies kann ambivalente Gefühle zwischen Freude und Stolz bis hin zu Wehmut, Traurigkeit oder auch Trennungs- und Verlassenheitsgefühlen bei den Eltern auslösen (Barth, 2004, S. 253-254). Für die Ablösungsprozesse des Kindes ist die elterliche Unterstützung und Ermutigung sowie das Gefühl, dass die Eltern die Entwicklung hin zu mehr Selbständigkeit anerkennen und würdigen, jedoch unerlässlich. Die Eltern vermitteln dem Kind ambivalente Botschaften, wenn sie einerseits die Unabhängigkeit des Kindes fordern und ihm beispielsweise sagen, es solle alleine einschlafen, und andererseits beim Kind verweilen, bis es eingeschlafen ist, weil sie Abhängigkeitswünsche verspüren (Barth, 1999, S. 490; Schieche et al., 2004, S. 164).

Barth (2003; 2004; 1999) bezieht sich in ihren Ausführungen auf das Konzept der *Gespenster im Kinderzimmer* nach Selma Fraiberg. Dem gemäß lauern in jedem Kinderzimmer Gespenster als nicht geladene Gäste aus der nicht erinnerten Vergangenheit der Eltern, die in die Eltern-Kind-Interaktionen einwirken. Unterschieden werden zwei Arten von Gespenstern:

(1) Das Baby *repräsentiert das unbewusste Erleben eines Elternteils*; es werden eigene frühere oder aktuelle Empfindungen auf das Kind projiziert. Inhalt dieser Gefühle können positive wie negative Anteile des eigenen Selbst sein. Beispielsweise verspüren die Eltern ein früher erlebtes Gefühl der Einsamkeit und Hilflosigkeit, wenn sie das Kind alleine in seinem Bett liegen sehen und übertragen dann ihre eigenen Emotionen auf ihr Kind. Jedes Schreien und Rufen wird als Ausdruck der „unerträglichen Einsamkeit“ gewertet (Barth, 2004, S. 257).

(2) Das Baby wird zum *Repräsentanten einer bedeutsamen Person aus der Vergangenheit*; in den Interaktionen wird es so wahrgenommen, als sei es selbst wie diese Person und fühle oder denke beispielsweise wie die eigene Mutter oder der eigene Vater. So kann es beispielsweise vorkommen, dass die Eltern das Schreien und Quengeln des Kindes als Vorwurf und fehlende Anerkennung ihrer Bemühungen interpretieren, wenn sie selbst schmerzhaft unter einer fehlenden Anerkennung ihrer eigenen Eltern gelitten haben (Barth, 2004, S. 257-258).

Prozesse des Wiederauferlebens alter Gefühle und Konflikte spielen sich zumeist unbewusst ab, werden vom Kind jedoch sensibel wahrgenommen. Weiter können sie durch kindliche Faktoren wie bestimmte Verhaltensmerkmale und regulative Schwierigkeiten des Kindes begünstigt werden. Dysfunktionale Interaktionen zeigen sich darin, dass das Kind in seinen realen Bedürfnissen nicht wahrgenommen wird und keine angemessene Unterstützung erfährt, um das selbständige Einschlafen zu erlernen (Barth, 1999, S. 490-491; Barth 2004, S. 251; Papoušek, 2004, S. 97). Brazelton und Cramer (1994, S. 177-178) mahnen allerdings zur Vorsicht in der Beurteilung elterlicher Projektionen. Eine Unterscheidung, ob es sich um gute Geister ("Normalität") oder böse Gespenster ("Auffälligkeit") handelt, die hier aus der Vergangenheit auftauchen, ist häufig nur schwer zu treffen. Das Aufleben alter Erinnerungen und vertrauter Gefühle aus der eigenen Kindheit an sich ist normal und macht, wie von Brazelton und Cramer dargelegt, Elternliebe überhaupt erst möglich. Nicht verarbeitete Konflikte, die zu einer entstellten Wahrnehmung des Kindes, zu ausweichendem Verhalten und/oder Abwehrmechanismen führen, stellen hingegen eine Gefährdung für die Eltern-Kind-Beziehung dar.

Schwierigkeiten können sich insbesondere ergeben, wenn die Eltern übermäßig ängstlich und überfürsorglich sind, die Eltern-Kind-Beziehung sehr eng und symbiotisch erscheint und/oder die Eltern unter einer unbewussten Trennungsproblematik leiden (Barth, 1999, S. 489-490; Papoušek, 2008, S. 116; Schieche et al., 2004, S. 163-164). Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die eigene Autonomieentwicklung der Eltern eingeschränkt oder traumatisch verlaufen ist, sie schmerzhaft Trennungs- oder Verlusterfahrungen gemacht haben, die nicht hinreichend verarbeitet wurden. Diesen Eltern ist es häufig nicht möglich, ihrem Kind im Einschlafkontext ein ausreichendes Sicherheitsgefühl und die

vorübergehende Trennung als zumutbar zu vermitteln. Die Familien, in denen eine solche Problematik vorzuherrschen scheint, beschreibt Barth (2004) wie folgt:

In diesen Familien gehen die Schlafstörungen typischerweise mit starken Gefühlen von Alleinsein, Verlassenheit, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Enttäuschung, Aggression, Rivalität, Liebeswünschen usw. einher. Sie geben dem Beobachter häufig das Gefühl, dass da etwas emotional hoch Bedeutsames zwischen Eltern und Kind ausgehandelt wird, das in seiner Bedeutung auf den ersten Blick jedoch noch nicht verständlich ist. (Barth, 2004, S. 250)

Fehlt es den Eltern an einer der Realität entsprechenden Einschätzung der Schlafprobleme ihres Kindes, fühlen sie sich erschöpft, hilflos und verzweifelt. Nachdem sie alles versucht haben, um den vermuteten Bedürfnissen ihres Kindes nachzukommen, ist der Leidensdruck der Eltern oft sehr hoch. Auch das Kind ist häufig übermüdet und quengelig. Wut und aggressive Gefühle gegenüber dem Kind können auftreten und im Extremfall zu gefährdenden Impulshandlungen führen. Schuldgefühle der Eltern können diese wiederum zu Wiedergutmachungshandlungen und besonderer Nachgiebigkeit veranlassen (Barth, 2004, S. 251; Sadeh & Anders, 1993, S. 30).

Aktuelle elterliche Paarkonflikte, die unschwellig vorliegen ohne offen ausgetragen zu werden, können eine eigene Dynamik zur Aufrechterhaltung von Schlafstörungen entwickeln: Ein Kind, das aufgrund seiner Ein- und Durchschlafschwierigkeiten ein Elternteil aus dem Schlafzimmer verbannt, kann eine Platzhalterfunktion einnehmen. Das Kind wird zur willkommenen „Ausrede“, um sich nicht mit den vorliegenden Problemen in der Partnerschaft auseinandersetzen zu müssen (Papoušek, 2008, S. 116; Schieche et al., 2004, S. 164).

4.4 Studien zur Untersuchung kindlicher und mütterlicher Arbeitsmodelle von Bindung im Zusammenhang zu Ein- und Durchschlafstörungen

In diesem Kapitel sollen Studien vorgestellt werden, die eine mögliche Verbindung zwischen der Qualität der Mutter-Kind-Bindung einerseits und Schlaf-Wach-Verhalten im Allgemeinen bzw. Ein- und Durchschlafstörungen im spezifischen im relevanten Altersbereich untersucht haben. Die Recherche der Studien erfolgte im Wesentlichen über die zwei wichtigsten Datenbanken im Fachbereich Psychologie: *PsycINFO* und *PSYNDEXplus*. Die folgenden Stichwörter wurden zur Suche eingesetzt: *attach**, *secure*, *insecure*, *adult-attachment*, *sleep**, *sleep-disorder**,

*sleep-wake**, *night-waking*, *regulation*, *infant**, *toddlers*, *infancy*, *mother**, *parent**. Sie wurde in den Rubriken Titel, Keyword oder Abstract abgefragt. Dabei wurden sowohl Studien berücksichtigt, die die mütterlichen Arbeitsmodelle von Bindung betrachten, wie auch solche, die auf Unterschiede in der kindlichen Bindungsqualität fokussieren.

4.4.1 Bindungsmodelle der Mütter

In Kapitel 4.1.5 wurde in das Konstrukt der Inneren Arbeitsmodelle von Bindung bei Erwachsenen eingeführt. Innere Arbeitsmodelle von Bindung der Eltern spiegeln ihre gegenwärtige Wahrnehmung früher Bindungen und bindungsbezogener Erfahrungen wieder, dem Verarbeitungsstand wird dabei besondere Bedeutung beigemessen. Da Bindungsmodelle der Eltern ihre Interaktionsstile zu ihren Kindern zu beeinflussen scheinen, ist eine Einwirkung über den Weg der Eltern-Kind-Interaktion in der Genese einer Ein- und Durchschlafstörung denkbar. Im Zusammenhang mit einer multiplen psychosozialen Belastung der Eltern als Risikofaktor für die Genese einer frühkindlichen Regulationsstörung hat Papoušek (2004, S. 97) auf eine möglicherweise schützende Funktion der inneren Arbeitsmodelle von Bindung der Eltern hingewiesen: Ein sicher/autonomes Bindungsmodell könnte es den Eltern ermöglichen, trotz einer schwerwiegenden Risikobelastung in uneingeschränkter Weise mit ihrem Kind in Beziehung und Interaktion zu treten.

Benoit et al. (1992) haben untersucht, ob frühkindliche Ein- und/oder Durchschlafstörungen und mütterliche Bindungsmodelle (ermittelt über das Adult Attachment Interview nach Main und Goldwyn; 1991) zueinander in Verbindung stehen und vergleichbare Hypothesen in Betracht gezogen. Da die Pflegeperson als externer Regulator in unterschiedlichen Verhaltensbereichen des Kindes dient, wird ihre Pflegequalität und Feinfühligkeit als entscheidendes Maß dafür gesehen, ob die kindliche Selbstregulation unterstützt und gefördert oder aber behindert wird. Nachdem bekannt ist, dass mütterliche Feinfühligkeit in Beziehung zu einer sicheren Bindung des Kindes steht, wird die Frage nach der Bedeutung elterlicher Merkmale und der Bindungsbeziehung zwischen Pflegeperson und Kind bezüglich kindlicher Schlafstörungen aufgeworfen (Benoit et al., 1992, S. 87-89). Untersucht wurden 41 Mütter und ihre Säuglinge oder Kleinkinder, wobei 20 Kinder eine Schlafstörung aufwiesen und 21 Kinder normale Schlafmuster zeigten und als Kontrollgruppe

dienten. In allen Familien waren die Mütter primäre Pflegeperson (Benoit et al., 1992, S. 87). Die Studie ist in Tabelle 1 dargestellt; Tabelle 2 gibt die zugrunde gelegten Kriterien zur Definition einer Schlafstörung wieder.

Gefunden wurde ein deutlicher Zusammenhang zwischen Bindungsmodellen der Mütter und kindlichen Schlafstörungen: Mütter mit einem unsicheren Bindungsmodell hatten signifikant häufiger ein Kind mit Ein- und/oder Durchschlafstörung als Mütter mit einem autonom/sicheren Bindungsmodell (vgl. Tabelle 1). Die Mütter der Kinder mit Schlafstörungen hatten alle ein unsicheres Bindungsmodell. Weitere Untersuchungsvariablen bildeten psychologische, familiäre und soziale Merkmale der Mütter: Es bestanden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen kindlichen Schlafstörungen und mütterlichem Selbstwertgefühl, mütterlicher sozialer Unterstützung und mütterlicher Zufriedenheit in der Ehe- oder Partnerschaftsbeziehung (Benoit et al., 1992, S. 87-90).

Benoit et al. (1992, S. 91) ordnen ihre Ergebnisse zunächst in einen anzunehmenden allgemeineren Zusammenhang zwischen unsicheren mütterlichen Bindungsmodellen von Bindung und vielfältigen klinischen Problemen im Säuglings- und Kleinkindalter ein. Sie stützen sich dabei auf klinische Studien, die einen Zusammenhang zwischen kindlicher Entwicklungsstörung bzw. einem Aufenthalt in einer kinderpsychiatrischen Klinik und unsicheren mütterlichen Bindungsmodellen ausmachen konnten. Mit Blick auf die charakteristische Beeinträchtigung mütterlicher interaktionaler Fähigkeiten und emotionaler Verfügbarkeit im Falle eines unsicheren Bindungsmodells wird in Betracht gezogen, dass ein unsicheres Bindungsmodell der Mütter neben anderen Risikofaktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung von kindlichen Schlafstörungen eine bedeutsame Rolle einnehmen könnte: Mütter mit unsicherem Bindungsmodell sollten demnach größere Schwierigkeiten aufweisen, abendliche und nächtliche Abläufe zu gestalten und feinfühlig auf kindliche Verhaltensweisen einzugehen. Die Schlafsituation, einschließlich der damit einhergehenden Trennungsthematik, könnte daher geprägt sein durch Merkmale der Inkonsistenz und Unvorhersehbarkeit bis hin zu einer chronischen Zurückweisung des Kindes, wodurch sich ein indirekter Beitrag eines unsicheren mütterlichen Bindungsmodells zur Entstehung von Schlafstörungen erklären ließe. Da die Bindungsmodelle der Mütter in dieser Studie die einzigen bezeichnenden Merkmale für eine kindliche Schlafstörung waren, wird

Tabelle 1: Zusammenhänge zwischen Bindungsmodellen der Mütter und Ein- und Durchschlafstörungen des Kindes

Studie	Bindungsmodelle der Mütter		Ein- und/oder Durchschlafstörungen des Kindes		Untersuchte Zusammenhänge und Ergebnisse	
	n	%	Alter	n	Variable A	Variable B
Benoit et al. 1992; N = 41	0	0 %	< 36	20	autonom/sicher vs. abweisend vs. verstrickt	Ein- und/oder Durchschlafstörung vs. keine Schlafstörung
	13	65 %	M	Durchschlafstörung		Cramér's $\chi^2=0,544$ $p=0,002^{***}$
	7	35 %				
	9	43 %		Keine Schlafstörung		
	10	48 %				
	2	9 %				

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Bindungsmodelle der Mütter ermittelt über das Adult Attachment Interview nach Main und Goldwyn (1991).

Tabelle 2: Erhebungsmethoden und Definitionen der Ein- und Durchschlafstörungen (1)

Studie	Erhebungsmethode	Ein- und/ oder Durchschlafstörung
Benoit et al. 1992	k.A.	<p>Modifizierte Version der Richman (1981) Kriterien: Ein- und/oder Durchschlafproblem existiert über mindestens drei Monate, mindestens fünf Nächte einer Woche sind betroffen, und mindestens eins der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kind wacht drei oder mehrmals in einer Nacht auf. 2. Die nächtliche Wachdauer ist länger als 20 Minuten. 3. Kind wird ins elterliche Bett genommen. 4. Kind weigert sich zur Schlafenszeit ins Bett zu gehen oder fordert elterliche Anwesenheit um einzuschlafen.

zudem eine mögliche protektive Funktion eines sicheren mütterlichen Bindungsmodells im Falle einer psychosozialen Belastung in den Familien in Betracht gezogen.

Ebenfalls einen Vergleich zwischen mütterlichem Bindungsmodellen und einem möglichen Zusammenhang zu kindlichen Ein- und Durchschlafstörungen haben Scher und Dror (2003) in einer Stichprobe von 68 Mutter-Kind-Paaren aus israelischen Kibbutzim unternommen. Erfasst wurden allerdings Bindungsmodelle der Mütter in ihrer Ehe oder Partnerschaftsbeziehung, ermittelt über ein Verfahren der „Adult romantic attachment measure“ nach Brennan, Clark und Shaver (1998). Dieses Verfahren ist qualitativ nicht mit dem Adult Attachment Interview gleichzusetzen, die Ergebnisse sind daher nicht vergleichbar. Aus diesem Grund wurde diese Studie auch nicht in die Tabellen aufgenommen. Ihr wichtigstes Ergebnis soll an dieser Stelle nur kurz wiedergegeben werden: Mütterliche Bindungsmodelle standen mit kindlichen Schlafstörungen nicht in Zusammenhang: Mütter mit Bindungsunsicherheit in der Ehe oder Partnerschaftsbeziehung waren in der Gruppe der Kinder mit Schlafstörungen in etwa in gleicher Zahl vertreten wie in der Gruppe ohne Schlafprobleme (Scher & Dror, 2003, S. 32).

4.4.2 Bindungsqualität des Kindes

Im Folgenden wird eine Übersicht derer Studien gegeben, die eine mögliche Verbindung zwischen kindlicher Bindungsqualität und Merkmalen der Schlaf-Wach-Organisation untersucht haben. Einleitend werden zwei Studien vorgestellt, die nicht gezielt auf die gestörte Schlafentwicklung fokussieren. Die erste, eine kürzlich durchgeführte Untersuchung von Higley (2008) erscheint relevant, weil hier über Videoanalyse Merkmale nächtlichen Interaktionsverhaltens zwischen Bindungsperson und Kind erfasst wurden. Die zweite Studie untersucht ähnlich wie die darauf folgenden Studien, ob eine Verbindung zwischen Ein- und Durchschlafschwierigkeiten einerseits und Unterschieden in der Qualität der Bindung andererseits besteht. Sie unterscheidet sich jedoch von den darauf folgenden dadurch, dass nach den zu Grunde gelegten Definitionskriterien die Kinder der Stichprobe keine klinisch relevante Schlafstörung aufwiesen. Diese Studie von Scher (2001) ist in Tabelle 3 dargestellt. Weitere vier Studien konnten ausfindig gemacht werden, die mögliche Zusammenhänge zwischen kindlichen Bindungsmustern und

Ein- und/oder Durchschlafstörungen direkt untersucht haben. Tabelle 4 gibt eine Übersicht dieser Studien. In allen bisher genannten Studien wurden die Bindungsmuster der Kinder im Labor über die Fremde Situation nach Ainsworth und Wittig (1969) bzw. Ainsworth, Blehar, Waters und Wall (1978) ermittelt. Eine Übersicht der jeweiligen zur Erfassung der Schlafstörungen verwendeten Erhebungsmethoden und Definitionen findet sich in Tabelle 5. Abschließend wird eine Studie von Scher und Asher (2004, S. 291) vorgestellt (s. Tabelle 6). Hier wurde erforscht, wie sich Sicherheits- und Abhängigkeitswerte (unabhängig von einer Klassifikation der einzelnen Bindungsmuster) zu Ein- und Durchschlafstörungen verhalten.

Higley (2008) befasst sich mit Unterschieden im nächtlichen Interaktionsverhalten von Mutter und Kind und vergleicht Mutter-Kind-Paare mit sicher oder unsicher an ihre Mütter gebundenen Kindern. Zwei Hypothesen wurden aufgestellt (Higley, 2008, S. 13-14): Zum einen wurde vermutet, dass Mütter sicher gebundener Kinder zuverlässig auf das kindliche Signalisieren nach einem nächtlichen Erwachen reagieren und in nächtlichen Interaktionen beständiger sowie feinfühlicher auf ihre Kinder eingehen würden als Mütter unsicher gebundener Kinder. Diese Vermutung stützt sich auf das Feinfühligkeitskonzept der Bindungsforschung und die Annahme, dass auch das sicher gebundene Kind, obgleich es im Wissen über die Verlässlichkeit auf seine Pflegeperson ein Grundgefühl der Sicherheit in sich trägt, auf die physische und emotionale Verfügbarkeit seiner Pflegeperson angewiesen ist. Zum anderen wurde angenommen, dass bei einem nächtlichen Erwachen sicher an ihre Mütter gebundene Kinder – im Gegensatz zu unsicher gebundenen Kinder – in positiver Erwartung auf eine schnelle und feinfühlige Antwort nach einem Erwachen offenkundiges Signalverhalten zeigen sollten. Diese Hypothesen beziehen mit ein, dass kulturell geprägte Wertvorstellungen von Erziehung zu einer größeren Unabhängigkeit in der Nacht möglicherweise nicht mit der biologischen Ausstattung einiger Säuglinge und Kleinkinder übereinkommen (Higley, 2008, S. 3-5).

Untersucht wurde 44 Mutter-Kind-Paare mit elf bis 14 Monate alten Kindern aus einer Stichprobe mit niedriger Risikobelastung (Higley, 2008, S. 14-15). Das nächtliche Interaktionsverhalten wurde in drei aufeinander folgenden Nächten über Videoaufnahmen und Schlaftagebücher erfasst und kodiert. Da die Kameras fest über dem Kinderbett installiert wurden, beschränkten sich die Beobachtungen auf die

Interaktionen, während das Kind im Kinderbett lag. Die Bindungsklassifikation erfolgte über die Fremde Situation nach Ainsworth et al. (1978). Die Vergleichsgruppen bildeten sicher gegenüber unsicher an ihr Mütter gebundene Kinder mit folgender Verteilung der Bindungsmuster: 61 % waren sicher (B), 5 % unsicher-vermeidend (A), 7 % unsicher-ambivalent (C) und 27 % desorganisiert (D) gebunden (Higley, 2008, S. 21-22).

Kinder mit sicherer Bindung tendierten gegenüber unsicher gebundene Kinder eher dazu, nach einem Erwachen deutlich zu signalisieren (umschrieben als aufstehen oder aufsetzen im Bett und zugleich lärmern oder unruhig sein): Während unter den sicher gebundenen Kindern 63 % deutlich signalisierten, waren es unter den unsicher gebundenen Kindern nur 35 %. Die Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant (Higley, 2008, S. 17-23). Die Mütter der sicher gebundenen Kinder reagierten in etwa gleich häufig auf ein kindliches Signalisieren in der Nacht wie die Mütter unsicher gebundener Kinder. Auch in den elterlichen Handlungsweisen, beim Kind bis zum Einschlafen zu verweilen vs. es alleine einschlafen zu lassen sowie das Kind nach einem Erwachen mit ins elterliche Bett zu nehmen vs. es zurück ins Kinderbett zu legen, zeigten sich keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen (Higley, 2008, S. 22-23). Weiter wurden vier verschiedene Kategorien nächtlicher Interaktionsmuster auf Unterschiede zwischen Mutter-Kind-Paaren mit sicherer gegenüber unsicherer Mutter-Kind-Bindung überprüft (Higley, 2008, S. 17-25). Diese Kategorien waren (a) Kinder die nicht aufwachten oder ihr Erwachen nicht signalisierten („no wake/no signal“), (b) Kinder die ihr Erwachen signalisierten, aber keine elterlichen Reaktionen erfuhren („no response“), (c) Kinder die gewöhnlich zur Beruhigung aufgenommen wurden oder erfolgreich im Kinderbett beruhigt wurden („pick up/soothe“) und (d) Kinder deren Mütter gewöhnlich vier oder mehr Anläufe zur Beruhigung benötigten oder eine Vielfalt an unterschiedlichen Beruhigungsstrategien über mehrere Erwachen hinweg anwendeten („multiple attempts/inconsistent“). Die Interaktionsmuster unterschieden sich signifikant in Abhängigkeit der Bindungsqualität ($\chi^2=11.04$, $p=0.01$). Separate Analysen ergaben, dass Mütter sicher gebundener Kinder signifikant wahrscheinlicher die Kategorie „pick up/soothe“ erfüllten als Mütter unsicher gebundener Kinder, für die anderen Kategorien jedoch keine signifikanten Unterschiede nachzuweisen waren. Mütter sicher gebundener Kinder reagierten folglich nicht mehr oder weniger wahrscheinlich auf die nächtlichen Signale ihres

Kindes; wenn sie jedoch die kindlichen Signale erwiderten, konnten sie ihr Kind mit höherer Wahrscheinlichkeit in konsistenter Weise erfolgreich beruhigen. Higley (2008, S. 28) selbst weist auf einige Einschränkungen dieser Studie hin, dazu zählen u. a. die Beschränkung der Verhaltensbeobachtung auf die Interaktionen, während das Kind im Kinderbett lag, und die Möglichkeit, dass die Mütter unter Beobachtung durch die Kamera anders reagieren könnten als sie es normalerweise tun würden.

Scher (2001) erforschte Zusammenhänge zwischen kindlichen Bindungsmustern und Schlafmerkmalen in einer israelischen Stichprobe von 94 Kindern, die keine klinischen Schlafstörungen im Sinne der Kriterien nach Richman (1981) aufwiesen. Die Kinder werden von Scher (2001, S. 281) als Nicht-Risiko-Kinder beschrieben (gesunde Kinder, die Eltern lebten zusammen und hatten bis zu drei Kinder etc.). Der Untersuchungszeitpunkt wurde im Alter von einem Jahr angesetzt, unter anderem deshalb, weil mit diesem Alter die kindliche Trennungsangst besonders zur Geltung kommen sollte. Schlafmerkmale wurden über einen Elternfragebogen „Sleep questionnaire“ nach Scher, Tirosh, Jaffe, Rubin, Sadeh und Lavie, (1995) und über Actigraph-Aufzeichnungen, zusätzlich angewandt bei einer Untergruppe von 37 Kindern, erfasst. Über einen Score-Wert wurden die Kinder dann in „wakers“ gegenüber „non-wakers“ aufgeteilt und außerdem wurden Einschlafschwierigkeiten nach mütterlichem Empfinden erfasst; wobei signifikante Zusammenhänge zwischen mütterlicher Wahrnehmung einer Einschlafschwierigkeit und ermittelten Score-Werten bezüglich erfragter objektiver Schlafmerkmale (Einschlafdauer u. a.) bestanden (Scher, 2001, S. 276-279).

Bezüglich der Einstufung in die Gruppen der „wakers“ und „non-wakers“ ließen sich keine signifikant abweichenden Verteilungsraten einer sicheren gegenüber einer unsicher-ambivalenten Bindung ausmachen. Dies galt auch dann noch, wenn die sicher gebundenen Kinder zusätzlich nach ihren Unterkategorien (B1-B3 vs. B4) aufgesplittet wurden. Signifikante Unterschiede bestanden hingegen bezüglich Einschlafschwierigkeiten der Kinder: Abhängig-sicher (B4) an ihre Eltern gebundene Kinder hatten nach mütterlichem Empfinden häufiger Einschlafschwierigkeiten als andere sicher gebundene Kinder; am wenigsten Einschlafschwierigkeiten hatten mit 6 % die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder (Scher, 2001, S. 279-280; vgl. Tabelle 3). Scher (2001, S. 282-283) schließt daraus, dass zwischen Kindern mit

Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen Bindungsmuster des Kindes und Schlafmerkmalen (keine Schlafstörungen)

Studie	Bindungsklassifikation		Schlafmerkmale		Untersuchte Zusammenhänge und Ergebnisse						
	Alter	n	%	Alter	n	%	Variable A	Variable B			
Scher 2001; N = 94	12 M	sicher (B1-3; B4)	76 (60; 16)	77 %	12 M	„wakers“	55 % (50 %; 69 %)	sicher vs. unsicher-ambivalent	„wakers“ vs. „non-wakers“	$\chi^2=0,16$	n.s.
						„non-wakers“	45 % (50 %; 31 %)	B1-3 vs. B4 vs. unsicher-ambivalent	„wakers“ vs. „non-wakers“	$\chi^2=1,93$	n.s.
						Einschlaf-schwierigkeiten	(23 %; 43 %)	B1-3 vs. B4 vs. unsicher-ambivalent	Einschlafschwierigkeiten vs. keine Einschlafschwierigkeiten	$\chi^2=6,79$	$p<0,05^*$
						keine Einschlaf-schwierigkeiten	(77 %; 57 %)				
		unsicher-vermeidend (A)	1	1 %							
		unsicher-ambivalent (C)	21	22 %		„wakers“	60 %				
						„non-wakers“	40 %				
						Einschlaf-schwierigkeiten	6 %				
						keine Einschlaf-schwierigkeiten	94 %				

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Kindliche Bindungsmuster ermittelt über die Fremde Situation nach Ainsworth et al. (1987).

unterschiedlichen Bindungsmustern in dieser israelischen Stichprobe ohne klinisch bedeutsame Schlafprobleme mehr Gemeinsamkeiten im Schlafverhalten als Unterschiede ausgemacht werden konnten. Häufigere Einschlafschwierigkeiten unter den B4 Kindern werden mit einer erhöhten Trennungsnot und ausgeprägtem Annäherungsverhalten (wodurch die Kinder in der Fremden Situation auffallen) als konform betrachtet. Nicht zu erwarten war hingegen, dass bei den unsicher-ambivalent gebundenen Kindern weniger Einschlafschwierigkeiten vorliegen würden. Die Ergebnisse ließen sich möglicherweise dadurch erklären, dass die Mütter die Schwierigkeiten ihrer Kinder beim Schlaflegen nicht ausreichend wahrnehmen, kindliche Signale vielleicht falsch deuten. Auch wird in Betracht gezogen, dass es aus evolutionärer Sicht für Kinder, deren Bindungsfigur sie nicht ausreichend beruhigen kann, adaptiv ist, sich selbst in den Schlaf zu regulieren. Offen bleibt, ob für die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder die Einschlafzeit im Vergleich zu den B4 Kindern tatsächlich mit weniger Stress verbunden ist.

Die von Seifer, Sameroff, Dickstein, Hayden und Schiller (1996) vorgestellten Ergebnisse nehmen insofern eine Sonderstellung ein, als es sich um eine Hoch-Risiko-Studie von Kindern mit psychisch kranken Eltern¹⁴ handelt (z. B. Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen aber auch keine Erkrankung). Es werden Teilergebnisse einer größeren Langzeitstudie („Providence Family Study“) dargestellt. Aus der Erwägung heraus, dass ein gestörter Schlaf mit einer beginnenden psychischen Störung des Kindes assoziiert sein könnte, war es das Ziel der Studie heraus zu finden, ob einerseits eine psychische Erkrankung der Eltern allgemein und andererseits bestimmte Krankheitsbilder der Eltern mit Schlafproblemen der Kinder einhergehen (Seifer et al., 1996, S. 715-722). Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen kindlichen Bindungsmustern und Durchschlafproblemen bildet einen weniger stark gewichteten Untersuchungsaspekt. Es werden entsprechend auch vergleichsweise wenige Informationen zum Untersuchungshergang und den Ergebnissen gegeben.

Ergebnis war, dass Kinder, die mit 12 Monaten sicher an ihre Mutter gebunden waren, im Alter von 30 bzw. 48 Monaten signifikant weniger Durchschlafprobleme

¹⁴ Gesprochen wird von psychisch kranken Eltern, aus den Beschreibungen der Stichprobenmerkmale lässt sich vermuten, dass jedoch nur mütterliche Erkrankungen erfasst wurden.

im Vergleich zu unsicher gebundenen Kindern hatten (Seifer et al., 1996, S. 723; vgl. Tabelle 4). Im Diskussionsteil wird lediglich darauf hingewiesen, dass nach Anders nächtliches Erwachen in Zusammenhang zur Bindungsentwicklung stehe, eine weitere Diskussion bezüglich der Bindungsqualität wird nicht vorgenommen (Seifer et al., 1996, S. 724).

Morrell und Steele (2003) untersuchten eine Stichprobe von 100 Mutter-Kind-Paaren. Ziel war es, ätiologische Faktoren von Ein- und Durchschlafstörungen, wie sie von Sadeh und Anders (1993) vorgeschlagen wurden, zu überprüfen, und ihre Bedeutung für die Persistenz einer Schlafstörung ein Jahr später zu erfassen. Über ein Screening-Verfahren wurden die Mutter-Kind-Paare in eine Fallgruppe der Kinder mit Schlafstörungen und eine Vergleichsgruppe mit Kindern, die höchstens einmal die Woche Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten zeigten, eingeteilt. Diese Einteilung erfolgte ebenso wie der Fremde-Situations-Test im Alter von 14-16 Monaten. Zur Definition einer Schlafstörung, wurde eine modifizierte Version der Richman (1981) Kriterien verwendet, unter Einschluss von Einschlafproblemen und Verkürzung des Mindestzeitraums des Bestehens der Schlafprobleme von drei auf zwei Monate. Fall- und Kontrollgruppe unterschieden sich insofern, dass die Kinder der Fallgruppe im Durchschnitt geringfügig älter waren. Andere demografische Merkmale waren für beide Gruppen vergleichbar (Morrell & Steele, 2003, S. 449-453).

Der Anteil der Kinder, die unsicher-ambivalent an ihre Mutter gebunden waren, war unter den Kindern mit einer Ein- und/oder Durchschlafstörung im Alter von 14-16 Monaten signifikant höher, als in der Vergleichsgruppe; zur Bestimmung der Signifikanz diente der Fischer-Exakt-Test (Morrell & Steele, 2003, S. 457-458; vgl. Tabelle 4). Eine logistische Regressionsanalyse zeigte, dass die erklärte Varianz eines unsicher-ambivalenten Bindungsmusters jedoch lediglich 4 % betrug. Bedeutsamer waren die Faktoren problematische mütterliche Vorstellungen bezüglich der Notwendigkeit Grenzen zu setzen, unruhig-schwieriges Temperament des Kindes und mütterliche Ängstlichkeit oder Depression. Für eine sichere, unsicher-vermeidende, oder desorganisierte Mutter-Kind-Bindung bestanden keine signifikanten Unterschiede der Verteilung in Fall- oder Kontrollgruppe. Es konnten zusätzlich signifikante Unterschiede in ermittelten Durchschnittswerte einer Skala nächtlichen Erwachens (Skalenwert 0-18) zwischen der Gruppe der

Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Bindungsmuster des Kindes und Ein- und Durchschlafstörungen

Studie	Bindungsklassifikation		Ein- und/oder Durchschlafstörungen		Untersuchte Zusammenhänge und Ergebnisse	
	Alter	n	%	Alter	n	%
Seifer et al. 1996; N= 92	12 M	sicher (B)	k. A.	30M bzw. 48 M	k. A.	
		unsicher (A; C)				$r = -0.26$ $p < 0.05^*$
Morrell & Steele 2003; N= 100	14 – 16 M	sicher (B)	26	65 %	14 – 16 M	Ein- und/oder Durchschlafstörung
		unsicher- vermeidend (A)	4	13 %		
		unsicher- ambivalent (C; D/C)	5 (3; 2)	12.5 %		
		desorganisiert (D; D/C)	7 (5; 2)	17.5 %		
McNamara et al. 2003; N= 342	15 M	sicher (B)	46	76.7 %	6 M	keine Schlafstörung
		unsicher- vermeidend (A)	9	15 %		
		unsicher- ambivalent (C; D/C)	1 (0; 1)	1.7 %		
		desorganisiert (D; D/C)	5 (4; 1)	8.3 %		
McNamara et al. 2003; N= 342	15 M	unsicher- vermeidend (A)	193		6 M	Durchschlafstörung
	15 M	unsicher- vermeidend (A)	85	44 %	15 M	Durchschlafstörung
	6 M	unsicher- ambivalent (C)	149		6 M	Durchschlafstörung

Fortsetzung Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Bindungsmustern des Kindes und Ein- und Durchschlafstörungen

Nolte et al. 2006; N = 64	18 M	sicher (B; D/B)	33 (29; 4)	30 M	Ein- und Durchschlafstörungen (leicht; stark)	25 (18; 7)	43 %	sicher vs. unsicher-vermeidend	Ein- und Durchschlafstörungen vs. keine Ein- und Durchschlafstörungen	$\chi^2=6.09$	$p<0.06$
		unsicher-vermeidend (A; D/A)	21 (18; 3)	Durchschlafstörung (leicht; stark)	14 (10; 4)	24 %		sicher vs. unsicher-vermeidend	Durchschlafstörung vs. keine Durchschlafstörung	$\chi^2=2.65$	n.s.
		unsicher-ambivalent (C; D/C)	1 (0; 1)	davon Ein- und Durchschlafstörung	7			sicher vs. unsicher-vermeidend	Ein- und Durchschlafstörung vs. Ein- oder Durchschlafstörung vs. keine Schlafstörung	$\chi^2=6.09$	$p<0.05^*$
		„gemischt unsicher“ (A/C; D/A/C)	3 (1; 2)	keine Schlafstörung	19			desorganisiert vs. nicht desorganisiert	Ein- und Durchschlafstörung vs. keine Ein- und Durchschlafstörung	$\chi^2=0.11$	n.s.
		desorganisiert (D/B; D/A; D/C; D/A/C)	10 (4; 3; 1; 2)					desorganisiert vs. nicht desorganisiert	Durchschlafstörung vs. keine Durchschlafstörung	$\chi^2=0.79$	n.s.
								desorganisiert vs. nicht desorganisiert	Ein- und Durchschlafstörung vs. Ein- oder Durchschlafstörung vs. keine Schlafstörung	$\chi^2=1.89$	n.s.
								B1 vs. B2 vs. B3 vs.B4	Ein- und Durchschlafstörung vs. keine Ein- und Durchschlafstörung	$\chi^2=2.20$	n.s.
								B1 vs. B2 vs. B3 vs.B4	Durchschlafstörung vs. keine Durchschlafstörung	$\chi^2=1.35$	n.s.
								B1 vs. B2 vs. B3 vs.B4	Ein- und Durchschlafstörung vs. Ein- oder Durchschlafstörung vs. keine Schlafstörung	$\chi^2=3.39$	n.s.

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

Alle hier aufgeführten Studien ermittelten die kindlichen Bindungsmuster über die Fremde Situation nach Ainsworth et al. (1969) bzw. Ainsworth et al. (1987).

Tabelle 5: Erhebungsmethoden und Definitionen der Ein- und Durchschlafstörungen (2)

Studie	Erhebungsmethode	Einschlafstörung	Durchschlafstörung
Seifer et al. 1996	„Sleep habits questionnaire“ (Elternfragebogen)		Nächtliches Erwachen, ermittelt nach 10 Einzelkriterien bezüglich Häufigkeit des nächtlichen Erwachens und Ausmaß der elterlichen Reaktionen (Kind wacht mehr als einmal die Nacht auf, kurzes Beruhigen durch ein Elternteil, Elternteil verbleibt für mehr als 20 Minuten wach mit dem Kind, u.a.).
Morrell & Steele 2003	„Infants Sleep Questionnaire“ nach Morrell (1999) (Screening-Verfahren) „Richman Sleep Diary“ (Richman 1981)	Modifizierte Version der Richman (1981) Kriterien : Ein- und/oder Durchschlafproblem existiert über mindestens zwei Monate, mindestens fünf Nächte einer Woche sind betroffen und mindestens eins der folgenden Kriterien trifft zu: 1. Kind braucht länger als 30 Minuten zum Einschlafen. 2. Kind wacht drei oder mehrmals in einer Nacht auf. 3. Die nächtliche Wachdauer ist länger als 20 Minuten. 4. Kind ist aufgewühlt und schläft deshalb im elterlichen Bett („because upset“), es will drei oder mehrmals die Woche nicht schlafen.	
McNamara et al. 2003	Interview mit den Müttern (über Schlafverhalten in der letzten Woche)		Kriterien nach Zuckerman et al. (1978): Drei oder mehrmaliges Erwachen pro Nacht oder das Kind ist im Durchschnitt mindestens eine Stunde wach oder die Mutter berichtet eine schwerwiegende Unterbrechung des kindlichen Schlafes („severe disruption“).
Nolte et al. 2006	Adaptierte Version des Mannheimer Elterninterviews für das Kleinkindalter nach Laucht, Esser & Schmidt (1992)	<i>Leichte Einschlafstörung:</i> Kind kann fast jede Nacht nur in Anwesenheit eines Elternteils einschlafen oder mehrmals pro Woche Konflikte beim Zu-Bett-Gehen (Kind weigert sich/ weint). <i>Starke Einschlafstörung:</i> Kind kann fast jede Nacht nur in Anwesenheit eines Elternteils einschlafen und mehrmals pro Woche Konflikte beim Zu-Bett-Gehen (Kind weigert sich/ weint). <i>Generell:</i> Die jeweils genannten Kriterien bestehen seit mindestens vier Wochen.	<i>Leichte Durchschlafstörung:</i> Kind wacht mehr als viermal die Woche nachts auf. <i>Starke Durchschlafstörung:</i> Kind wacht mehr als viermal die Woche nachts auf und zusätzlich trifft eines der folgenden Kriterien zu: 1. Mehr als zweimaliges Aufwachen pro Nacht. 2. Unruhiges Verhalten/ Schreien beim Aufwachen. 3. Kind schläft fast jede Nacht im Elternbett, die Eltern im starken Ausmaß störend. <i>Generell:</i> Die jeweils genannten Kriterien bestehen seit mindestens vier Wochen.
Scher & Asher 2004	„Infant Sleep Questionnaire“ nach Morrell (1999) Schlaftagebücher	Modifizierte Version der Richman (1981) Kriterien: Mindestens fünf Nächte einer Woche sind betroffen und mindestens eins der folgenden Kriterien trifft zu: 1. Kind braucht länger als 30 Minuten zum Einschlafen. 2. Kind wacht drei oder mehrmals in einer Nacht auf. 3. Die nächtliche Wachdauer ist länger als 20 Minuten. 4. Kind ist aufgewühlt und schläft deshalb im elterlichen Bett („because upset“). <i>Zusätzlich wurde die mütterliche Einschätzung, ob bei ihrem Kind ein Schlafproblem vorliegt berücksichtigt.</i>	

unsicher-ambivalenten Mutter-Kind-Bindung und der Gruppe der unsicher-vermeidenden (mittlere Differenz 6.13, $p = 0.045$) bzw. sicheren Mutter-Kind-Bindung (mittlere Differenz 5.96, $p = 0.034$) aufgezeigt werden (Morrell & Steele, 2003, S. 453-458). Der Durchschnittswert der Gruppe der desorganisierten Mutter-Kind-Bindung unterschied sich nicht signifikant von den anderen Gruppen, er lag über dem der unsicher-vermeidenden bzw. sicheren Gruppe und unter dem der unsicher ambivalenten Gruppe. Die Schlafstörungen wurden dann ein Jahr später auf ihre Fortbestehen überprüft, von 25 Kindern die eine persistierende Schlafstörung aufwiesen, waren fünf unsicher-ambivalent gebunden. Über eine Pfadanalyse wurde ein kleiner jedoch unabhängiger Einfluss einer unsicher-ambivalenten Bindung bezüglich einer persistierenden Schlafstörung aufgezeigt ($p = 0.006$) (Morrell & Steele, 2003, S. 459-463).

Morell und Steele (2003, S. 462-463) interpretieren ihre Ergebnisse folgendermaßen: Eine unsicher-ambivalente Bindung wird mit einer niedrigen oder inkonsistenten Verfügbarkeit der Mutter in Verbindung gebracht, die Kinder haben daher die Strategie entwickelt, Bindungsverhaltensweisen übermäßig stark auszudrücken. Zusammengenommen könnten die mit dem Schlafen verbundene Trennungssituation daher zum Stressfaktor werden, wodurch der normale Entwicklungsprozess hin zu mehr Selbstregulierung der Schlaf-Wach-Übergänge vermutlich gestört würde. Versuche der Eltern, dem Kind mehr Eigenständigkeit zuzutrauen und über entwöhnende Verhaltensstrategien (als Beispiel wird genannt, das Kind schreien zu lassen) eine Veränderung zu bewirken, würden voraussichtlich zu starken Protestreaktionen des Kindes führen und daher scheitern. Ein Teufelskreis negativer Interaktionen könnte daraus resultieren. Schlafprobleme würden gefestigt und auch die Wahrscheinlichkeit, dass eine unsicher-ambivalente Bindungsqualität fortbesteht, würde ihrerseits erhöht werden. Angesichts eines geringen Anteils der Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindung im Vergleich zur Gesamtzahl der Kinder mit persistierenden Schlafstörungen sollte eine klinische Relevanz des unsicher-ambivalenten Bindungsstatus jedoch auch nicht überbewertet werden.

McNamara et al. (2003) präsentieren die Studie mit dem größten Stichprobenumfang von 324 Mutter-Kind-Paaren. Die Probanden entstammten der „NICHD Study of Early Child Care“, einer in den USA durchgeführten Langzeituntersuchung mit über 1000 Kindern und deren Familien. Sie repräsentieren die Untergruppe derer Mutter-

Kind-Paare, in denen die Kinder im Alter von 15 Monaten ein unsicher-vermeidendes oder unsicher-ambivalentes Bindungsmuster aufwiesen (McNamara et al., 2003, S. 9-10). Es wurde erwartet, dass Kinder mit ambivalenter Bindung häufiger als vermeidend gebundene Kinder eine Schlafstörung aufweisen und insgesamt sowohl häufigere wie auch längere nächtliche Wachepisoden zeigen würden. Durchschlafstörungen wurden im Alter von sechs und 15 Monaten basierend auf den Kriterien nach Zuckerman, Stevenson und Bailey (1987) bestimmt (s. Tabelle 5). Allerdings wurde zur Erfassung der Schlaf-Wach-Muster lediglich das kindliche Schlafverhalten in der vorausgegangenen Woche erfragt (McNamara et al., 2003, S. 9-11).

Unter der Gruppe der Kinder, die mit 15 Monaten als unsicher-ambivalent klassifiziert wurden, zeigten sich zuvor mit sechs Monaten ebenso wie mit 15 Monaten signifikant häufiger Hinweise auf eine Durchschlafstörung als unter den Kindern, die als unsicher-vermeidend klassifiziert wurden (vgl. Tabelle 4). Bezogen auf die Einzelkriterien „reporting night waking in last week“ und „mean duration of night waking episode“ (unabhängig davon, ob die Kinder eine Durchschlafstörung hatten oder nicht) zeigten die Gruppe der unsicher-ambivalenten Bindung mit sechs Monaten tendenziell häufiger nächtliches Erwachen ($p = 0.06$) und mit 15 Monaten signifikant höhere Durchschnittswerte in der Dauer eines Erwachens ($p = 0.04$) als die Gruppe mit unsicher-vermeidender Bindung (McNamara et al., 2003, S. 11-12).

McNamara et al. (2003, S. 12-14) schlagen zur Interpretation ihrer Ergebnisse eine besondere Rolle des REM-Schlafes in der Entstehung von Schlafproblemen vor, die mit unterschiedlichen Bindungsqualitäten in Beziehung stehen könne. Zum besseren Verständnis wurde ein weitere Veröffentlichung von McNamara et al. (2002, S. 411-417) herangezogen. Es wird aufgezeigt, dass zahlreiche Forschungsergebnisse neben möglichen Zusammenhängen mit der kognitiven Entwicklung auch auf eine besondere emotionale und bindungsbezogene Komponente oder Funktion des REM-Schlafes hindeuten: Genannt werden beispielsweise ein hohes Aktivierungsniveau neuronaler Strukturen wie der Amygdala und des limbischen Systems während des REM-Schlafes; die Erkenntnis, dass der REM-Schlaf bei jungen Säugetieren um so reichlicher vorhanden ist, je unreifer sie geboren werden (Säugetiere, die als Nestflüchter geboren werden, haben entsprechend niedrige REM-Schlaf-Anteile); die Tatsache das junge Ratten gesäugt werden, während sie sich im REM-Schlafstadium

befinden; veränderte REM-Schlaf-Messungen, die in Tierstudien bei einer Trennung vom Muttertier nachgewiesen werden konnten, und Hinweise auf höhere REM-Schlafanteile bei menschlichen Säuglingen, die regelmäßig bei der Mutter schlafen im Vergleich zur getrennten Schlafsituation. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass der REM-Schlaf eine periodisch wiederkehrende Ressource einer endogenen Aktivierung von unter anderem bindungsbezogenen neuronalen Schaltkreisen darstellt. So wird zum einen angenommen, dass im REM-Schlaf eine Verarbeitung und Beurteilung gegenwärtiger Lebensumstände stattfindet, die im besondern auch bindungsrelevante Erfahrungen betreffen (McNamara et al., 2002, S. 412). Zum anderen wird angenommen, dass während des REM-Schlaf auch aktuell psychobiologische Bindungsprozesse („psychobiological attachment processes“) gefördert werden (McNamara et al., 2002, S. 406). Darunter verstehen McNamara et al. (2002, S. 413-417) Prozesse, die mit körperlicher Nähe einhergehen, die aber insbesondere mit Fürsorge, Ernährung, Wärmeregulation und allgemeiner Abstimmung von physiologischen Prozessen zwischen Mutter und Kind assoziiert sind.

McNamara et al. (2003, S. 13-14) schlagen dann folgende hypothetische Erklärung für die aufgezeigten Zusammenhänge zwischen einer unsicher-ambivalenten gegenüber einer unsicher-vermeidenden Bindung und Durchschlafstörungen vor: Kinder mit einer unsicher-ambivalenten Bindung sollten angesichts einer ausgeprägten Suche nach Kontakt zu ihren Bindungspersonen auch ein erhöhtes REM-Aktivierungsniveau aufweisen. Da ein Erwachen gewöhnlich aus dem REM-Schlafstadium heraus erfolge, könne dies dann zu einem gehäuften Erwecken der Kinder führen. Eine Schwierigkeit beim Einschlafen wird aufgrund eines grundsätzlichen Schlafbedürfnisses nicht erwartet. Kinder mit unsicher-vermeidender Bindung werden hingegen mit einer Strategie der Distanzerhaltung in Verbindung gebracht – eine Hemmung des Annäherungsverhaltens einschließlich des REM-Schlafes wird angenommen. Eine niedrigere REM-Schlaf-Aktivierung würde in der Folge zu weniger Durchschlafschwierigkeiten führen. Die erfolgreiche Unterdrückung einer starken REM-Schlaf-Aktivierung würde dann zudem dazu führen, dass die unsicher-vermeidend gebundenen Kindern sich mit dem Einschlafen noch weniger schwer tun sollten als die unsicher-ambivalent gebundenen Kinder. McNamara et al. (2003, S. 14) räumen ein, dass die über die Befragung der Mütter

gewonnenen Schlaf-Wach-Daten ihre Hypothesen nur in begrenztem Maße stützen können.

Nolte, Pott und Pauli-Pott (2006) forschten mit einer Stichprobe von 64 gesunden und erstgeborenen Kindern, weitere Auswahlkriterien waren die Beherrschung der deutschen Sprache und Zusammenleben der Eltern zum Zeitpunkt der Geburt. Die Bindungsklassifikation erfolgte im Alter von 18 Monaten, die Schlafdaten wurden mit 30 Monaten erhoben (Nolte et al., 2006, S. 156). Es sollte untersucht werden, ob sich aus der Bindungsqualität (sicher vs. unsicher-vermeidend, desorganisiert vs. nicht desorganisiert) eine prognostische Aussage für die Entwicklung einer Schlafstörung ableiten lässt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, Einschlafstörungen einerseits und Durchschlafstörungen andererseits auch getrennt voneinander zu betrachten.

Verglichen wurden zunächst sicher an ihre Mutter gebundene Kinder mit unsicher-vermeidend gebundenen Kindern. Bezüglich einer isolierten Ein- oder Durchschlafstörung bestanden keine signifikanten Unterschiede, wobei die mit 18 Monaten sicher gebundenen Kinder später zumindest in der Tendenz häufiger eine isolierte Einschlafstörung aufwiesen. Kinder, die mit 18 Monaten als sicher an ihre Mütter eingestuft wurden, hatten im Vergleich zu unsicher-vermeidend klassifizierten Kindern jedoch mit 30 Monaten signifikant häufiger eine kombinierte Ein- und Durchschlafstörung. Alle sieben Kinder mit kombinierter Ein- und Durchschlafstörung entstammten dabei der sicher gebundenen Gruppe. Aus der Darstellung der Ergebnisse geht jedoch nicht hervor, in welchen Anteilen sie die zu Grunde gelegten Kriterien einer leichten oder aber schweren Ein- und Durchschlafstörung (s. Tabelle 5) erfüllten. Die Bindungsdesorganisation stand mit Schlafstörungen nicht in Zusammenhang und auch die von Scher (2001) aufgezeigten statistisch relevanten Unterschiede im Schlafverhalten bezüglich der Untergruppen einer sicheren Bindung (B1-B4) konnten nicht repliziert werden (Nolte et al., 2006, S. 158; vgl. Tabelle 4). Keine Auskunft wird gegeben, wie viele B4 Kinder in der Stichprobe vertreten waren.

Nolte et al. (2006, S. 159-160) interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass entsprechend ihrer Bindungsstrategie die vermeidend gebundenen Kinder möglicherweise in der Einschlafsituation oder nach einem nächtlichen Erwachen negative Emotionen, Ängste sowie Bindungsverhalten unterdrücken. Weiter wird in

Betracht gezogen, dass möglicherweise die Mütter aus sicheren Mutter-Kind-Bindungen ihre Kinder weniger zur Löslösung und Selbstregulation ermutigen. Einschränkend weisen Nolte et al. (2006, S. 160) darauf hin, das nicht geklärt ist, ob die mit 18 Monaten ausgemachte sichere Bindung mit 30 Monaten unverändert vorlag.

Scher und Asher (2004) haben untersucht, ob kindliche Schlaf-Wach Regulation einschließlich Ein- und Durchschlafstörungen und kindliche Bindungssicherheit einerseits und Abhängigkeit von der Mutter andererseits in Beziehung zueinander stehen. Die Stichprobe umfasste 57 israelische Mutter-Kind Paare mit niedriger Risiko-Belastung, die Kinder waren acht bis zwölf Monate alt (Scher & Asher, 2004, S. 290: 291). Zur Erfassung der Sicherheits- und Abhängigkeitsausprägungen der Kinder diente eine hebräische Version des Attachment-Q-Set (AQS) nach Waters und Deane (1985), die Beobachtungen wurden von den Müttern selbst durchgeführt (Scher & Asher, 2004, S. 290-293). Hier werden die Kinder nicht in die unterschiedlichen Bindungsmuster eingestuft wie im Fremde-Situations-Test, sondern es werden über Verhaltensbeobachtungen von Interaktionen zwischen Mutter und Kind Punktwerte bezüglich unterschiedlicher Kriteriumsprofile ermittelt, dies waren in diesem Fall die Profile Sicherheit und Abhängigkeit (Scher & Asher, 2004, S. 291). Wichtig ist zu beachten, dass Sicherheit und Abhängigkeit im AQS als voneinander unabhängige Größen konzipiert sind (Waters, 1987, S. 11). Ein Kind welches sich beispielsweise ohne Schwierigkeiten von der Mutter lösen kann, um dann für sich alleine zu Spielen, wird als unabhängig betrachtet. Ein Kind das es hingegen vorzieht, mit der Mutter oder in ihrer Nähe zu spielen, wird als abhängig betrachtet, ohne dass dieses Verhalten in Relation zu mangelndem Vertrauen in die Verfügbarkeit oder Einfühlsamkeit der Mutter stehe. Auch ein häufigeres Unterbrechen des Explorationsverhalten, um zur Mutter zurückzukehren, als es im Prinzip nötig wäre, um ihren Standort und ihre Tätigkeit im Auge zu behalten, wird beim unabhängigen Kind nicht mit einem geringeren Sicherheitsmaß nach dem Konzept der sicheren Basis in Verbindung gebracht (Waters, 1987, S. 13).

Es wurde erwartet, dass die kindliche Abhängigkeit mit Ein- und Durchschlafproblemen in Verbindung stehen würde und dies in stärkerem Maße als Bindungssicherheit und Schlafstörungen (Scher & Asher, 2004, S. 291). Kindliche Temperamentsmerkmale (u. a.) wurden als Kontrollvariablen erfasst. Ergänzend zu

Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen kindlicher Bindungssicherheit bzw. Abhängigkeit und Ein- und Durchschlafstörungen

Studie	„Attachment Q-Set“ Auswertung			Ein- und/oder Durchschlafstörungen			Untersuchte Zusammenhänge und Ergebnisse						
	Alter	M	S.D.	Range	Alter	n	%	Variable A	Variable B	Ergebnisse			
Scher & Asher 2004; N = 57	12 M	Sicherheit	0.37	0.15	-0.05-0.67	12 M	Ein- und/oder Durchschlafstörung	19	36%	Sicherheitsmaß	Ein- und/oder Durchschlafstörung vs. keine Schlafstörung	k.A.	n.s.
		Abhängigkeit	-0.06	0.16	-0.41-0.30						Abhängigkeitsmaß	Ein- und/oder Durchschlafstörung vs. keine Schlafstörung	t = 2.12

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Kindliche Bindungssicherheit und Abhängigkeit ermittelt über das „Attachment Q-Set“ Verfahren nach Waters und Deane (1985).

einer Fragebogenerhebung wurden Actigraph-Aufzeichnungen vom kindlichen Schlaf gemacht, die so erfassten Schlafmerkmale standen weder mit der Bindungssicherheit noch der Abhängigkeit in Zusammenhang (Scher & Asher, 2004, S. 292-293). Über einen Schlafragebogen erfasste Daten dienten zur Klassifikation von Ein- und/oder Durchschlafproblemen (s. Tabelle 5) und zur Erfassung weiterer Schlaf-Wach Charakteristiken (Scher & Asher, 2004, S. 292-293). Die Kinder mit einer Ein- und oder Durchschlafstörung zeigten wie erwartet signifikant höhere Abhängigkeitswerte als Kinder mit normalem Schlaf-Wach-Verhalten (vgl. Tabelle 6). Ein „sleep problem score“ bestätigte diesen Zusammenhang ($r = 0.30, p < 0.05$). Es bestand allerdings eine signifikante Korrelation zwischen unruhigem kindlichem Temperament (*fussiness*) und dem Abhängigkeitsmaß ($r = 0.48, p < 0.001$) und ebenso zwischen bestimmten Schlaf-Wach-Merkmalen und kindlichem unruhigem Temperament. Wurden Merkmale eines unruhigen Temperaments über eine Partialkorrelation unter Kontrolle gehalten, bestand kein signifikanter Zusammenhang mehr zwischen kindlicher Unabhängigkeit und Schlafproblemen ($r = 0.19, n.s.$). Umgekehrt konnte unter Auspartialisierung der kindlichen Abhängigkeit die Korrelation zwischen unruhigem Temperament und Schlafproblemen nicht mehr nachgewiesen werden. Kein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen dem Maß der Bindungssicherheit und Schlafstörungen (vgl. Tabelle 6). Die durchschnittliche Länge einer Wachepisode korrelierte jedoch wiederum negativ mit dem Sicherheitswert ($r = -0.30, p = 0.059$) (Scher & Asher, 2004, S. 294-295).

Der aufgezeigte Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und der Dauer eines nächtlichen Erwachens deutet nach Scher und Asher (2004, S. 294) darauf hin, dass das einmal erwachte Kind mit niedriger Bindungssicherheit vielleicht große Schwierigkeiten hat sich selbst zu beruhigen. Um wieder in den Schlaf zu finden, braucht es zugleich (oder alternativ) intensivere Unterstützung durch die Eltern. Die Eltern sind möglicherweise auch weniger erfolgreich ihr Kind zu besänftigen als Eltern von Kindern, die ein höheres Sicherheitsmaß zeigen (Scher & Asher, 2004, S. 296).

4.4.3 Diskussion

In den vorausgegangenen Kapiteln wurden eine Übersicht über empirische Studien gegeben, die der Frage nach einer Verbindung zwischen Ein- und Durchschlafproblemen im Säuglings- und Kleinkindalter und kindlichen bzw.

mütterlichen inneren Arbeitsmodellen von Bindung nachgegangen sind. Nach den Ergebnissen von Benoit et al. (1992) ist zunächst anzunehmen, dass elterliche Arbeitsmodelle von Bindung einen wichtigen Einflussfaktor in der Genese von frühkindlichen Ein- und Durchschlafstörungen ausmachen könnten. Bisher finden sich jedoch überwiegend Studien, die die kindliche Bindungsqualität in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung stellen. Bei unterschiedlichem Design der Studien, verschiedenartigen Populationen, unterschiedlichem Alterszeitpunkt der Erfassung insbesondere der Schlafdaten und differierenden Erhebungsverfahren und Kategorisierungen der Schlafvariablen überrascht es zunächst wenig, dass die gefundenen Ergebnisse sich nicht gänzlich decken. Es lässt sich jedoch eine einheitliche Tendenz feststellen: Es besteht demnach ein relativ geringer aber gleichwohl in einigen Fällen signifikanter Zusammenhang zwischen unterschiedlichen kindlichen Bindungsqualitäten und Ein- und Durchschlafschwierigkeiten bzw. -störungen. Dabei sticht besonders das unsicher-ambivalente Bindungsmuster durch einen Zusammenhang zu Ein- und Durchschlafstörungen hervor (vgl. Tabelle 4).

Bis auf die Ergebnisse von Morrell und Steele (2003), die über eine Pfadanalyse nachweisen konnten, dass eine unsicher-ambivalente Bindung zur Aufrechterhaltung einer Schlafstörung beiträgt, lassen sich keine nachweislichen Ursache-Wirkungs-Aussagen treffen. In der Interpretation der Forschungsergebnisse müssen daher verschiedene Erklärungsansätze für die Verknüpfung zwischen kindlicher Bindungsqualität und Schlaf-Wach-Verhalten bzw. Ein- und Durchschlafstörungen in Betracht gezogen werden, die im folgenden diskutiert werden sollen. Diese lassen sich nicht immer klar von einander abgrenzen und können in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. Es erscheint jedoch wichtig, das breite Spektrum an Deutungsmöglichkeiten aufzuzeigen, nicht zuletzt, um voreilige Schlussfolgerungen zu vermeiden.

Mehrfach wurde in den Studien der Erklärungsansatz gewählt, dass kindliche Bindungsqualitäten und entsprechende Verhaltensstrategien des Kindes sich in Bettzeit-Interaktionen widerspiegeln. Dieser Annahme nach erfassen einige der Kriterien, die zur Definition einer Ein- und/oder Durchschlafstörung herangezogen werden, indirekt zugleich Merkmale der Mutter-Kind-Bindung. Aus den inneren Arbeitsmodellen des Kindes wird beispielsweise abgeleitet, wie wahrscheinlich oder

wie intensiv es im Schlafkontext zu einer Aktivierung des Bindungsverhaltens kommt, ob das Kind beim zu Bett bringen oder nach einem nächtlichen Erwachen offen Bindungsverhaltensweisen zeigt und (in Abhängigkeit der elterlichen Feinfühligkeit) wie gut es den Eltern gelingt, ihr Kind nach einem nächtlichen Erwachen und Signalisieren wieder zu beruhigen.

Higley (2008) unternimmt einen Versuch, diese Aspekte direkt zu erfassen. Sie konnte bestätigen, dass nächtliche Beruhigungsversuche in sicheren Mutter-Kind-Bindungen schnelleren und konsistenteren Erfolg versprechen als in unsicheren Bindungen. In den Vergleichsgruppen bestanden jedoch keine signifikanten Abweichungen bezüglich der Wahrscheinlichkeit, nach einem Erwachen Signalverhalten zu zeigen. Dies könnte möglicherweise damit zusammenhängen, dass sie in der Vergleichsgruppe der unsicher gebundenen Kinder nicht zwischen den Untergruppen einer unsicheren Bindung differenziert. Es wurde erwartet, dass sichere gegenüber unsicher gebundenen Kindern offenkundiger Signalverhalten zeigen sollten. Hier wird eine unsichere Bindung eher gemäß dem Muster einer vermeidenden Bindung behandelt. Keine Berücksichtigung erfährt die Möglichkeit, dass unsicher-ambivalente Kinder durch ein verstärkt aktiviertes Bindungsverhalten auffallen könnten.

In den nächsten Abschnitten werden einzelnen Bindungsmuster separat betrachtet. Da hier die jeweiligen Verhaltensstrategien im Mittelpunkt stehen, bleibt eine desorganisierte Bindung außen vor.

Eine unsicher-ambivalente Bindung ist durch eine hohe Verunsicherung und rasche Aktivierung des Bindungsverhaltenssystems charakterisiert. Die Kinder sind meist schwer zu trösten, ihre Zwiespältigkeit zeigt sich in der Suche nach Nähe zur Bindungsperson einerseits und ärgerlich-widerständigem Verhalten andererseits. Entsprechend erscheint es plausibel, wenn bei diesen Kindern eher Trennungskonflikte beim Zubettbringen aufkommen, die Kinder häufiger nachts nach ihren Eltern signalisieren, es länger dauert und vielleicht mehrere Anläufe benötigt werden, bis die Eltern ihr Kind wieder beruhigen können. Morrell und Steele (2003, S. 462-463) fanden signifikant erhöhte Raten von unsicher-ambivalenten Bindungsmustern unter den Kindern, die eine Schlafstörung aufwiesen, im Vergleich zur Gruppe der Kinder ohne Schlafstörungen. Analog dazu konnten McNamara et al. (2003, S. 12-14) aufzeigen, dass Kinder mit unsicher-ambivalenter

Bindung gegenüber unsicher-vermeidend gebundenen Kindern signifikant häufiger eine Durchschlafstörung aufwiesen (vgl. Tabelle 4). Allerdings decken sich die genannten Befunde nicht mit denen von Scher (2001), der keinen Zusammenhang zwischen nächtlichem Erwachen und unsicher-ambivalenter Bindung aufzeigen konnte. Darüber hinaus musste er feststellen, dass unsicher-ambivalent gebundene Kinder nach mütterlichem Empfinden sogar seltener Einschlafschwierigkeiten zeigten (vgl. Tabelle 3). Möglicherweise liegt ein Grund für diese Abweichungen darin, dass Scher (2001) Kinder untersuchte, die keine schwerwiegenden Schlafstörungen aufwiesen. Es sei auch darauf hingewiesen dass es sich hier um eine israelische Stichprobe handelt, eine Population also, die bereits zuvor mit einem besonderen Status der unsicher-ambivalenten Bindung aufgefallen ist.

Kinder der sicheren Untergruppe B4 liegen näher am Verhalten der unsicher-ambivalent gebundenen Kinder als andere sicher gebundene Kinder. Ebenfalls in der Stichprobe von Scher (2001) fallen diese Kinder dadurch auf, dass sich ein signifikanter Zusammenhang zu Einschlafschwierigkeiten zeigte (vgl. Tabelle 3), ein Ergebnis, dass von Nolte et al. (2006) nicht bestätigt werden konnte (vgl. Tabelle 4). Ein möglicher Grund für diese abweichenden Ergebnisse könnte im Alterszeitpunkt der Erfassung der Schlafdaten liegen. Insgesamt ist der Status der B4 Kinder bezüglich frühkindlichen Schlafverhaltens wohl eher als ungeklärt zu betrachten, zumal sich innerhalb der Studie von Scher (2001) bereits Unklarheiten zeigen (erhöhte Raten einer Einschlafschwierigkeit unter B4 Kindern jedoch nicht unter C Kindern).

Kinder mit sicherer Bindung fallen in der Studie von Nolte et al. (2006) durch einen signifikanten Zusammenhang zu einer kombinierten Ein- und Durchschlafstörung im Vergleich zur Gruppe der unsicher-vermeidend gebundenen Kinder auf (vgl. Tabelle 4). Kinder, die eine sichere Bindung zur relevanten Bindungsperson aufweisen, haben diese als zuverlässig auf ihre Bindungsverhaltensweisen eingehend erlebt. Sie haben wahrscheinlich tagsüber die Erfahrung gemacht, dass auch bei größerer räumlicher Entfernung in vertrauter Umgebung die Bindungsperson für das Kind über Weinen oder Rufen erreichbar bleibt. So ist es wahrscheinlich, dass diese Erfahrung dem Kind auch zur Schlafenszeit ein Sicherheitsgefühl vermitteln kann, das es ihm ermöglicht, beruhigt zu schlafen. Sollte das Kind jedoch am Abend oder mitten in der Nacht ein erhöhtes Bedürfnis nach Nähe und Schutz durch seine Eltern

verspüren, so ist anzunehmen, dass es offen Bindungsverhalten zeigt und die Eltern über feinfühliges Eingehen ihr Kind erfolgreich beruhigen können. In gewisser Hinsicht stützen die Ergebnisse von Nolte et al. (2006) daher die Annahme, dass die Situation, alleine Schlafen zu sollen, für einzelne Kinder eine emotionale Überforderung darstellen würde. Andererseits bleibt unklar, ob die Kinder nur eine leichte oder aber eine schwere Schlafstörung aufwiesen. Hier wäre zu fragen, ob die Kriterien einer leichten Schlafstörung (vgl. Tabelle 5) hinreichen, um eine Überforderungs- bzw. Belastungssituation für Kind und Eltern erkennen zu lassen. Die Ergebnisse können zudem durch keine der anderen Studien eindeutig gestützt werden.

Entsprechend vage bleibt auch die Hypothese, dass unsicher-vermeidend gebundene Kinder auch im Schlafkontext ein vermeidendes Verhaltensmuster einsetzen könnten, wie sie beispielsweise von Nolte et al. (2006) eingebracht wird. Außerdem stellt sich die Frage, ob bei einer Unterdrückung des Bindungsverhaltens nicht ein Gefühl des Unbehagens zurückbleiben würde, was den Schlaf weiter beeinträchtigen sollte. Auch beschreibt Ainsworth (2003, S. 323), dass die vermeidende Verhaltensstrategie der Kinder insbesondere in der Fremden Situation zu beobachten ist, die unsicher-vermeidend an ihre Mutter gebundenen Kinder in der häuslichen Umgebung jedoch durchaus auch mit Protest auf alltägliche Trennungen reagieren (vgl. Kapitel 4.1.4). Hierin liegt eine weitere mögliche Erklärung dafür, dass keine deutlicheren Unterschiede zu sicher gebundenen Kindern ausgemacht werden konnten, selbst wenn man von einem potentiell aktivierten Bindungsverhaltenssystem im Schlafkontext ausgeht.

Ein zweiter Erklärungsansatz wäre, dass es bereits ähnliche oder gar die gleichen Faktoren sind, die einerseits zur Entstehung und/oder Aufrechterhaltung von Ein- und Durchschlafstörungen beitragen und andererseits Einfluss auf die sich herausbildende Bindungsqualität ausüben. Überträgt man das Konzept der *intuitiven elterlichen Kompetenzen* auf den Bindungskontext, so müssten sich gestörte intuitive Kompetenzen zugleich beeinträchtigend auf das elterliche *Pflegeverhalten* – als komplementär zum kindlichen Bindungsverhalten angelegtes Verhaltenssystem – auswirken. Faktoren, die in Kapitel 1.3.5 als möglich störende Einflüsse auf die intuitiven elterlichen Kompetenzen dargestellt wurden, sollten demnach ebenso die elterliche Feinfühligkeit in Mitleidenschaft ziehen. Es ist anzunehmen, dass

Papoušek (2004, S. 101) u. a. auf diesen Aspekt anspielt, wenn sie ihr Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen als einen erweiternden Beitrag auch für bindungstheoretische Konzepte darstellt, indem es „gezielter auf den Beitrag des Kindes, die Entwicklungsdynamik der elterlichen Feinfühligkeit und die Prozesse der vorsprachlichen Kommunikation im ersten Lebensjahr fokussiert“ (Papoušek, 2004, S. 101) und sie an anderer Stelle anmerkt, „dass die Feinfühligkeit im Grunde bereits eine Qualität der Interaktion misst und nicht ein rein elterliches Merkmal“ (Papoušek, 2003b, S. 4). Auch Wolke (2000, S. 12) gibt zu bedenken, dass insbesondere mütterliche Faktoren (z. B. unverarbeitete Bindungsthemen, mütterliche Depressionen) beiderseitig von entscheidender Bedeutung sein können, einerseits in der Entstehung einer unsicheren Bindungsbeziehung und andererseits in der Genese von Schlafproblemen. Betrachtet man diesen Aspekt zuvorderst aus bindungstheoretischer Perspektive, dann könnten Schlafprobleme nach Wolke (2000, S. 12) eine weitere Ausdrucksform von Beziehungsproblemen darstellen.

Mit diesem Erklärungsansatz steht im Einklang, dass ein unsicheres Bindungsmodell der Bindungsperson sowohl mit einem unsicheren Bindungsmuster des Kindes assoziiert ist als auch die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass eine frühkindliche Schlafstörung vorliegt. Wie auch umgekehrt ein sicheres mütterliches Bindungsmodell in positivem Zusammenhang zum Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung und einem gut regulierten Schlaf-Wach-Verhalten zu stehen scheint (vgl. Tabelle 1). Benoit et al. (1992, S. 91) ziehen diesbezüglich eine protektive Funktion eines sicheren mütterlichen Bindungsmodells im Falle einer psychosozialen Belastungssituation in der Familie in Betracht.

Damit ist bereits ein weiterer möglicher Wirkmechanismus einer sicheren Bindungsbeziehung angesprochen, der sich in Anlehnung an die Ausführungen und Ergebnisse von Seifer et al. (1996) weiter ausbauen lässt (mit dem Unterschied, dass hier kindliche Bindungsmuster im Mittelpunkt stehen). Seifer et al. (1996) betrachten Schlafstörungen als mögliche Vorboten einer späteren Psychopathologie des Kindes. Kinder, die eine sichere Bindung zur Mutter aufbauen konnten, entwickelten weniger Schlafprobleme. Leider geht aus der Darstellung der Studie nicht eindeutig hervor, inwieweit auch die sicher gebundenen Kinder erhöhten Risiken ausgesetzt waren. Eine sichere Bindung bietet eine bessere Ausgangsbedingung zur kompetenten Entwicklungsbewältigung (vgl. Kapitel 4.1.4). Sollten die Kinder folglich erhöhten

Risiken ausgesetzt gewesen sein, so wäre anzunehmen, dass die von Seifer et al. (1996) aufgezeigten Ergebnisse Ausdruck einer schützenden Wirkung einer sicheren Bindung sind, zumal die gewählten Untersuchungszeitpunkte für die Durchschlafstörung (im Alter von 30 bzw. 48 Monaten) bereits das Kleinkindalter überschreiten.

Wenig Berücksichtigung in den Diskussionen der jeweiligen Ergebnisse hat folgender Aspekt erfahren: Kinder entwickeln über die Interaktionserfahrungen, die sie in ihren primären Beziehungen in bindungsrelevanten Situationen durchleben, innere Arbeitsmodelle von Bindung, die sich dann in unterschiedlichen Bindungsmustern manifestieren. Auf einen anzunehmenden Einfluss nächtlicher Interaktionserfahrungen auf die Qualität der kindlichen Bindung an seine primäre Betreuungsperson hat bereits Anders (1994, S. 14) hingewiesen. Auch Papoušek (2004, S. 98) thematisiert mögliche Auswirkungen einer frühkindlichen Regulationsstörung auf die frühe Bindung. Eine Verknüpfung ihrer auf die vorsprachliche Kommunikation fokussierten Ausführungen zur Bindungstheorie lässt sich folgendermaßen veranschaulichen: Das Bindungsverhalten des Kindes wird von ihr als ein Bereich des frühkindlichen Kommunikationsverhaltens, den der Kommunikation um Nähe, Schutz- und Sicherheitsbedürfnisse, dargestellt (Papoušek, 2003b, S. 2). Erfahrungen der alltäglichen Kommunikation und gemeinsamen Verhaltensregulation von Eltern und Kind werden entsprechend als Grundlage von Beziehung im generellen und von Bindung und Individuation im speziellen beschrieben (Papoušek, 2003a, S. 6). Überwiegend dysfunktionale Kommunikationsmuster, wie sie im Falle einer lang anhaltenden Ein- und Durchschlafstörung vorzuliegen scheinen, werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ungünstig auf die entstehende Eltern-Kind-Bindung auswirken, insbesondere, wenn die Störung bereits aus einer frühen Problematik des exzessiven Säuglingsschreiens hervorgegangen ist und/oder auf andere Bereiche der Verhaltensregulation übergreift (Papoušek, 2004, S. 98; vgl. Kapitel 1.4.2). Wolke (2000, S. 12) weist ebenfalls drauf hin, dass diese Wirkrichtung in der Interpretation von Zusammenhängen zwischen Ein- und Durchschlafstörungen und Bindungsqualitäten in Betracht gezogen werden muss – frühe und persistierende Schlafprobleme könnten zur Entstehung einer unsicheren Bindungsbeziehung beitragen.

Morrell und Steele (2003) haben einen geringen, aber gleichwohl unabhängigen Beitrag einer unsicher-ambivalenten Bindung zu einer persistierenden Schlafstörung nachweisen können. Wie zuvor dargestellt, gehen sie davon aus, dass eine unsicher-ambivalente Bindung den Entwicklungsprozess zur eigenregulierten Schlaf-Wach-Organisation zu stören vermag, und beziehen mit ein, dass anhaltend beeinträchtigte Interaktionsmuster den unsicher-ambivalenten Bindungsstatus aufrechterhalten könnten. Unabhängig von der primären Ursache einer frühkindlichen Ein- und Durchschlafstörung ist daher anzunehmen, dass eine unsicher-ambivalente Bindung einerseits und belastete Interaktionsmuster im Schlafkontext andererseits einen Kreislauf des sich gegenseitigen Bedingens einschlagen könnten. Dieses Bild fügt sich gut in das „Entwicklungsdynamische, kommunikationszentrierte Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen“ nach Papoušek (2004) ein, wie es in Kapitel 1.4 beschrieben wurde. Nach gegenwärtig verfügbarem Wissen können ein unsicheres Bindungsmodell der Eltern und speziell ein unsicher-ambivalentes Bindungsmuster des Kindes demnach zu jenen Belastungsfaktoren gerechnet werden, die zu einer Aufrechterhaltung und möglicherweise bereits zur Entstehung von Ein- und Durchschlafstörungen im Säuglings und Kleinkindalter beitragen und sich unter Umständen gegenseitig potenzieren.

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit lag auf den dyadischen Interaktionen zwischen Bezugsperson und Kind mit besonderem Blick auf die frühe Bindung. Ein Erklärungsansatz unter Einbeziehung des REM-Schlafes wie er von McNamara et al. (2003, S. 14) vorgeschlagen wurde, erscheint interessant, weil er einen weiteren Interpretationsansatz der Verbindung zwischen unterschiedlichen Bindungsmustern und Schlaf-Wach-Mustern aufzeigt, der nicht auf die konkrete Interaktion zwischen Mutter und Kinde in der nächtlichen Wachzeit zurückgreift. Allerdings ist die Funktion des REM-Schlafes noch immer ungeklärt. Außerdem stellt sich die Frage, ob die Suche nach oder Abwehrung von den so bezeichneten psychobiologischen Bindungsprozessen mit den unterschiedlichen Bindungsstrategien der klassischen Bindungstheorie in Verbindung gebracht werden können.

Insgesamt erscheint eine gewisse Zurückhaltung in der Bewertung der klinischen Bedeutsamkeit elterlicher wie kindlicher Arbeitsmodelle für die Genese frühkindlicher Ein- und Durchschlafstörungen nach aktuellem Stand der Forschung angemessen. Die in den Studien aufgezeigten Zusammenhänge erscheinen zum Teil

nur marginal und bezüglich der Ursache-Wirkungszusammenhänge bleiben viele Fragen offen. Weitere Langzeituntersuchungen und insbesondere prospektive Studien könnten hier mehr Klarheit verschaffen. Dabei wäre es wünschenswert, klarere Angaben bezüglich bestimmter Kontextfaktoren zu erhalten, bzw. diesen in der Forschung mehr Bedeutung beizumessen. Dies betrifft beispielsweise die Schlafsituation des Kindes (im Bett der Eltern, im Zimmer der Eltern, allein im eigenen Zimmer oder zusammen mit Geschwistern). Auch der Frage, wie lange die Schlafprobleme bereits andauern, sollte ausreichende Beachtung geschenkt werden (haben die Schwierigkeiten bspw. bereits mit Regulationsstörungen im frühesten Säuglingsalter begonnen, stehen sie in Zusammenhang zu einem bindungsrelevanten Ereignis in der Familie). In den Studien wurde einheitlich die Bindung an die Mutter klassifiziert und offenbar vorausgesetzt, dass die Mutter auch die primäre Betreuungsperson in der Nacht war. Diesbezüglich stellt sich die Frage, wie es sich verhält, wenn ein Kind unterschiedliche Bindungsmuster zu den Eltern aufweist und nach einem nächtlichen Erwachen ebenso oft der Vater in Interaktion zum Kind tritt. Unter Umständen könnten Ergebnisse dadurch verfälscht werden, daher erscheinen genauere Angaben wertvoll.

Zu klären bleibt, wie es zu werten ist, dass angesichts der theoretischen Bezüge zwischen Schlaf und Bindung die empirischen Zusammenhänge doch relativ gering erscheinen. Schieche et al. (2004, S. 163) berichten aus ihren klinischen Erfahrungen, dass kindliche Nähe- und Bindungsbedürfnisse sowie Verlassenheits- und Trennungsängste eher selten den Hauptaspekt in der Genese von frühkindlichen Schlafstörungen ausmachen. Die Schlafsituation in vertrauter häusliche Umgebung bietet möglicherweise weniger Anlass zur Aktivierung des Bindungsverhaltenssystems als es theoretische Gesichtspunkte zunächst vermuten lassen. Dabei könnte die Erfahrung, dass Eltern in Rufweite bleiben, einen entscheidenden Aspekt ausmachen.

5 Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit Ein- und Durchschlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter und deren Genese und Verlauf. Ein- und Durchschlafstörungen zählen mit einer Prävalenzrate von etwa 15 bis 20 % mit zu den häufigsten Störungsbildern im Säuglings- und Kleinkindalter. Nach dem Konzept der Regulationsstörungen der frühen Kindheit äußern sich Ein- und Durchschlafstörungen überwiegend in Schwierigkeiten des Kindes, ohne elterliche Hilfen abends einzuschlafen und nach einem nächtlichen Erwachen wieder in den Schlaf zu finden. Sie sind gekennzeichnet durch dysfunktionale Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind, die sich häufig in aufwändigen elterlichen Beruhigungs- und Einschlafmaßnahmen äußern. Hinzu tritt mit zunehmender Dauer der Störung ein elterliches Überlastungssyndrom. In Abhängigkeit vom Entwicklungsalter des Kindes und vielfältigen potentiellen Belastungs- und Schutzfaktoren auf Seiten des Kindes, der Eltern und dem weiteren familiären Kontext können unterschiedliche Themen die Interaktionen im Einschlafkontext beherrschen. Nähe- und Bindungsbedürfnisse sowie Verlassens- und Trennungsängste treten ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres als Entwicklungsthemen hervor. Durch aktuelle oder wiederholte Trennungserfahrungen, Krankheit des Kindes und weitere familiäre Dynamiken können diese Themen im Schlafkontext an Relevanz gewinnen. In jüngster Zeit haben einzelne empirische Studien Zusammenhänge zwischen kindlichen bzw. mütterlichen Arbeitsmodellen von Bindung und Ein- und Durchschlafstörungen zu erforschen gesucht. Erste Ergebnisse zeigten, dass Mütter von Säuglingen oder Kleinkindern mit Ein- und Durchschlafstörungen vermehrt ein unsicheres Bindungsmodell aufweisen. Außerdem konnten signifikant erhöhte Raten einer unsicher-ambivalenten Bindung unter Kindern mit Ein- und Durchschlafstörungen in zwei unabhängigen Studien nachgewiesen werden. In einzelnen Studien konnten weitere signifikante Zusammenhänge ausgemacht werden, die jedoch weniger einheitlich erscheinen. Es besteht ein weites Spektrum an Interpretationsmöglichkeiten der Zusammenhänge zwischen kindlichen Bindungsmustern und Ein- und Durchschlafstörungen. Bedeutsam erscheint insbesondere ein Nachweis von Morrell und Steele (2003), dass eine unsicher-ambivalente Bindung als unabhängiger Faktor zur Persistenz von Ein- und

Durchschlafstörungen beizutragen vermag. Eine Zuordnung elterlicher wie kindlicher Arbeitsmodelle von Bindung zu anderen nachweislichen Einflussfaktoren bezüglich Genese und Verlauf von Ein- und Durchschlafstörungen erscheint nach aktuellem Forschungsstand vertretbar. Die klinische Relevanz sollte jedoch nicht überbewertet werden. Die empirischen Zusammenhänge erscheinen geringer, als es theoretische Bezüge zunächst erwarten lassen könnten. Weitere Erhebungen und insbesondere prospektive Studien erscheinen erforderlich, um handfestere und umfassendere Antworten auf die Frage nach einer Verbindung zwischen kindlichen bzw. mütterlichen Arbeitsmodellen von Bindung und Ein- und Durchschlafstörungen zu geben.

6 Literaturverzeichnis

- Ahnert, L. (2004). Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 63-81). München: Reinhardt.
- Ainsworth, M. D. S. (2003). Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung (1985). In K. E Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 317-340). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (2003a). Bindung zwischen Mutter und Kind und soziale Entwicklung: »Sozialisation« als Ergebnis gegenseitigen Beantwortens von Signalen (1974). In K. E Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 242-279). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (2003b). Individuelle Unterschiede im Verhalten in der Fremden Situation bei ein Jahr alten Kindern (1971). In K. E Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 169-208). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Hrsg.), *Determinants of infant behavior* (S. 111-136). London: Methuen.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (2003). Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation (1969). In K. E Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 113-145). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Anders, T. F. (1994). Infant sleep, nighttime relationships, and attachment. *Psychiatry*, 57, 11-21.
- Anders, T., Goodlin-Jones, B. & Sadeh, A. (2000). Sleep disorders. In C. H. Zeanah (Hrsg.), *Handbook of infant mental health* (2. Aufl.) (S. 326-338). New York: Guilford Press.
- Barth, R. (1999). Schlafstörungen im Kontext der Autonomieentwicklung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 147, 488-492.
- Barth, R. (2003). Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter als Ausdruck einer ungelösten Trennungsproblematik. *Kinderanalyse*, 9, 41-57.
- Barth, R. (2004). «Gespenster im Schlafzimmer» – Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von Schlafstörungen. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser & R. Barth (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und*

- Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 249-261). Bern: Huber.
- Benoit, D., Zeanah, C. H., Boucher, C. & Minde, K. Klaus. (1992). Sleep disorders in early childhood: Association with insecure maternal attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 86-93.
- Borbély, A. (2004). *Schlaf*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung: Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Bowlby, J. (2003a). Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme (1991). In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 55-69). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2003b). Mit der Ethologie heraus aus der Psychoanalyse: Ein Kreuzungsexperiment (1980). In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 38-54). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung. Bindung und Verlust* (Bd. 1.). München: Reinhardt.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Reinhardt.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1994). *Die frühe Bindung: Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern* (2., veränd. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). Self-Report Measurement of Adult Attachment: An Integrative Overview. In J. A. Simpson & W. Steven Rholes (Hrsg.), *Attachment theory and close relationships* (S. 46-75). New York: Guilford Press.
- Chess, S. & Thomas, A. (1991). Temperament and the concept of goodness of fit. In J. Strelau & A. Angleitner (Hrsg.), *Explorations in temperament. International perspectives on theory and measurement* (S. 15-28). London: Plenum Press.
- Curzi-Dascalova, L. & Challamel, M.-J. (2000). Neurophysiological Basis of Sleep Development. In G. M. Loughlin, J. L. Carroll & C. L. Marcus (Hrsg.), *Sleep and breathing in children. A developmental approach* (S. 3-37). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6., vollständig überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2004/2008.). Bern: Huber.
- Dornes, M. (2004). Psychoanalytische Aspekte der Bindungstheorie. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 42-62). München: Reinhardt.
- Fegert, J. M., Schulz, J., Bergmann, R., Tacke, U., Bergmann, K. E. & Wahn, U. (1997). Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 69-91.

- Fremmer-Bombik, E. (2002). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 109-119). Klett-Cotta.
- Goldberg, W. A. & Keller, M. A. (2007). Co-sleeping during infancy and early childhood: key findings and future directions. *Infant & Child Development*, 16, 457-469.
- Grossmann, K. E. (2004). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 21-41). München: Reinhardt.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (2003). Die Verhaltensorganisation sicherer und unsicherer Bindungserfahrungen in einer kontrollierten Situation. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 97-101). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E., Keppler, A. & Grossmann, K. (2003). Universalismus und kultureller Relativismus: Eine Analyse am Beispiel der Bindungsforschung Kulturvergleichende Psychologie. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie* (2., überarb. und erw. Aufl.) (S. 81-110). Göttingen: Hogrefe.
- Higley, E. (2008). *Nighttime interactions and mother-infant attachment at one year*. Dissertation, University of Delaware. United States – Delaware.
- Hoch, B. (2007). Kindesalter. In H. Peter, T. Penzel & J. H. Peter (Hrsg.), *Enzyklopädie der Schlafmedizin* (S. 621-628). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Jenni, O. G. & Benz, C. (2007). Schlafstörungen. *Pädiatrie Update*, 2, 309-333.
- Jenni, O. G. & LeBourgeois, M. K. (2006). Understanding sleep-wake behavior and sleep disorders in children: the value of a model. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 282-287.
- Jenni, O. G. & O'Connor, B. B. (2005). Children's Sleep: An Interplay between Culture and Biology. *Pediatrics*, 115, 204-216.
- Kindler, H. & Grossmann, K. (2004). Vater-Kind-Bindung und die Rolle von Vätern in der ersten Lebensjahre. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 240-255). München: Reinhardt.
- Largo, R. H. (2008). *Babyjahre: Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht* (17. Aufl.). München: Piper.
- Largo, R. H. & Benz-Castellano, C. (2004). Die ganz normalen Krisen – Fit und Misfit im Kleinkindesalter. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser & R. Barth (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 17-30). Bern: Huber.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1992). *Mannheimer Elterninterview für das Kleinkindalter (MEI-K)*. (Unveröffentlichtes Manuskript). Mannheim: Zentralinstitut für seelische Gesundheit.
- Main, M. & Goldwyn, S. (1991). Interview based adult attachment classification: related to infant-mother and infant-father attachment. *Developmental Psychology*, 19, 227-239.

- McKenna, J. J. (2000). Cultural Influences on Infant and Childhood Sleep Biology, and The Science that Studies It: Toward a More Inclusive Paradigm. In G. M. Loughlin, J. L. Carroll & C. L. Marcus (Hrsg.), *Sleep and breathing in children. A developmental approach* (S. 99-130). New York: Marcel Dekker, Inc.
- McNamara, P., Belsky, J. & Fearon P. (2003). Infant sleep disorders and attachment: Sleep problems in infants with insecure-resistant versus insecure-avoidant attachments to mothers. *Sleep and Hypnosis*, 5, 7-16.
- McNamara, P., Dowdal, J. & Auerbach, S. (2002). REM sleep, early experience, and the development of reproductive strategies. *Human Nature*, 13, 405-436.
- Minde, K., Popiel, K., Leos, N., Falkner, S., Parker, K. & Handley-Derry, M. (1993). The Evaluation and Treatment of Sleep Disturbances in Young Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 521-533.
- Mirmiran, M. & Kok, L. H. (1991). Circadian rhythms in early human development. *Early Human Development*, 26, 121-282.
- Morrell, J. M. B. (1999). The Infant Sleep Questionnaire: A New Tool to Assess Infant Sleep Problems for Clinical and Research Purposes. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 20-26.
- Morrell, J. M. B. & Cortina-Borja, M. (2002). The developmental change in strategies parents employ to settle young children to sleep, and their relationship to infant sleeping problems, as assessed by a new questionnaire: the Parental Interactive Bedtime Behaviour Scale. *Infant and Child Development*, 11, 17-41.
- Morrell, J. M. B. & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal*, 24, 447-468.
- Nolte, N., Pott, W. & Pauli-Pott, U. (2006). Schlafstörungen und Bindungsqualität im Kleinkindalter: Sleeping Problems and Attachment Quality in Toddlers. *Psychother Psych Med*, 56, 154-161.
- Papoušek, M. (1998). Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und Psychotherapie. In K. von Klitzing (Hrsg.), *Psychotherapie in der frühen Kindheit* (S. 88-118). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Papoušek, M. (1999). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In R. Oerter (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 148-169). Weinheim: Beltz.
- Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen: Eine Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. In *Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind*, 4, 4-10.
- Papoušek, M. (2003a). Frühe Gefährdungen der vorsprachlichen Kommunikation und Ressourcen für Frühförderung und Beratung. *fiduz*, 6, 6-9.
- Papoušek, M. (2003b). Das Interview. *fiduz*, 6, 1-5.
- Papoušek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser & R. Barth (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 77-110). Bern: Huber.

- Papoušek, M. (2008). Störungen des Säuglingsalters. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (3., aktualisierte und erw. Aufl.) (S. 103-125). Stuttgart: Thieme.
- Pschyrembel, W. (1999). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (285. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Ramos, K. Dyer, Youngclarke, D. & Anderson, J. E. (2007). Parental perceptions of sleep problems among co-sleeping and solitary sleeping children. *Infant & Child Development*, 16, 417-431.
- Richman, N. (1981). A Community Survey of Characteristics of One- to Two-Years-Olds with Sleep Disruptions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 281-291.
- Sadeh, A. & Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14, 17-34.
- Sarimski, K. (1993). Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 2-8.
- Scher, A. (2001). Attachment and sleep: A study of night waking in 12-month-old infants. *Developmental Psychobiology*, 38, 274-285.
- Scher, A. & Asher, R. (2004). Is attachment security related to sleep-wake regulation? Mothers' reports and objective sleep recordings. *Infant Behavior and Development*, 27, 288-302.
- Scher, A. & Dror, E. (2003). Attachment, caregiving, and sleep: The tie that keeps infants and mothers awake. *Sleep and Hypnosis*, 5, 27-37.
- Scher, A. & Mayseless, O. (2000). Mothers of Anxious/Ambivalent Infants: Maternal Characteristics and Child-Care Context. *Child Development*, 71, 1629-1639.
- Scher, A., Tirosh, E., Jaffe, M., Rubin, L., Sadeh, A. & Lavie, P. (1995). Sleep Patterns of Infants and Young Children in Israel. *International Journal of Behavioral Development*, 18, 701-711.
- Schieche, M., Rupperecht, C. & Papoušek, M. (2004). Schlafstörungen: Aktuelle Ergebnisse und klinische Erfahrungen. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser & R. Barth (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 145-170). Bern: Huber.
- Schulz, H. (1997). Entwicklung zirkadianer Rhythmen beim Menschen. In H. Schulz (Hrsg.), *Kompodium Schlafmedizin. Für Ausbildung, Klinik und Praxis* (Kap. X - 2.1). Landsberg: Ecomed.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Dickstein, S., Hayden, L. C. & Schiller, M. (1996). Parental psychopathology and sleep variation in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Sleep Disorders*, 5, 715-728.
- Siegler, R., DeLoache, J., Eisenberg, N., Pauen, S. & Grabowski, J. (2005). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

- Thomas, A. & Chess, S. (1980). *Temperament und Entwicklung: Über die Entstehung des Individuellen*. Stuttgart: Enke.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Van Ijzendoorn, M. H., Goossens, F. A., Kroonenberg, P. M. & Tavecchio, L. W. C. (1985). Dependent Attachment: B-4 children in the Strange Situation. *Psychological Reports*, 57, 439-451.
- Von Hofacker, P., Lehmkuhl, U., Resch, F., Papoušek, M., Barth, R. & Jacubeit, T. (2007). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0-3). In Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.), *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3. überarb. Aufl.) (S. 357-378). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Waters, E. (1987). *Attachment Q-set (Version 3)*. Verfügbar unter: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/measures_index.html [Zugriff am 15.1.2009].
- Waters, E. & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41-65.
- Willinger, M., Ko, C.-W., Hoffman, H. J., Kessler, R. C. & Corwin, M. J. (2003). Trends in Infant Bed Sharing in the United States, 1993-2000. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 43-49.
- Winnicott, D. W. (1976) Übergangsobjekte und Übergangsphänomen. In D. W. Winnicott, *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse* (S. 293-311). München: Kindler.
- Wolke, D. (1997a). Schlafstörungen bedingt durch nächtliches Essen und Trinken. In H. Schulz (Hrsg.), *Kompendium Schlafmedizin. Für Ausbildung, Klinik und Praxis* (Kap. X-3.1). Landsberg: Ecomed.
- Wolke, D. (1997b). Einschlafprobleme und -störungen durch Fehlen eines klaren Schlafrituals. In H. Schulz (Hrsg.), *Kompendium Schlafmedizin. Für Ausbildung, Klinik und Praxis* (Kap. X-3.3). Landsberg: Ecomed.
- Wolke, D. (2000). Disturbed attachment, behavioural strategies, breastfeeding and sleeping difficulties – A commentary. *AIMH (UK) Newsletter*, 2, 12-13.
- Wolke, D. (2006). Frühkindliche Regulationsstörungen und ihre Langzeitfolgen. *Kinderärztliche Praxis, Sonderheft Frühe Gesundheitsförderung und Prävention*, 11-17.
- Wolke, D., Meyer, R., Ohrt, B. & Riegel, K. (1994). Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafproblemen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43, 331-339.
- Wolke, D., Meyer, R., Ohrt, B. & Riegel, K. (1995). Co-Morbidity of crying and feeding problems with sleeping problems in infancy: Concurrent and predictive associations. *Early Development and Parenting*, 4, 191-207.

- Wurmser, H. & Papoušek, M. (2004). Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser & R. Barth (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 49-76). Bern: Huber.
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Revised (DC:0-3R)*. Washington, D.C: Zero To Three Press.
- Zuckerman, B., Stevenson, J. & Bailey, V. (1987). Sleep Problems in Early Childhood: Continuities, Predictive Factors, and Behavioral Correlates. *Pediatrics*, 80, 664-671.
- Zulauf-Logoz, M. (2004). Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung* (S. 297-312). München: Reinhardt.

7 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1: Zusammenhänge zwischen Bindungsmodellen der Mütter und Ein- und Durchschlafstörungen des Kindes	79
Tabelle 2: Erhebungsmethoden und Definitionen der Ein- und Durchschlafstörungen (1)	79
Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen Bindungsmuster des Kindes und Schlafmerkmalen (keine Schlafstörungen)	84
Tabelle 4: Zusammenhänge zwischen Bindungsmuster des Kindes und Ein- und Durchschlafstörungen	87
Tabelle 5: Erhebungsmethoden und Definitionen der Ein- und Durchschlafstörungen (2)	89
Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen kindlicher Bindungssicherheit bzw. Abhängigkeit und Ein- und Durchschlafstörungen	95

Abbildungen

Abbildung 1: "Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen“ nach Papoušek (2004, S. 101).....	20
---	----