

SCHLAFSTÖRUNG IN DER FRÜHEN KINDHEIT: ENTSTEHUNG, DIAGNOSTIK, THERAPIE

Markus Wilken, Marguerite Dunitz-Scheer, Christian Popow, Peter Scheer & Alexandra Schein

Zusammenfassung:

Schlafstörungen gehören zu den häufigsten und lästigsten Sorgen im Leben Erwachsener mit Kindern. Obschon dies bekannt ist, ist die Literatur zum Thema wenig aufschlußreich und selten dienlich, konkret die Situation zu verändern. Bücher und Ratgeber im Sinne von „jedes Kind kann schlafen“ können Linderung verschaffen. Manchen Eltern helfen sie aber dennoch nicht in ihrer Möglichkeit selbstorganisiert und konstruktiv sowie Symptom lindernd mit der Problematik umzugehen. Denen sei dieser Artikel besonders gewidmet!

Dieser Text wurde nach einem Vortrag adaptiert, welcher an der Jahrestagung der österr. Gesellschaft für Kinder - und Jugendheilkunde im September 2000 im Grazer Kongresszentrum gehalten wurde. Er wird zur Publikation der Aktion „Sicheres Schlafen“ für die Wiener Klinische Wochenzeitschrift und dem Eltern Forum im Internet unter www.kinderundjugendheilkunde.at zur Verfügung gestellt. Die Autoren sind eine interdisziplinäre Gruppe von ständig älter werdenden Kindgebliebenen, welche sich eine hohe Informationsdichte in fachlicher und laiengerechter Form zu erstellen, zum gemeinsamen Ziel gesetzt haben!

1.) Einleitung:

Frühkindliche Schlafstörungen gehören zu den häufigsten psychosomatischen Störungen, die in der pädiatrischen Praxis berichtet werden. Im Rahmen verschiedener Studien wird dokumentiert, daß in etwa 30% aller Eltern von Schlafstörungen ihres Säuglings berichten (Sadeh & Anders, 1993). Man unterscheidet in diesem Zusammenhang Einschlaf- von Durchschlafstörungen (Dunitz, et al. 1998). Besteht die Schwierigkeit des Säuglings darin, nur mit elterlicher Begleitung in den Schlaf zu finden oder wenn das Einschlafen länger als 30 Minuten dauert, spricht man von einer Einschlafstörungen (Minde et al. 1994, v. Hofacker, 1998). Von einer Durchschlafstörung spricht man, wenn der Schlaf des Säuglings

durch häufiges Aufwachen unterbrochen und nicht wieder durch Selbstregulierung fortgesetzt werden kann. Diese sind objektive Kriterien wie sie für eine wissenschaftliche Definition von diagnostischen Kriterien nützlich sind. Für die klinische Praxis gilt jedoch im Gegensatz dazu, daß jede wahrgenommene Schlafstörung, - unabhängig davon wie, wieviel und wann - eine Schlafstörung ist, sobald sie als solche, meist von den in ihrem Schlaf mit gestörten Eltern empfunden und berichtet wird. Und diese bedarf immer, wiederum unabhängig von objektivierbaren Kriterien einer therapeutischen Intervention, da die spontane Remissionsrate durch die rasche Entstehung kummulativ bedingter komplexer und interaktionell mit bedingter Eskalationen und „Teufelkreise“ minimal ist. **Schlafstörungen im Säuglingsalter sind immer interaktive Störungen, d. h. durch die Störung des Schlafes des Säuglings wird auch der Schlaf der Eltern gestört.** Dies bedingt die Dynamik ähnlich der Henne - Ei Diskussion, ob zuerst das Baby schlecht schläft, weil die Eltern gespannt sind oder zuerst die Eltern schwer schlafen können, weil sie zu intensiv aufs Baby schauen, ist irrelevant. Faktum ist, die Eltern sind in den meisten Fällen viel rascher und eher in der reaktiven Opferrolle und subjektiv Leidtragende bei den Ritualen und Konflikten um die Einschlafszenerie oder durch die häufigen Unterbrechung ihres Schlafes als das Kind. Ist also die Schlafstörung Ursache für die fast zwingend folgende Interaktionsstörung oder eine primäre Interaktionsstörung Ursache der sekundären Schlafstörung, ist retrospektiv nicht zu unterscheiden.

Es bedarf auf jeden Fall einer Intervention auf der Ebene der Interaktions- und der Schlafstörung!

Schlafstörungen kommen nur in westlichen Sozialisationskontexten vor. Auf dem afrikanischen Kontinent wird nicht über Schlafstörungen berichtet. Auch im asiatischen Raum kommen sie in ländlichen Gebieten nicht vor. In den Städten, in denen oft westlichen Wert- und Verhaltensnormen übernommen worden sind, kommt es jedoch bald zu solchen Störungsmustern, wie etwas die progrediente Zunahme pubertärer Magersucht im städtischen Indien!.

2.) Interkulturelle Aspekte

Schlaf ist nicht nur ein interaktives, sondern auch ein kulturell sehr stark geprägtes Phänomen. In jeder Kultur gibt es Vorstellungen über Schlafdauer, Schlafarrangement, Schlafräumgestaltung. Diese unterscheiden sich erheblich, und damit auch die Vorstellung von dem was man als Schlafstörung

bezeichnet. In den meisten nord -west europäischen Ländern, erwartet man, der Säugling solle möglichst früh im eigenen Bett, wenn es geht sogar im eigenen Zimmer durchschlafen. Es wird von vielen Eltern und die Eltern beeinflussende Aussenensoren wie Großeltern, Schwiegereltern, Nachbarn ect als anzustrebendes Entwicklungsziel formuliert. „Gute Elternschaft erzeugt alleine und durch schlafende Babies!“ Der Säugling soll also möglichst früh Autonomie in seiner gesamten Entwicklung und ebenso in der Schlafregulation erlangen. Dieses Schlafmuster wird bei 15% aller heranwachsenden Babies gefunden. Das gemeinsame Schlafen oder auch Co - Sleeping wird hier nur für kurze Perioden postpartum oder bei Krankheit geduldet.

Schaut man in anderen Kulturen, wie die des asiatischen oder zentralafrikanischen Raums, so wird das Schlafarrangement vollkommen anders gestaltet. Meist (ca 85% aller in Entwicklungsländern aufwachsende Kinder) schlafen die Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern gemeinsamen im engen Körperkontakt. Die Väter haben meist gesonderte Räume, teilweise eigene Häuser. Das Durchschlafen wird selten als Entwicklungsziel formuliert, wenn der Säugling aufwacht wird meistens gleich ein Stillangebot gemacht. Das Co - Sleeping wird als das zentrale Schlafarrangement betrachtet. Die dabei erlebte Atmosphäre von Zusammenhalt und Schutz repräsentiert das höhere Sozialgefüge und die noch stärker präesente Großfamilie.

Die kulturvergleichende Perspektive kann für das Verständnis von Schlafregulation und Schlafstörung einen wichtigen Beitrag leisten, denn der Blick in den afrikanischen oder asiatischen Kulturraum zeigt, daß „Schlafstörung“ nicht berichtet, nicht wahrgenommen, nicht untersucht und also im Grunde nicht vorkommen. Schaut man in diesen Kulturen wiederum auf die Mittelschicht die sich an westliche Normen angepaßt haben, dann werden Schlafstörungen wiederum beobachtet und berichtet. Es ist also nicht unbedingt ein Kulturspezifikum, sonder um ein Spezifikum für verschiedene sozioökonomische Schichten und den damit verbundenen unterschiedlichen Entwicklungszielen für die Nachgeborenen. Das frühe Ein- und Durchschlafen fördert Autonomie bei Säugling. Langes Co-Sleeping verstärkt familiäre Bindungen. Hier lassen sich Unterschiede zwischen individualistischen und kollektivistischen Kulturen ziehen. Die Entwicklungsperspektive sollte daher auch immer als Kultur vergleichende Perspektive gesehen werden (Keller & Eckensberger, 1998).

3.)Entwicklung der Schlafregulation

3.1.) Schlafrhythmik:

Der Säugling bringt mit der Geburt seinen eigenen Schlaf - Wachrhythmus. Dieser Rhythmus ist nicht identisch mit dem Tag – Nacht - Wechsel. Der Säugling schläft in vielen kurzen Episoden während des Tages und der Nacht und zeigt eine Umdrehung des REM/NONREM Musters (85% REM, 15% NONREM) gegenüber dem Erwachsenen. Das „adulte“ Muster stellt sich in den ersten 3-12 Lebensmonaten ein. Eltern versuchen nun ihren Säugling frühzeitig an den Tag Nacht Rhythmus heran zuführen, damit er tagsüber eher mehr wach sei und nachts eher mehr schlafen möge. Diese Anpassungsleistung des Säuglings sollte möglichst rasch vollzogen worden, da die Eltern sich sonst in ihrem Schlaf und in ihrer Autonomie gestört fühlen. Bis zum sechsten Lebensmonat reduziert sich so der Tagesschlaf und der Nachtschlaf etabliert sich. Bis zum 12 Lebensmonat nimmt die Wachzeit zu und eine Tag – Nacht - Rhythmik sollte sich voll etabliert haben.

Die Schlafrythmik hängt von mehreren Faktoren ab. So z. B. von dem Ernährungszyklus des Säuglings, also in wie oft er in der Nacht noch gestillt oder gefüttert wird. Vom angeborenen Biotypus und der massiven individuellen Unterschiede in der Gesamt Schlafdauer. Und von der unterschiedlichen Fähigkeit der Säuglings zur Selbstregulation. Nächtliches Aufwachen ist nicht die Ausnahme sondern die Norm. Der Säugling findet meistens von selbst wieder in den Schlaf (Anders et al. 1992). Das Schlafarrangement hat einen erheblichen Einfluß auf die Schlafrythmik. So kann der Körperkontakt zu einer vertrauten Person dem Säugling bei der Schlafregulation helfen.

Die Schlafregulation geschieht dabei im interaktiven Prozeß mit den primären Bezugspersonen. Schlafen und Schlafregulation wird erlernt und zwar von Eltern die sich auf den Säugling einstellen als auch vom Säugling der sich auf die Eltern einstellt.

Dabei ist die Schlafrythmik etwas sehr individuelles und damit nicht jede Abweichung von der Norm eine Störung. Es gibt Kinder, die mit sehr viel weniger Schlaf auskommen als andere. Gerade Kinder, die ein sehr waches und lebhaftes Temperament haben schlafen meist später und kürzer, was für die Eltern sehr belastend sein kann. Auch brauchen verschiedene Kinder verschiedene Umwelten, um in den Schlaf zu finden. Einige Kinder brauchen Ruhe und Abgeschlossenheit. Andere Kinder schlafen einfach im Getümmel mit anderen Kindern beim Spielen ein. So findet bei der Etablierung der Schlafrythmik auf der einen Seite ein starker Adaptationsprozess statt, auf der anderen Seite entwickeln Säuglinge ihre eigene Schlafregulation was die Menge, die Dauer und die Zeit des Schlafgehens betrifft.

3.3. Beziehungs- und interaktive Entwicklung

Jede Geburt eines Kindes bedeutet auch die Geburt neuer Eltern. Aus einem Paar wird eine Familie aus einer Ein – Kind - Familie wird eine Familie mit Geschwistern. Diese Umstellung bedarf auch der psychologischen Anpassung der Eltern (Gloggert-Tippert, 199X). Eltern und Kind müssen sich aufeinander einstellen. Sie müssen sich mit der neuen Situation zurechtfinden. Dabei sind Eltern und Säugling bereits genetisch darauf vorbereitet eine enge Bindung einzugehen (Großmann, et al. 1997). Im Kontakt zwischen Eltern und Kind wird eine Art und Weise des miteinander Umgehens gebildet. Die Beziehung bekommt Kontinuität, man spricht von Beziehungsqualität (Sameroff & Emde, 1989).

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

Es handelt sich also zwischen Eltern und Kind um einen wechselseitigen Entwicklungsprozeß. Für die Eltern geht es um ihr Selbstbild als Eltern, um erfolgreiche Elternschaft. Zu erleben wie ihr Kind heranwächst und Gedeiht erfüllt sie mit Stolz. Sie erlernen das Vorgeben von Strukturen beim gleichzeitigen Gewähren von Autonomie. Sie werde zu "Care-givern" für dieses Kind und erleben es als erfüllend und lustvoll.

Auswirkungen von Schlafregulation auf den Säugling

Für den Säugling geht es bei der Entwicklung einer Schlafregulation um mehr als um Regelmäßigkeit beim Schlaf. Viele andere und wichtige Entwicklungsziele sind mit der Schlafregulation verbunden. So hängt das strukturiende Erleben von Zeit sowie das Erleben, seine Bedürfnisse (die des Säuglings) wahrgenommen zu bekommen und nicht ausschließlich unter einem fremdgesteuerten Zwang zur Struktur unterdrückt zu werden. Es geht um auch um das Erleben von Grenzen, mit Konflikten und Kompromissen. Diese Kompromisse geben das Gefühl von Akzeptanz und Annahme. Diese sind die wichtigsten Voraussetzung zur Etablierung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind.

Der Schlaf hat für die physiologische Entwicklung ebenso wichtige Funktionen. Bei ständigem Schlafentzug sinkt die zerebrale Erregungsschwelle, es kommt zur Auslösung epileptogener Krampfanfälle. Ebenso kann es zu schlafentzugsbedingten Gedeihproblematiken kommen, auch bei ausreichendem Nahrungsangebot. Der Schlaf bedeutet die Abschirmung von Außenreizen, die bei Überforderung zu Stressoren und so zu Entwicklungsstörungen führen können.

3.) Schlafstörungen

Der Schlaf des Säuglings hat in unserem Kulturkreis eine starke Bedeutung gewonnen. Wie alles was mit Bedeutungen, Erwartungen und Wünschen verknüpft ist, können gerade wegen dieses hohen Erwartungsdrucks, leicht aktiver Widerstand, Kränkung sowie interaktionelle und psychische Problematiken und Konflikte entstehen.

Oft entsteht ein selbstverstärkender Kreislauf aus Störung, Befürchtungen und verstärkte Störung. *Der Säugling erwacht aus seinem Schlaf und stellt fest, dass es dunkel und er allein ist. Daraufhin macht er auf sich aufmerksam, indem er schreit. Die Eltern reagieren auf die Signale des Säuglings und bemühen sich ihn so schnell wie möglich wieder zu beruhigen. Dabei sind sie selber beunruhigt, wenn es ihnen nicht gelingt. Es kommt leicht zum Überangebot an Interventionen. Das Kind wird positioniert, geklopft, gefüttert, herausgenommen, mit ins elterliche Schlafzimmer genommen, letztlich schläft es oft zwischen den Eltern ein.* Dieses fiktive Beispiel beschreibt die interaktiven Mechanismen die sehr oft zwischen Eltern und Kind ablaufen. Faktoren die gerade zu solchen Problematik führen sind folgende:

Entwicklungsprobleme oder Erkrankung des Kindes: Die Schlafstörung kann Ausdruck einer zugrunde liegenden Entwicklungsproblematik oder Erkrankung des Kindes sein. So zeigen viele Kinder mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (z.B. Autismus) ein ungewöhnliches Schlafverhalten. Der Schlaf ist verkürzt, die Position des Schlafenden ist ungewöhnlich (z. B. im Sitzen, mit nach oben gestreckten Beine). Das Schlafverhalten kann abnorm sein, z. B. lautes Schreien im Schlaf, den Kopf hin und her werfen, ohne aufzuwachen. Des weiteren werden gerade in Deutschland sogenannte **KISS-Syndrome verstärkt diskutiert**. Schlafstörungen können häufig auch Folge einer banalen kindlichen Erkrankung sein, z. B. eines fieberhaften Infektes, einer Mittelohrentzündung oder etwa eines Magen-

Darm-Infektes. Eine organdiagnostische Abklärung ist bei Schlafstörung nicht entbehrlich, auch wenn die Vermutung eher an eine interaktionelle Genese gemahnt.

Probleme bei der Interpretation der Signale des Kindes: Wie in dem fiktiven Beispiel bereits dargelegt, handelt es sich bei Schlafproblemen immer auch um Probleme der Mikroregulation der Bedürfnisse des Säuglings. Auf das Signal bei nächtlichem Aufwachen findet teilweise ein Überangebot an Interventionen statt. D. h. Eltern machen zu viel, zu hektisch, so dass der Säugling letztlich aufwacht. Oft reicht nur eine Berührung mit Handfläche auf dem Bauch oder dem Rücken und die Stimme eines Elternteiles. Laufen diese Mikroregulationen oft verstörend oder nicht zielführend, bleibt der Schlaf des Säuglings oberflächlich und störrisch.

Unsicherheit der Eltern: Viele Eltern sind sich vor und bei Geburt ihres Kindes unsicher was auf sie zu kommt. Sie informieren sich umfassend über die zu erwartende Entwicklung ihres Säuglings. Dabei bleiben oft gerade Normwerte für Schlafmenge, Kalorienmenge, Wachstumskurven (Wilken, 2001) im Gedächtnis. Der Säugling hält sich allerdings in den seltensten Fällen an diese Normen. Die Verunsicherung, die gerade durch externe Fachliteratur in den Griff zu bekommen versucht wird, wird durch diese Literatur oft gesteigert. Bei Eltern wird die Vorstellung geweckt, daß jedes Kind durchschlafen muß, eine bestimmte Schlafmenge braucht und alle Abweichungen davon bedeuten ihr Kind habe eine Entwicklungsstörungen. Verunsicherung wird durch jede Abweichung von aufgestellten Normen verstärkt.

Elterliche Ängste: Gerade Ängste im Bezug auf das Überleben des Säuglings wirken sich verstärkend auf Schlafstörungen aus. Die Eltern schauen teilweise mehrmals nachts nach, ob ihr Säugling noch am Leben ist, eine unrationale Angst lastet auf ihnen, dass ihr Kind des Nachts sterben könnte (Brisch, 1999). Sogenannte "Ghosts in Nursery" oder "Gespenster im Kinderzimmer" lasten auf ihrer Elternschaft. Fraiberg und Mitarbeiter beschrieben diese wie folgt:

"The brief intruders, which we have described, or the unwelcome ghosts who take up temporary residence, do not present extraordinary problems to the clinician. The parents themselves become our allies in banishing the ghosts. It is the third group, the ghosts who invade the nursery and take up residence, who present the gravest therapeutic problems for us."

Diese Geister lasten auf der Interaktion zwischen Eltern und Kind. Die eigene Geschichte der Eltern mischt sich mit der realen Interaktion zwischen Eltern und Kind.

Beziehungsproblematik zwischen den Eltern: Das Kind kann auf Konflikte der Eltern gestreßt reagieren oder er bekommt die Funktion des Puffers zwischen den Elternteilen. Das Symptom des Kindes entsteht in der Spannung zwischen den Eltern. Säuglinge sind sehr sensibel für Signale die zwischen den primären Bezugspersonen ausgetauscht werden. So kann ein verdeckter Paarkonflikt vom Säugling sehr wohl wahrgenommen werden und ihn unter Streß setzen, so daß er unruhiger und schwieriger zu beruhigen wird (Wolke, et al...). Des weiteren kann der Säugling als Puffer gerade im elterlichen Bett gebraucht werden, damit es zu keinen sexuellen Kontakten kommt. Der Säugling bekommt eine Art Verhütungsfunktion. In der praktischen Arbeit erleben wir kaum ein Kind welches uns aufgrund von Schlafstörungen vorgestellt wird, dessen Eltern nicht über Paarproblematiken berichten.

Diese Faktoren können einzeln oder gemeinsam auf die Interaktion zwischen Eltern und Kind einwirken. Meistens liegt eine Konstellation verschiedener ungünstiger Faktoren vor. Einige Faktoren können weitere Problematiken nach sich ziehen. So können Persönlichkeitsproblematiken der Eltern zu Beziehungsproblemen zwischen diesen führen. Entwicklungsproblematiken des Kindes können zu Beziehungsproblematiken führen und umgekehrt. Eine einfache Zuordnung ist nicht möglich deshalb bedarf es einer mehrdimensionalen Diagnostik.

4.) Diagnostik

Die Diagnostik bei Schlafstörung muß alle pathogenen (Krankheitsmachenden) und salutogenesen (Gesundheitsförderlichen) Faktoren evaluieren und bei der Gestaltung der Intervention einbeziehen. Dabei ist zu beachten, daß jede Form der Diagnostik bereits eine Form der Intervention darstellt. So könnte aus der einfachen Frage, ob die Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat, eine implizite Schuldzuweisung heraus gehört werden. Bei der Erhebung bedarf es größtmöglicher Transparenz. Eltern sind bei meist starken Schlafentzug sehr belastet und übersensibel, sie brauchen das Gefühl von Wertschätzung.

4.1.) Organdiagnostik

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

- *nächtliche Schmerzen, z.b. bei Otitis, Sinusitis, Infekt
- *nächtliches Jucken, z.b. bei Skabies, Ekzem, Neurodermitis
- *Koliken, z.b. bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Obstipation
- *nächtliches Aufkommen durch Epilepsie, z.b. Aufwachepilepsie (postiktaler Dämmer Schlaf), Enzephalopathien.
- *zerebrale Raumforderungen

Alle die geschilderten organopsychischen Ursachen zeigen eine deutliche Prozessualität, d.h. der Symptomverlauf ist charakteristisch. Das Kind wird zunehmend tagsüber auch deutlich krank und zeigt beobachtbare Symptome.

Eine Schädelsonographie im 1. Lebensjahr sollte unbedingt erfolgen, die EEG-Untersuchung ist außer der seltenen Hypsarrhythmie beim BNS-Anfallsleiden in den ersten 2 Lebensjahren nicht pathognomisch. Eine Aktometrie, ein Swatchuhr großes Messgerät, welches dem Kind über 1 Woche aufs Handgelenk gegeben wird, schafft eine hervorragende, noninvasive und leicht in der Praxis durchzuführende Objektivierung. Es ist eine Messung der Beschleunigungsbewegungen, so daß jedes aufwachen aus dem Schlaf mit Bewegungen registriert wird.

Da für Schlafstörung selten ein einzelner Faktor als Auslöser festzumachen ist, muß die Diagnostik multikausal angelegt. Ein Diagnosesystem welches gerade für Störungen im Alter von 0-3 Jahren entwickelt wurde und multikausale Diagnosen zuläßt ist das multiaxiale ZTT-DC: 0-3 (Zero to Three, 1994/1998). In mehreren Studien zur Diagnostik in der frühen Kindheit hat sich dieses System bei verschiedenen Störungsmustern bewährt (Dunitz et al.1996). Es liegt seit 1998 auch in der deutschen Übersetzung vor. Das System ist analog zum DSM IV entwickelt und auf den Bereich der

frühkindlichen Situation adaptiert worden. Es beschreibt Störungen ebenfalls auf fünf Achsen, die folgende Entwicklungsbereiche erfassen:

4.1.) ZTT-DC: 0-3

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

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

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

Achse 2 Klassifikation der Beziehungsstörung: Der Beziehung und Interaktion kommt im Zusammenhang mit Schlafstörungen eine besondere Bedeutung zu, da die Selbstregulation des Kindes nur dann wieder aktiv werden kann, wenn das soziale Umfeld dies zulässt und fördert. Die Beziehung wird nach der Intensität des Involvements zwischen Eltern und Kind beurteilt. Dies besagt, in wie fern die Kommunikation zwischen Eltern und Kind altersgemäß und entwicklungsfördernd ist. Die Parent-Infant Relationship Global Assessment Scala (PIR-GAS), beschreibt die Intensität in der die Beziehung gestört sein kann. Die Skala reicht von 90 (balanciert, ausgeglichen) - 10 (massiv und extrem beeinträchtigt). Ab einem PIR-GAS Wert von 60 spricht man von einer beeinträchtigten, ab einem Wert von unter 40 von einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung. Eine Eltern-Kind-Beziehung wird dann als gestört klassifiziert, wenn bei Beibehaltung der Beziehungssituation eine irreversible Schädigung des Entwicklungspotentials einer (z.b. Misshandlung durch Schütteln des nicht schlafenden Babies) oder beider Beziehungspartner (z.B. Erschöpfungsdepression bei Elternteil und chaotisches Schlafmuster beim Baby) erwartet werden muss.

Achse 3: Medizinische Probleme, Entwicklungsstörungen und Krankheiten: Auf der Achse 3 werden alle organischen, medizinischen und neurologischen körperlichen Symptome festgehalten, die in international anerkannten diagnostischen Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 benannt werden.

Achse 4: Psychosoziale Belastungsfaktoren: Diese Skala dient dazu das Ausmaß an psychosozialen Stress, der auf den Säugling einwirkt abzuschätzen. Psychosozialer Stress kann direkt vorkommen, in Form von Trennungen, Mißhandlungen aber auch Krankenhauseinweisungen, oder in indirekter Form z.

B. Scheidung der Eltern, Immigration. Desweiteren kann der Stress akut oder chronisch auf das Kind einwirken. Die Einschätzung des Stresses hängt von der Intensität der Stressoren, dem Entwicklungsstand des Kindes und der Verfügbarkeit protektiver Faktoren ab. Die Einschätzung geschieht auf einer 7 Punkte Skala von 0: Keine Stressfaktoren bis 7: Schwere Auswirkungen- signifikante Entgleisung in alle Bereichen.

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

4.2.) Interaktionsdiagnostik:

Eine Interaktionsdiagnostik ist unbedingter Bestandteil einer Schlafstörungsdiagnostik (Dunitz et al. 1998). Die Interaktionsqualität stellt auch eine der primären Ansätze für die späteren Interventionen und die Therapie dar (Dunitz et al. 1997). Sie festzustellen ist grundlegend für das therapeutische Vorgehen. Dabei sollte wenn möglich von den Eltern ein Schlafvideo erstellt und eine Spielinteraktion gefilmt werden. Die Spielinteraktion muß, kann aber ein Heimvideo sein. Die Evaluation kann wie in der Achse 2 des ZTT-DC: 0-3 erfolgen. Diese hat den Vorteil leicht erlernbar und eine gute face-Validität zu haben, die im Verlauf einer Therapie mehr Bedeutung haben kann als ein extern valides Instrument.

4.3.) Das Schlaftagebuch

Die Eltern werden gebeten täglich Protokoll zu führen über Schlafdauer, Unterbrechungen, wo geschlafen wird, Dauer des Einschlafens. Das Schlaftagebuch kann frei ausgestaltet werden nach den Bedürfnissen der Eltern, ein häufig benutztes Format findet sich bei Largo (Largo, 1993). Meist kommen die Eltern mit der Vorstellung, ihr Kind würde nachts nie schlafen und wäre die meiste Zeit wachen. Häufig ist das nicht der Fall, so dass ein Tagebuch bereits das Gefühl der Verbesserung gibt, die weitere positive Effekte nach sich zieht.

Das Schlaftagebuch sollte von der Erstkonsultation bis zum Ende der Therapie geführt werden, um eine Verlaufsdokumentation zu erstellen. Das Schlaftagebuch sollte gemeinsam mit den Eltern besprochen werden. Sollte es zu einer verstärkten Symptomatik kommen, so ist nach Begleitumständen zu Fragen.

Oft ist verstärkte Symptomatik mit einem Ereignis gekoppelt, z. B. einem Ehestreit, einer Erkrankung des Kindes oder eines Elternteiles gekoppelt.

4.3.) Diagnostika für die Eltern

Die Eltern sind Teil des therapeutischen und diagnostischen Prozesses. Auch sie können einer Diagnostik unterzogen werden. Wenn die Eltern zur Beratung kommen leiden sie meist bereits seit einem längeren Zeitraum unter der Schlafstörung ihres Säuglings. D. h. sie sind extrem belastet. Schlafentzug wirkt sich auf die psychische Verfassung äußerst radikal aus. Es kann zu starken Dekompensationserscheinungen, wie psychotischen oder depressiven Episoden kommen. Was für das Kind bedrohlich werden kann, da in ein äußerstes Mißhandlungsrisiko besteht. So bedarf es einer äußerst feinfühligem Anamnese der Eltern um die Belastung abzuschätzen.

Ein Instrument welches sich in der klinischen Praxis sehr bewährt hat ist das "Working Modell of the Child Interview", welches von Zeanah und Mitarbeiter entwickelt und mittlerweile gut evaluiert wurde (Zeanah et al, 1986, Benoit et al. 1997). Es erfaßt die Vorstellung, die Eltern sich über ihr Kind machen, mit den Wünschen, Phantasien und realen Erlebnissen. Es gibt Auskunft über den Rahmen der Entwicklungsvorstellungen in dem die Eltern und ihr Säugling sich bewegen.

Für die Diagnostik läßt sich abschließen sagen, dass verschiedene Verfahren ergänzend zum Einsatz kommen können. Das ZTT-DC:0-3 hat den Vorteil auf fünf Achsen alle Befunde zusammengefaßt und auch für die Eltern meist sehr verständlich darstellen zu können. Das Schlaftagebuch gibt Auskunft über den aktuellen Stand und das Veränderungsprofil bei Eltern und Kind. Die Eltern bedürfen eines diagnostischen Eindrucks der aber im Bezug zum Verhalten des Kindes gesehen werden sollte.

Die Diagnostik gibt die Leitlinie für die Therapeutischen Interventionen vor. Angesetzt werden sollte auf der am meisten betroffenen Achse. So kann die Schlafstörung Folge auf die Eltern wirkenden chronischer psychosozialer Belastungsfaktoren sein, so dass eine Intervention auf dieser Ebene angesiedelt werden sollte. Man kann von einer klienten- oder bedürfnisorientierten Form der Intervention ausgehen.

5.) Zur Therapie

In der Therapie von frühkindlichen Störungen werden zu meist drei Ansätze vorgestellt. Der tiefenpsychologische (Lebovici, 1990, Fraiberg et al. 1975, Lieberman & Pawl, 1993), der verhaltenstherapeutische (XXX) und der Lösungsorientierte, interaktionszentrierte (McDonough, 1993, 1995). Diese Ansätze unterscheiden sich durch die Vorstellung von Pathogenese und Salutogenese, und damit entsprechend für in der Vorstellung über Diagnostik und Therapie. In ein mehreren Studien zur Effektivität des tiefenpsychologischen und des interaktionszentrierten Ansatzes haben beide Ansätze sich im gleichen Maße als sehr effektiv erwiesen (Robert-Tissot, et al. 1996, Cramer et al. 1990, Stern, 1998, Cramer, 1998). An diese Erkenntnis anschließend wurde ein integrativer Vorgehen entwickelt in dem tiefenpsychologische, interaktionszentrierte und verhaltensorientierte Elemente miteinander kombiniert werden. In der klinischen Praxis haben wir sehr gute Erfahrungen mit dieser Integration gemacht, eine wissenschaftliche Effektivitätsprüfung steht noch aus.

5.1.) Tiefenpsychologisch orientierte Ansätze

Die tiefenpsychologische Psychotherapie hat sich als erstes systematisch mit frühkindlichen Problematiken auseinandergesetzt und Therapieansätze entwickelt (Fraiberg et al., 1975, Mahler et al. 1975, Winnicott, 1965). Im wesentlichen wurden zu ersten die Tradition der Spieltherapie mit Kinder fortgeführt. Da die Kinder immer jünger wurden und die Möglichkeiten der Intervention auf der symbolischen Ebene damit abnahmen, wurde nach einer neuen Möglichkeit der Zugangsweise zu Eltern und Kind gesucht.

Die Arbeiten von Fraiberg und Mitarbeitern zeigten hier neue Möglichkeiten auf. Die psychische Problematik wurde als Resultat von Projektionen und projektiven Identifikationen von der Mutter auf den Säugling gesehen. Die Therapie bestand in der Klärung dieser Übertragung und des zugrunde liegenden neurotischen Konfliktes der Mutter um Mutter und Kind ein Interaktion zu ermöglichen, die frei ist von pathologischen Projektion.

Die Methode um dieses zu erreichen ist das therapeutische Gespräch zwischen Mutter und Therapeutin. Der Säugling ist bei diesen Gesprächen anwesend und die Mutter soll ihre Gedanken und Gefühle bezüglich des Säuglings äußern. Hier kommen auch die Phantasien zur Sprache die auf die Interaktion starken Einfluß nimmt, die allerdings nicht in der Beziehung zum Säugling begründet liegt sondern in einer

anderen Beziehung entstanden ist (Stern, Stern-Bruchweiler, 1989). Themen die häufig in einem solchen Kontext anzutreffen sind haben viel mit mütterlicher Angst und der Transformation ihrer Identität von der Frau zur Mutter zu tun. So kann das Gefühl Autonomie aufgeben zu müssen, oder die Beziehung zum Partner neu definieren zu müssen, konflikthaft wirken. Aber auch eigene Interaktionserfahrungen als Säugling können hier Einfluß nehmen, so z. B. die Erinnerung, die eigene Mutter haben nie oder ständig geschaut ob sie schlafe.

Die tiefenpsychologischen Ansätze haben den Vater bisher wenig Beachtung geschenkt. Dieses hat sich mit der Forschung um die frühe Triangulierung verändert, der Vater und die Paardynamik erhalten ein stärkeres Gewicht und der Vater wird häufiger in die Therapie mit einbezogen. In den letzten Jahren haben sich viele verschiedene Interventionsformen entwickelt und sehr erfolgreich gezeigt (Muir et al. 1998). Der tiefenpsychologische Zugang kann als effektiv im Umgang mit Schlafstörung betrachtet werden, wobei es immer darauf ankommt ob Eltern aus dieser Form der Therapie einen Gewinn ziehen können, sollte ihnen dieses nicht der Fall sein, sollte eine andere Herangehensweise gewählt werden (Cramer, 1998).

5.2.) Der lösungs- und interaktionszentrierte Ansatz

Der lösungs- bzw. interaktionszentrierte Ansatz wurde von A. McDonough in die Psychotherapie mit Säuglingen und Eltern eingeführt (1993, 1995). Er beruht auf einem systemischen Therapieverständnis (Schlippe & Kriz, Watzlawick et al. 1985). Dabei wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass wer die Kompetenz entwickelt gemeinsam ein Symptom, in diesem Falle die Schlafstörung zu entwickeln oder zu "erfinden", der kann findet auch Wege aus der Störung, wenn er dabei unterstützt wird. In der Arbeit mit Säuglingen wird mit der Mutter gemeinsam versucht gelungene Interaktionen und Situationen zu finden und diese zu festigen, dass das Symptomverhalten verschwindet. Als Mittel zur Spiegelung positiven Verhaltens dienen videographierte Interaktionssequenzen, die der Therapeut und die Eltern gemeinsam schauen. Der Therapeut macht sich dabei auf die Suche nach positiven Verhaltensweisen und legt besonderes Augenmerk auf diese Situationen, in dem er fragt, was sie in dieser Situation empfunden haben und was sie bräuchten um häufiger solche Interaktionen zu gestalten. Dabei können auch konfliktreiche Thematiken wie Paar- oder Identitätsprobleme angesprochen werden, die aber nicht explizit analysiert werden. Im Vordergrund steht es die Eltern von ihrer Pathologie-orientierten

Sichtweise abzubringen. Häufig sind die Eltern so auf der Suche nach eigenen Fehlern und Schwächen, dass sie ganz vergessen ihre Stärken einzusetzen.

Die Ätiologie der Schlafstörung hat bei diesem Ansatz eine sehr untergeordnete Rolle. Es wird mehr davon ausgegangen, dass man nicht wissen muß wie ein Schloß aufgebaut wurde um den richtigen Schlüssel zu finden und die Tür zu öffnen (De Shazer, 1989).

Dieser Ansatz hat sich ebenfalls bei Schlafstörung sehr bewährt und stellt den zweiten wichtigen Ansatz in der Therapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen in der Internationalen Literatur dar (Zeanah, 1993).

5.3.) Der Verhaltenstherapeutische Zugang

Eine verhaltenstherapeutischer Ansatz setzt konkret am Verhalten des Kindes an. Der Säugling soll lernen sich so zu verhalten, daß keine Störung mehr auszumachen ist, die Termini sind Lernen durch Verstärkung und Löschung (Kanfer, Goldstein, 1979). Dabei wird angenommen, dass es sich bei einer Verhaltensstörung um eine erworbene schlechte Eigenschaft handelt, die genauso auch wieder abgewöhnt werden kann.

Im behavioristischen Ansatz werden die Eltern instruiert bestimmte Verhaltensweisen zu zeigen die ein eigenständiges Einschlafen unterstützen. Die erste Methode bestand darin den Eltern zu empfehlen das Schreien des Säuglings zu ignorieren. Hier bestand die Schwierigkeit, dass Eltern es oft nicht ausgehalten haben ihren Säugling schreien zu lassen. Daraufhin wurde die "Checking"-Methode empfohlen (Douglas & Richman, 1984). Die Eltern legen den Säugling ins Bett. Wenn der Säugling schreit oder protestiert warten die Eltern ca. fünf Minuten bis sie wieder zurückkehren und dem Säugling versichern, dass sie da sind. Dann verlassen sie das Zimmer wieder und kehren nach fünf Minuten wieder zurück, bis der Säugling einschläft. Im Grunde geht ins bei dieser Intervention darum die Eltern davon abzuhalten zu viel zu intervenieren, was meist innerhalb weniger Tage zum erwünschten Ergebnis führt.

Eine weitere pädiatrisch-verhaltenorientierte Vorgehensweise besteht darin Eltern das Gefühl der Kontrolle über die Schlafprobleme ihres Kindes zu geben. Dieses geschieht über externale Meßmethoden, wie das bereits beschriebene Schlafstagebuch mittels einer Aktometrie (siehe Diagnostik). Die Eltern fühlen sich mit ihren Sorgen ernst genommen und haben das Gefühl Hilfe zu erhalten. Der Kontrollverlust bei Schlafstörungen den die Eltern erleben und der Teil des

Erschöpfungszustandes ist, wird so durch externe Kontrolle begegnet. Es kommt zur Beruhigung der Situation. Es bedarf aber auch in diesem Ansatz der Instruktion und Begleitung durch den Arzt, der Eingriff an sich ist nicht die Heilung, sondern ein Schritt dem weitere Folgen müssen.

5.4.) Integrative, non orthodoxe Ansätze:

Unsere klinische Erfahrung zeigt, daß mit der Integration verschiedener Elemente der beschriebenen Ansätze sehr gute Ergebnisse erzielt werden können. Auch wenn den Ansätzen verschiedene Pathogenese - Modelle zu Grunde liegen, so schließen sie sich doch gegenseitig nicht aus. Vielmehr bieten verschiedene Modelle verschiedene Interventionen je nach Stadium der Therapie und nach dem Bedürfnis von Eltern und Kind an. Häufig läßt sich einfach erfragen was die Eltern sich wünschen würden, und daraufhin läßt sich klientenzentriert die Intervention abstimmen.

So kann es gerade am Anfang einer Therapie besonders sinnvoll sein viel Struktur anzubieten d. h. direkte Anweisung. So sagen wir den Eltern meist: "Wenn ihr Kind ruht legen sie sich auch hin, unabhängig von der Tageszeit, lassen sie die Verrichtungen des Haushalts liegen. Sie müssen nicht schlafen nur selber liegen, damit sie wieder etwas zu Kräften kommen."

Hier können auch die beschriebenen strukturierenden Diagnostika als Intervention eingesetzt werden. Die Eltern erlangen so langsam wieder die Kontrolle über die Situation und sind offener für tiefergehende Interventionen. So kann man in dieser Phase sehr gut mit dem Video gearbeitet werden. Die Eltern können so eine Feedback - Methode nutzen um ihr Verhalten selber neu zu gestalten und die Interaktion wieder freudvoller werden zu lassen.

Als letzten Schritt kann man die Aufarbeitung der Geschichte dieser Schlafstörungen betrachten. Welche Beziehungsthematik steckt in der Störung des Kindes? Warum diese Störung zu diesem Zeitpunkt? Aus diesen Themen kann eine Neuorientierung der Beziehungsgestaltung werden, die über die Störung hinausgeht.

Wichtig bei einem integrativen Vorgehen ist, daß man nur die Interventionen einsetzt, bei denen man sich selbst sicher fühlt. Wenn man selber Ambivalenzen der einen oder anderen Art des Intervierens gegenüber verspürt sollte man diese nicht anwenden. Psychotherapie ist immer auch auf die Kongruenz des Therapeuten angewiesen. Arbeit der Therapeut nicht im Einklang mit sich selbst, so sind Störungen des Therapeutischen Prozesses die Folge und damit das Therapieergebnis fraglich.

7.) Praktische Leitlinien für den Kinderarzt

Nachdem die Schlafstörung und die verschiedenen Formen der Diagnostik und Therapie beschrieben worden sind bedarf es einer Zusammenfassung für den niedergelassenen Pädiater. In den wenigsten Fällen verfügt er über eine psychotherapeutische Zusatzausbildung und selten fühlt er sich sicher im Umgang mit diesem Störungsmuster. Es bedarf dennoch eines schnellen Handelns. Schlafstörungen wachsen sich nicht aus. Sie können sich zu massiven Verhaltensstörungen auf anderer Ebene entwickeln und zu Beziehungsproblematiken auf der Eltern-Kind Ebene führen.

Wenn Eltern mit dem Problem der Schlafstörung ihres Kindes zum Kinderarzt kommen steht dieser zumeist vor einem Problem; ihm präsentiert sich ein scheinbar völlig gesundes Kind, mit zumeist verzweifelt und "hysterisch" wirkenden Eltern. Diesen obliegt bei nicht sichtbaren Störungen die Beweislast, sie haben das Problem dem Arzt transparent zu machen, wie sich diese Störung auswirkt. Der Arzt muß sich allein auf die Beschreibung der Eltern verlassen und die Eltern darauf, daß der Arzt ihnen glaubt. Der Arzt soll also ein anscheinend nicht auffälliges Kind diagnostizieren, um es behandeln. Ein Wunsch, welcher in den meisten Kinderärzten auf aktiven Widerstand stösst. Die Position der Eltern wird häufig dadurch erschwert, daß sie aufgrund des akuten Schlafmangels sehr ängstlich und verzweifelt wirken, was häufig dazu führt die Eltern als hysterisch zu bezeichnen und ihnen wenig glauben zu schenken. Genau diese Erfahrung berichten leidgeplagte Eltern, schon häufig gemacht zu haben und so geraten sie von einer verzweifelten in eine hoffnungslose Lage.

Vorgebeugt kann dieser häufigen Erstvorstellungssituation dadurch, dass die Eltern bei der telefonischen Terminvereinbarung bereits gebeten werden, ein "Heim-Video" in den kommenden Nächten bis zum vereinbarten Termin herzustellen. Eine Videodokumentation, welches der Kinderarzt am Beginn der Konsultation kurz anschaut, erlaubt ihm eine sofortige Einschätzung der Symptomatik und liefert fast unschätzbare nonverbale Informationen über Umfeld, Umgang mit dem Symptom, Ressourcen, sowie Einschätzung der begleitenden Interaktionsstörung.

Ohne Videodokumentation fällt dem Pädiater die schwere Aufgabe zu, eine Behandlung ohne Symptom aufzubauen, und dies bei sehr geschwächt und labilen Eltern. Als erste Krisenintervention ist es hilfreich, den Grad der Gefährdung des Kindes durch drohende psychische Dekompensation der Eltern einzuschätzen. Langanhaltender Schlafenzug wirkt sich dramatisch auf die Psyche aus. Nicht selten werden bei Dekompensation die Kinder extrem mißhandelt. Ist eine akute Gefährdung gegeben, so gilt

es das Kind in eine spezialisierte Klinik einzuweisen und den Eltern die Möglichkeit geben zu Schlafen, sei es zu Hause oder in einem vom Kind getrennten Krankenhauszimmer.

Die Empfindlichkeit der Eltern ist dabei sehr unterschiedlich und muß jedes Mal erneut eingeschätzt und erfragt werden. Ein weiteres Mal "nicht glauben" und "nicht intervenieren" bedeutet Kinder und Eltern mit ihrem Schicksal allein zulassen und bei der Gefahr einer extremen Mißhandlung, nicht einzugreifen.

Ist eine sofortige Intervention nicht unbedingt notwendig, so sollen die Eltern - auch nach der ersten Konsultation - ein Video vom gestörten Schlafverhalten des Kindes machen, um eine genaue Diagnose erstellen zu können. Außerdem wäre es zur Dokumentation ein sehr wünschenswert ein Aktivitätentagebuch zu führen, in dem alle Aktivitäten des Tages mit den Zeite eingetragen werden.

Als erste Intervention gilt die einfache Aufgabe, dass die Eltern aufgefordert werden, wenn das Kind ruht, - auch tagsüber - sich auch auszuruhen und nicht andere Aktivitäten wie Hausarbeiten zu erledigen. Allgemein ist es von großer Wichtigkeit die Störung ernst zu nehmen und nicht herunter zuspieren. Eltern die unter der Schlafstörung des Kindes leiden sind immer hoch belastete Eltern und ihnen ist Verständnis und Zuwendung besonders wichtig. Bei der gebotenen Eile sollte Pädiater dennoch nur die Interventionen durchführen in denen er sich sicher fühlt. Eine Überweisung an Sprechstunden für Eltern und Kleinkinder wie es sie mittlerweile in jeder größeren Stadt gibt (komplette Liste unter www.gaimh.de), kann hier gefordert sein. Die Kontrolle über den Gesundheitszustand bleibt dabei in der Hand des Pädiaters, er bleibt der primäre Ansprechpartner für Eltern und Säugling.

7.) Literatur:

1. Anders, T. F., Halpern, L. F. & Hua, J. (1992). Sleeping though the night: A developmental perspective. *Pediatrics*. 90, 554-560.
2. Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
3. Cohen, N. C., Muir, E., Lojakasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. & Brown, M. (1999). Watch, Wait, and Wonder: Testing the effectiveness oft a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.

4. Dunitz, M., Scheer, P.J., Kvas, E. & Macari, S. (1996). Psychiatric diagnosis in infancy: a comparison. *Infant Mental Health Journal* 17: 12-24.
5. Dunitz-Scheer, M., Scheer, P.J., Dunitz-Scheer, N.A. (1997). Interaktionsdiagnostik. In: H.Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung*. 2.Auflage. Bern: Huber. S.209-234.
6. Dunitz-Scheer, M., Wilken, M., Walch, G., Schein, A., Scheer, P. (2000) Wie kommen wir von der Sonde los?! Diagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zur interdisziplinären Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Die Kinderkrankenschwester*. 19: 448-456.
7. Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 14, 387-422.
8. Großmann, K.E., Becker-Stoll, F., Grossmann, K., Kindler, H., Schieche, M., Spangler, G., Wensauer, M. & Zimmer, P. (1997). Die Bindungstheorie. In: H. Keller (Hrsg.), *Handbuch der Kleinkindforschung*. 2.Auflage. Huber, Bern. S.17-63.
9. Hofacker, N. v. (1998). Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehung. Zur differentiellen Diagnostik und Therapie psychosomatischer Probleme im Säuglingsalter. In: K. v. Klintzingen (Hrsg.). S. 50-71.
10. Kanfer, F. H; & Goldstein, A. P. (1979). Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Urban & Schwarzenberg, München.
11. Lieberman, A. & Pawl, J. H. (1993). Infant-Parent Psychotherapy. In: Zeanah (edit.). S. 427-443.
12. Lebovici, S. (1990). Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker: die frühen Formen der Kommunikation. Klett, Stuttgart.
13. Mahler, M., Pine, F., & Bergmann, A. (1980). Die psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt a. M..
14. McDonough, S. (1993). Interaction Guidance: Understanding and Treating Early Infant-Caregiver Relationship Disturbances. In: C. H. Zeanah (edit) S. 414-426.
15. Minde, K., Faucon, A., Falner, S. (1994). Sleep problems in toddlers: effect of treatment on their daytime behaviour. *J Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*. 33, 1144-1121.
16. Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. N., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J.-P., Palocio-Espasa, Knauer, D., Mulralt, M. D., Berney, C. & Mendiguren G. (1996). Outcome Evaluation in Brief Mother-Infant Psychotherapies: Report on 75 Cases, *Infant Mental Health Journal*, 17,2. S. 97-114.

17. Sadeh, A. & Anders, T. F. (1993). Infant sleep problems: Origins, assessment, interventions. *Infant Mental Health Journal*, 14, 17-34.
18. Sameroff, A. J. & Emde, R. N. (1989). Relationship disturbances in early childhood. New York: Basic Books.
19. Shazer, St. De (1989). Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
20. Schlippe, A. v. & Kriz, J. (1996). Kontexte für Veränderung schaffen systemische Perspektiven in der Praxis. Forschungsbericht Universität Osnabrück.
21. Stern, D. N. (1998). Die Mutterschaftskonstellation. Klett-Cotta, Stuttgart.
22. Stern-Bruschweiler, N. & Stern, D. N. (1989). A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10, 2, 142-156.
23. Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Fisch, R. (1974). Lösungen. Huber, Bern.
24. Wilken, M (2001). Frühkindliche Essproblematik und Frühgeburt: Entstehung, Therapie und Dialog. Vortrag am 31.3.2001 in Heidelberg.
25. Zeanah, C. H. (1993). Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford Press.
26. Zeanah, C. H., Benoit, D. & Barton, M. (1987). Working Model of the Child Interview. Unpublished Manuscript, Brown University.
27. Zero To Three (1999). Diagnostische Klassifikation 0-3: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingter Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Berlin.