



ELTERLICHES WISSEN, SELBSTHILFE UND
PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTION
BEI NICHT-ORGANISCHEN
SCHLAFSTÖRUNGEN IM KLEINKINDALTER

NON-ORGANIC SLEEP DISORDERS IN INFANCY:
AN IN-DEPTH ANALYSIS OF PARENTAL KNOWLEDGE,
SELF-HELP AND PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION

Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.) an der Graduate School
of Life Science der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Sektion Neuroscience

Vorgelegt von
Dipl.-Psych. JULIA BIRGIT KANIS

aus
Oberursel

Würzburg, 2016

Submitted on:

Office stamp

Members of the Promotionskomitee:

Chairperson: Prof. Dr. Karl Mertens

Primary Supervisor: Prof. Dr. Andrea Kübler

Supervisor (Second): Prof. Dr. Paul Pauli

Supervisor (Third): Prof. Dr. Esther Asan

Date of Public Defence:

Date of Receipt of Certificates:

Nachtgesang

O gib vom weichen Pfühle,
Träumend, ein halb Gehör!
Bei meinem Saitenspiele
Schlafe! Was willst du mehr?

Bei meinem Saitenspiele
Segnet der Sterne Heer
Die ewigen Gefühle;
Schlafe! Was willst du mehr?

Die ewigen Gefühle
Heben mich, hoch und hehr,
Aus irdischem Gewühle;
Schlafe! Was willst du mehr?

Vom irdischen Gewühle
Trennst du mich nur zu sehr,
Bannst mich in diese Kühle;
Schlafe! Was willst du mehr?

Bannst mich in diese Kühle,
Gibst nur im Traum Gehör.
Ach, auf dem weichen Pfühle
Schlafe! Was willst du mehr?

Johann Wolfgang von Goethe

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich über diese intensive Zeit begleitet und zu meiner Arbeit verschiedentlich beigetragen haben.

Besonders danke ich Frau Prof. Dr. Andrea Kübler für ihre hilfreiche fachliche und persönliche Unterstützung und Betreuung in den vergangenen Jahren.

Ich bedanke mich ferner bei Frau Prof. Dr. Angelika Schlarb für ihre fachlichen Anregungen und die gute, gemeinsame Zusammenarbeit, die mir stets Freude gemacht hat.

Darüber hinaus möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Paul Pauli und Frau Prof. Dr. Esther Asan für die Betreuung im Rahmen dieser Arbeit bedanken.

Ein besonderer Dank gilt meiner Kollegin Frau Dr. Barbara Schwerdtle, die mich in den vergangenen Jahren mit bereichernden Tipps und wertvollen Diskussionen sowohl fachlich als auch therapeutisch weitergebracht hat und deren konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit sehr hilfreich war.

Den teilnehmenden Familien sei ebenso gedankt wie allen Praktikantinnen, Hiwis und Masterstudentinnen für ihren unermüdlichen Einsatz.

Auch möchte ich mich bei meinen Freunden und meiner WG bedanken, die mich nicht nur tatkräftig unterstützt haben, sondern mich stets aufbauten und für die erforderliche Abwechslung sorgten.

Ich bedanke mich herzlich bei meinen Eltern, meiner Schwester und meiner Oma für ihre Unterstützung, ihre stets offenen Ohren und ihren unbedingten Glauben an mich.

Danke für alles, Andreas.

ZUSAMMENFASSUNG

Für eine gesunde kindliche Entwicklung ist besonders in der frühen Kindheit guter Schlaf sehr wichtig. Gerade im Baby- und Kleinkindalter sind Schlafschwierigkeiten jedoch ein häufiges Phänomen. Vor allem Ein- und Durchschlafstörungen kommen vielfach vor, die nicht automatisch mit zunehmendem Alter eines Kindes remittieren. Sie können persistieren und zum Teil auch schwerwiegende Folgen für die kindliche Entwicklung haben. Nicht nur Hyperaktivität, Reizbarkeit und Aggressivität treten bei Kindern mit Schlafstörungen gehäuft auf, sondern auch Tagesmüdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie kognitive Beeinträchtigungen können die Folge sein. Darüber hinaus können Depressionen, Angststörungen und Übergewicht langfristige Folgen von Schlafstörungen sein. Auch wirken sich die Schlafstörungen bei jungen Kindern negativ auf die Eltern aus. Daher ist es wichtig, Schlafprobleme im frühen Kindesalter zu erkennen, ernst zu nehmen und frühzeitig zu behandeln.

Die vorliegende Arbeit besteht aus drei Teilen. Es wurden das elterliche Wissen über Schlaf im Kleinkindalter sowie eine Auswahl von Elternratgeberliteratur für kindliche Schlafprobleme untersucht. Ferner wurde das multimodale Elterntrainingsprogramm „Mini-KiSS“, ein Elterntraining für Kinder bis vier Jahren mit Schlafstörungen (**Schlarb_2014**), hinsichtlich seiner externen Validität betrachtet.

Da Eltern diejenigen sind, die als erste mit den Schlafproblemen ihres Kindes konfrontiert sind, sollten sie kindliche Schlafstörungen als diese erkennen und auch einschätzen können, um ggf. weiterführende Maßnahme einzuleiten. Deshalb ist es wichtig, dass Eltern über den kindlichen Schlaf informiert sind. Um dieses elterliche Wissen über Schlaf von jungen Kindern zu erfassen, wurde ein Fragebogen entwickelt, in dem Anwendungs- und

Faktenwissen über Schlaf im Baby- und Kleinkindalter erfragt wurden. Dieser wurde einer Online-Stichprobe (N = 1291) vorgelegt. Insgesamt verfügten die Eltern über ein gutes Wissen, sie beantworteten 65% der Fragen korrekt. Es zeigte sich jedoch ein Unterschied zwischen dem Anwendungswissen, wo die Eltern 72% korrekt beantworteten und dem Faktenwissen, wo die Eltern 61% der gestellten Fragen korrekt beantworteten. Allerdings wurden auch Unsicherheiten sowie Wissensdefizite deutlich, die noch genauer erfasst werden und denen künftig mit unverbindlichen Informations- und Beratungsangeboten begegnet werden sollte. Insbesondere bei den Interventionsmöglichkeiten zum Umgang mit einer Schlafproblematik im Kleinkindalter wurde ein Dissens deutlich, der sich auch in der nachfolgenden Analyse von Elternratgeberliteratur für Schlafschwierigkeiten widerspiegelte. Es wurden Literaturanalysen über Ratgeber für das Kindesalter einerseits und für das Baby- und Kleinkindalter andererseits durchgeführt. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Autoren entweder eine Position zum lerntheoretischen Ansatz der graduierten Extinktion bezogen und diese Methode empfohlen oder das Co-Sleeping, also das gemeinsame Schlafen von Eltern und Kind in einem Bett, favorisierten. Zudem wurde in der vorliegenden Arbeit das multimodale Elternteraining Mini-KiSS bezüglich der externen Validität im Langzeitverlauf erfolgreich überprüft. Das Elternteraining richtet sich an Eltern von Kindern im Alter von sechs Monaten bis vier Jahren mit Schlafstörungen und findet in Form von sechs aufeinanderfolgenden Elternabenden statt. Durch das Training kam es zu signifikanten Verbesserungen des kindlichen und mütterlichen Schlafes, diese bis zur Ein-Jahres-Katamnese stabil. Auch weitere mit problematischem kindlichem Schlafverhalten assoziierte Parameter, wie das allgemeine kindliche Problemverhalten sowie die elterliche Gesamtbelastung, konnten nachhaltig reduziert werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass sich die Intervention sowohl auf das Kind als auch auf die Eltern positiv auswirkte, was auch anhand von objektiven Verfahren bestätigt werden konnte.

Zusammengefasst leistet diese Arbeit somit mit der Befragung einer großen Online-Stichprobe zu frühkindlichem Schlaf, der literaturanalytischen Betrachtung ausgewählter Ratgeberliteratur sowie der erfolgreichen Prüfung der externen Validität des Mini-KiSS-Trainings einen wichtigen und richtungsweisenden Beitrag zur aktuellen Forschung im Bereich der nicht-organischen Schlafstörungen im Kleinkindalter.

ABSTRACT

A good night's sleep is highly important for the healthy development of children. Especially during infancy, many children suffer from sleep difficulties. Commonly, these children have problems falling asleep or sleeping through the night that do not automatically remit with age. They can persist and have severe consequences for the child. Hyperactivity, irritability and aggression do more often occur in children with sleep disorders as well as concentration deficits and memory disorders compared to children without sleep disorders. Long-term outcomes as depression, anxiety disorders and obesity are also possible outcomes of childhood sleep disorders. Besides, sleep disorders in young children do also have negative consequences for parents and parental health. Due to this, it is of high importance to be aware of sleep problems in childhood, to give attention to them and to have them treated properly.

This work consists of three parts. First, parental sleep-related knowledge as well as second guidebooks on sleep in childhood were analyzed. Third, the multimodal parent education program "Mini-KiSS" (Schlarb_2014) was tested for long-term effects on both children and parents.

As parents are the first to be directly affected by their child's sleep difficulties, it is of high importance for them to react properly in order to possibly take action. Little is known about the knowledge of German parents about sleep in children, and about how they react when faced with sleep problems of their children. Therefore, a preliminary, primarily descriptive demographic survey on applied and theoretical sleep-related knowledge was carried out (N = 1291). Taken together, the results showed a good parental knowledge on sleep. However, knowledge deficits as well as insecurities concerning certain topics could also be shown. In the future consulting services for information

only and without responsibility for parents should be established. Especially concerning the debate on handling sleep problems in infancy a debate became clear which also applied to the following analysis of guidebooks on sleep disorders in early childhood. Guidebooks for both sleep problems in infancy and school-aged children were analyzed concerning different criteria. Results showed that authors stood in either for the extinction approach or for co-sleeping. In addition, the multimodal parent education program Mini-KiSS was tested successfully for external validity. The program is addressed to parents of infants aged six months to four years and consists of six sessions for parents. Results showed positive effects on both children and parents which could also be shown by means of objective data. Improvements of both maternal and infantile sleep remained stable up to one year after training. Moreover, further with problematic sleep associated parameters of both children and parents were significantly reduced up to the one-year follow up.

Taken together, the presented work contributes both vitally and indicatorily to current research in the field of non-organic sleep disorders in infancy with an encompassing demographic survey on sleep in infancy, the analysis of selectively picked guide books and furthermore, the efficient verification of the multimodal parent training Mini-KiSS.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	3
2.1	Grundlegendes über Schlaf	3
2.1.1	Die Schlafstadien	3
2.1.1.1	Die Schlafstadien im Säuglingsalter	5
2.1.2	Modelle der Schlaf-Wach-Regulation	6
2.1.2.1	Entwicklung der Schlafregulation im Kleinkindalter	8
2.2	Der Schlaf im Kleinkindalter	9
2.2.1	Die Funktionen des kindlichen Schlafes	9
2.2.2	Der Schlafbedarf im Kleinkindalter	11
2.3	Schlafstörungen im Kleinkindalter	12
2.3.1	Allgemeine Fragen der Klassifikation von Schlafstörungen im Kleinkindalter	12
2.3.2	Klassifikation von Schlafstörungen im Kleinkindalter	14
2.3.2.1	Klassifikation nach ICSD	14
2.3.2.2	Protodyssomnien nach Gaylor	18
2.3.2.3	Exkurs: Regulationsstörungen	20
2.3.3	Ätiologie	25
2.3.4	Prävalenzen	28
2.3.4.1	Prävalenzen von Insomnien	28
2.3.4.2	Prävalenzen von Parasomnien	29
2.3.4.3	Soziodemographische Einflüsse auf Prävalenzen kindlicher Schlafstörungen	29
2.3.5	Auswirkungen von Schlafstörungen	30
2.3.5.1	Auswirkungen von Schlafstörungen auf die Gedächtnisentwicklung	30
2.3.5.2	Folgen kindlicher Schlafstörungen für die schulische Entwicklung	31
2.3.5.3	Folgen kindlicher Schlafstörungen für die psychische Entwicklung	33
2.3.6	Auswirkungen kindlicher Schlafstörungen auf die Eltern	35
2.3.6.1	Folgen für die Partnerschaft	36
2.4	Diagnostik nicht-organischer Schlafstörungen im Kleinkindalter	37
2.4.1	Subjektive Verfahren	37
2.4.1.1	Diagnostisches Interview frühkindlicher Schlafstörungen Mini-DIKS	38
2.4.1.2	Mini-KiSS-Fragebogen	39

2.4.1.3	Schlafstagebücher	40
2.4.2	Objektive Verfahren	41
2.4.2.1	Polysmonographie	41
2.4.2.2	Aktigraphie	42
2.4.2.3	Messung von Haarcortisol	43
2.5	Behandlung nicht-organischer Schlafstörungen im Kleinkindalter	44
2.5.1	Aktueller Forschungsstand	44
2.5.1.1	Psychoedukation	46
2.5.1.2	Schlafhygiene	46
2.5.1.3	Extinktion	48
2.5.1.4	Weitere behaviorale Methoden zur Verbesserung des Schlafverhaltens	50
2.5.1.5	Das Zürcher Beratungskonzept	52
2.5.1.6	Exkurs: Co-Sleeping	53
2.6	Das Elterntrainingsprogramm Mini-KiSS	54
2.6.1	Grundsätzliches zu Elterntrainings	55
2.6.2	Das Trainingsprogramm Mini-KiSS	57
2.7	Gesamtfragestellung	62
3	ANALYSE DES ELTERLICHEN WISSENS	64
3.1	Fragestellung und Hypothesen	65
3.2	Methoden	66
3.2.1	Konzeption des Fragebogens	66
3.2.1.1	Einleitung der Befragung	66
3.2.1.2	Der Fragenkatalog	66
3.2.2	Ablauf der Untersuchung	69
3.2.3	Beschreibung der Stichprobe	70
3.2.4	Datenaufbereitung und Datenanalyse	71
3.2.4.1	Geschlossene schlafbezogene Fragen	71
3.2.4.2	Offene schlafbezogene Fragen	72
3.2.4.3	Demographische Angaben und Angaben zu eigenen Kindern	72
3.3	Ergebnisse	73
3.3.1	Geschlossene schlafbezogene Fragen	73
3.3.2	Offene schlafbezogene Fragen	74
3.3.3	Zusammenhänge zwischen Wissen und demographische Angaben sowie Angaben zu eigenen Kindern	75
3.4	Diskussion	76
3.4.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	76
3.4.1.1	Geschlossene schlafbezogene Fragen	77
3.4.1.2	Offene schlafbezogene Fragen	81
3.4.1.3	Demographische Angaben und Angaben zu eigenen Kindern	84
3.5	Methodische Kritik	85

3.6	Fazit	86
4	LITERATURANALYSE VON ELTERNRATGEBERN	89
4.1	Einführung in die Erziehungsratgeberliteratur	89
4.1.1	Definition und Kategorisierung	89
4.1.2	Diskurs über Erziehungsratgeber in der wissenschaftlichen Literatur	91
4.1.3	Kritik an Ratgeberliteratur in den Erziehungswissenschaften	92
4.1.4	Herleitung der Fragestellung zur Literaturanalyse	94
4.2	Analyse populärwissenschaftlicher Ratgeberliteratur für Schlaf im Kindesalter	95
4.2.1	Methodik	95
4.2.1.1	Vorgehen bei der Inhaltsanalyse für das Kindesalter	95
4.2.1.2	Auswahlkriterien	96
4.2.1.3	Kategorienbildung	97
4.2.2	Ergebnisse	97
4.2.2.1	Jedes Kind kann schlafen lernen, Kast-Zahn und Morgenroth	97
4.2.2.2	So schläft mein Kind die ganze Nacht, Brazelton und Sparrow	101
4.2.2.3	Ich will bei euch schlafen, Lüpold	103
4.2.2.4	Einschlafen, Durchschlafen und Ausschlafen, Friedrich und Friebel	106
4.3	Analyse populärwissenschaftlicher Ratgeberliteratur für Schlaf im Kleinkindalter	108
4.3.1	Methodik	108
4.3.1.1	Vorgehen bei der Inhaltsanalyse für das Kleinkindalter	108
4.3.1.2	Auswahlkriterien	109
4.3.1.3	Kategorienbildung	111
4.3.2	Ergebnisse	112
4.3.2.1	Schlafen statt Schreien, Pantley	112
4.3.2.2	Das Neue Ein- und Durchschlafbuch, Weidemann-Böker	116
4.3.2.3	Babywise, Ezzo und Bucknam	119
4.3.2.4	Schlafen und Wachen, Sears	124
4.3.2.5	Besucherritze, Solmaz	128
4.3.2.6	Endlich durchschlafen, Rankl	133
4.4	Diskussion	137
4.4.1	Elternratgeber für das Kindesalter	140
4.4.2	Elternratgeber für das Baby- und Kleinkindalter	141
4.5	Methodische Kritik	143

4.6	Fazit	144
4.6.1	Persönliches Fazit	145
5	EXTERNE VALIDITÄT DES MINI-KISS-TRAININGS	147
5.1	Methoden	147
5.1.1	Studiendesign und -Ablauf	148
5.1.2	Fragestellungen und Hypothesen	150
5.1.2.1	Experimental- vs. Wartegruppe	150
5.1.2.2	Fragestellung I: Verlaufsmessung	155
5.1.2.3	Fragestellung II: Objektive Maße	160
5.1.2.4	Fragestellung III: Bewertung der Gesamtwirkung des Trainings	160
5.1.3	Stichprobe	161
5.1.3.1	Eltern	161
5.1.3.2	Kinder	162
5.1.4	Erhebungsinstrumente	163
5.1.4.1	Subjektive Maße	163
5.1.4.2	Objektive Maße	172
5.1.5	Datenanalyse	173
5.1.5.1	Vergleich Experimental- vs. Wartegruppe	173
5.1.5.2	Fragestellung I: Verlaufsmessung	179
5.1.5.3	Fragestellung II: Objektive Maße	182
5.1.5.4	Aktigraphie	182
5.1.5.5	Haarcortisolanalyse	183
5.1.5.6	Fragestellung II: Trainingsevaluation	184
5.2	Ergebnisse	184
5.2.1	Vergleich Experimental- vs. Wartegruppe	184
5.2.2	Fragestellung I: Verlaufsmessung	187
5.2.3	Fragestellung II: Objektive Maße	197
5.2.4	Fragestellung III: Trainingsevaluation	198
5.3	Diskussion	198
5.3.1	Vergleich von Experimental- und Wartegruppe	199
5.3.2	Fragestellung I: Verlaufsmessung	200
5.3.3	Fragestellung II: Objektive Maße	205
5.3.4	Fragestellung III: Trainingsevaluation	207
5.4	Methodische Kritik	207
5.5	Fazit	210
6	AUSBLICK	211
A	ANHANG	214
A.1	Elternbefragung: Wissensfragen	215
A.2	Elternbefragung: Anwendungsfragen	217
A.3	Elternbefragung: Beantwortung der Wissensfragen	218
A.4	Elternbefragung: Beantwortung der Anwendungsfragen	220

A.5	Literaturanalyse: Tabellarische Übersicht	221
A.6	Mini-KiSS: Elterninformationsschreiben	225
A.7	Mini-KiSS: Aufklärungsschreiben	227
A.8	Mini-KiSS: Einverständniserklärung	229
A.9	Mini-KiSS: Fragebogen zur schlafbezogenen Selbstwirksamkeit	230
A.10	Mini-KiSS: Elternschlafprotokoll	231
A.11	Mini-KiSS: Kinderschlafprotokoll	233
A.12	Mini-KiSS: Gesamtevaluation	235

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1	Elternbefragung zur geschätzten kindlichen Schlafdauer	76
Abbildung 2	Studiendesign zur Prüfung der externen Validität. . . .	150
Abbildung 3	Graphische Darstellung zum Ablauf der Wartegruppen-Untersuchung.	152
Abbildung 4	Studiendesign zur Prüfung der kurz- und langfristigen Effekte des Mini-KiSS-Trainings.	157
Abbildung 5	Anzahl erfüllter Diagnosen im Verlauf.	190
Abbildung 6	Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen im Verlauf.	191
Abbildung 7	Angaben zur kindlichen Schlafsymptomatik.	192
Abbildung 8	Angaben zur mütterlichen Schlafsymptomatik.	193
Abbildung 9	CBCL-Gesamtwerte im Verlauf.	194
Abbildung 10	SEL-Skalenwerte im Verlauf.	197

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	Übersicht über die häufigsten primären Schlafstörungen im Kleinkindalter.	16
Tabelle 2	Klassifikation der Sleep Onset Protodyssomnia.	21
Tabelle 3	Klassifikation der Night Waking Protodyssomnia.	22
Tabelle 4	Diagnostizierbare Schlafstörungen nach dem Elterninterview.	40
Tabelle 5	Inhalte der Sitzungen des Mini-KiSS-Trainings.	61
Tabelle 6	Antworten der Eltern auf die Wissens- und Anwendungsfragen.	75
Tabelle 7	Übersicht über die zur Feinanalyse herangezogene Ratgeberliteratur.	112
Tabelle 8	Absolute Häufigkeiten bezüglich der elterlichen Schulbildung.	163
Tabelle 9	Diagnostizierte kindliche Schlafstörungen in der Gesamtstichprobe.	164
Tabelle 10	Überblick über die verwandten Instrumente.	165
Tabelle 11	Deskriptive Daten und Ergebnisse des Gruppenvergleichs.	185
Tabelle 12	Prüfung der Veränderungen in der WG von t_0 zu t_1 : Primäre Outcomemaße.	186
Tabelle 13	Prüfung der Veränderungen in der WG von t_0 zu t_1 : Sekundäre Outcomemaße.	187
Tabelle 14	Prüfung der WG und EG zu t_1 : Primäre Outcomemaße.	188
Tabelle 15	Prüfung der WG und EG zu t_1 : Sekundäre Outcomemaße.	189
Tabelle 16	Aktigraphie-Messung: Prä-Post-Vergleich.	198
Tabelle 17	Gesamtbeurteilung des Elterntrainings Mini-KiSS 12 Monate nach Teilnahme.	199

EINLEITUNG

Ausreichend Schlaf ist insbesondere im Kindesalter von großer Bedeutung für das Wachstum, die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes sowie für die Reifung des zentralen Nervensystems (**Birbaumer_2010; Wiater_2014**). Säuglinge und Kleinkinder benötigen deutlich mehr Schlaf als Erwachsene. In den ersten Lebenswochen verbringen Säuglinge durchschnittlich 16 bis 18 Stunden schlafend, ferner haben viele Kinder bis zum vierten Lebensjahr auch tagsüber noch kürzere Schlafphasen (**deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011**). Aufgrund der Ausbildung des circadianen Rhythmus' in den ersten Lebensjahren wachen Babys und Kleinkinder nachts häufig auf und müssen das Durchschlafen erst erlernen (**Galland_2012; Teschler_2009**). Passage-re Schlafschwierigkeiten sind insbesondere in der frühen Kindheit ein häufiges Phänomen, da der Schlaf vielen Veränderungen unterworfen ist (**Scholtes_2014**). Schlarb und Kollegen **Schlarb_2011** zufolge berichten 15 bis 35% der Eltern von Ein- bis Fünfjährigen über häufige Schlafprobleme ihrer Kinder. Säuglinge und Kleinkinder, die noch nicht über eine ausreichende Selbstregulation verfügen, äußern ihre Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten primär durch Schreien oder Rufen, auf das eine Reaktion der Eltern folgt. Anhaltende Schlafprobleme beeinflussen somit das gesamte familiäre Leben (**boergers_2007; Cao_2008; Meltzer_2007**) und können sich auf Wohlergehen und Verhalten im Jugend- und Erwachsenenalter negativ auswirken (**Gregory_2005; Wong_2004**). Die Prävalenzangaben zu Schlafstörungen bei Kindern sind äußerst inkonsistent. Meltzer und Kollegen **Meltzer_2010** geben diagnostizierte Schlafprobleme bei Kleinkindern mit 3,7% an, während in weiteren Studien Prävalenzen von 10 bis 16% Schlafprobleme im Kleinkindalter berichtet werden (**Byars_2012; Petit_2007**). Zusätzlich wird von einer Persistenz kindlicher Schlafprobleme vom Kindergartenalter bis hin

zum Schulalter von 9% ausgegangen (**Simola_2012**). Aufgrund der zum Teil gravierenden Folgen kindlicher Schlafstörungen ist es wichtig, dass die Eltern als gerade bei kleinen Kindern Hauptbetroffene die Situation einschätzen und eventuell entsprechende Maßnahmen ergreifen können. Die elterliche Informiertheit über den gesunden kindlichen Schlaf sowie über Präventions- und Interventionsmöglichkeiten bei Schlafstörungen ist deshalb von hoher Bedeutung. Vor diesem Hintergrund besteht die vorliegende Arbeit aus drei Teilen. Es wurde zunächst das elterliche Wissen über Schlaf im Kleinkindalter erfasst. Dafür wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Fragebogen entwickelt und im Online-Format einer Elternstichprobe vorgelegt. Ferner war nachfolgend von Interesse, was für niederschwellige Maßnahmen es für Eltern zum Umgang mit Schlafschwierigkeiten im Kleinkind- und Kindesalter gibt. Dafür wurde Elternratgeberliteratur für Schlafschwierigkeiten für das Kindesalter einerseits und für das Kleinkindalter andererseits nach literaturanalytischen Gesichtspunkten betrachtet. Zudem wurde abschließend in der vorliegenden Arbeit eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt und evaluiert: Die externe Validität des Elterntrainings für Schlafstörungen „Mini-KiSS“ (**Schlarb_2014**) für Kinder zwischen sechs Monaten und vier Jahren wurde im Langzeitverlauf sowie mit Hilfe von objektiven Parametern untersucht.

THEORETISCHER HINTERGRUND

2.1 GRUNDLEGENDES ÜBER SCHLAF

Im folgenden Kapitel wird zunächst der allgemeine theoretische Hintergrund der vorliegenden Arbeit präsentiert. Dabei wird auf die unterschiedlichen Schlafstadien eingegangen und ferner werden Modelle der Schlaf-Wach-Regulation vorgestellt. In den folgenden Unterkapiteln wird Relevantes zum Thema Schlaf im Kleinkindalter, dessen Funktionen sowie zum frühkindlichen Schlafbedarf dargestellt, anschließend auf Schlafstörungen im Kleinkindalter und die Klassifikation dieser näher eingegangen, zudem wird über die Ätiologie und Prävalenzen berichtet. Auch auf die Auswirkungen kindlicher Schlafschwierigkeiten sowohl auf das Kind selbst als auch auf die Eltern wird eingegangen und diagnostische Verfahren werden präsentiert. Das Kapitel schließt mit der Vorstellung verschiedener Interventionsformen bei nicht-organischen Schlafstörungen im Kleinkindalter sowie der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Gesamtfragestellung.

2.1.1 *Die Schlafstadien*

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Auffassung verbreitet, dass das Gehirn im Schlaf gänzlich inaktiv sei und der Schlaf einen starken Kontrast zum neuronal betriebsamen Wachzustand darstelle (Piosczyk_2009). Diese Hypothese widerlegten Aserinsky und Kleitman mit der Entdeckung des REM-Schlafes im Jahr 1953. Sie fanden im Elektroenzephalogram (EEG) regelmäßige Unterbrechungen des schlaftypischen neuronalen Aktivierungsmusters, während der das Gehirn stark erregt ist und schnelle Augenbewegungen produziert. Schlaf konnte also kein passiver und gleich-

förmiger Zustand, sondern musste ein aktiver, inhomogener Arbeitsmodus des Gehirns sein (Aserinsky_1953).

Heute ermöglicht das EEG eine detaillierte Darstellung neuronaler Aktivität während verschiedener Schlafphasen und eine Zuordnung spezifischer Hirnaktivitätsmuster zu den drei Bewusstseinsstadien Wachsein, REM-Schlaf und Tiefschlaf. Im Wachzustand mit geschlossenen Augen zeigt sich im EEG eine gleichförmige, idealerweise sinusförmig verlaufende Welle mit einer Frequenz von etwa 10 Hertz. Sobald der Schlaf beginnt, kommt es zu einer Synchronisation der Neuronen, weshalb die Frequenz der Hirnwellen immer weiter ab-, die Amplitude hingegen zunimmt (Grozinger_2008). Dieser sogenannte Non-REM-Schlaf gliedert sich in die leichten Schlafstadien S₁ und S₂ und das Tiefschlafstadium S₃, während dem Signale mit den höchsten Amplituden und den niedrigsten Frequenzen sichtbar werden. Aufgrund seiner langsamen EEG-Wellen heißt dieser Schlaftypus auch Slow-Wave-Sleep (SWS). An diese drei Schlafstadien schließt sich ca. alle eineinhalb Stunden der REM-Schlaf an. Erkennbar ist dabei eine Desynchronisation im EEG; das Signal nähert sich wieder dem des Wachzustandes an. Der REM-Schlaf wird aufgrund dieser starken Ähnlichkeit zum Wachzustand auch als „paradoxe Schlaf“ bezeichnet. Allerdings unterscheidet er sich vom Wachsein insofern, als dass eine Muskelatonie, d.h. eine Lähmung der Skelettmuskulatur, sowie ein etwas anderes Muster neuronaler Aktivität auftreten. Weitere Kennzeichen des REM-Schlafes sind die namensgebenden schnellen Augenbewegungen „Rapid-Eye-Movements“ und die erhöhte Aktivierung verschiedener vegetativer Funktionen wie Atmung oder Herzschlag (Birbaumer_2010).

Der Zyklus aus Non-REM- und REM-Schlaf wird bei Erwachsenen im Laufe der Nacht vier bis fünf Mal durchlaufen, wobei in den ersten Zyklen der Anteil des Tiefschlafs größer ist, während in den letzten Zyklen der REM-Schlaf intensiver ist (Birbaumer_2010). Das Zustandekommen des REM-Non-REM-Zyklus erklärt das Modell der reziproken Interaktion von Hobson

und McCarley **Hobson_1971** Es führt das Umschalten zwischen den beiden Schlafstadien auf ein Wechselspiel der Aktivität aminerg und cholinerg Neuronengruppen im Hirnstamm zurück. Während des Non-REM-Schlafes sind aminerge Neurone, sogenannte REM-Aus-Neurone aktiv. Diese liegen im Nucleus Raphé und im Locus Coeruleus und schütten Serotonin bzw. Noradrenalin aus. Sie hemmen cholinerge REM-An-Zellen in der Formatio reticularis des Hirnstamms und führen so zum Non-REM-Schlaf. Nach einiger Zeit steigt die Aktivität der REM-An-Zellen in Folge einer Autoinhibition der aminergen REM-Aus-Zellen an. Die Ausschüttung des Neurotransmitters Acetylcholin (ACh) wird verstärkt und der REM-Schlaf ausgelöst. Wenig später stimulieren die cholinergen Neurone wiederum die REM-Aus-Neurone, sodass es automatisch wieder zu einer Umschaltung von REM- zu Non-REM-Schlaf kommt.

2.1.1.1 *Die Schlafstadien im Säuglingsalter*

Im Gegensatz zu Kindern und Erwachsenen werden im Säuglingsalter nicht vier Schlafstadien unterschieden, sondern es wird lediglich aktiver von ruhigem Schlaf abgegrenzt (**anders_1971**). Früh- und Neugeborene verbringen ca. 60% ihrer Schlafzeit im aktiven Schlaf, dieser Anteil verringert sich bis zum Alter von etwa sechs Monaten auf ca. 25%, was annähernd dem REM-Schlaf-Anteil Erwachsener entspricht (**anders_1971**). Der aktive Schlaf wird als unreife Form des REM-Schlafes verstanden, wohingegen der ruhige Schlaf dem späteren Tiefschlaf ähnelt. Zur Differenzierung der beiden Schlafstadien werden nach Anders und Kollegen **anders_1971** sowohl das Verhalten als auch die Aktivität im EEG herangezogen: Im ruhigen Schlaf verhält sich das Kind insgesamt ruhig und zeigt im EEG niederfrequente, hochamplitudige Wellen. Im aktiven Schlaf bewegt sich das Kind vermehrt und zeigt nieder- oder gemischtamplitudige Wellen mit höherer Frequenz. Bei sehr unreifen oder frühgeborenen Kindern ist diese Differenzierung der zwei Schlafstadien erschwert, es kommt noch ein weiteres Schlafstadium hinzu, der sogenannte indeterminierte Schlaf (**anders_1971**).

Ein Schlafzyklus dauert im Säuglingsalter ungefähr 50 bis 60 Minuten und ist somit deutlich kürzer als im Erwachsenenalter, wo er ca. 90 bis 110 Minuten dauert. Auch die Schlafperioden sind deutlich kürzer und dauern nur zwei bis vier Stunden. Ab dem sechsten Lebensmonat findet der Hauptanteil des Gesamtschlafs nachts statt und die Schlafperioden werden länger (**Iglowstein_2003; wiater_2011**).

2.1.2 Modelle der Schlaf-Wach-Regulation

Beim Menschen werden nach dem 2-Prozess-Modell der Schlafregulation zwei Prozesse angenommen, die Schlafen und Wachen steuern: der zirkadiane Prozess und die Schlafhomöostase (**borbely_1982; daan_1984; Jenni_2006**). Der zirkadiane Prozess (lat. circa dies = ungefähr ein Tag) ist regelmäßig und schlafunabhängig, er ermöglicht es dem Individuum, nachts zu schlafen und tagsüber wach und geistig aktiv zu sein. Er ist in den suprachiasmatischen Kernen (SCN) des Zwischenhirns lokalisiert und steuert neben Wachen und Schlafen auch weitere körperliche Prozesse wie Temperatur, Atmung und Blutdruck (**lohr_1999**). Diese sogenannte „innere Uhr“ in den SCN wird mit regelmäßig wiederkehrenden Umgebungsfaktoren synchronisiert, beispielsweise mit dem 24-h-Tag-Nacht-Wechsel. Der wichtigste äußere Zeitgeber ist das Tageslicht, daneben sind auch soziale Kontakte, Nahrungsaufnahme und Geräuschpegel bei der Anpassung der inneren Uhr wichtig (**Birbaumer_2010**). Dem zirkadianen Prozess gegenüber steht der homöostatische, schlafabhängige Prozess. Während der Wachphasen entsteht eine „Schlafschuld“: Schlafbereitschaft und Schlafdruck nehmen so weit zu, dass ein Einschlafen ermöglicht wird. Je länger die Wachphase andauert, desto höher steigen sowohl Schlafbereitschaft als auch Schlafdruck und desto längere Schlafphasen werden ermöglicht. Der abendliche Schlafdruck wird im Laufe des Nachtschlafs abgebaut. Nach Schlafentzug kommt es zu einer kompensatorischen Zunahme von Schlaftiefe und -dauer (**borbely_1984**). Die Schlafhomöostase wird über die Einschlaflatenz (Zeit bis zum Einschlafen) erfasst. Ein weiterer physiologischer Marker der Schlafhomöostase ist die

niedrigfrequente Aktivität im EEG während des Tiefschlafs (Deltaaktivität im Non-REM-Schlaf: 0,75 – 0,45 Hz), die bei Schlafentzug in der folgenden Nacht ansteigt. Anatomisch gibt es bisher keine Lokalisation der Schlafhomöostase analog zur inneren Uhr. Um die Funktion der Schlafhomöostase zu erklären, werden verschiedene neuronale Mechanismen vermutet: Während des Wachens reichert sich im Gehirn Adenosin an, das über den Tag hinweg Müdigkeit induziert und im Schlaf wieder abgebaut wird (**porkka-heiskanen_1997**). Nach Tononi und Cerelli **Tononi_2006** führen neuronale Prozesse im Wachen zu einer Verstärkung synaptischer Verbindungen. Nimmt diese synaptische Stärke mit zunehmendem Wachzustand ab, steigt der Schlafdruck an. Die niedrigfrequente EEG-Aktivität im Schlaf schwächt diese Verstärkung wieder auf ein energetisch tragbares Niveau ab, was für Lernen und die Konsolidierung von Gedächtnisinhalten notwendig ist (synaptic sleep homeostasis, siehe Kapitel [2.2.1](#)). Der homöostatische und der zirkadiane Prozess sind aufeinander so abgestimmt, dass sie sich ergänzen.

Der Übergang von Wachen zu Schlafen und umgekehrt erfolgt im Sinne eines Flip-Flop-Modells (**Saper_2001**; **Saper_2005**). Die monoaminergen Kerne (der noradrenerge Locus coeruleus oder die serotonergen dorsalen Raphé-Kerne) begünstigen dabei durch direkte exzitatorische Wirkungen auf den Cortex und eine Hemmung der Schlaf-begünstigenden Neurone des ventralen lateralen präoptischen Areals (VLPO) Wachheit. Im Schlaf hingegen hemmen die VLPO-Neurone die monoaminerg-vermittelten Regionen des aufsteigenden retikulären Aktivierungssystems (ARAS) durch GABAerge und galaterge Projektionen. Durch diese reziproke Inhibition werden intermittierende Zustände zwischen Schlafen und Wachen vermieden.

Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafprobleme und vermehrte Tagesmüdigkeit können als Folge von Störungen der Regulation dieser Prozesse auftreten.

2.1.2.1 *Entwicklung der Schlafregulation im Kleinkindalter*

Nächtliches Durchschlafen ist Säuglingen nicht angeboren: In den ersten Lebensmonaten reifen die oben genannten Regulationsprozesse aus und ermöglichen so erst das Durchschlafen (**Jenni_2006**). Nach Rivkees (**Rivkees_2003**) existiert der zirkadiane Prozess bereits nach der Geburt. Im Gegensatz zu älteren Kindern und Erwachsenen scheint bei Säuglingen das Tageslicht zunächst jedoch weniger wichtig für die innere Uhr zu sein als soziale Zeitgeber wie Ernährung, Spiel oder soziale Kontakte (**Jenni_2006; Iohr_1999**). Dies weist darauf hin, wie wichtig eine regelmäßige Tagesstruktur und Rituale für ein gesundes Schlafverhalten sind, denn eine Regelmäßigkeit im äußeren Tagesablauf fördert die Entwicklung der inneren Uhr.

Wie verschiedene Studien zeigten, unterliegt auch die Schlafhomöostase einer Reifungsentwicklung. Neugeborene regulieren ihren Schlaf noch nicht homöostatisch, es wird während des Wachseins keine Schlafschuld aufgebaut und Wachzeiten werden nicht mit tiefem und oder längerem Schlaf ausgeglichen (**jenni_2004; peirano_2003**). Erst im zweiten oder dritten Lebensmonat setzt die homöostatische Regulation ein (**peirano_2003**). Säuglinge zeigen jedoch einen schnellen Anstieg und Abbau der Schlafschuld, was sich in einem insgesamt polyphasischen (mehrere Schlaf- und Wachphasen über 24h verteilt) Schlafmuster zeigt (**Jenni_2006**). Die Entwicklung der homöostatischen Regulation kann im Gegensatz zur zirkadianen Regulation nicht von außen beeinflusst werden.

In den ersten Monaten sind Tag- und Nachtschlaf ungefähr gleich lang (**Iglowstein_2003**). Mit der Anpassung der inneren Uhr an den 24h-Tag-Nacht-Wechsel und einer zunehmenden Reifung der homöostatischen Regulation gelingt es den Kindern vermehrt, tagsüber längere Zeit am Stück wach zu sein und in Folge dessen baut sich der homöostatische Schlafdruck langsamer auf (**Jenni_2006**).

2.2 DER SCHLAF IM KLEINKINDALTER

Generell kennzeichnen den kindlichen Schlaf eine kurze Einschlafzeit, eine hohe Schlafeffizienz und frühmorgendliches Erwachen (Fricke-Oerkermann_2007-1). Darüber hinaus weist der Schlaf im Kindesalter einige Besonderheiten wie eine längere Schlafdauer, verstärkte Körperbewegungen, den Gebrauch von Übergangsobjekten und das Co-Sleeping auf. Im folgenden Kapitel wird der kindliche Schlaf hinsichtlich seiner charakteristischen Merkmale vorgestellt. Zunächst wird auf die Funktionen des kindlichen Schlafes und den Schlafbedarf im Kleinkindalter sowie anschließend auf die Entwicklung der Schlafregulation eingegangen.

2.2.1 *Die Funktionen des kindlichen Schlafes*

Im Kindesalter nimmt der REM-Schlaf eine besondere Rolle ein. Der hohe REM-Anteil zur Geburt scheint in Verbindung zum Reifegrad des Neugeborenen zu stehen. Sein Anteil ist vor und nach der Geburt, in der Hochphase der Hirnentwicklung und insbesondere der Reifung sensorischer Areale, maximal (Birnholz_1981; Hobson_2009). Deswegen wird diesem Schlafstadium eine evolutionäre Bedeutung zugewiesen. In seiner Proto-Consciousness-Theorie greift Hobson Hobson_2009 diese Hypothese auf. Darin postuliert er, dass der physiologische Zustand des REM-Schlafes der funktionellen Vorbereitung des menschlichen Gehirns auf die vielfältigen Anforderungen des Wachlebens dient (Hobson_2009). Laut dieser Theorie sind der REM-Schlaf und das damit hochkorrelierte Erlebnis des Träumens (Aserinsky_1953) von fundamentaler Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des menschlichen Wachbewusstseins (Hobson_2009). Der Begriff der Proto-Consciousness kann darauf zurückgeführt werden, dass im REM-Schlaf bzw. -Traum eine Art Vor-Bewusstsein geschaffen wird, die dem Wachbewusstsein als Grundlage und Unterstützung dienen soll. Das Träumen ist nach Hobson also keine bloße Wiedergabe des Wachlebens, sondern vielmehr ein autokreativer und synthetischer Prozess (Hobson_2009;

Hobson_2011).

Damit sich in den sensorischen Strukturen ferner synaptische Verbindungen aufbauen können, müssen sie stetig durch Reize aktiviert werden. Da Stimuli der Außenwelt aufgrund der fehlenden Reife sensorischer Systeme dafür nicht nutzbar sind, ist hier der neuronal hochaktive REM-Schlaf essenziell. Er kompensiert den Mangel externer Aktivierung durch eine ständige interne Reizung sensorischer Systeme, die von REM-Arealen ins Vorderhirn geleitet wird (**Birbaumer_2010**). Auch Untersuchungen an neugeborenen Tieren zeigten, dass unreifere Säugetierjungen zum Zeitpunkt der Geburt einen höheren Anteil an REM-Schlaf aufweisen (**wiater_2011**). Dieser Hypothese zufolge ist REM-Schlaf mit zunehmendem Lebensalter überflüssig (**Birbaumer_2010**). Eine weitere mögliche Ursache der REM-Dominanz im frühen Kindesalter ist seine Bedeutung für die Proteinsynthese. Verschiedene Zelltypen stellen während dieser Schlafphase vermehrt Ribonukleinsäure (RNA) und Desoxyribonukleinsäure (DNA) her. Bei REM-Deprivation zeigt sich in Tierstudien eine deutliche Reduktion dieser Prozesse mit problematischen Folgeerscheinungen. Besonders schädlich ist REM-Entzug in der Kindheit, in der RNA- und DNA-Synthese unverzichtbar sind für Gedächtnis und kognitive Funktionen, aber auch körperliche Entwicklungen (**Birbaumer_2010**).

Der hohe Anteil an Tiefschlaf kann ebenfalls auf verschiedenen Faktoren zurückgeführt werden. Beispielsweise kommt es während dieser Schlafphase vermehrt zur Ausschüttung von Wachstumshormonen, die für die Entwicklung des Kindes wesentlich sind. Weiterhin spielt der Tiefschlaf eine wichtige Rolle für immunologische Vorgänge (**Birbaumer_2010**), die besonders im Kindesalter, das eine Hochphase der Immunentwicklung darstellt, bedeutsam sind (**kudielka_2011**). Da der kindliche Organismus sich gegen eine Vielzahl potenzieller Krankheitserreger zur Wehr setzen muss, werden neue Abwehrreaktionen erlernt und es bildet sich ein immunologisches Gedächtnis aus (**gulbins_2005**). Ein größerer Anteil an Tiefschlaf könnte diese Prozesse

fördern.

Auch auf die Gedächtnisentwicklung und –Konsolidierung nimmt der Schlaf Einfluss. Während sich der Tiefschlaf auf die Konsolidierung deklarativer (verbalisierbare und explizite) Inhalte bei Kindern und Erwachsenen ähnlich positiv auswirkt, ist die schlafabhängige Konsolidierung des non-deklarativen Gedächtnisses abhängig vom Entwicklungsstadium. Im Gegensatz zu Erwachsenen, die nach Lernphasen mit prozeduralen (bezogen auf Fertigkeiten und motorische Abläufe) Inhalten ebenfalls von einer Schlafperiode profitieren, ist die Erinnerungsleistung von Kindern nach einer sich anschließenden Wachphase besser (**wilhelm_2008**). Eine eindeutige Erklärung dieser Befunde gibt es bislang nicht, Fischer und Kollegen **Fischer_2007** spekulieren jedoch, dass sich Kinder auch bei der Enkodierung impliziter Lerninhalte auf explizite Informationen konzentrieren und so das non-deklarative Lernen stören.

2.2.2 *Der Schlafbedarf im Kleinkindalter*

Der Schlafbedarf ist in Abhängigkeit sowohl vom Alter als auch von intraindividueneller Variabilität sehr verschieden und auch im Kleinkind- und Kindesalter unterscheiden sich die Kinder bereits deutlich hinsichtlich ihres Schlafbedarfs. Im Rahmen der Zürcher Longitudinalstudien zeigte sich beispielsweise, dass die meisten Säuglinge 14 bis 18 Stunden täglich schlafen (**Iglowstein_2003**). Es gab allerdings auch Kinder, die mit 12 bis 14 Stunden auskamen, während andere bis zu 20 Stunden täglich schliefen (**Iglowstein_2003**). Im Alter von 12 Monaten hat sich bereits die Gesamtschlafzeit von 16 bis 18 Stunden auf 14 bis 15 Stunden reduziert und es finden noch zwei kurze Tagesschlafphasen statt (**wiater_2011**). Bis ins Jugendalter hinein reduziert sich der Gesamtschlaf weiter, im Mittel schlafen Erwachsene sieben Stunden, um leistungsfähig zu sein, die meisten brauchen zwischen fünf und neun Stunden Schlaf pro Nacht (**groeger_2004**).

Der individuelle Schlafbedarf erweist sich als eine relativ stabile Größe; Säuglinge, die nur wenig Schlaf brauchen, werden auch im Kindes- und Erwachsenenalter im Vergleich zur Altersnorm wahrscheinlich tendenziell wenig schlafen (Jenni_2007). Der Schlafbedarf wird von individuellen Ausprägungen der homöostatischen und zirkadianen Schlafregulation (siehe auch Kapitel 2.1.2) beeinflusst. Über die Kindheit hinweg verlangsamen sich die Prozesse der Schlafhomöostase, beispielsweise baut sich der Schlafdruck im Tagesverlauf langsamer auf, um es den Kindern zu ermöglichen, immer längere Phasen am Tag wach zu sein (Jenni_2006-1). Bei Kindern, die eher wenig Schlaf brauchen, baut sich die homöostatische Schlafschuld im Lauf der Nacht schnell ab (Jenni_2006-1), d. h. die Kinder sind früher ausgeschlafen.

2.3 SCHLAFSTÖRUNGEN IM KLEINKINDALTER

Im folgenden Kapitel wird auf Möglichkeiten der Klassifikation frühkindlicher Schlafstörungen nach unterschiedlichen Kriterien eingegangen. Des Weiteren werden Angaben zu Häufigkeiten von Schlafschwierigkeiten im Kindesalter sowie zur Entstehung und möglicher Konsequenzen dieser gemacht.

2.3.1 *Allgemeine Fragen der Klassifikation von Schlafstörungen im Kleinkindalter*

Bei der Klassifikation von Schlafstörungen im Kleinkindalter stellen sich zunächst generell die folgenden Fragen:

- Ab wann kann von einer Schlafstörung bei einem Kleinkind gesprochen werden?

Da die Schlaf-Wach-Regulation auch von reifungsbedingten Faktoren abhängt und entsprechend Einschlafprobleme und nächtliches Aufwachen in den ersten Lebenswochen und –Monaten normal sind, kann erst ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres von Schlafstörungen gesprochen werden. Das Kind ist nun in der Lage, einen Tag-Nacht-Rhythmus auszubilden sowie fünf Stunden am Stück nachts durchzuschlafen ohne

Nahrung zu benötigen (**von_Hofacker_1998**). Die Dauer der Beschwerden ist ebenfalls ein klinisch bedeutsames Kriterium für die Diagnose von Schlafstörungen im frühen Kindesalter (**Fricke-Oerkermann_2007-2**). Behandlungsbedürftig sind Schlafprobleme, wenn sie mindestens einen Monat lang anhalten, zwei bis drei Mal pro Woche auftreten sowie klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen hervorrufen (**american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2014 Fricke-oerkermann_2007**). Daraus ergibt sich die Frage, inwiefern Schlafstörungen im Kleinkindalter klinisch bedeutsames Leiden für andere, in diesem Fall die Eltern, hervorrufen.

- Ist als Diagnosekriterium der elterliche Leidensdruck ob der kindlichen Schlafschwierigkeiten zu sehen?

Bei nicht-organischen Schlafstörungen handelt es sich um psychosomatische Störungen, die als psychische Erkrankungen definiert und diagnostiziert werden (**dilling_2008**). Dementsprechend können auch zur Unterstützung der Diagnostik nicht-organischer Schlafstörungen im Kleinkindalter allgemein gültige Merkmale psychischer Störungen herangezogen werden. Zu diesen gehört nach Davison und Kollegen **davison_2007** persönliches Leid. Laut Barth **Barth_1999** besteht ein kindliches Schlafproblem, wenn das kindliche Schlafverhalten den Eltern Anlass zur Sorge um das Kindeswohl bietet oder eine Belastung für die Eltern darstellt. Im Widerspruch dazu gehen Gaylor, Goodlin-Jones und Anders in ihrem Konzept der Protodyssomnien **gaylor_2001** davon aus, dass frühkindliche Schlafstörungen nicht anhand des elterlichen Leidensdrucks diagnostiziert werden sollten. Laut der Autoren stellen sich bei Eltern Gewöhnungseffekte ein und diese unterschätzten dann die Schlafprobleme ihres Kindes systematisch (siehe Kapitel [2.3.2.2](#)). Ein weiterer Versuch, Schlafstörungen an Kriterien zu binden, wurde von Minde, Faucon und Falkner **Minde_1994** unternommen, die ein Schlafproblem dann als solches bezeichnen, wenn das Kind

1. an vier oder mehr Nächten pro Woche häufiger als zweimal pro Nacht wach wird und/oder

2. länger als 20 Minuten pro Nacht wach ist oder
3. mit ins elterliche Bett genommen wird
4. länger als 30 Minuten verweigert, ins Bett zu gehen bzw. das Ein- und / oder nächtliche Wieder-Einschlafen elterliche Anwesenheit benötigt.

Es wird deutlich, dass es unterschiedliche Auffassungen des Terminus' „Schlafproblem“ und „Schlafstörung“ gibt und entschieden werden muss, anhand welcher Kriterien Diagnosen vergeben werden.

2.3.2 *Klassifikation von Schlafstörungen im Kleinkindalter*

Das Hauptklassifikationssystem für Schlafstörungen, die International Classification of Sleep Disorders (ICSD) der American Academy of Sleep Medicine (AASM) wird im folgenden Abschnitt beschrieben. Anhand der ICSD wurde auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit vorgegangen. Anschließend wird ein weiteres Klassifikationssystem, das Konzept der Protodyssomnien von Gaylor und Kollegen **gaylor_2001** vorgestellt.

2.3.2.1 *Klassifikation nach ICSD*

Ein speziell für Schlafstörungen entwickeltes Klassifikationssystem ist die von der American Academy of Sleep Medicine (AASM) herausgegebene International Classification of Sleep Disorders (ICSD), die in der zweiten Auflage im Jahr 2005 (ICSD-II) und in der dritten und aktuellen Auflage (ICSD-III) im Jahr 2014 erschienen ist. Die ICSD-III umfasst Schlafstörungen zu folgenden sieben Hauptkategorien: Insomnien, schlafbezogene Atmungsstörungen, Hypersomnien zentralnervösen Ursprungs, zirkadiane Rhythmus-Schlafstörungen, Parasomnien, schlafbezogene Bewegungsstörungen und andere Schlafstörungen. Während andere Klassifikationssysteme Schlafstörungen v. a. nach ätiologischen Faktoren einteilen, bezieht die ICSD-III zusätzlich die jeweilige Symptomatik und mit der Schlafstörung möglicherweise zusammenhängende Organsysteme ein. Die Untergliederung in die sich so

ergebenden sieben Störungsgruppen hat sich empirisch und praktisch als die sinnvollste erwiesen ([american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2005](#)). Zu jeder Hauptkategorie werden Haupt- und Nebensymptome, demographische Faktoren, Prädispositionen und Auslöser, familiäre Muster, Beginn, Verlauf, Komplikationen, Pathologie und Pathophysiologie, polysomnographische und andere objektive Befunde, Diagnosekriterien, klinische und pathologische Subtypen, ungelöste Probleme und Blick in die Zukunft sowie Differentialdiagnosen aufgeführt. Neben dieser besonders differenzierten Betrachtung von Schlafstörungen spricht für die Verwendung der ICSD-III, dass sie eine Schlafstörungsklassifikation sowohl für Erwachsene als auch für Kinder ermöglicht. Die im Kleinkindalter häufigsten Schlafstörungen lassen sich nach ICSD-III in zwei Hauptgruppen einteilen: Insomnien und Parasomnien. Unter Insomnien werden Ein- und Durchschlafschwierigkeiten zusammengefasst. Im Kindesalter wird zudem die Behaviorale Insomnie des Kindesalters diagnostiziert. Des Weiteren kommen häufig schlafbezogene Bewegungsstörungen und Atemstörungen wie Schlafapnoen (kurzfristige Atemaussetzer während des Schlafes) vor.

In der neuen Auflage des ICSD, der ICSD-III ([american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2014](#)) wird nicht mehr zwischen den beiden Unterformen der behavioralen Insomnie (siehe Kapitel [2.3.2.1](#)) differenziert, sondern diese wurde zur behavioralen Insomnie des Kindesalters zusammengefasst.

In Tabelle [1](#) sind die häufigsten primären Schlafstörungen im Kindesalter nach ICSD-III aufgeführt.

Behaviorale Insomnien des Kindesalters

Bei der behavioralen Insomnie des Kindesalters werden zwei Formen unterschieden: behaviorale Insomnie vom Typ Einschlafassoziationen (eng.: Sleep onset associations) und behaviorale Insomnie vom Typ Grenzsetzung

Tabelle 1: Übersicht über die häufigsten primären Schlafstörungen im Kleinkindalter nach ICSD-III (american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2014)*.

Altersgruppe	ICSD-III-Kategorie	Beispiele
Säuglinge	Insomnien	Regulationsstörungen
	Bewegungsstörungen	Einschlafmyoklonien
	Atemstörungen	Schlafapnoe-Syndrom Hypoventilationssyndrome
Kleinkinder	Insomnien	Ein- oder Durchschlafstörungen
	Behaviorale Insomnie des Kindesalters	Grenzsetzung
	Parasomnien	Pavor nocturnus Sprechen im Schlaf
	Bewegungsstörungen	Kopfwackeln, Körperrollen
	Atemstörungen	Schlafapnoe-Syndrom Hypoventilationssyndrome
Vorschulkinder	Insomnien	Ein- oder Durchschlafstörungen
	Behaviorale Insomnie des Kindesalters	Grenzsetzung
	Parasomnien	Confusional arousal Schlafwandeln Alpträume Sprechen im Schlaf
	Bewegungsstörungen	Kopfwackeln, Körperrollen Bruxismus
	Atemstörungen	Schlafapnoe-Syndrom Hypoventilationssyndrome

* Sekundäre Schlafstörungen, wie sie im Rahmen organischer Erkrankungen oder unter Medikamenten auftreten können, sind nicht explizit aufgelistet.

(eng.: Limit setting). Bei den Einschlafassoziationen lassen Eltern ihr Kind beispielsweise auf dem Arm, an der Brust oder Flasche oder im fahrenden Kinderwagen einschlafen, was dazu führt, dass das Kind den Zustand des Schlafens als von außen herbeigeführt und an bestimmte Bedingungen geknüpft erlebt. Es findet kein selbstinduziertes (Ein-)Schlafen statt, die Eltern unterstützen somit nicht die selbstregulatorischen Fähigkeiten des Kindes (**Barth_1999**). Die Schwierigkeit besteht darin, dass das Kind nicht alleine in den Schlaf findet, weder beim Einschlafen abends noch beim Wieder-Einschlafen nachts. Das Kind wacht nachts mehrmals auf - jeweils nach Ende eines Schlafzyklus' (siehe 2.2), problematisch wird es in dem Moment, wenn es dem Kind nicht gelingt, wieder selbstständig einzuschlafen, sondern es dafür jedes Mal Unterstützung von den Eltern braucht (**paret_1983**). Diese müssen beispielsweise das Kind aufnehmen, stundenlang herumtragen, füttern, stillen oder mit ins elterliche Bett nehmen.

Auch die behaviorale Insomnie vom Typ Grenzsetzung hängt mit dem elterlichen Verhalten zusammen: Hier versucht das Kind, die Zubettgehzeit hinauszuzögern oder weigert sich nach nächtlichem Erwachen, ins Bett zurück zu gehen. Ursache ist oft die fehlende Grenzsetzung von Seiten der Eltern. Diese reicht nicht aus, um ein angemessenes Schlafverhalten des Kindes zu etablieren. Schwierigkeiten zeichnen sich bei dieser Störung meist auch im Verlauf des Tages ab. Die Grenzsetzung der Eltern ist häufig ebenfalls in anderen Bereichen inadäquat und die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder gehen über die Schlafschwierigkeiten hinaus. Dies führt nicht selten zu familiären Konflikten und hoher Belastung von Eltern und Kind. Die Störung beginnt meist in der frühen Kindheit und lässt mit zunehmendem Alter nach.

Eine nicht-organische Ein- und Durchschlafstörung wie die behaviorale Insomnie sollte nicht vor dem sechsten Lebensmonat diagnostiziert werden, da jüngere Kinder noch kein regelmäßiges Nachtschlafverhalten zeigen (**Fricke-oerkermann_2007**).

Parasomnien

Unter Parasomnien werden unterschiedliche Verhaltensmuster während des Schlafens und des Schlaf-Wach-Übergangs verstanden (Stores_2007). Zu den typischen Parasomnien gehören Pavor nocturnus (nächtliches Angsterschrecken), Confusional arousal (nächtliche Schlaftrunkenheit), Schlafwandeln, Sprechen im Schlaf und Alpträume.

Im Kleinkindalter sind ferner Parasomnien mit rhythmische Kopfbewegungen häufig. Diese sogenannten Einschlafmyoklonien beginnen vor dem Einschlafen und dauern im Schlaf teilweise an (Jenni_2007). Zwischen dem sechsten und 12. Lebensmonat treten bei mehr als der Hälfte der Kinder rhythmische Bewegungen auf, vorzugsweise vor dem Einschlafen und im Laufe der Nacht, aber auch tagsüber, wenn die Kinder sich langweilen oder müde sind (Klackenberg_1968). Es werden verschiedene Formen unterschieden: das Bewegen und Schaukeln von Kopf und Körper (Bodyrocking) mit und ohne Kopfschlagen an das Bettgestell (Headbanging) und das seitliche Rollen und Wackeln von Kopf und Körper (Headrolling oder Bodyrolling). Der Beginn dieser rhythmischen Bewegungsstörungen liegt häufig im ersten Lebensjahr und endet meist spontan im dritten oder vierten Lebensjahr (Klackenberg_1968; Walter_2007). Mit neun Monaten weisen zwei Drittel der Säuglinge diese Myoklonien auf, mit 18 Monaten können diese bei knapp 40% beobachtet werden. Bei den vierjährigen Kindern sind noch knapp 10% betroffen (Klackenberg_1968).

2.3.2.2 Protodyssomnien nach Gaylor

Eine Alternative zur Diagnostik frühkindlicher Schlafstörungen nach ICSD-III (american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2014) bietet das Konzept der Protodyssomnien von Gaylor und Kollegen gaylor_2001 auf Basis des DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®, 2000). Es wurde entwickelt, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass kleine Kinder selten die vollen Kriterien einer Schlafstörung

erfüllen, sondern vor allem Gefahr laufen, im Entwicklungsverlauf eine Schlafstörung zu bekommen, wenn sie schon als Säugling und Kleinkind Schlafprobleme hatten. Diese Diagnosekriterien zeichnen sich dadurch aus, dass die Protodyssomnien erst ab einem Alter von 12 Monaten diagnostiziert werden. Ferner spielt der elterliche Leidensdruck für die Diagnose keine Rolle, weil die Autoren davon ausgehen, dass im elterlichen Urteil die Schlafschwierigkeiten positiver bewertet werden bzw. bei den Eltern eine Gewöhnung an die Situation stattfindet (**gaylor_2001**).

Im Rahmen ihrer Studie führten Gaylor und Kollegen **gaylor_2001** mit N = 33 Familien zu zwei Messzeitpunkten Untersuchungen durch: Es wurden Daten erhoben, als die Kinder 12 Monate alt waren und dann erneut, als die Kinder zwischen min = 24 und max = 57 Monate alt waren. Zum ersten Messzeitpunkt wurde über zwei folgende Nächte das Schlafverhalten des Kindes per Video aufgezeichnet, zum zweiten Messzeitpunkt fand ein Telefoninterview auf Basis des Sleep Habits Questionnaire (SHQ) von Seifer und Kollegen **Seifer_1996** statt. Der SHQ (**Seifer_1996**) ist die Vorform des Children's Sleep Habits Questionnaire (**Owens_2000**) und erfasst unterschiedliche Aspekte des kindlichen Schlafverhaltens mit 31 Items.

Bei den Kindern in der untersuchten Stichprobe ergaben sich zwei Hauptschwierigkeiten: Ein- und Durchschlafprobleme, für die die Gruppe um Gaylor **gaylor_2001** ein Klassifikationssystem entwickelte. Es wird unterschieden zwischen *Sleep Onset Protodyssomnia* und *Night Waking Protodyssomnia*, diese werden nach Intensität, Frequenz und Dauer definiert. Es werden nach Anders **anders_1989** drei verschiedene Subklassifizierungen vorgenommen, um klinische und nicht-klinische Fälle unterscheiden zu können. Die drei Unterformen *perturbation*, *disturbance* und *disorder* sind an die Differenzierung im DSM-IV-TR **association_2000** nach leicht, mittel und schwer angelehnt. Eine *perturbation* ist nach Anders **anders_1989** eine vorübergehende Auffälligkeit im Rahmen eines normalen Entwicklungsverlaufs, die keiner Intervention bedarf, während *disturbance* eine Risikosituation

darstellt, aus der heraus sich eine Störung entwickeln kann wenn nicht rechtzeitig interveniert wird. Interventionen sind hier eher von kurzer Dauer und vor allem psychoedukativ ausgelegt. Im Falle einer *disorder* ist eine aktive therapeutische Intervention von Nöten, bleibe diese unbehandelt, droht nach Anders **anders_1989** eine DSM-IV-TR-Diagnose oder weitere Verhaltensauffälligkeiten.

Ferner werden drei Altersgruppen unterschieden: 12 bis 24 Monate, 24 bis 36 Monate und älter als 36 Monate, entscheidend für die Klassifizierung ist jedoch die Häufigkeit des Problemverhaltens pro Woche. In Tabelle 2 und 3 sind die Klassifikationskriterien für *Sleep Onset Protodyssomnia* und *Night Waking Protodyssomnia* dargestellt.

Aufgrund der Tatsache, dass die ICSD-II das Klassifikationssystem der Wahl ist und das im Rahmen dieser Arbeit untersuchte Elterntaining Mini-KiSS (**Schlarb_2014**) für Eltern von Kindern im Alter von sechs Monaten bis vier Jahren konzipiert wurde und somit nicht den von Gaylor **gaylor_2001** vorgegebenen Altersangaben entspricht, wurden die Diagnosen anhand der ICSD vergeben.

2.3.2.3 Exkurs: Regulationsstörungen

Vor allem im Säuglingsalter sind Regulationsstörungen häufig. Es handelt sich um mehrere Störungsbilder, die aufgrund verschiedener Gemeinsamkeiten zu einem Störungskonzept zusammengefasst werden (**papousek_2004**): das exzessive Schreien (Schreistörung), Schlafstörungen, Fütter- und Gedeihstörungen sowie im späteren Kleinkindalter auch noch exzessives Klammern, Trotzen und Toben (**papousek_2004**). Frühkindliche Regulationsstörungen werden über die Symptomtrias Eltern, Kind und ihre Interaktion definiert.

Exzessives Schreien stellt eine Extremausprägung der normalen Schreientwicklung dar und wird durch die Dreier-Regel von Wessel **wessel_1954** definiert. Als exzessiv schreiend gilt ein wohlgenährtes und gesundes Baby,

Tabelle 2: Klassifikation der Sleep Onset Protodyssomnia nach Gaylor et al. **gaylor_2001**

Alter	Einschlafen und Wiedervereinigung ¹
Perturbation (1mal pro Woche)	
12 – 24 Monate	> 30 min bis zum Einschlafen, und/oder Eltern bleiben bei Kind bis es einschläft und/oder > 2 Widerstände
Älter als 24 Monate	> 20 min bis zum Einschlafen, und/oder Eltern bleiben bei Kind bis es einschläft und/oder > 1 Widerstand
Disturbance (2-4mal pro Woche, länger als ein Monat)	
12 – 24 Monate	> 30 min bis zum Einschlafen, und/oder Eltern bleiben bei Kind bis es einschläft und/oder > 2 Widerstände
Älter als 24 Monate	> 20 min bis zum Einschlafen, und/oder Eltern bleiben bei Kind bis es einschläft und/oder > 1 Widerstand
Disorder (5-7mal pro Woche, länger als ein Monat)	
12 – 24 Monate	> 30 min bis zum Einschlafen, und/oder Eltern bleiben bei Kind bis es einschläft und/oder > 2 Widerstände
Älter als 24 Monate	> 20 min bis zum Einschlafen, und/oder Eltern bleiben bei Kind bis es einschläft und/oder > 1 Widerstand

¹ Wiedervereinigungen mit den Eltern bedeuten Widerstände beim Zubettgehen, da das Kind immer wieder nach den Eltern verlangt (Protest, immer wieder um etw. bitten, etc.)

Tabelle 3: Klassifikation der Night Waking Protodyssomnia nach Gaylor et al.
gaylor_2001

Alter	Frequenz und Dauer nächtlichen Erwachens ¹ (in den letzten 3 Monaten)
Perturbation (1mal/Woche)	
12 – 24 Monate	≥ 2 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel ²
24 – 36 Monate	≥ 1 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel
Älter als 36 Monate	≥ 1 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel
Disturbance (2-4mal/Woche länger als 1 Monat)	
12 – 24 Monate	≥ 2 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel
24 – 36 Monate	≥ 1 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel
Älter als 36 Monate	≥ 1 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel
Disorder (5-7mal/Woche länger als 1 Monat)	
12 – 24 Monate	≥ 2 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel
24 – 36 Monate	≥ 1 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel
Älter als 36 Monate	≥ 1 nächtliches Erwachen und/oder Wechsel

¹ Erwachen, das einer elterlichen Intervention bedarf.

² Wechsel ins Elternbett.

das im Alter von sechs Wochen an mindestens drei Stunden am Tag an mindestens drei Tagen in der Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Wochen schreit oder quengelt (**wessel_1954; Wurmser_2009**). Es werden zum exzessiven Schreien Prävalenzraten von 19 bis 29% angegeben (**St_James-Roberts_1991; ziegler_2004**).

Fütterstörungen kennzeichnen sich durch das Verweigern von Nahrung, sehr selektives Essen, geringen Appetit oder das Ausspucken der Nahrung. Es werden leichte bis mittelschwere sowie schwere Formen der Fütterstörungen unterschieden, bei 15 bis 25% der Kinder treten leichte bis mittelschwere, bei 3 bis 10% der Kinder hingegen schwere Formen auf (**Wolke_2000**). Ge-
deihstörungen können die Folge sein, darunter versteht man eine Stagnation oder einen Gewichtsabfall unter 1.88 Standardabweichungen des altersgemäß zu erwartenden Gewichts. Diese finden sich laut Wolke **Wolke_2000** bei 3 bis 4% der Kleinkinder.

Frühkindliche Regulationsstörungen gehen mit einer erschwerten Schlaf-Wach-Organisation einher. Dabei ist die Verhaltensregulation des Säuglings allgemein gestört, die in direktem Zusammenhang zur Reifung der zirkadianen und homöostatischen Schlaf-Wach-Regulation zu stehen scheint (**jenni_2004; Jenni_2006-1**).

Bezüglich der Ätiologie von Regulationsstörungen spielen prä-, peri- und postnatale Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren eine Rolle, sowohl für die Entstehung als auch für die Aufrechterhaltung der Störungen. Des Weiteren sind Aspekte der kindlichen Selbstregulation, Temperamentsfaktoren und elterliche intuitive Kompetenzen und Befindlichkeiten sowie elterliche Risiko- und Schutzfaktoren wichtig. Aus diesen entwickelt sich ein dynamisches Wechselspiel in den Interaktionskontexten im Alltag wie beim Schlafenlegen oder Füttern, was entweder in positiver oder negativer Interaktion verlaufen kann (**papousek_1990**).

Für die Eltern und die frühe Eltern-Kind-Beziehung sind Regulationsstörungen bei kleinen Kindern oft sehr belastend (**papousek_2004**) und können sich langfristig negativ auf die Eltern, das Kind und ihre Interaktion auswirken. Bei den Kindern kommt es im Laufe der Entwicklung vermehrt zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblemen, Defiziten im Anpassungs- und Lernverhalten sowie zu Störungen des Sozialverhaltens (**papousek_2004; rao_2004; Thiel-Bonney_2012; wolke_2002; Wurmser_2009**). Als Folge des exzessiven Schreiens kommt es außerdem häufig zu externalisierenden und internalisierenden Verhaltensweisen wie sozialem Rückzug und affektiven Störungen, auch somatische Probleme sowie Schlafstörungen treten gehäuft auf (**von_Hofacker_2009; Wurmser_2009**). Auf die feinmotorische und kognitive Entwicklung des Kindes scheint sich das exzessive Schreien ebenfalls negativ auszuwirken (**rao_2004**). Fütter- und Gedeihstörungen wirken sich hingegen vor allem auf die Gesundheit der betroffenen Kinder aus: ihr Immunsystem ist eher geschwächt und sie sind kleiner und leichter als Kinder ihrer Altersgruppe (**Thiel-Bonney_2012**), außerdem leiden sie gehäuft unter Unterernährung und Anämie (**Wolke_2000**). Auch auf die Bezugspersonen können sich frühkindliche Regulationsstörungen fatal auswirken. Eltern leiden häufiger unter affektiven Störungen und einem Verlust des Selbstvertrauens, fühlen sich hilflos und sind verzweifelt und frustriert im Umgang mit ihrem Kind (**wolke_1994; Wurmser_2009; ziegenhain_2006**). Es kann zu Wut, Aggression und Ablehnung dem Kind gegenüber kommen, im schlimmsten Fall bis hin zu Kindesvernachlässigung und -misshandlung (**wolke_1994; Wolke_2000; ziegenhain_2006**). Bei exzessiv schreienden Kindern ist das Risiko, misshandelt zu werden, am höchsten, da die intuitiven elterlichen Konsequenzen durch die stressvolle Erziehungssituation sehr stark eingeschränkt sind (**ziegenhain_2006**). Als weitere Folge der Beeinträchtigungen und Belastungen in der Eltern-Kind-Interaktion kann es zu der Entwicklung eines unsicheren Bindungsstils des Kindes kommen (**Thiel-Bonney_2012; Wolke_2000**). Bereits hier wird deutlich, welche große Bedeutung ein guter, gesunder Schlaf eines Kindes auf seine Entwicklung

und auf das Eltern-Kind-Verhältnis hat.

2.3.3 Ätiologie

Schlafstörungen im Kindesalter entstehen multifaktoriell, d.h. verschiedene Ursachen wirken zusammen, ergänzen oder verstärken sich (**Fricke-Oerkermann_2007-1**). Nach Pesonen **pesonen_2009** handelt es sich um eine Interaktion genetischer Faktoren mit Umgebungsvariablen, die eine Schlafstörung auslöst. Insgesamt ist es jedoch noch unklar und bedarf weiterer Forschung, welche Faktoren in welcher Form zur Entwicklung frühkindlicher Schlafstörungen beitragen und ebenfalls, wie es zu ihrer Chronifizierung kommt.

Eine wichtige Rolle spielt das Verhalten der Eltern (siehe Kapitel **2.3.2.1**), das die Entstehung von Insomnien begünstigen kann (**Schlarb_2011-1**). Elterliches Überschätzen des kindlichen Schlafbedarfs und falsche Einschlafgewohnheiten stellen nach Largo und Hunziker **largo_1984** die häufigsten Ursachen für Insomnien im Kleinkindalter dar. Bleibt das Kind länger im Bett als es sein Schlafbedarf vorgibt, schläft es entweder am Abend nicht oder nur schwer ein oder es erwacht gehäuft in der Nacht oder früh morgens. Ist es dann nicht in der Lage, wieder selbstständig einzuschlafen, ruft es nach den Eltern. Auch durch eine sehr intensive und körperliche frühe Mutter-Kind-Beziehung und wenig Trennung kann es dazu kommen, dass das Kind wenige und/oder unzureichende Selbstberuhigungskompetenzen entwickelt. Verschiedene Studien konnten zeigen, dass auch Stillen und Füttern zum Einschlafen, ebenso wie Einschlafen auf dem Arm oder in Anwesenheit der Eltern/eines Elternteils, ggf. mit Körperkontakt, sowie Co-Sleeping (gemeinsames Schlafen in einem Bett, siehe Kapitel **2.5.1.6**) Faktoren sind, die zur Entwicklung einer frühkindlichen Schlafstörung beitragen können (**burnham_2002; hiscock_2002; johnson_1991; lam_2003; Minde_1993**).

Nicht nur das elterliche Verhalten, sondern auch negative elterliche Kognitionen wirken sich auf das kindliche Schlafverhalten aus: haben Eltern aufgrund negativer Kognitionen (z. B. Kleinkinder erleben beim nächtlichen Erwachen Angst und sollten deswegen unverzüglich von den Eltern beruhigt werden) Schwierigkeiten, dem Kind bezüglich des Schlafens Grenzen zu setzen, beeinflusst das nach Sadeh **sadeh_2007** die Schlafqualität des Kindes negativ. Wie Tikotzky und Sadeh **Tikotzky_2009** zeigten, führten diese Kognitionen bezüglich der schlafbezogenen Grenzsetzung auch dann zu späteren kindlichen Schlafschwierigkeiten, wenn sie bereits pränatal erfragt wurden. Weiterhin wurde in Forschungsarbeiten eine Verbindung zwischen Schlafstörungen und familiärem Stress gefunden, beispielsweise leiden Scheidungskinder nach Kahn und Kollegen **kahn_1989** häufiger unter Schlafproblemen. Neben familiären Aspekten hängen auch physische und psychische Erkrankungen mit Schlafstörungen zusammen (**Lehmkuhl_2008**). In ihrer Befragung von N = 1388 Eltern von Erstklässlern ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen Schlafproblemen (Insomnien, Parasomnien sowie Symptome organischer Schlafstörungen) und Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität, emotionaler Instabilität und Schwierigkeiten im Umgang mit Anderen. Bezüglich medizinischer Krankheitsfaktoren wurde eine Häufung von Schlafstörungen bei Kindern mit chronischen Erkrankungen, Allergien und Infektanfälligkeit festgestellt (**lewandowski_2011**). Psychische Krankheiten können auch bereits im Kindesalter auf verschiedene Weise mit Schlafproblemen in Beziehung stehen: für depressive Störungsbilder ist eine veränderte Schlafarchitektur charakteristisch und Angststörungen wie Trennungsängste oder Schulangst erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Albträumen und Parasomnien (**Hagenah_2002**).

Auch Umgebungseinflüsse spielen bei der Ätiologie kindlicher Schlafschwierigkeiten eine Rolle, besonders inadäquate Schlafhygiene stellt ein Risiko dar. Nach Lehmkuhl **Lehmkuhl_2008** verdoppelt ein unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus die Wahrscheinlichkeit für eine Ein- oder Durchschlafstörung, auch ausgiebiger Mittagsschlaf kann schlafhinderlich sein.

Zu einer guten Schlafhygiene gehört zudem eine angenehme Schlafumgebung, denn helles Licht oder Lärm führen ebenfalls zu Beeinträchtigungen (**kahn_1989; kraenz_2004**). Umstritten ist dagegen, wie sich der Medienkonsum auf den kindlichen Schlaf auswirkt. Während sich in manchen Studien kein Zusammenhang zwischen Schlafschwierigkeiten und Medienkonsum ergab (**Lehmkuhl_2008**), zeigten andere die schlafschädigende Wirkung verschiedener Medien. So fanden Durand und Kollegen **Durand_2012** in einer Übersichtsarbeit zu diesem Thema signifikant negative Einflüsse von Fernsehkonsum, Computer- und Videospiele sowie Internet- und Handynutzung auf verschiedene Merkmale des Schlafes. Einer Studie von Dworak und Kollegen **Dworak_2007** zufolge verschlechtern Fernsehen und Computerspielen die Schlafeffizienz; Computerspiele zogen zudem eine Veränderung der Schlafarchitektur nach sich. Risikoreich sind v. a. langes Fernsehen tagsüber, Medienkonsum direkt vor dem Schlafengehen und ein eigener Fernseher im Kinderzimmer. Die am häufigsten mit Medienkonsum verknüpften Schlafprobleme sind Einschlafschwierigkeiten, die Weigerung ins Bett zu gehen, eine verkürzte Schlafdauer und Angst bzw. Arousal im Bett (**mclaughlin_crabtree_2004; owens_1999**). Auch Alpträume können ein Resultat von unbeaufsichtigtem und häufigem Fernsehkonsum oder Computernutzung sein (**Hoedlmoser_2010**).

In Interaktion mit Krankheits- und Umgebungsfaktoren bedingt das genetische Profil des Individuums die Ätiologie kindlicher Schlafprobleme. Hier ist die ICSD-II aufschlussreich, die zu den einzelnen Störungsbildern Befunde aus Zwillings- und Familienstudien aufführt. Neben der Narkolepsie (Hypersomnieform, bei der Betroffene unter exzessiver Schläfrigkeit und spontan auftretenden Einschlafattacken leiden) gibt es Hinweise auf genetische Ursachen v. a. für Parasomnien, aber auch für die idiopathische Insomnie, schlafbezogene Atmungsstörungen und bestimmte Arten der zirkadianen Rhythmus-Schlafstörung (**american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2005**). Abzugrenzen sind die Genomeinflüsse von pränatalen Bedingungen, die ebenfalls Schlafstörungen im Kindesalter hervorrufen können. Nachgewiesen ist bisher

die negative Wirkung mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft sowie einiger anderer mit geringem Geburtsgewicht verbundener pränataler Faktoren wie Körpergröße und Kopfumfang (**pesonen_2009**).

2.3.4 Prävalenzen

Je nach Studiendesign und den verwandten Kriterien, die zur Diagnostik herangezogen werden, variieren die Prävalenzen frühkindlicher und kindlicher Schlafstörungen zum Teil beträchtlich. Es werden Prävalenzangaben von 10 bis 16% (**Byars_2012; Petit_2007**) bis hin zu 40% (**kahn_1989; owens_2000-1**) gemacht. In den Industrienationen scheinen kindliche Schlafstörungen dennoch im Allgemeinen gleichermaßen verbreitet zu sein: große Umfragen in Australien, den USA und Israel konnten zeigen, dass Schlafprobleme im Kindesalter bei 28 bis 35% der Kinder auftreten (**armstrong_1994; johnson_1991; Scher_1995**).

2.3.4.1 Prävalenzen von Insomnien

Nach Moore, Allison und Rosen **moore_2006** treten diagnostizierbare Ein- und Durchschlafstörungen insgesamt mit Prävalenzraten von 10 bis 30% im Kindesalter auf. Die häufigsten Schlafstörungen ab dem sechsten Lebensmonat bis ins Vorschulalter sind Widerstände beim Zubettgehen, Einschlafprobleme oder Durchschlafstörungen. In den Zürcher Longitudinalstudien (N = 493) zeigte sich, dass bis zu 25% der Vorschulkinder am Abend Probleme beim Einschlafen haben oder jede Nacht mehrmals aufwachen (**jenni_2005**). Verschiedene Studien haben bezüglich kleinerer Kinder gezeigt, dass sich Ein- und Durchschlafstörungen bei 20 bis 30% der Säuglinge und Kleinkinder finden lassen (**Adair_1991; Bernal_1973; lozoff_1985; fegert_1997; wolke_1994; Zuckerman_1987**) und bis ins Vorschulalter andauern können (**fegert_1997; wolke_1994; Zuckerman_1987**). Im Rahmen ihrer Untersuchung in Bayern fanden Wolke und Kollegen **wolke_1994** bei insgesamt N = 150 untersuchten Kindern bei 21,5% der fünf Monate alten Kinder Durchschlafprobleme, bei 21,8% der 20 Monate alten Kinder und bei 13,3% der 56 Monate alten Kinder.

In dieser Stichprobe litten ebenfalls 12,1% der 56 Monate alten Kinder unter Einschlafproblemen (**wolke_1994**). Fegert und Kollegen **fegert_1997** konnten hohe Persistenz- und Chronifizierungsraten frühkindlicher Schlafstörungen zeigen: bei Kindern, die im Alter von 12 Monaten ein- bis mehrmals pro Nacht erwachten, waren auch mit 18 Monaten 67% auf elterliche Intervention zum Wiedereinschlafen nach dem nächtlichem Erwachen angewiesen. Mit drei Jahren litten nach Angabe der Autoren noch 55,2% der Kinder an Durchschlafstörungen (**fegert_1997**). Eine Prospektiverhebung von Lam, Hiscock und Wake **lam_2003** konnte die insgesamt hohe Persistenz- (12%) und Rezidivrate (19%) kindlicher Schlafstörungen bestätigen. Dementsprechend ist nicht davon auszugehen, dass es sich bei frühkindlichen Schlafstörungen lediglich um vorübergehende entwicklungsbedingte Phasen handelt, die keiner Intervention bedürfen (**Cierpka_2012**).

2.3.4.2 *Prävalenzen von Parasomnien*

Wie Petit und Kollegen **Petit_2007** zeigten, treten Parasomnien bei fast 40% der Kinder im Vor- und weniger im Schulalter auf. Zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr tritt der Pavor nocturnus bei ca. einem Drittel der Kinder auf (**Largo_2007**). Es zeigt sich im zeitlichen Verlauf, dass Kinder mit starkem Pavor nocturnus häufiger Schlafwandeln (**Vella_2003**). Kindliche Alpträume sind ungefähr ab dem dritten Lebensjahr feststellbar und treten im Einschulalter bei ca. 14% der Kinder auf (**fricke_2006**). Insbesondere beim Übergang in den Schlaf kommt es bei Kindern zwischen 18 Monaten und zwei Jahren bei mehr als der Hälfte der Babys häufig zu rhythmischen Bewegungen wie Kopfwackeln oder In-den-Schlaf-Schaukeln, was lediglich ein vorübergehendes Phänomen darstellt und keiner Behandlung bedarf (**Fricke-oerkermann_2007**).

2.3.4.3 *Soziodemographische Einflüsse auf Prävalenzen kindlicher Schlafstörungen*

Soziodemographische Faktoren wie die elterliche Bildung, die soziale Schicht, die Position in der Geschwisterreihenfolge, die Anzahl an Geschwistern sowie das Geschlecht des Kindes scheinen nicht mit Schlafstörungen assoziiert

zu sein (**fegert_1997**). Es zeigte sich jedoch ein Zusammenhang zwischen kindlichen Schlafschwierigkeiten und der Familienstruktur, wobei Kinder, die mit beiden leiblichen Eltern zusammenlebten, am wenigsten unter Schlafproblemen litten (**paavonen_2000**), wohingegen von Kindern mit Stiefeltern, bei Adoptiveltern und in Einrichtungen vermehrt Schlafschwierigkeiten berichtet wurden.

Die Tatsache, dass Erstgeborene häufiger in Spezialambulanzen vorgestellt werden, was den Eindruck vermittelt, diese seien häufiger von Schlafschwierigkeiten betroffen, lässt sich dadurch erklären, dass Mütter aufgrund mangelnder Erfahrung im Umgang mit ihrem Säugling schneller verunsichert sind und deshalb häufiger Hilfe suchen (**Wurmser_2009**).

2.3.5 *Auswirkungen von Schlafstörungen*

Im folgenden Abschnitt wird zunächst auf die Folgen kindlicher Schlafstörungen für die Gedächtnisbildung eingegangen. Daran schließen sich ein Abschnitt über die Folgen schlechten Schlafes im Kindesalter für die schulische sowie ein Abschnitt über die Folgen schlechten Schlafes für die psychische Entwicklung von Kindern an.

2.3.5.1 *Auswirkungen von Schlafstörungen auf die Gedächtnisentwicklung*

Bereits in den 1920er Jahren konnten Jenkins und Dallenbach **Jenkins_1924** experimentell zeigen, dass der Schlaf eine wichtige Rolle für die Gedächtniskonsolidierung spielt: Sie testeten die Merkfähigkeit beim Erlernen sinnloser Silben und wiesen nach, dass sich die Versuchspersonen an mehr erinnern konnten, wenn sie eine Nacht nach dem Lernen geschlafen hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe, die die gleiche Zeit wach blieb. Viele Studien haben gezeigt, dass sich Schlafprobleme im Kleinkind- und Kindesalter sehr negativ auf die kognitive kindliche Entwicklung auswirken können: die Hirnreifung sowie die Gedächtniskonsolidierung werden unter Umständen erheblich davon beeinträchtigt (**gais_2000; siegel_2005; Walker_2006**). Im

Erwachsenenalter kann neu Gelerntes nur dann gespeichert werden, wenn entsprechend neuronale Gedächtnisspuren entstehen. Für diese Gedächtniskonsolidierung scheint der Schlaf eine Grundvoraussetzung zu sein (Walker_2006).

In der Studie von Gais und Kollegen **gais_2000** ergab sich, dass die Verarbeitung im nicht-deklarativen Gedächtnis sowohl mit dem REM- als auch mit dem SWS-Schlaf (siehe Kapitel 2.1.1) zusammenhängt. Zum nicht-deklarativen Gedächtnis gehören Fertigkeiten, aber auch erlernte Ängste oder Konditionierungen (**oerter_2002**). Nach Stickgold **Stickgold_2005** sind die Tiefschlafphasen vor allem für deklarative Gedächtnisinhalte wichtig. Unter deklarativen Gedächtnisinhalten werden Inhalte des episodischen (persönliche Erinnerungen) sowie des semantischen Gedächtnisses (Faktenwissen: Zahlen und Fakten, Ereignisse) zusammengefasst, die gewöhnlich verbalisierbar und explizit sind (**oerter_2002**). Handlungsabläufe und emotionale Ereignisse werden vor allem in den Traumschlafphasen bearbeitet, wie Diekelmann und Born **Diekelmann_2010** zeigten. Das deklarative Gedächtnis profitiert bereits von kurzen Schlafphasen mit einer Dauer von ein bis zwei Stunden, wohingegen das prozedurale Gedächtnis mehr von der nächtlichen Gesamtschlafzeit nach dem Wissenserwerb abzuhängen scheint (**diekelmann_2009**). Bei Kindern, die viel Zeit im SWS-Schlaf im Vergleich zu Erwachsenen und alten Menschen verbringen, verbessert sich das deklarative Gedächtnis im Schlaf (**diekelmann_2009**), es kommt zu einer Stabilisierung und Besserung der Erinnerungsleistung.

2.3.5.2 *Folgen kindlicher Schlafstörungen für die schulische Entwicklung*

Kinder mit Schlafschwierigkeiten erzielen signifikant schlechtere Schulleistungen und bleiben öfter sitzen (**kahn_1989**). In einer Studie zu den Konsequenzen experimenteller Schlafrestriktion schätzten Lehrer das kognitive Funktionsniveau und die Schulleistung der betroffenen Kinder schon nach einer Woche als defizitär ein (**fallone_2005**). Möglicherweise hängen die Schwächen in der Schule mit den schlafstörungsbedingten kogniti-

ven Schwierigkeiten zusammen, einer Studie von Steenari und Kollegen **steenari_2003** zufolge führen Schlafprobleme wie geringe Schlafeffizienz oder Einschlafprobleme zu schlechterem Abschneiden in Arbeitsgedächtnisaufgaben bei Schulkindern. Andere Untersuchungen sehen eine Verbindung zwischen kindlichen Schlafstörungen und der Güte exekutiver Funktionen im Jugendalter (**Friedman_2009**).

Schlafbezogene Gedächtniskonsolidierungsprozesse und ihre zugrunde liegenden neurophysiologischen Mechanismen werden innerhalb zweier Modelle erklärt: zum einen durch die Theorie des hippocampo-neokortikalen Dialogs (**buzsaki_1996**) nach dem im auf den Wissenserwerb folgenden Schlaf lernabhängige neuronale Muster reaktiviert werden, wodurch der Schlaf die Gedächtniskonsolidierung unterstützt. Dadurch wird die Reorganisation und Restrukturierung neuer Informationen in bereits existierende Gedächtnisstrukturen über den Hippocampus in neokortikale Bereiche ermöglicht (**born_2012; Diekelmann_2010; Frankland_2005**). Laut der synaptischen Schlaf-Homöostasetheorie (siehe Kapitel 2.1.2) nach Tononi und Cirelli **Tononi_2006** führt die Aktivierung lernbezogener neuronaler Strukturen während des Wissenserwerbs zu einem lokalen, nutzungsabhängigen synaptischen Potenzierungsphänomen. Schlaf würde demnach synaptische Potenzierung auf eine Baseline herunterregulieren, die erneuerte neuronale Plastizität erlaubt und so indirekt zu einer Konsolidierung der erworbenen Informationen führt. Die beschriebenen Modelle basieren beide auf physiologischen Prozessen, die im NREM-Schlaf stattfinden, was die Frage aufwirft, welche Rolle der REM-Schlaf im Rahmen dieser Modelle spielt (**Urbain_2013**). Laut Urbain und Kollegen **Urbain_2013** können beide Modelle nicht abschließend erklären, wie Schlaf und Gedächtnis zusammenhängen und empfehlen eine Integration der beiden: die hippocampo-neokortikaler-Dialog-Theorie erklärt schlafabhängige Reorganisationsprozesse für die Konsolidierung hippocampusabhängiger deklarativer Erinnerungen, während die synaptische Schlaf-Homöostasetheorie die Konsolidierung bei prozeduralen Gedächtnisinhalten durch die Optimierung synaptischer Aktivität in neokortikalen Regio-

nen erklären kann. Bei beiden Modellen handelt es sich lediglich um Bezugsrahmen zu einem besseren Verständnis neurophysiologischer Veränderungen, die schlafabhängigen Gedächtniskonsolidierungsprozessen zu Grunde liegen könnten, da Ursache-Wirkungszusammenhänge nicht feststellbar sind (**Urbain_2013**). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich nach heutigem Forschungsstand frühkindliche Schlafstörungen maßgeblich auf kognitive und Lerndefizite im weiteren Entwicklungsverlauf auswirken können, wie verschiedene Studien zeigten (**chan_2011; Urbain_2013; Van_Bogaert_2012**).

2.3.5.3 *Folgen kindlicher Schlafstörungen für die psychische Entwicklung*

Kinder, die schon in jungen Jahren an Schlafstörungen leiden, haben ferner ein erhöhtes Risiko für emotionale Störungen. Sie erkranken im Entwicklungsverlauf häufiger an affektiven und Angststörungen, auch Verhaltensstörungen können die Folge kindlicher Schlafstörungen sein (**aronen_2000; gruber_2000**). Hinsichtlich der Aufmerksamkeit und der Emotionsregulation scheinen frühkindliche Schlafstörungen ebenfalls defizitäre Entwicklungen zu begünstigen, wie verschiedene Studien zeigen konnten (**gregory_2004; hiscock_2007; lavigne_1999; Wong_2004**). Wie Gregory und O'Connor **Gregory_2002** in einer prospektiven Langzeitstudie zeigten, können Schlafprobleme bei Vierjährigen Angst, Depression, Aufmerksamkeitsdefizite und Aggression im Jugendalter vorhersagen.

Einer der am besten untersuchten Zusammenhänge in diesem Bereich ist der zwischen Schlafstörungen und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Zahlreiche Studien belegten diese Verbindung (**Cortese_2009; paavonen_2009; Thunstrom_2002**). Ungeklärt ist jedoch die Wirkrichtung dieser Beziehung: Schlafstörungen könnten Risikofaktor, Symptom oder ein Korrelat von ADHS sein. Für ADHS als Schlafstörungsfolge spricht, dass Schlafprobleme in der frühen Kindheit die Auftretswahrscheinlichkeit von ADHS einige Jahre später erhöhen (**fallone_2002**), schwere Schlafstörungen im Kleinkindalter führten laut Thunström **Thunstrom_2002** bei einem Viertel der betroffenen Kinder zu

Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindesalter. Zudem bedingt eine Behandlung der Schlafstörung meist auch eine Linderung der ADHS-Symptomatik (**mindell_1993**). Zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Schlafstörungen und ADHS kommen nach Cassoff und Kollegen **cassoff_2012** verschiedene Mechanismen in Frage: Charakteristisch für die ADHS-Symptomatik ist ein Defizit der exekutiven Funktionen, die vom Präfrontalcortex gesteuert werden. Da infolge einer Schlafstörung die zelluläre Homöostase in diesem Gehirnareal dysfunktional ist, könnten Schlafstörungen auch Auslöser von ADHS sein. Auch der zirkadiane Rhythmus kann eine Rolle spielen, da bei ADHS-Patienten gehäuft Verschiebungen dieser Periodik vorkommen und derartige Unregelmäßigkeiten eine häufige Ursache von Schlafproblemen darstellen.

In von Schlafstörungen und ADHS betroffenen Familien fanden sich ebenfalls psychosoziale Probleme, Kämpfe beim Zubettgehen und verlängerte Einschlafzeiten (**Thunstrom_2002**). Auch in einer niederländischen Studie mit 1358 Zwillingsspärchen im Alter von drei Jahren wird die Bedeutung von Umweltfaktoren im Hinblick auf frühkindliche Schlafstörungen und den Zusammenhang zu anderen Auffälligkeiten im Kindesalter betont, denn es ergab sich kein genetischer Zusammenhang zwischen den kindlichen Schlafproblemen einerseits und emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten andererseits (**van_den_oord_2000**). Die Autoren schlussfolgern, dass frühkindliche Schlafstörungen sowohl Korrelate als auch Prädiktoren kindlicher emotionaler und Verhaltensstörungen sein können (**van_den_oord_2000**).

In den Industrieländern nehmen ferner sowohl Schlafstörungen und Schlafmangel als auch Adipositas im Kindesalter seit Jahren kontinuierlich zu (**schmid_2011; wolk_2007**). Zu Übergewicht kann es in Folge von Schlafstörungen im Kindesalter kommen, wie verschiedene Studien zeigen konnten (**chen_2008; sekine_2002**). Frühkindliche Schlafstörungen stellten in einer Studie von Locard und Kollegen **locard_1992** einen Risikofaktor für Übergewicht bei fünfjährigen Kindern dar. Experimentelle Studien belegen,

dass schon eine kurzfristige Schlafrestriktion ein gesteigertes Hungergefühl und eine Reduktion des spontanen Bewegungsverhaltens zur Folge hat, was langfristig eine Gewichtszunahme bedingen kann (**schmid_2011**). Dass eine kurze Schlafdauer die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter zu begünstigen scheint, wurde auch in einer Studie von von Kries **von_kries_2002** gezeigt, in der sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Schlafdauer und dem kindlichen Gewicht ergab. In einem Review von Taheri **Taheri_2006** fand sich über 13 Studien ein Zusammenhang zwischen einer verkürzten Schlafdauer und Adipositas im Kindesalter, woraus der Autor als Handlungsempfehlung zur Prophylaxe kindlichen Übergewichts eine verlängerte Schlafdauer ableitet. Auch die entgegengesetzte Wirkrichtung, eine lineare Abnahme der Schlafdauer mit zunehmendem Körpergewicht, ist möglich, sodass insgesamt von einer reziproken Beziehung auszugehen ist (**wolk_2007**).

Neben Adipositas gibt es einige andere körperliche Symptome, die mit Schlafstörungen assoziiert sind. Paavonen und Kollegen **paavonen_2000** führten eine Befragung mit 5813 finnischen Kindern zwischen acht und neun Jahren und ihren Eltern zum kindlichen Schlafverhalten und möglichen Konsequenzen dessen durch. Insgesamt gaben 21,7% der Eltern an, dass ihre Kinder Schlafprobleme hätten. Viele der Kinder mit Schlafschwierigkeiten klagten zudem über Tagesmüdigkeit (63,9%), häufige Kopf- (68,2%) sowie Bauchschmerzen (78,1%).

2.3.6 *Auswirkungen kindlicher Schlafstörungen auf die Eltern*

Schlafstörungen im Kindesalter wirken sich nicht nur sowohl kurz- als auch langfristig auf das Kind (siehe Kapitel 2.3.5), sondern auch auf die Eltern und die Familie aus (**Cao_2008**). Häufiges nächtliches Erwachen des Kindes führt zu einer elterlichen Schlafdeprivation, die die elterliche Gesamtbelastung erhöht (**rickert_1988; scott_1990**) und die elterliche Toleranz dem Kind gegenüber verringert (**rickert_1988**). Es ist bekannt, dass mütterliche Depres-

sivität und Ängstlichkeit mit frühkindlichen Schlafproblemen assoziiert sind (**hiscock_2007; hiscock_2002; lam_2003; wake_2006**). Nach Moore und Kollegen **moore_2006** korreliert die Schwere der kindlichen Schlafstörung mit der mütterlichen Ängstlichkeit und Depressivität sowie der väterlichen Ängstlichkeit. Diese Effekte bleiben auch nach Kontrolle der Risikofaktoren für mütterliche Depressionen signifikant (**armstrong_1998; hiscock_2001**). In einer Studie von Thome und Skuladottir **Thome_2005** gaben Eltern von Kleinkindern mit Schlafproblemen im Alter von drei bis fünf Jahren eine deutlich höhere Ermüdung als Eltern einer Kontrollgruppe ohne Schlafschwierigkeiten an. Diesen Zusammenhang konnten auch Boergers und Kollegen **boergers_2007** im Rahmen einer Fragebogenstudie mit 107 Familien mit Kindern im Alter von zwei bis 12 Jahren, die sich aufgrund von Schlafproblemen in Behandlung begeben hatten, nachweisen: Je mehr Schlafstörungen die Kinder hatten, desto höher war die elterliche Tagesmüdigkeit. Trotz insgesamt gleicher Schlafzeiten gaben die Mütter eine höhere Tagesmüdigkeit an als die Väter (**boergers_2007**). Auch nach Meltzer und Mindell **Meltzer_2007** sind die Mütter besonders belastet, da ihre Schlafqualität direkt von der Güte des kindlichen Schlafes abhängt und sie infolge einer kindlichen Schlafstörung oft unter Stress, schlechter Stimmung und Tagesmüdigkeit leiden. Nach Lam und Kollegen **lam_2003** unterschieden sich Mütter von Kleinkindern zwischen drei und vier Jahren mit Schlafstörungen nicht von Müttern mit gut schlafenden Kindern derselben Altersgruppe hinsichtlich der mütterlichen Zufriedenheit. Allerdings zeigte sich bei anhaltenden Schlafstörungen über 24 Monate eine erhöhte mütterliche Depressivität und signifikant mehr elterlicher Stress (**wake_2006**). Durch eine Besserung des kindlichen Schlafverhaltens verbesserten sich der elterliche Schlaf sowie die mütterliche Zufriedenheit signifikant und die elterliche Gesamtbelastung konnte reduziert werden, wie verschiedene Studien zeigen konnten (**mindell_1993; schlarb_2012; Thome_2005**).

2.3.6.1 *Folgen für die Partnerschaft*

Nach der Geburt eines Kindes verringert sich generell die Ehezufriedenheit bei beiden Partnern, bei den Ehefrauen jedoch früher und stärker als

bei den Ehemännern, wie bereits in verschiedenen Studien gezeigt wurde (belsky_1985; cowan_1985; Grossman_1980). Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle für diesen Rückgang der ehelichen Zufriedenheit, allerdings gibt es laut Meijer und van den Wittenboer **Meijer_2007** keine Studien, in denen ein Zusammenhang zwischen dem normalen kindlichen Schlafverhalten im ersten Lebensjahr und der Ehezufriedenheit nachgewiesen werden konnte, obwohl das Kind häufig nachts erwacht und somit den elterlichen Schlaf erheblich beeinträchtigt. In ihrer Untersuchung von N = 107 Ehepaaren mit einem Kind ergab sich ein reziproker Zusammenhang zwischen mütterlichen und väterlichen Schlafproblemen. Die Autoren leiten daraus ab, dass elterliche Schlafprobleme, die durch kindliche Schlafprobleme verursacht werden, auch die Beziehungsqualität beeinflussen, da sich gestörter Schlaf auf Stimmung und psychisches Wohlbefinden auswirkt und somit die Beziehungsqualität negativ beeinflussen kann (**Meijer_2007; Voderholzer_2003**). Demzufolge ist es wichtig, bei kindlichen Schlafstörungen nicht nur das kindliche und elterliche Wohlbefinden, sondern auch die Qualität der Partnerschaft der Eltern zu berücksichtigen, da diese auch unter den frühkindlichen Schlafschwierigkeiten leiden kann.

2.4 DIAGNOSTIK NICHT-ORGANISCHER SCHLAFSTÖRUNGEN IM KLEINKINDALTER

Im folgenden Kapitel wird auf diagnostische Verfahren zur Schlafmessung eingegangen, es wird zwischen subjektiven und objektiven Verfahren differenziert.

2.4.1 *Subjektive Verfahren*

Insgesamt stehen außer den in dieser Arbeit eingesetzten keine standardisierten direkten subjektive Verfahren für die Diagnostik von Schlafstörungen in der Altersgruppe Baby bis Kleinkind zur Verfügung. Auf die im Rahmen dieser Arbeit verwandten direkten Verfahren sowie das Schlafstagebuch,

das als indirekte Standarddiagnostik bei Schlafstörungen eingesetzt wird ([deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011](#)), wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

2.4.1.1 *Diagnostisches Interview frühkindlicher Schlafstörungen Mini-DIKS*

Bei dem diagnostischen Interview frühkindlicher Schlafstörungen (Mini-DIKS) von Schlarb (in prep.) handelt es sich um ein strukturiertes Elterninterview zur Diagnostik von Schlafstörungen bei Kindern im Alter von sechs Monaten bis vier Jahren. Es umfasst die in Tabelle 4 dargestellten Diagnosen und isolierten Symptome der ICSD-II ([american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2005](#)). Das Mini-DIKS wurde zur Diagnosestellung zu allen Messzeitpunkten durchgeführt (siehe Tabelle 10). Für Regulationsstörungen sowie schlafbezogene Atmungsstörungen kann lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt werden. Die Kriterien der anderen Schlafstörungen werden durch das Mini-DIKS hinreichend erfasst und können mit dessen Hilfe diagnostiziert werden. Da die Diagnosekriterien in der ICSD-II teilweise sehr offen formuliert sind, verwendeten die Autoren bei der Quantifizierung der Kriterien für das strukturierte Interview Angaben aus der Literatur bzw. Kriterien von verwandten Störungsbildern oder klinischen Eindrücken.

Zu Beginn des Interviews werden zunächst einleitende Fragen über das allgemeine Schlafverhalten des Kindes gestellt. Anschließend folgen die Fragen zu möglichen Diagnosen, wobei deren Anzahl vom Störungsbild abhängt. Sprungregeln erlauben es, Fragen auszulassen, wenn keine Hinweise auf die entsprechende Schlafstörung vorliegen. Dementsprechend kann die Dauer des Interviews zwischen 30 und 60 Minuten betragen. Das Kodierungsformat ist an das Strukturierte klinische Interview (SKID) nach DSM-IV ([Wittchen_1997](#)) angelehnt. So kann die Antwort des Befragten durch den Interviewer hinsichtlich der folgenden vier Alternativen beurteilt werden: „?“ („Keine oder nicht ausreichende Informationen“), „1“ („Kriterium nicht er-

füllt“), „2“ („Kriterium nicht vollständig erfüllt“) und „3“ („Kriterium voll erfüllt“).

Tabelle 4: Diagnostizierbare Schlafstörungen nach dem Elterninterview frühkindlicher Schlafstörungen Mini-DIKS.

Kategorie	Diagnosen
Insomnien	<ul style="list-style-type: none"> ·Insomnie allgemein ·Insomnie durch Verdacht auf Regulationsstörung ·Insomnie durch Einschlafassoziation/inadäquates elterliches Grenzen setzen verdeckt und dadurch beendet ·Anpassungsschlafstörung ·Behaviorale Insomnie der Kindheit Typ Einschlafassoziation Typ Grenzsetzung ·Insomnie aufgrund schlafbezogener Ängste ·Insomnie durch Verdacht auf Trennungsangst
Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung	<ul style="list-style-type: none"> · Schnarchen ·Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörung vom Typ obstruktive Apnoe der Kindheit
Parasomnien	<ul style="list-style-type: none"> ·Schlafwandeln ·Pavor nocturnus ·Kindliche Alpträume

2.4.1.2 Mini-KiSS-Fragebogen

Bei dem Mini-KiSS-Fragebogen (Schlarb, in prep.) handelt es sich um einen ausführlichen Anamnesefragebogen, der begleitend zu dem Mini-KiSS-Training von Schlarb **Schlarb_2014** entwickelt wurde. Dieser enthält neben Fragen nach der aktuellen kindlichen Schlafsituation auch Items zur Entwicklung des kindlichen Schlafes. Ferner werden das subjektive elterliche Gesamturteil bezüglich des kindlichen Schlafes und zu den Nacherhebungsterminen auch subjektiv empfundenen Verbesserungen in

Bezug auf den kindlichen Schlaf erfasst. Auch werden demographische Angaben, wie Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht des Kindes, familiäre Verhältnisse, Geschwister sowie Ausbildung und Beruf der Eltern mit Hilfe des Anamnesefragebogens erhoben. Weiterhin machen die Eltern Angaben zu der aktuellen Lebenssituation des Kindes (z. B. Besuch einer Tageseinrichtung, Stressoren, Lebensereignisse), zur allgemeinen medizinischen und psychischen Befindlichkeit des Kindes sowie zur Entwicklung des Kindes seit der Geburt.

2.4.1.3 *Schlafstagebücher*

Zu den subjektiven indirekten Verfahren gehören Schlafstagebücher, die als Methode der Wahl bei der Diagnostik von Schlafstörungen eingesetzt werden (**deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2009**). Diese dienen zur Objektivierung der Schlafquantität, der Identifizierung sowie Differenzierung der Hauptproblematik sowie der Sensibilisierung für Veränderungen im Schlafverhalten und als Entscheidungshilfe bei der Behandlung der Schlafstörung (**Steinhausen_1999; Wolke_1996**). Durch das Führen eines Schlafstagebuchs können Erinnerungsverzerrungen und Generalisierungen hinsichtlich der kindlichen Schlafsituation einerseits und der Eigenwahrnehmung des elterlichen Schlafes andererseits vermieden werden (**Fricke-oerkermann_2007**). Als Orientierungshilfe bei der Erstellung eines Schlafprotokolls dient die verbindliche Version eines Morgen-Abendprotokolls von Hoffmann und Kollegen **Hoffmann_1997** mit dem Ziel, die Diagnostik und Forschung in diesem Bereich zu vereinheitlichen. Es werden verschiedene Parameter, wie die Einschlaf latenz, die nächtliche Wachdauer, die nächtliche Aufwachhäufigkeit, die Gesamtschlafzeit, die Schlafeffizienz, die Zeit im Bett und die Wachliegezeit im Bett erfasst. Außerdem werden Angaben zu Belastungen, Tagesschlafmenge, Medikamenten-, Alkohol- und Nikotingebrauch und mögliche Ursachen für Ein- und Durchschlafprobleme erhoben. Für Kinder und Kleinkinder gibt es bisher noch keine einheitliche Form eines Schlafstagebuchs (**Liendl_2006**). Anzumerken ist, dass es sich bei

Schlafstagebüchern stets um eine subjektive Beurteilung des Schlafes handelt ([deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2009](#)).

2.4.2 Objektive Verfahren

Die apparative Schlafmessung hat den Vorteil, dass sie eine objektive Möglichkeit zur Beschreibung des Schlafverhaltens und verschiedener schlafbezogener Parameter bietet und somit über Fragebögen und ein diagnostisches Interview zur Schlafsituation hinaus die diagnostische Genauigkeit erhöht. Neben der umfangreichen und aufwändigen Untersuchung im Schlaflabor (Polysomnographie) bietet diese Möglichkeit die im Rahmen dieser Studie verwandte Akigraphiemessung. Um die mütterliche Belastung durch die kindliche Schlafproblematik mit einem weiteren objektiven Verfahren zu erfassen, wurde eine Haarcortisolanalyse durchgeführt, die im Folgenden ebenfalls beschrieben wird.

2.4.2.1 Polysomnographie

Bei der Polysomnographie handelt es sich um die umfangreichste Untersuchung des Schlafes einer Person ([deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2009](#)). Sie findet normalerweise im Schlaflabor statt und es werden dabei verschiedene physiologische Funktionen gemessen. So können unterschiedliche Körperfunktionen während der ganzen Nacht kontinuierlich beobachtet und überwacht werden. Erhoben werden können unter anderem die Gehirnströme zur Bestimmung der Schlafstadien über EEG, die Herzaktivität per Elektrokardiogramm (EKG), die Augenbewegungen per Elektroofokulogramm (EMG), die Sauerstoffsättigung des Blutes mit Hilfe von Pulsoxymetrie sowie der nasale und orale Atemfluss und Atemexkursionen von Thorax und Abdomen ([deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2009](#)). Auch Körpertemperatur sowie Körperhaltung und -Bewegungen während des Schlafes werden aufgezeichnet. So kann einerseits die Schlafarchitektur

im Allgemeinen untersucht und andererseits können wichtige autonome Funktionen erhoben werden.

Eine polysomnographische Untersuchung ist dann indiziert, wenn somatische Ursachen für Schlafstörungen vermutet werden. Im Kindesalter wird die Polysomnographie vor allem bei Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörungen eingesetzt (Erler_2011; Rechtschaffen_1968). Nach Lehmkuhl und Frölich **Lehmkuhl_1998** sollte bei nächtlichen zerebralen Anfällen, Schlafwandeln, exzessiver Tagesmüdigkeit, unklarer Aufmerksamkeits- und Verhaltensdefizite und unklarer Entwicklungsverzögerungen eine Polysomnographie bei Kindern durchgeführt werden (**Lehmkuhl_1998**). Grundsätzlich ist die Interpretierbarkeit der im Polysomnogramm erhobenen physiologischen Parameter im Kindesalter im Vergleich zur Messung bei Erwachsenen aus entwicklungsbedingten Gründen erschwert (**Griebel_2006**) und stellt ferner bedingt durch den Aufenthalt im Schlaflabor auch eine Belastung für Eltern und Kind dar (**Anders_1997**).

2.4.2.2 *Aktigraphie*

Bei der Aktigraphie erfolgt eine kontinuierliche Aufzeichnung von Bewegungen unter Zuhilfenahme eines Bewegungssensors, dem Aktigraphen. Dabei handelt es sich um ein kleines, am Handgelenk zu tragendes Messgerät, das einer größeren Armbanduhr ähnelt. Es erlaubt die reliable und valide Messung von Schlaf in der natürlichen Umgebung und kann über mehrere Tage, Wochen oder Monate stattfinden (**Acebo_2006; Sadeh_2011**). Nicht aufgezeichnet werden bei der Aktigraphie die verschiedenen Schlafstadien.

Im Wesentlichen gilt die Aktigraphie als ein nützliches Maß zur Schlaf-Wach-Erfassung, da die Anwendung einfach und weniger aufwendig ist als eine Messung im Schlaflabor (**Littner_2003**). Ein weiterer Vorteil ist, dass die Messung zu Hause, d.h. in der natürlichen Schlafumgebung der Familie erfolgt. Für Familien mit kleinen Kindern wie in der vorliegenden Studie

bietet sich aus Gründen der Zumutbarkeit und Umsetzung die Aktigraphie-Messung an.

Zur Diagnostik frühkindlicher Schlafstörungen ist abschließend zu sagen, dass es bedeutsam ist, sowohl das elterliche als auch das kindliche Schlafverhalten mit subjektiven sowie objektiven Verfahren zu erheben. Zur subjektiven Erhebung der Schlafsymptomatik im Kleinkindalter stehen neben dem Diagnostikinstrument der Wahl bei Schlafstörungen, dem Schlaftagebuch, das jedoch in keiner einheitlichen Form für das frühe Kindesalter vorliegt (Liendl_2006), nur die in dieser Arbeit verwandten zur Verfügung (Schlarb, in prep.). Deswegen ist es besonders wichtig, in die vorliegende Studie auch objektive Maße einzubeziehen.

2.4.2.3 *Messung von Haarcortisol*

Bei Cortisol handelt es sich um ein körpereigenes Steroidhormon aus der Gruppe der Glukokortikoide, das an vielen Stoffwechselfvorgängen beteiligt ist und bei Stress vermehrt freigesetzt wird. Die Cortisolproduktion wird durch die Hypophyse mit dem Hormon ACTH und im Hypothalamus durch das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) angeregt. Der normale Cortisolspiegel im Körper weist einen zirkadianen Verlauf auf, wobei das Hormon nicht kontinuierlich, sondern pulsatil, d.h. in 7 bis 10 Schüben pro Tag freigesetzt wird. Während der Nacht sinkt die Cortisolproduktion deutlich ab und steigt am Morgen wieder stark an (Birbaumer_2010).

Bis vor kurzem wurden Cortisolanalysen anhand von Blut-, Speichel-, oder Urinproben beim Mensch vorgenommen, die Zeitabschnitte von Minuten bis Stunden abdecken (Stalder_2012). Mit der Haarsegmentanalyse wurde in den letzten Jahren eine neue Untersuchungsmethode etabliert, die die kumulative Cortisolsekretion über einen längeren Zeitraum misst und dadurch weniger anfällig für situative Einflüsse ist als die etablierten Analyseverfahren (Stalder_2012). Mit der Methode der Haarsegmentanalyse ist es folglich nunmehr möglich, den Cortisolwert über einen längeren Zeitraum zu betrach-

ten. Studien zeigen, dass physiologische Cortisolspiegel relativ einfach im menschlichen Haar nachweisbar sind, Haarcortisolspiegel u. a. stressbedingte Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden(HHN)-Achse widerspiegeln können und die Veränderungen retrospektiv über die vergangenen bis zu sechs Monate im Haar nachvollziehbar sind (**Dettenborn_2010; Stalder_2012**). Beispielsweise untersuchten Steudte und Kollegen **Steudte_2011** erstmals die Anwendbarkeit der Haarsegmentanalyse zur Bestimmung der hormonellen Dysregulation bei PTBS und zeigten unter anderem, dass die Anzahl traumatischer Lebensereignisse positiv mit dem Haarcortisolwert korrelierte. Auch konnten Skoluda und Kollegen **Skoluda_2012** in einer Langzeituntersuchung mit 374 Versuchspersonen nachweisen, dass Ausdauersportler signifikant höhere Cortisolwerte aufwiesen als die Teilnehmer der nicht-trainierten Kontrollgruppe.

2.5 BEHANDLUNG NICHT-ORGANISCHER SCHLAFSTÖRUNGEN IM KLEINKINDALTER

Im folgenden Abschnitt wird zunächst der aktuelle Forschungsstand hinsichtlich der Notwendigkeit und Wirksamkeit verschiedener Strategien im Umgang mit Schlafschwierigkeiten im Kleinkindalter präsentiert. Anschließend wird ein Überblick über verschiedene Bestandteile von Interventionen bei Schlafschwierigkeiten im Kindesalter gegeben. Es wird das Zürcher Beratungskonzepts von Jenni und Benz **Jenni_2007** vorgestellt, das neben dem Mini-KiSS-Training das einzige standardisierte Behandlungskonzept für Schlafstörungen in der frühen Kindheit darstellt. Das Kapitel schließt mit einem Exkurs zum Thema Co-Sleeping.

2.5.1 *Aktueller Forschungsstand*

Es gilt als erwiesen, dass die Schlafedukation und die Vermittlung und Einhaltung von Schlafhygieneregeln Grundlagen zur erfolgreichen Therapie

von Schlafstörungen im Kindes- (**ramchandani_2000**) und Erwachsenenalter (**morin_1999**) darstellen. Ferner ist insbesondere im Kindesalter eine regelmäßige Einschlafroutine wichtig (**fricke_2006; mindell_1999**). Ein- und Durchschlafprobleme treten im Kleinkindalter häufig im Zusammenhang mit Konflikten im Rahmen der Schlafsituation auf (z. B. das Kind soll zu Bett gehen, verweigert dies jedoch), werden diese Konflikte reduziert, bessert sich häufig auch das Schlafverhalten (**fricke_2006**). Behaviorale Methoden wie Extinktion und graduelle Extinktion, aber auch Interventionsmaßnahmen wie Verstärkerpläne haben sich als hilfreich erwiesen (**dopfner_2006; schlarb_2011-4**). Zur Reduktion kindlicher schlafbezogener Ängste sollten kognitive Verfahren wie Selbstinstruktionen und Modelllernen angewandt werden, um so eine entspannte und angstfreie Schlafsituation zu schaffen (**baving_2001**).

Bereits im Jahr 1999 wurde ein Review über 41 Studien publiziert, die die Behandlungseffektivität bei Schlafstörungen im Alter von einem bis fünf Jahren untersuchten (**mindell_1999**). Verhaltenstherapeutische Methoden wie Psychoedukation über Schlaf im Kleinkindalter, graduelle Extinktion und Beachtung der Schlafhygiene erwiesen sich laut Mindell **mindell_1999** als besonders wirksam. Ramchandani und Kollegen **ramchandani_2000** gaben einen systematischen Überblick über neun randomisierte Studien im Kontrollgruppendesign. Eingeschlossen wurden vier Studien zur Wirksamkeit medikamentöser sowie vier Studien zur Wirksamkeit behavioraler Behandlung und Schlafedukation. In einer weiteren eingeschlossenen Studie von Scott und Richards **scott_1990** wurde ein Ratgeber im Kontrollgruppendesign verglichen. In den einbezogenen Studien wurden Familien mit Kindern im Alter von einem bis 60 Monaten untersucht. Als kurzfristig wirksam erwies sich medikamentöse Therapie, in den Medikamentenstudien wurde mit Antihistaminika (Niaprazin und Trimeprazin) behandelt. Die spezifischen behavioralen Verfahren hingegen hatten positive Kurz- und auch Langzeiteffekte auf das kindliche Schlafverhalten, wobei der späteste Untersuchungszeitpunkt im Rahmen dieser Studien drei Monate nach Ende der Intervention

lag. Die Autoren merken an, eine medikamentöse Behandlung bei kindlichen Schlafproblemen sei nur zur Entlastung und im Übergangszeitraum bis zu einer nicht-medikamentösen Intervention einzusetzen (**ramchandani_2000**). Ferner empfehlen Ramchandani und Kollegen **ramchandani_2000** die Weiterentwicklung von effektiven Behandlungs- und Trainingsprogrammen zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen, in denen die nachweislich wirksamen Interventionsstrategien wie graduelle Extinktion, ein regelmäßiges Schlafritual etc., zusammengefasst werden sollen.

2.5.1.1 *Psychoedukation*

Nach einer umfassenden Diagnostik ist der erste und wichtige Baustein bei der Behandlung von Schlafproblemen die Psychoedukation, d.h. die Aufklärung über normalen und problematischen Schlaf (**Schlarb_2011**). Bei Schlafschwierigkeiten von Babys und Kleinkindern ist es erforderlich, Eltern über altersangemessenen Schlaf ihrer Kinder aufzuklären. Hilfreich sind unter anderem Informationen über alterstypische Veränderungen normalen Schlafes, zum Tag-Nacht-Rhythmus, zu kindlichen Ängsten, zu individuellen Schlafbedürfnissen und Informationen zur Schlafhygiene (**schlarb_2012**). Wichtig ist, unrealistische Erwartungen oder nicht hilfreiche Kognitionen aufzulösen, etwa dass Babys durchschlafen oder das Kind krank ist, wenn es nicht durchschläft (**Schlarb_2011-1**).

2.5.1.2 *Schlafhygiene*

Ein wichtiger Baustein, der innerhalb der Psychoedukation erfolgen kann, sollte die Vermittlung von Schlafhygieneregeln sein. Bei Babys und Kleinkindern spielen bei der Befolgung der Regeln die Eltern die ausschließliche, bei älteren Kindern auch die Kinder selbst eine wichtige Rolle. Zu den Schlafhygieneregeln zählen nach Schlarb **Schlarb_2011-2** unter anderem:

- Einhaltung einer regelmäßigen Aufsteh-, Tagesschlaf- und Zubettgehzeit
- Nutzung des Bettes ausschließlich zum Schlafen
- Ins-Bett-gehen nicht als Strafmaßnahme gebrauchen

- Bewegung und bewegungsreiches Spiel am Tag
- Ruhephasen am Tag
- kein Rauchen in der Wohnung
- Konsequenz im elterlichen Handeln
- Regeln für die Einschlafsituation und Erziehungsregeln für das Durchschlafen
- Einhaltung eines Zubettgehrituals (siehe auch Kapitel [2.5.1.4](#))
- Berücksichtigung kindlicher Bedürfnisse in Verbindung mit der Schlafsituation
- vor dem Zubettgehen leichte Mahlzeiten einnehmen, wenn das Kind schon feste Mahlzeiten bekommt; keine Nahrung in der Nacht bei älteren Kindern
- 60 Minuten vor dem Zubettgehen ruhigen Aktivitäten nachgehen
- Beseitigung störender Lärmquellen
- eine Möglichkeit für das Kind schaffen, Selbstberuhigungsstrategien zu erlernen

Schlafhygiene ist die Voraussetzung für gesunden Schlaf. Um die Schlafqualität objektiv sichtbar zu machen, die genaue Schlafproblematik zu identifizieren und um die Eltern für Veränderungen zu sensibilisieren sowie als Grundlage für weitere Behandlungsschritte sind Schlaf- oder 24-Stundenprotokolle sinnvoll (**deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011 Schlarb_2011-2**). Wichtig sind bei der Einhaltung der Regeln auch klare Absprachen der Elternteile untereinander sowie eindeutiges elterliches Verhalten gegenüber dem Kind bezüglich der Schlafsituation, was zur emotionalen Entlastung beider Seiten beiträgt (**Schlarb_2011**).

2.5.1.3 Extinktion

Die ersten Studien, die sich mit Schlafproblemen in der Kindheit beschäftigten, konzentrierten sich auf die Methode der Extinktion (**Mindell_2006**). Dabei wird das Kind zu einer festgesetzten Uhrzeit ins Bett gebracht und erfährt bis zu einem bestimmten Zeitpunkt am nächsten Morgen keine Zuwendung mehr (**Mindell_2006**). Die Eltern kontrollieren lediglich auf mögliche Verletzungen, Krankheiten, Gefahren und die physische Unversehrtheit des Kindes. Kindliche Verhaltensweisen wie Schreien, Wutanfälle oder der Ruf nach den Eltern werden dabei ignoriert. Extinktion wird auch als Methode des „Schreien Lassens“ bezeichnet. Dem Kind werden positive Verstärker wie Zuwendung und Kontakt durch die Bezugsperson entzogen.

Laut Mindell und Kollegen **Mindell_2006** ist die größte Schwierigkeit an der Methode die Konsequenz und Durchsetzungsfähigkeit der Eltern, da diese das Kind schreien lassen müssen, unabhängig davon wie lange oder laut es weint. Reagieren die Eltern auf das Schreien des Kindes, lernt es nach der behavioralen Argumentation erst recht, dass die Eltern auf das Weinen reagieren und wird das darauffolgende Mal länger weinen (**Mindell_2006**).

Die Methode der Extinktion bzw. des Schreien Lassens wird stark kritisiert. Fricke-Oerkermann und Lehmkuhl **Fricke-Oerkermann_2011** raten beispielsweise aus ethischen Gründen deutlich von der Methode ab. Bei hartnäckigen Einschlafstörungen empfehlen sie graduelle Extinktion (siehe Kapitel [2.5.1.3](#)), bei der allerdings genau abgewogen werden sollte, wann sie eingesetzt wird (**fricke-oekermann_2011**). Die Extinktion solle nach Fricke-Oerkermann und Lehmkuhl **Fricke-Oerkermann_2011** erst in Erwägung gezogen werden, wenn andere Interventionen nicht ausreichend erfolgreich waren, das Kind mindestens zwölf Monate, körperlich und seelisch gesund ist und die Eltern sich den Einsatz der Methode gut überlegt haben. Zudem ist die Methode sehr stressvoll für die Eltern (**Mindell_2006**). Viele Eltern können das Schreien des Kindes nicht ignorieren, daher wurde die Methode der graduierten Extinktion entwickelt.

Graduelle Extinktion oder Ferber-Methode

Zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen entwickelte Ferber in den 80er-Jahren die nach ihm benannte „Ferber-Methode“ (Ferber_1985). Diese basiert auf Löschung ungewünschten kindlichen Verhaltens durch Weglassen der elterlichen Aufmerksamkeit (Extinktion), was in Bezug auf das Einschlafverhalten bedeutet, das Kind schreien zu lassen, bis es die neue Schlafsituation akzeptiert. Ferber Ferber_2006 entwickelte die Extinktionsmethode insofern weiter, als dass er das kontrollierte Schreienlassen bekanntmachte. Bei diesem Ansatz ist es den Eltern erlaubt, in festgelegten Zeitabständen nach dem Kind zu schauen, ohne jedoch das neu festgelegte Setting zu verändern. Die Eltern kommen nicht sofort, sondern nach einem abgestuften Zeitplan ins Zimmer des Kindes, wenn es nicht einschläft oder nachts aufwacht und weint. Eltern sollen hierbei das Weinen und Wutausbrüche des Kindes für einen bestimmten Zeitraum ignorieren (Mindell_2006). Die Zeit, die Eltern warten, um zum Kind zu gehen, kann variiert und individuell angepasst werden (Fricke-Oerkermann_2011). Intervalle werden ausgerichtet an Alter und Temperament des Kindes sowie an der Toleranz der Eltern für das Weinen des Kindes. Eltern können nach einem festen Zeitplan vorgehen und beispielsweise alle zwei, drei oder fünf Minuten nach dem Kind sehen oder den Zeitraum verlängern und zunächst nach fünf, später nach zehn oder 15 Minuten nach dem Kind schauen (Mindell_2006). Der Zeitraum, in dem sich Eltern beim Kind aufhalten, wird ebenfalls festgelegt, etwa für einen möglichen Zeitraum von 15 Sekunden bis zu einer Minute. Zudem soll die Interaktion zwischen Eltern und Kind minimiert werden, um das Suchen des Kindes nach Aufmerksamkeit nicht zu verstärken (Mindell_2006).

Die Begriffe der Extinktion und der graduellen Extinktion vermischen sich in der Praxis häufig, da Kritiker beide als Methode des Schreien Lassens bezeichnen. In der Populärliteratur wird die graduelle Extinktion oft als Schlaftraining bezeichnet (Mindell_2006). Die Anwendung

der graduellen Extinktion empfehlen Fricke-Oerkermann und Lehmkuhl **Fricke-Oerkermann_2011** ab einem Alter von 12 Monaten. Es wird dabei das Ziel verfolgt, es dem Kind zu ermöglichen, Selbstberuhigungsstrategien zu erlernen, um ohne Hilfe einzuschlafen (**Mindell_2006**). Hat das Kind diese erlernt, sollte es selbstständig abends einschlafen und bei nächtlichem Aufwachen wieder einschlafen können.

Der Ratgeber zur Methode des kontrollierten Schreien Lassens auf dem deutschsprachigen Markt „Jedes Kind kann schlafen lernen“ (**Kast-Zahn_2013**) wurde unter literaturanalytischen Gesichtspunkten im Rahmen der vorliegenden Arbeit untersucht (siehe Kapitel [4.2.2.1](#)).

2.5.1.4 *Weitere behaviorale Methoden zur Verbesserung des Schlafverhaltens*

Fricke-Oerkermann und Lehmkuhl **Fricke-Oerkermann_2011** unterteilen behaviorale Methoden in zwei Kategorien, nämlich in Methoden zur Verbesserung des erwünschten Schlafverhaltens und in Methoden, um unerwünschtes Verhalten zu vermindern. Zu Methoden zur Verbesserung von erwünschtem Verhalten zählen sie die positive Verstärkung, bei der erwünschtes Verhalten belohnt wird. Bei der Diskrimination geben Eltern bestimmte Hinweisreize, wie die Aufforderung, dass es Zeit zum Zubettgehen ist. Dies soll das gewünschte Verhalten fördern. Der Begriff Shaping bezeichnet den Aufbau einer aufeinanderfolgenden Reihung von Schritten, die dann verstärkt wird. Dabei wird beispielsweise eine Reihenfolge für das Zubettgehritual festgelegt, nacheinander aufgebaut und verstärkt (**fricke-oekermann_2011**). Durch Fading werden Belohnungen und Verstärkungen allmählich wieder zurückgenommen, etwa indem das Zubettgehritual verkürzt wird.

Positive Routinen und Zubettgehrituale

Durch die Einführung und Anwendung einer positiven Routine wie Vorlesen oder ein abendliches ruhiges Ritual soll das Kind lernen, sich zu entspannen. Bei positiven Routinen und Zubettgehritualen stellen die Eltern ei-

ne Reihe positiver und zugleich ruhiger Aktivitäten auf, die das Kind mag (**Mindell_2006**). Ziel ist dabei, angemessenes Verhalten zu fördern und affektives und physiologisches Arousal vor dem Schlafen gehen zu kontrollieren (**Mindell_2006**).

Faded Bedtime

Das bedeutet, dass Eltern das Kind für eine vorher festgelegte Zeitspanne aus dem Bett nehmen, wenn es nicht einschläft (**Mindell_2006**). Zudem wird der Zeitpunkt, zu dem das Kind zu Bett gebracht wird, nach hinten verlagert, um sicherzustellen, dass das Kind schnell einschläft und das Zubettgehen mit positiven Eltern-Kind-Interaktionen in Verbindung bringt. Wenn das Kind schneller einschläft, wird die Zubettgehzeit sukzessive über mehrere Nächte 15 bis 30 Minuten nach vorne verlagert, bis die gewünschte Einschlafzeit erreicht ist.

Scheduled Awakenings / Geregelttes Aufwecken

Das geregelte Wecken kann angewendet werden, wenn ein Kind nachts regelmäßig zu bestimmten Zeiten aufwacht. Dabei wecken die Eltern ihr Kind 15 bis 30 Minuten bevor es in der Regel von selbst aufwacht (**Mindell_2006**). Dabei sollen die Eltern auf die gleiche Weise reagieren wie sie bei spontanem Erwachen des Kindes reagieren würden und das Kind beispielsweise trösten oder in den Armen wiegen.

Dadurch, dass das Kind beim geregelten Aufwecken vor dem Zeitpunkt geweckt wird, zu dem es üblicherweise aufwacht, wird ihm die Kontrolle über das Aufwachen entzogen (**Fricke-Oerkermann_2011**). Die Zeitabstände zwischen dem Wecken des Kindes werden systematisch verlängert, sodass sich die zusammenhängenden Schlafperioden des Kindes verlängern und die Durchschlafprobleme des Kindes allmählich lösen sollen (**Mindell_2006**).

Nach Mindell und Kollegen **Mindell_2006** ist das geregelte Aufwecken keine angemessene Methode für jüngere Kinder.

2.5.1.5 *Das Zürcher Beratungskonzept*

Das Zürcher Beratungskonzept wurde von Jenni und Benz **Jenni_2007** entwickelt. Es handelt sich dabei um ein Stufenkonzept, das sowohl bei Eltern von Kindern im Säuglings- und Vorschulalter als auch im Schulalter in der Beratung eingesetzt werden kann. Im Folgenden wird auf das Konzept für die Elternberatung von kleinen Kindern eingegangen. Ein Hauptbestandteil dabei ist zunächst die Psychoedukation der Eltern über die normale Schlafentwicklung in der frühen Kindheit. Im Anschluss daran erfolgt die Behandlung der Schlafsymptomatik in drei Stufen (**Jenni_2007; Jenni_2014**):

- Regelmäßiger Rhythmus
- Individueller Schlafbedarf
- Selbstständiges Einschlafen

Vor dem Beginn der Beratung führen die Eltern über einen Zeitraum von 14 Tagen ein 24-h-Protokoll zur Erfassung des kindlichen Schlafverhaltens. Anhand dessen wird zur Rhythmusregulation des Schlaf-Wach-Rhythmus‘ zunächst ein geregelter Tagesablauf eingeführt und die Bettzeit an den kindlichen Schlafbedarf angepasst, um unnötige Wachphasen im Bett zu vermeiden. Über graduelle Annäherung wird im letzten Schritt an neues, selbstständiges Einschlafverhalten herangeführt. Dabei ist es laut der Autoren wichtig, kleinschrittig vorzugehen und über einen Zeitraum von zwei bis drei Wochen eine konsequente Erziehungshaltung einzuhalten (**Jenni_2007**). Bezüglich der Methode der Extinktion oder kontrollierten Extinktion (siehe [2.5.1.3](#) und [2.5.1.3](#)) geben die Autoren an, dass sie die Erfahrung gemacht hätten, dass viele Eltern mit dieser Behandlungsform überfordert seien.

Zusammengefasst kann in Bezug auf das Zürcher Beratungskonzept gesagt werden, dass es als Stufenkonzept von den Autoren als

wirksam und hilfreich beschrieben wird (Jenni_2007; Jenni_2014). Die Inhalte stimmen mit Vorgaben aus der Literatur zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen (Schlarb_2011; fricke_2006; mindell_1999; Mindell_2006) sowie den Empfehlungen der DGSM (deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011) zu Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern überein. Es werden jedoch von den Autoren keine Angaben zur neben dem 24-h-Protokoll verwandten Diagnostik sowie zu Frequenz und Dauer der Behandlung insgesamt gemacht. Auch gibt es bisher keine Studien zur Wirksamkeit des Zürcher Behandlungskonzepts.

2.5.1.6 Exkurs: Co-Sleeping

Die Begriffe Co-Sleeping und Bed-sharing werden oft synonym verwendet und bedeuten, dass das Baby im Bett der Eltern schläft (sobralske_2009), gängig ist auch der Begriff des Familienbetts. Befürworter sehen das gemeinsame Schlafen als natürliche und gesunde Schlafweise von Eltern und Kind, positiv daran sind eine intensive körperliche Nähe und enger Kontakt von Mutter und Kind. Mütter können ihr Baby beim Co-Sleeping besser überwachen, wachen selbst beim Co-Sleeping auch aus tiefen Schlafstadien schneller auf (mckenna_2005) und die Kinder werden häufiger von außen stimuliert (sobralske_2009). Dies wird als Vorteil für ganz kleine Babys gesehen, die noch nicht gut alleine von einer Schlafphase in die nächste wechseln können. Mütter können außerdem bei eventuellen Atempausen schneller intervenieren (mckenna_2005). Befürworter unterstreichen ferner, dass das Stillen durch Co-Sleeping erleichtert ist. Mütter berichten weniger Weinen des Kindes und eine erhöhte Milchproduktion durch häufigeres Stillen (mckenna_2005). Nach einer Studie von Jenni und Kollegen jenni_2005 schlafen weniger als 10% der Kinder unter einem Jahr mehr als einmal pro Woche im Bett ihrer Eltern. Diese Werte steigen zwischen drei und fünf Jahren auf fast 40% an und gehen dann bis zum achten Lebensjahr auf 20% zurück. Die Autoren dieser Studie beurteilen Co-Sleeping als vorübergehendes, mit der kognitiven, emotionalen und körperlichen Entwicklung

des Kindes verknüpftes Phänomen. Je nach Charakter und Nähebedürfnis brauchen Kinder dieser Studie nach in bestimmten Entwicklungsstadien mehr oder weniger elterliche Nähe während der Nacht (**jenni_2005**). Andere Untersuchungen fanden allerdings einen signifikanten Zusammenhang zwischen Co-Sleeping und Schlafproblemen wie Enuresis Nocturna (nächtliches Einnässen), nächtlichen Ängsten oder Pavor Nocturnus (siehe Kapitel **2.3.2.1**). Kritiker befürchten zudem, dass das Co-Sleeping das Risiko eines plötzlichen Kindstods (SIDS, eng.: Sudden Infant Death Syndrome) erhöht (**sobralnske_2009**). Die American Association of Pediatrics spricht sich ebenfalls eindeutig gegen das Co-Sleeping aus, da die Gefahr besteht, dass Eltern das Kind im Schlaf erdrücken, dass das Kind in die Bauchlage oder unter Bettkissen oder –decken gerät (**sobralnske_2009**).

Das Co-Sleeping bzw. Bedsharing wird in der Regel nicht als aktive Therapieintervention bei problematischem Schlaf bezeichnet, sondern eher als Schlafpraxis, die Eltern anwenden oder nicht anwenden. In Erziehungsratgebern wird die Methode oft diskutiert (siehe Kapitel **4**) und, je nach Ausrichtung des Ratgebers, davon ab- oder zugeraten (**ramos_2006**). Nicht geklärt ist dabei, ob Co-Sleeping Ursache oder Folge von Schlafproblemen ist oder beide Ereignisse durch eine Drittvariable verursacht werden. Co-Sleeping kann von den Eltern gezielt als Erziehungsmethode eingesetzt oder die elterliche Reaktion auf ein schlecht schlafendes Kind sein (**gaylor_2001**). Auch kulturelle Aspekte nehmen Einfluss auf die Häufigkeit und Akzeptanz des Co-Sleeping. Es ist über verschiedene Kulturen hinweg verschieden, ob es als Selbstverständlichkeit gilt, dass das Kind die ersten Lebensjahre mit im Elternbett schläft oder es nur ein Familienbett gibt (**baHamam_2008; jenni_2005; miller_2014; worthman_2007**).

2.6 DAS ELTERNTRAININGSPROGRAMM MINI-KISS

Da es keine mit dem Mini-KiSS vergleichbaren Interventionen in Form von einem verhaltenstherapeutischen Gruppentrainingsprogramm gibt, wird im

folgenden Abschnitt zunächst auf Elterntrainings und deren Besonderheiten eingegangen. Anschließend wird das Elterntraining Mini-KiSS für Kinder bis vier Jahre mit Schlafstörungen (**Schlarb_2014**) vorgestellt und die eingesetzten Strategien und Vorgehensweisen werden erläutert. Anschließend folgt eine Beschreibung des Ablaufs des Trainings und der einzelnen Elternsitzungen.

2.6.1 Grundsätzliches zu Elterntrainings

Arbeit mit Eltern gilt nach Schmelzer **borg-laufs_2007** als Oberbegriff für verhaltenstherapeutisches und ressourcenorientiertes Vorgehen im Umgang mit Eltern und beinhaltet pädagogisch-didaktische sowie therapeutische Elemente. Es wird Wissen zur kindlichen Entwicklung und Erziehung vermittelt mit dem Ziel, dass es zu einer Klärung kindlichen Verhaltens kommt.

Speziell im Elterntraining sollen des Weiteren systematisch relevante Erziehungskompetenzen vermittelt und eingeübt werden (**borg-laufs_2007**). Ziel ist hierbei der Erwerb von Konfliktlösungs- und Kommunikationsstrategien. Elterntrainings gelten generell als wirkungsvolle Präventions- und Interventionsmaßnahme (**dretzke_2009; farrington_2003; lundahl_2006; serketich_1996**). Vor allem bei jüngeren Kindern gelten Elterntrainings als besonders effektive Methode, um Entwicklungsrisiken oder bereits bestehenden Störungen entgegenzuwirken (**briesmeister_2007; kazdin_2005; petermann_2010**). In einer niederländische Metaanalyse mit 70 Studien über Elterninterventionen ergab sich, dass eine kürzere Dauer der Intervention insgesamt (weniger als fünf bzw. zwischen fünf und 16 Sitzungen verglichen mit mehr als 16 Sitzungen) mit Schwerpunktlegung auf das elterliche Verhalten wirksamer war als längere und umfassendere Interventionen (**Bakermans-Kranenburg_2003**).

Bei Elterntrainings handelt es sich um präventive oder therapeutische Ansätze, bei denen „...erzieherische oder psychotherapeutisch orientierte

Basisfertigkeiten eingeübt werden, um problembezogene Erziehungskompetenzen der Eltern zu stärken. Ziel ist es, die Eltern mit Hilfe eines Therapeuten in die Lage zu versetzen, kindliches Verhalten und Eltern-Kind-Interaktionen zu beobachten, zu beschreiben, neu zu bewerten und zu modifizieren“ (**warnke_1999**). Bereits vom Begriff „Training“ her wird deutlich, dass auch aktive Elemente des Übens und Ausprobierens eine Rolle spielen. Neben der Wissensvermittlung geht es also auch darum, den praktischen Umgang mit Problemen zu erlernen, Erziehungskompetenzen einzuüben und schließlich über neue Lösungsmöglichkeiten im Umgang mit dem Kind zu verfügen (**schwenck_2012**).

Nach Beelmann und Lösel **Beelmann_2007** werden sieben Hauptziele im Rahmen verhaltenstheoretisch fundierter Elterntrainings unterschieden:

1. Erlernen eines positiven Erziehungsstils, der das gewünschte Verhalten verstärkt und bei Problemverhalten konsequent Grenzen setzt
2. Verbesserung des „Problemmanagements“ in schwierigen Erziehungssituationen (wie beispielsweise ein Wutanfall des Kindes)
3. Einsatz wirksamer Strategien zur Einhaltung grundlegender sozialer Regeln
4. Unterstützung der Vorbildfunktion der Eltern bei sozialen Konflikten (z. B. keine gewaltsame Problemlösung bei elterlichen Auseinandersetzungen)
5. Stärkung von Beaufsichtigungsfunktionen
6. Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktionen durch Vermeidung emotional negativer Interaktion
7. Aufbau positiver Interaktionen, die geprägt sind durch gegenseitigen Respekt, Vertrauen und Zuneigung

Schmelzer **Schmelzer_1999** gibt zudem die Empfehlung, anzunehmen, dass niemand in der Kindererziehung absichtlich etwas falsch mache. Berücksichtige man die individuelle Lerngeschichte des Kindes sowie den jeweiligen familiären Kontext, werde vieles erklärbar und verständlich (**Schmelzer_1999**).

2.6.2 *Das Trainingsprogramm Mini-KiSS*

Das Elterntaining Mini-KiSS (Training für Mini-Kinder mit Schlafstörungen) wurde unter Leitung von Schlarb **Schlarb_2014** mit dem Ziel entwickelt, Eltern in ihrer auf den kindlichen Schlaf bezogenen Erziehungskompetenz so zu stärken, dass ihre Kinder im Alter von sechs Monaten bis vier Jahren lernen, sich selbst zu beruhigen (self-soothing) und alleine ein- und durchzuschlafen können. So sollen eine Verbesserung der Schlafquantität und -qualität sowohl auf Seiten des Kindes als auch der Eltern und damit verbunden ein verbessertes familiäres Wohlbefinden erreicht werden. Das Training ist ein multimodales Gruppenprogramm, das aus sechs Elternsitzungen besteht, die in einem Zeitraum von sechs aufeinanderfolgenden Wochen jeweils einmal wöchentlich stattfinden. Ein Elternabend dauert ca. 100 min und es nehmen in der Regel vier bis sechs Familien an dem Elterntaining teil. Sofern es möglich ist, sollten die Elternabende von beiden Elternteilen besucht werden. Es hat sich gezeigt, dass in Elterntainings, an denen Elternteile teilnahmen, das kindliche Problemverhalten deutlicher reduziert werden konnte und mehr gewünschtes elterliches Verhalten die Folge war als wenn nur ein Elternteil an der Behandlung teilnahm (**Lundahl_2007**).

Mit verschiedenen Methoden werden im Mini-KiSS-Training sowohl elterliche Erziehungskompetenzen als auch kindliche Selbstregulierungskompetenzen gefördert: Die sechs Elternsitzungen beinhalten Elemente aus der kognitiven Verhaltenstherapie sowie Imaginations- und Entspannungstechniken zur Ressourcenförderung der Eltern. Auch Elemente aus der Positiven

Psychologie fließen in das Mini-KiSS-Training ein.

Zu den verhaltenstherapeutischen Elementen gehören Psychoedukation, Regeln zur Schlafhygiene sowie schlafbezogene Erziehungsstrategien. Die Psychoedukation spielt im Rahmen des Mini-KiSS-Trainings eine große Rolle. Ziel ist es dabei, durch Informationen über den kindlichen Schlaf die Eltern aufzuklären und somit ihre schlafbezogenen Kompetenzüberzeugungen zu stärken (**hiscock_2002**). Der Psychoedukationsteil beinhaltet Informationen über Schlafphysiologie, Entwicklung des Schlafes über die Kindheit sowie die Funktionalität des Schlafes. Auch Schlafstörungen im Kindesalter, mögliche Ursachen und mögliche aufrechterhaltende Faktoren dieser werden diskutiert. Bei den Regeln zur Schlafhygiene wird insbesondere das Einhalten eines festen Rhythmus' betont, zum einen, was das Schlafen und Wachen des Kindes tagsüber und nachts betrifft, zum anderen bezüglich der Nahrungsaufnahme. Es werden Regeln zum Tagschlaf und Empfehlungen für altersentsprechende Zubettgehzeiten besprochen. Die Nutzung des Bettes als reiner Schlafplatz wird eingeführt sowie Maßnahmen zur Schaffung einer förderlichen Schlafumgebung besprochen. Auch das Elternbett als Ausnahmeregelung und die Förderung der Selbstberuhigungsfähigkeiten (self-soothing) des Kindes werden behandelt. Die Einhaltung dieser Regeln führt nach Steinberg und Kollegen **steinberg_2000** zu einer Verbesserung der Schlafstörungssymptomatik.

Zu den schlafbezogenen Erziehungsstrategien gehören die Prinzipien der Löschung und der positiven Verstärkung, Verhaltensformung und graduellen Annäherung, die Berücksichtigung von Diskriminationslernen sowie die Schaffung einer positiven Routine im Sinne eines Einschlafrituals (**owens_2002; stores_1996**). Unter Löschung wird die Entfernung der positiven Verstärkung für problematisches Verhalten verstanden. Dafür ist es wichtig, dass die Eltern im Rahmen des Trainings lernen, welche Ursachen es beispielsweise für das nächtliche Schreien ihres Kindes gibt. Verhalten, dass das Kind zum Zweck von Machtausübung, zur Erlangung von Auf-

merksamkeit oder aus Gewohnheit zeigt, soll nicht (mehr) durch elterliche Aufmerksamkeit oder Zuwendung verstärkt werden. Es wird betont, dass das Nicht-Reagieren der Eltern der Stärkung der Selbstregulationskompetenz und der Selbstberuhigungsfähigkeiten (self-soothing) des Kindes dient. In Folge dieser Umstellungen ist zunächst mit mehr nächtlichen Verhaltensäußerungen des Kindes zu rechnen, ehe es zu einer Verbesserung kommt (**Steinhausen_1999**). Zur Unterstützung der Eltern werden Folgen von konsequentem und inkonsequentem Erziehungsverhalten besprochen. Dieses Prinzip führt bei einigen Eltern zu Widerständen (**tikotzky_2010**) und wird häufig in Kombination mit positiver Verstärkung angewendet (**owens_2002**). Das gewünschte kindliche Verhalten wird an eine positive Erfahrung gebunden, indem es mit einer für das Kind attraktiven Belohnung gekoppelt wird. So kann Alternativverhalten auch gestuft, im Sinne der graduellen Annäherung, aufgebaut werden. Dieses Vorgehen wird Eltern empfohlen, die Schwierigkeiten mit der direkten Löschung kindlichen Verhaltens haben. Die positive Verstärkung sollte dem Kind und dem Alter des Kindes angemessen sein und möglichst zeitnah erfolgen. Diese Strategie wirkt nicht, wenn die Belohnung für das Kind von geringerem Wert oder geringerer Bedeutung ist als das Problemverhalten (**Schlarb_2008; Schlarb_2011-2**).

Bestimmte Rituale, Regeln, Objekte und Verhaltensweisen, die als diskriminative Hinweisreize für den Schlaf dienen könnten, werden besprochen und gegebenenfalls neu definiert. Schlafförderliche Hinweisreize für Ort und Zeitpunkt des (Wieder-)Einschlafens werden dabei diskutiert. Insbesondere ein allabendliches Einschlafritual zur Schaffung einer positiven Zubettgehrou-tine soll von den Eltern eingeführt werden, das vor allem jüngeren Kindern das Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit vermittelt (**Schlarb_2008; Schlarb_2011-3; steinberg_2000**). Die Funktion eines diskriminativen Reizes, der dem Kind das Einschlafen erleichtert, sollen künftig ebenfalls nicht mehr die Eltern übernehmen. Ein Stofftier fungiert als Übergangsobjekt und soll dem Kind das selbstständige Einschlafen erleichtern. Der Stoffleopard Kalim-ba wird den Eltern in der zweiten Elternsitzung für ihre Kinder mitgegeben

und begleitet sie fortan durch das Training. Er dient auch als Coping-Modell (**bongartz_2009**) und tritt in den Mini-KiSS-Einschlafgeschichten auf (**Schlarb_2014**). Hier werden Lösungsprozesse in typischen schwierigen (Schlaf-)Situationen exemplarisch anhand von Kalimba und seinen tierischen Freunden dargestellt, um alternative Verhaltensmöglichkeiten zu zeigen und auch die Frustrationstoleranz der Kinder am Modell zu fördern.

Da kindliche Schlafprobleme für die Eltern sehr belastend sein können (siehe Kapitel 2.3.6), ist ein weiterer wichtiger Bestandteil des Elterntrainings, die Eltern zu entlasten. Es werden imaginative Techniken eingesetzt, um elterliche Anspannung und Stress zu reduzieren. Mit Hilfe hypnotherapeutischer Geschichten sollen ungenutzte Ressourcen aktiviert und neue Problemlösungen angestoßen werden (**schlarb_2007**). Diese werden in den Elternsitzungen gemeinsam eingeübt und von den Eltern selbstständig zwischen den Sitzungen zu Hause angehört. Auch die Selbstfürsorge der Eltern und der elterliche Schlaf werden im Rahmen des Mini-KiSS-Trainings thematisiert. Elemente der Positiven Psychologie kommen insofern zum Tragen, als dass die Eltern angeregt werden, in der Interaktion mit ihrem Kind positive Aspekte zu sehen (**seligman_2002**). Dafür wird im Mini-KiSS-Training ein Dankbarkeitstagebuch geführt, wo die Eltern täglich positive Momente der Interaktion mit ihrem Kind eintragen (**jefferson_2005**).

In Tabelle 5 sind die Inhalte der einzelnen Sitzungen im Überblick dargestellt:

Tabelle 5: Inhalte der Sitzungen des Mini-KiSS-Trainings (**Schlarb_2014**).

Sitzung	Inhalt
1	Einführung und Informationen rund um den Schlaf
2	Schlafsituation, Schlafverhalten und Erziehungsverhalten unter der Lupe
3	Weinen, Schreien und Trotz
4	Stress und Entspannung
5	Angst, Geborgenheit und Ernährung
6	Abschlusssitzung

Es konnte gezeigt werden, dass das Mini-KiSS-Training in einer Pilotstudie mit $N = 17$ Familien im Prä-Post-Design ohne eine Kontrollgruppe dazu führte, dass sich die kindlichen Schlafprobleme signifikant reduzierten (**Schlarb_2011**). Die Anzahl des nächtlichen Erwachens, die Dauer der nächtlichen Wachzeit sowie das Schlafen im Elternbett nahmen signifikant ab. Auch die psychische Befindlichkeit von Eltern und Kindern verbesserte sich signifikant, gemessen über die Child Behavior Checklist 1.5-5 (CBCL 1.5-5) und die Symptom Checklist (SCL 90-R). Auch in einer weiteren Studie, im Rahmen derer das Mini-KiSS-Training als Online-Training angeboten wurde, konnte seine Wirksamkeit bestätigt werden (**schlarb_2012**). An dem Online-Angebot nahmen $N = 55$ Familien teil, deren Kinder unter psychophysiologischer Insomnie oder behavioraler Insomnie des Kindesalters litten. Die Effekte der Intervention wurden über einen Anamnesefragebogen, das Führen von Schlaftagebüchern für Eltern und Kinder sowie das kindliche Verhalten über die CBCL 1.5-5 erfasst. Häufigkeit und Dauer sowohl kindlichen als auch elterlichen nächtlichen Erwachens konnten durch das Online-Training signifikant reduziert werden, auch brauchten die Kinder nach dem Training signifikant weniger Hilfe beim Einschlafen abends und im Laufe der Nacht und zeigten weniger Widerstände beim Zubettgehen. Auch das allgemeine kindliche Problemverhalten nahm über das Mini-KiSS-Onlinetraining signifikant ab.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es sich beim dem Mini-KiSS-Training zum einen um ein Programm handelt, in dem verschiedene zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen empfohlene Interventionen zusammengefasst vermittelt werden (siehe Abschnitt 2.5). Zum anderen handelt es sich um ein Gruppentraining, an dem die Eltern in Kleingruppen geschlossen über eine festgelegte Anzahl an Sitzungen teilnehmen. Es gibt kein vergleichbares Programm, das als standardisiertes Gruppentraining angeboten und hinsichtlich seiner Wirksamkeit nachweislich zur Reduktion frühkindlicher Schlafstörungen führt wie das das Mini-KiSS-Training (**Schlarb_2011**; **schlarb_2012**).

2.7 GESAMTFRAGESTELLUNG

Wie beschrieben, sind Schlafschwierigkeiten im Kleinkindalter weit verbreitet und haben zum Teil gravierende Folgen. Diese beschränkten sich nicht nur auf die physische und psychische kindliche Gesundheit, auch der elterliche Schlaf, das elterliche Wohlbefinden und die Qualität der Partnerschaft können von frühkindlichen Schlafstörungen stark beeinträchtigt werden.

Da erholsamer Schlaf sehr wichtig für die kindliche Gesundheit und Entwicklung ist, wird deshalb zunächst im Rahmen dieser Arbeit untersucht, was Eltern von kleinen Kindern über Schlaf und Schlafprobleme im Kleinkindalter wissen. Dazu wird ein ausführlicher Fragebogen entwickelt, in dem sowohl elterliches schlafbezogenes Faktenwissen als auch erzieherische Kompetenzen bezüglich der Schlafsituation erfasst werden. Dieser wird im Online-Format einer repräsentativen Stichprobe zur Verfügung gestellt.

Ferner ist von Interesse, wie Eltern zunächst selbstständig vorgehen und Rat suchen, wenn ihre Kinder unter Schlafschwierigkeiten leiden. Deshalb wird für die vorliegende Arbeit die auf dem deutschen Buchmarkt verfügbare Ratgeberliteratur bei Schlafproblemen im Kindes- und Kleinkindalter unter literaturanalytischen Gesichtspunkten untersucht. Es ist inhaltlich unter anderem von Interesse, was für Strategien in den Ratgebern empfohlen werden, welcher Profession die Autoren angehören und auf welche Quellen sie sich berufen. Formell werden die Bücher hinsichtlich der Gestaltung und der sprachlichen Mittel betrachtet. Es wird unterschieden zwischen Ratgebern für Eltern mit Kindern im Vor- und Grundschulalter und solchen Ratgebern, die sich an Eltern von Kindern im Baby- und Kleinkindalter richten.

Wenn die Möglichkeiten zur Selbsthilfe erschöpft sind, gibt es zur Behandlung von Schlafproblemen im Baby- und Kleinkindalter nur sehr wenige therapeutische Angebote (siehe Kapitel 2.5). Deswegen wurde das Elterntrainingsprogramm Mini-KiSS für Eltern von Kindern im Alter von

sechs Monaten bis vier Jahren zur Behandlung von Insomnien im Kleinkindalter entwickelt (**Schlarb_2014**). Bisher konnte gezeigt werden, dass sich sowohl die kindlichen als auch die elterlichen Schlafschwierigkeiten sowie das allgemeine kindliche Problemverhalten durch die Teilnahme an dem Mini-KiSS-Training signifikant verringern (**schlarb_2012**; **Schlarb_2011-1**). Auch gaben die Eltern in dem Evaluationsfragebogen an, mit dem Training sehr zufrieden gewesen zu sein, was für die Akzeptanz der Intervention spricht. Die Stabilität der Trainingseffekte wurde jedoch in bisherigen Studien nicht untersucht, es liegen keine Follow-up-Daten für das Mini-KiSS-Training vor. Deswegen ist ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit, das Training durchzuführen und neben der externen Validität des Mini-KiSS-Trainings auch die Effekte des Trainings drei, sechs und 12 Monate nach Trainingsende zu untersuchen.

Da der gestörte kindliche Schlaf so gravierende Folgen für die Kinder einerseits, andererseits aber auch für die Eltern, insbesondere die Mütter und auch die elterliche Partnerschaft haben kann und es bezüglich dieser Zusammenhänge wenige Untersuchungen gibt, wird das elterliche Empfinden im Rahmen der Untersuchung des Mini-KiSS-Trainings ebenfalls genauer in den Fokus gerückt. Dafür werden zu allen Messzeitpunkten elterliche Daten zur psychischen Befindlichkeit, zu Depressivität, Lebensqualität und der Qualität der Partnerschaft erhoben.

Die Effekte des Mini-KiSS-Trainings wurden bisher nur mit der Erhebung von subjektiven Daten untersucht. Deswegen kommen in der vorliegenden Arbeit zwei Verfahren zur Erfassung objektiver Daten zum Tragen. Zum einen werden die Mütter gebeten, sowohl vor als auch unmittelbar nach dem Training einen Aktigraphen zu tragen, um objektive schlafbezogenen Daten zu erfassen. Zum anderen werden den Müttern drei Monate nach Ende der Mini-KiSS-Intervention Haarproben entnommen und der Cortisolwert im Verlauf seit dem Training bestimmt. So soll auch ein objektiver Stressparameter in die Frage zur Wirksamkeit der Intervention miteinbezogen werden.

ANALYSE DES ELTERLICHEN WISSENS ÜBER SCHLAF UND SCHLAFPROBLEME IM KLEINKINDALTER

In Anbetracht der hohen Prävalenzraten kindlicher Schlafschwierigkeiten und den weitreichenden Beeinträchtigungen, die kindliche Schlafprobleme sowohl für das Kind als auch für die Familie mit sich bringen, verwundert es, dass sich nur ein Bruchteil der betroffenen Eltern mit ihren Kindern damit an den Hausarzt wendet (**Blunden_2004**). Andererseits ist es fraglich, ob der Arzt die Schlafproblematik erkennt und entsprechende Interventionen ableiten kann. Schlafstörungen spielen in der Ausbildung von Ärzten in verschiedenen Ländern eine eher untergeordnete Rolle, der Großteil erhält im Durchschnitt weniger als zehn Unterrichtseinheiten zu Schlaf und Schlafstörungen (**Mindell_2011; Mindell_2013; Mindell_1994**). Möglicherweise ist dies ein Grund dafür, dass die Prävalenzrate von Schlafstörungen, diagnostiziert von Kinderärzten, mit 3,7% als sehr gering einzustufen ist (**Meltzer_2010**). Des Weiteren konnte Owens **Owens_2001** erhebliche Wissensmängel bezüglich kindlichem Schlaf, Schlafstörungen sowie deren Diagnostik und Therapie bei Kinderärzten aufdecken. Aufgrund dessen ist es umso wichtiger, dass die Eltern selbst ausreichend über den kindlichen Schlaf sowie mögliche Präventions- und Interventionsmöglichkeiten bei Schlafstörungen im Kindesalter informiert sind.

Um zu untersuchen, was Eltern über Schlaf im Kleinkindalter wissen, wurde im Rahmen dieser Arbeit ein Fragebogen entwickelt, in dem sowohl theoretisches als auch anwendungsbezogenes elterliches Wissen über den Schlaf erfragt wurde.

3.1 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Ziel dieser Befragung war es, einen Elternfragebogen zum Thema Schlaf im Kleinkindalter zu erstellen und diesen einer repräsentativen Elternstichprobe online vorzulegen. Es wurde untersucht, was Eltern von Kleinkindern über den frühkindlichen Schlaf, seine Besonderheiten und die Auswirkungen des elterlichen Verhaltens auf diesen wissen. Dabei wurde unterschieden zwischen anwendungsbezogenen Items, die vordergründig die elterlichen schlafbezogenen Erziehungskompetenzen erfassen sollten und Wissensfragen, mit denen theoretisches schlafbezogenes Wissen abgefragt wurde (Mindell_1994). Es wurde ausgewertet, wie viele der gestellten Fragen die Eltern richtig beantworteten, wie viele sie falsch beantworteten und bei wie vielen sie angeben, die richtige Antwort nicht zu kennen.

Die elterlichen Antworten im Fragenkatalog wurden zu den demographischen Angaben sowie zu den Angaben über die eigenen Kinder insofern in Bezug gesetzt, als dass von Interesse war, ob die demographische Zusammensetzung der Stichprobe einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen nahm. Ferner wurde untersucht, ob die Angaben zu elterlichen Schlafproblemen sich auf das Wissen über Schlaf im Kleinkindalter auswirkten.

Auch der Einfluss der Angaben zu den eigenen Kindern wurde untersucht. Hierzu wurden die Eltern nach den im Haushalt lebenden Kindern (Einzelkind; mehr als ein Kind) und dem Alter der Kinder (0 bis 36 Monate; 37 bis 83 Monate) gruppiert, um Aussagen darüber machen zu können, inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und dem Alter der Kinder und dem elterlichen Wissen besteht. Es wurde davon ausgegangen, dass Eltern von einem jüngeren Kind über weniger Expertise verfügen als Eltern von mehreren und auch älteren Kindern, da jene im Umgang mit dem Kind unerfahrener und unsicherer sind. Ferner wurde untersucht, inwiefern angegebene kindliche Schlafschwierigkeiten in Zusammenhang mit elterlichem schlafbezogenem Wissen stehen.

3.2 METHODEN

Im folgenden Kapitel wird zunächst der in der Onlinebefragung verwendete Fragenkatalog beschrieben. Danach folgt die Beschreibung des Untersuchungsablaufs und der Stichprobe. Anschließend wird das Vorgehen der Datenaufbereitung und -analyse zusammengefasst. Die vorgestellten Daten wurden bisher nicht publiziert.

3.2.1 *Konzeption des Fragebogens*

In Anlehnung an eine bereits durchgeführte und auch publizierte Fragebogenstudie zum Thema Schlaf im Kindesalter mit $N = 377$ teilnehmenden Familien (Kanis_2015) wurde ein neuer Fragenkatalog zum Thema Schlaf im Kleinkindalter erstellt.

3.2.1.1 *Einleitung der Befragung*

Das Elternanschreiben informierte die Eltern über Hintergründe, Ziele, Dauer und Ablauf der Untersuchung. Sie wurden gebeten, die für sie passenden Antworten zu den jeweiligen Fragen durch Anklicken auszuwählen. Es wurde deutlich gemacht, dass die Teilnahme an der Studie anonym und freiwillig erfolgte und entsprechend keinerlei Rückschlüsse auf Person oder Familie gezogen werden können. Ferner wurde darauf hingewiesen, dass nur durch eine möglichst hohe Teilnehmeranzahl repräsentative Ergebnisse erzielt werden. Mit dem Ziel, möglichst viele Eltern zu gewinnen, wurde bei der Formulierung der Einleitung auf eine positive Formulierung des Anschreibens geachtet und das elterliche Wissen über den kindlichen Schlaf in den Vordergrund gestellt.

3.2.1.2 *Der Fragenkatalog*

Der Fragenkatalog setzte sich aus insgesamt vier Teilen zusammen. Teil I umfasste Angaben zur Person und dem familiären Status sowie soziodemographische Angaben und Teil II beinhaltete Angaben zu den eigenen Kindern

im Alter von null bis fünf Jahren sowie zu deren aktuellem Schlafverhalten. Teil III bestand aus geschlossenen schlafbezogenen Fragen und Teil IV aus offenen schlafbezogenen Fragen. Die einzelnen Teile des Elternfragebogens werden nun beschrieben.

Teil I: Angaben zu Person, familiärem Status und soziodemographische Angaben

Im ersten Teil des Fragenkatalogs wurden Daten zu Geschlecht, Alter, Familienstand, in welchem Verhältnis die ausfüllende Person zu dem Kind/den Kindern stehen sowie Alter und Geschlecht des/der Kindes/r erfragt. Die Eltern sollten ebenfalls angeben, ob sie selbst oder ihr Partner derzeit unter Schlafproblemen leiden und falls ja, ob eine Behandlung in Anspruch genommen wird. Weiterhin sollte angegeben werden, welche Familienmitglieder mit dem Kind/den Kindern gemeinsam im Haushalt leben. Die soziodemographischen Fragen bezogen sich auf den derzeitigen Wohnort, zudem wurden der Schul- und Berufsabschluss abgefragt. Auch nach der aktuellen Berufstätigkeit der Eltern wurde gefragt.

Teil II: Angaben zu den eigenen Kindern im Alter von null bis fünf Jahren

In diesem Abschnitt wurden die Eltern gebeten, das Alter ihres Kindes in Jahren und Monaten, das Geschlecht und die derzeitige Betreuungssituation tagsüber (Kindertagesstätte; Kindergarten; sonstige Betreuung; Kind besucht keine Einrichtung/wird zu Hause von den Eltern betreut) anzugeben. Anschließend sollten sie das Schlafverhalten ihres Kindes in den letzten sechs Wochen auf einer Skala von 1 (völlig normal) bis 10 (sehr problematisch) einschätzen und angeben, ob das Kind unter Schlafproblemen gelitten habe und ob es diesbezüglich in Behandlung gewesen sei. Es folgte die Abfrage einiger Diagnosekriterien bezüglich Schlafproblemen, aufgeteilt in die Variablen „Einschlafsituation“ und „Durchschlafsituation“. Diese basieren auf dem diagnostischen Interview frühkindlicher Schlafstörungen nach ICSD-III ([american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2014](#)), das bei Eltern von Ba-

bys und Kleinkindern im Rahmen des Mini-KiSS-Trainings zur Diagnostik eingesetzt wird (Schlarb, in prep.). Zuletzt konnten die Eltern angeben, ob sie noch weitere Kinder im Alter von null bis fünf Jahren hätten. Wurde dies bejaht, öffnete sich die Seite mit Teil II des Fragebogens erneut für das nächste Kind. So konnten die Eltern Angaben für bis zu fünf Kinder machen. Sobald die Eltern angaben, dass sie keine weiteren Kinder in diesem Alter haben, wurden sie zum dritten Teil des Onlinefragebogens übergeleitet.

Teil III: Geschlossene schlafbezogene Fragen

Dieser Teil des Fragebogens stellte den Hauptteil der Befragung dar. Die Items waren unterteilt in 31 Wissens- und 18 Anwendungsfragen, die im Anhang mit den jeweils richtigen Antworten und der entsprechenden Literatur aufgeführt sind (siehe Anhang [a.1](#) und Anhang [a.2](#)).

Als Grundlage diente der Fragenkatalog aus der Elternbefragung von Kanis und Kollegen **Kanis_2015**. Weiterhin wurden spezifische Items entwickelt, die sich auf den Schlaf im Baby- und Kleinkindalter bezogen bzw. die Fragen aus der genannten Arbeit dafür modifiziert. Cronbachs Alpha für die Wissens- und Anwendungsfragen gesamt liegt bei .761, was auf eine akzeptable interne Konsistenz hindeutet.

Als Antwortformat wurde eine Dreiteilung gewählt, bei der die Eltern jeweils „stimmt“, „stimmt nicht“ oder „weiß nicht“ durch Anklicken auswählen konnten. Die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ sollte verhindern, dass die Ergebnisse der Studie durch das Erraten richtiger Lösungen verfälscht wurden. Außerdem wurde angenommen, dass die Eltern durch Ankreuzen der Antwort „weiß nicht“ ihre Unsicherheit bezüglich einiger Aussagen am besten zum Ausdruck bringen konnten.

Teil IV: Offene schlafbezogene Fragen

Im letzten Teil der Onlinebefragung hatten die Eltern die Möglichkeit, frei auf Fragen zu kindlichen Schlafstörungen zu antworten. Sie sollten angeben, wodurch Schlafstörungen ihrer Meinung nach bei Säuglingen und Kleinkindern verursacht werden können, wie man diesen vorbeugen könne und ob ihnen Behandlungsverfahren von kindlichen Schlafstörungen bekannt seien. Anschließend sollten sie einschätzen, wieviel Prozent der Kleinkinder im Alter von ein bis fünf Jahren an Ein- und Durchschlafstörungen litten. Zuletzt wurde noch eine Einschätzung der durchschnittlichen gesamten Schlafdauer und anteilig der des Tagesschlafes in Stunden bei einmonatigen Säuglingen sowie ein-, zwei- und vierjährigen Kleinkindern abgefragt.

Am Ende des Fragebogens wurde den Eltern für ihre Teilnahme gedankt und eine E-mailkontaktadresse angegeben, an die sie sich bei Fragen oder dem Wunsch nach der Zusendung der Ergebnisse wenden konnten.

3.2.2 Ablauf der Untersuchung

Um möglichst viele Eltern anzusprechen, sollte der Link deutschlandweit online zugänglich gemacht werden. Dazu wurden die Seiteninhaber von babyforum.de, urbia.de, hallo-eltern.de und einfach-eltern.de im Februar 2014 per E-Mail kontaktiert und um Unterstützung der Studie durch Veröffentlichung des Links gebeten. Der Link zum Fragebogen wurde zusammen mit einem kurzen Text ab Ende Februar 2014 auf diesen Seiten gepostet. Gleichzeitig wurde der Link auf den Facebook-Seiten von „Einfach Eltern“ und „Müttermagazin“ zur Verfügung gestellt. Letztere publizierten ihn zusätzlich nochmal Ende März 2014 und sorgten durch diese beiden Anzeigen für die größte Resonanz.

3.2.3 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus Eltern, die mindestens ein Kind im Alter von null bis fünf Jahren hatten. Insgesamt begannen 1875 Personen mit dem Ausfüllen des Fragebogens, 584 Teilnehmer brachen im Laufe der Befragung ab und wurden von der Analyse ausgeschlossen. Die Daten der Abbrecher wurden automatisch gelöscht. Eingeschlossen wurden alle Eltern, die die Wissens- und Anwendungsfragen komplett beantwortet sowie mindestens ein Kind hatten, das unter sieben Jahre alt war und gleichzeitig noch den Kindergarten besuchte. Es ergab sich somit eine Stichprobengröße von $N = 1291$ Eltern, von denen $n = 1252$ (97,0%) weiblich und $n = 24$ (1,9%) männlich waren. Im Mittel waren die Eltern $M = 30,95$ Jahre alt ($SD = 4,95$ Jahre), die älteste teilnehmende Person war 54 Jahre und die jüngste 19 Jahre alt. Die meisten Eltern waren verheiratet (63,1%), lebten in einer Gemeinde oder kleineren Stadt im Landkreis einer Stadt (36,3%) und gaben an, beabsichtigt erwerbslos zu sein (52,1%). Die Mehrheit der Eltern hatte einen Realschul- (35,9%) oder Gymnasialabschluss (35,2%).

Das durchschnittliche Alter der Kinder, für die die Eltern die entsprechenden Angaben im Fragebogen ausfüllten, lag bei $M = 25,03$ Monaten ($SD = 18,48$). Durchschnittlich $M = 1,45$ Kinder lebten bei den Eltern im Haushalt ($SD = 0,70$; $Min = 1$; $Max = 6$), was dem deutschen Durchschnitt entspricht (**Potzsch_2012**). Das Geschlechterverhältnis war ausgewogen, die meisten Kinder (48,5%) besuchten keine Betreuungseinrichtung und wurden zu Hause betreut. Auch hatten sie nach subjektiver Einschätzung der Eltern keine Schlafprobleme (74,0%). Auf der Skala von 1 (völlig normal) bis 10 (sehr problematisch) zu der Frage nach dem derzeitigen Schlafverhalten des Kindes in den letzten sechs Wochen gaben die Eltern einen durchschnittlichen Wert von $M = 3,19$ ($SD = 2,45$) an.

3.2.4 *Datenaufbereitung und Datenanalyse*

Die Daten wurden von dem Befragungsserver SoSciSurvey.de in das Statistikprogramm Statistical Package for the Social Sciences SPSS 20 importiert und damit nach entsprechender Plausibilitätsprüfung und Aufbereitung statistisch ausgewertet. Die Vorgehensweise wird nachfolgend beschrieben.

3.2.4.1 *Geschlossene schlafbezogene Fragen*

Die Daten der geschlossenen schlafbezogenen Fragen wurden in drei Schritten umkodiert, um herauszufinden, ob die elterlichen Antworten auf die Wissens- und Anwendungsfragen richtig oder falsch waren. Richtig bedeutet in diesem Fall, dass die Eltern eine Aussage korrekt mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ beantwortet haben. Als falsch sind die Aussagen zu bewerten, die von den Eltern fälschlicherweise mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ beantwortet wurden, obwohl die gegenteilige Antwort die richtige gewesen wäre. Die Antwort „weiß nicht“ ist weder als richtig noch als falsch zu bewerten und wird deshalb als separate Antwortmöglichkeit gewertet.

Nach der Umkodierung ließ sich für jeden Teilnehmer jeweils ein Wert berechnen, der angab, welchen Anteil der Fragen die jeweilige Person richtig, falsch oder mit „weiß nicht“ beantwortet hat. Die Werte der einzelnen Items wurden anschließend über alle Teilnehmer gemittelt und spiegeln den durchschnittlichen Anteil, mit dem die jeweiligen Fragen richtig, falsch oder mit „weiß nicht“ beantwortet wurden, wider. Dieses Vorgehen wurde sowohl für Wissens- und Anwendungsfragen getrennt als auch gesamt durchgeführt.

Um herauszufinden, wie die Fragen der beiden Kategorien über alle Teilnehmer beantwortet wurden, wurde jeweils der Mittelwert der richtig, falsch und mit „weiß nicht“ beantworteten Fragen für die Wissens- und Anwendungsfragen sowie für alle Fragen gesamt gebildet.

3.2.4.2 *Offene schlafbezogene Fragen*

Um die durchschnittliche Einschätzung der Eltern zum kindlichen Schlafbedarf zu ermitteln, wurde über alle Eltern hinweg der Mittelwert für diese Variablen berechnet. Gleiches gilt für die durchschnittliche, prozentuale Einschätzung, wie viele Kleinkinder nach Meinung der Eltern an Ein- und Durchschlafstörungen leiden. Die drei anderen offenen Fragen wurden deskriptiv ausgewertet.

3.2.4.3 *Demographische Angaben und Angaben zu eigenen Kindern*

Für die deskriptive Statistik dieser Variablen wurden über alle Werte hinweg Häufigkeiten oder Mittelwerte berechnet. Um zu erfassen, ob persönliche, familiäre oder soziodemographische Variablen einen Einfluss auf das Wissen der Eltern hatten, wurden zweiseitige t-Tests ($p < .01$) für unabhängige Stichproben mit den Ergebnissen der geschlossenen schlafbezogenen Fragen gerechnet. Hierzu wurden die Eltern unter anderem nach der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder gruppiert (ein Kind; mehr als ein Kind), nach ihrem Alter (19-36 Jahre; 37-54 Jahre), danach, ob sie bzw. der Partner an Schlafproblemen leiden und danach, ob der Betroffene jeweils in Behandlung war oder nicht. Der jeweilige Zusammenhang zwischen Wohnort, Schulabschluss und Berufstätigkeit mit den Wissens- und Anwendungsfragen wurde mittels univariaten, einfaktoriellen Varianzanalysen geprüft. Die abhängige Variable war jeweils der relative Anteil der Wissens- oder Anwendungsfragen, der richtig, falsch oder mit „weiß nicht“ beantwortet wurde, die Ausprägungen der genannten Variablen stellten die drei Faktorstufen dar. Ferner wurden die Effektstärken mit Cohens d berechnet.

Die Angaben zu eigenen Kindern sowie die Diagnosekriterien für Schlafstörungen wurden zunächst deskriptiv ausgewertet. Auch wurde der Frage nachgegangen, ob Eltern von Einzelkindern sich hinsichtlich des Wissens über frühkindlichen Schlaf von Eltern mit mehr als einem Kind unterschieden, indem gruppiert getestet wurde, ob Gruppenunterschiede zwischen Eltern mit einem und mehr als einem Kind bestanden. Es wurde anschließend entspre-

chend der Fragestellungen untersucht, ob sich Eltern, die angaben, dass ihr Kind zum Befragungszeitpunkt Schlafprobleme hatte, in ihrem Wissen über den kindlichen Schlaf unterschieden von Eltern, deren Kinder nach Elternangaben zum Untersuchungszeitpunkt gut schliefen. Dafür wurden ebenfalls t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Weiterhin wurden Einzelkinder nach ihrem Alter gruppiert (0-36 Monate; 37-83 Monate), um den Zusammenhang zwischen Eltern mit einem entweder jüngeren oder älteren Kind und den Wissens- und Anwendungsfragen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben zu ermitteln. Aufgrund von mehreren Vergleichen wurde eine Bonferroni-Korrektur des Alpha-Niveaus durchgeführt.

3.3 ERGEBNISSE

Die Ergebnisse der im vorangehenden Abschnitt beschriebenen Auswertungsverfahren werden im Folgenden dargestellt. Da die Wissens- und Anwendungsfragen den Hauptbestandteil der Befragung repräsentieren, werden diese Ergebnisse zuerst aufgeführt. Bei Stichprobengrößen mit $n < 30$ wurde auf Normalverteilung geprüft, war diese nicht gegeben, wurden nicht-parametrische Testverfahren verwandt.

3.3.1 *Geschlossene schlafbezogene Fragen*

Zunächst wird in Tabelle 6 dargestellt, zu welchen Anteilen die Eltern die Fragen insgesamt richtig oder falsch beantwortet haben bzw. die Antwort „weiß nicht“ wählten. Die Darstellung erfolgt für Wissens- und Anwendungsfragen getrennt sowie für alle Fragen zusammen. Die Häufigkeiten, mit denen die einzelnen Fragen jeweils richtig, falsch und mit „weiß nicht“ beantwortet wurden, finden sich im Anhang a.3 und Anhang a.4.

Tabelle 6: Antworten der Eltern auf die Wissens- und Anwendungsfragen sowie insgesamt (Angaben in %).

	M	SD	Min	Max
Wissensfragen				
Richtig beantwortet	61	14	10	100
Falsch beantwortet	14	8	0	45
„Weiß nicht“	25	15	0	90
Anwendungsfragen				
Richtig beantwortet	72	12	17	100
Falsch beantwortet	20	10	0	61
„Weiß nicht“	8	9	0	56
Insgesamt				
Richtig beantwortet	65	11	24	94
Falsch beantwortet	16	7	2	47
„Weiß nicht“	19	12	0	63

3.3.2 Offene schlafbezogene Fragen

Auf die Frage nach der Einschätzung, wie viele Kleinkinder im Alter von ein bis fünf Jahren prozentual an Ein- und Durchschlafstörungen leiden, antworteten die Eltern durchschnittlich $M = 42,28\%$ ($SD = 23,29\%$; $Min = 0\%$; $Max = 100\%$).

Die häufigsten Angaben, wodurch Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern zustande kommen, waren unregelmäßige Tagesabläufe, Unruhe, Reizüberflutung oder körperliche Beschwerden. Schlafstörungen vorbeugen könne man den Elternangaben zufolge durch abendliche Rituale, einen geregelten Tagesablauf sowie durch die adäquate Bedürfnisbefriedigung des Kindes. Als bekannte Behandlungsverfahren gegen kindliche Schlafstörungen nannten viele Eltern die sogenannte Ferber-Methode (siehe [2.5.1.3](#)) und weitere Ratgeber sowie osteopathische Behandlungsansätze.

Die Eltern schätzten das durchschnittliche gesamte Schlafbedürfnis von einmonatigen Säuglingen auf $M = 17,77$ Stunden ($SD = 2,35$ Stunden), davon M

= 7,27 Stunden (SD = 2,21 Stunden) tagsüber. Bei einjährigen Kleinkindern schätzten sie das durchschnittliche gesamte Schlafbedürfnis auf $M = 13,67$ Stunden (SD = 1,68 Stunden), mit $M = 2,74$ Stunden (SD = 1,25 Stunden) Tagesschlaf. Für zweijährige Kleinkinder lag das durchschnittlich geschätzte, gesamte Schlafbedürfnis bei $M = 12,30$ Stunden (SD = 1,53 Stunden), davon $M = 1,78$ Stunden (SD = 1,06 Stunden) tagsüber. Zuletzt schätzten sie das durchschnittliche gesamte Schlafbedürfnis von Vierjährigen auf $M = 11,10$ (SD = 1,8), mit $M = 0,71$ Stunden (SD = 1,22 Stunden) Tagesschlaf. In Abbildung 1 werden die elterlichen Schätzungen grafisch dargestellt.

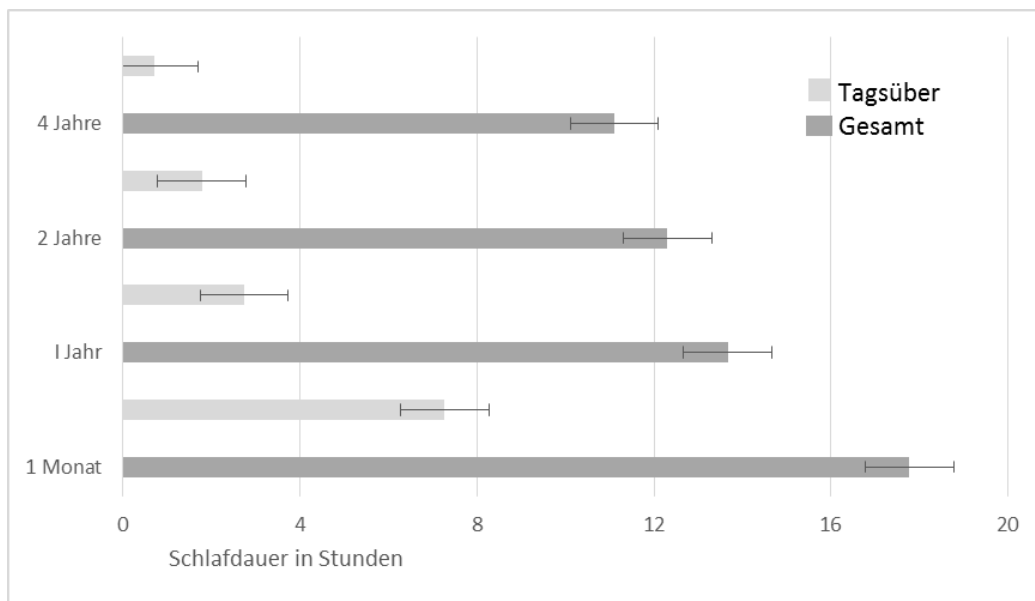


Abbildung 1: Elternbefragung: Angaben zur geschätzten kindlichen Schlafdauer gesamt und tagsüber in verschiedenen Altersgruppen.

3.3.3 Zusammenhänge zwischen Wissen und demographische Angaben sowie Angaben zu eigenen Kindern

Es ergab sich hinsichtlich der demographischen Angaben lediglich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem schlafbezogenen Wissen und der Anzahl der Kinder. Eltern von Einzelkindern beantworteten signifikant weniger Fragen richtig ($t(1280) = -4,05, p < .01, d = 0,236$) und mehr mit „weiß nicht“ ($t(1280) = 3,17, p < .01, d = 0,185$) als Eltern von mehr als

einem Kind. Die Unterscheidung von Eltern von Einzelkindern hinsichtlich des kindlichen Alters (Kind jünger bzw. älter als drei Jahre) hatte ebenfalls weder auf die richtig oder mit „weiß nicht“ beantworteten Wissensfragen ($t(821) = -1.55$, ns; $t(821) = -0.79$, $p > .05$) noch auf die richtig oder mit „weiß nicht“ beantworteten Anwendungsfragen ($t(821) = -0.99$, $p > .05$; $t(821) = 0.63$, $p > .05$) signifikante Auswirkungen.

Eltern, deren Kinder nach elterlicher Meinung an Schlafproblemen litten und Eltern von Kindern ohne Schlafprobleme unterschieden sich nicht in ihrem schlafbezogenen Wissen. Auch innerhalb der Kategorien Anwendungs- vs. Wissensfragen gab es keine elterlichen Wissensunterschiede in Abhängigkeit von Schlafproblemen bei den eigenen Kindern.

3.4 DISKUSSION

Im folgenden Abschnitt werden nun die wichtigsten Ergebnisse der durchgeführten Onlinebefragung zusammengefasst und interpretiert. Anschließend werden methodische Einschränkungen und Kritikpunkte aufgeführt und abschließend wird ein Fazit gezogen.

3.4.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Ziel dieser Erhebung war es, zu untersuchen, was Eltern über den Schlaf von Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von sechs Jahren wissen. Hierzu wurde ein ausführlicher Fragebogen auf Basis eines bereits für Eltern von älteren Kindern entwickelten Instruments (**Kanis_2015**) erstellt und online zur Verfügung gestellt. Der verwandte Fragebogen umfasste insgesamt 55 Items, die sich auf den kindlichen Schlaf beziehen. Es wurden sechs offene Fragen sowie 31 Wissens- und 18 Anwendungsfragen gestellt. Insgesamt wurde der Onlinefragebogen von $N = 1291$ Eltern vollständig ausgefüllt, was als repräsentative Stichprobe angesehen wird (**bortz_2013**).

3.4.1.1 Geschlossene schlafbezogene Fragen

Die Auswertung der Wissens- und Anwendungsfragen ergab, dass insgesamt 65% aller Fragen von den Eltern richtig beantwortet wurden. Falsch antworteten die Eltern insgesamt auf 16% der Fragen und mit „weiß nicht“ auf 19% der gestellten Fragen. Einerseits zeigen diese Resultate insgesamt, dass die Eltern über gutes Wissen verfügten. Andererseits wurde knapp ein Drittel der Fragen von den Eltern nicht richtig beantwortet, was darauf hindeutet, dass bezüglich des Schlafes im Kleinkindalter noch Aufklärungsbedarf besteht.

Bei der Betrachtung der beiden Fragenkategorien zeigte sich, dass durchschnittlich 72% der Anwendungsfragen richtig von den Eltern beantwortet wurden. Im Gegensatz dazu wurden bei den Wissensfragen nur rund 61% richtig beantwortet. Der relative Anteil der mit „weiß nicht“ beantworteten Wissensfragen liegt mit 25% deutlich über den 8% der Anwendungsfragen, bei denen die Eltern angaben, die korrekte Antwort nicht zu wissen. Falsch beantworteten die Eltern im Durchschnitt 14% der Wissens- und 20% der Anwendungsfragen. Zusammenfassend lässt das den Schluss zu, dass den Eltern mehr Informationen zur Verfügung gestellt werden sollten.

Betrachtet man die Beantwortung der einzelnen Items, ergaben sich durchaus Auffälligkeiten. Von den 31 Wissensfragen wurden neun Fragen von mehr als 80% der Eltern korrekt beantwortet. Von mehr als 60% der Eltern wurde die Frage nach der häufigsten Todesursache bei unter Einjährigen (siehe Anhang a.3) falsch beantwortet. Dies ist nicht, wie von vielen Eltern im Rahmen dieser Befragung angenommen, der Plötzliche Kindstod (SIDS). Die häufigsten Todesursachen bei Kindern in dieser Altersgruppe sind perinatale Komplikationen und angeborene Fehlbildungen, an denen das Kind schließlich verstirbt (**bayerisches_landesamt_fur_statistik_und_datenverarbeitung_2010; statistisches_bundesamt_2013**). Bei den befragten Eltern bestand Unwissenheit und anscheinend mangelnde Aufklärung darüber, ob bei anhaltenden

kindlichen Ein- und Durchschlafstörungen ein gezieltes Eingreifen notwendig sei. Mehr als 40% der Befragten beantworteten diese Aussage richtig, mehr als 30% der Eltern gab an, die Antwort nicht zu wissen. Die Frage nach langfristigen Auswirkungen frühkindlicher Schlafprobleme beantworteten mehr als 40% der Eltern falsch. In der wissenschaftlichen Literatur wurde wiederholt belegt, dass frühzeitiges und gezieltes Eingreifen dringend notwendig ist, um einer Chronifizierung und schwerwiegenden Folgen vorzubeugen (**deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011**; **Fricke-oerkermann_2007**; **Schlarb_2010**; **Schlarb_2011**). Wie in dieser Arbeit bereits dargestellt, können die frühkindlichen Schlafstörungen sowohl die gesunde kindliche Entwicklung als auch das Wohlbefinden der Familie negativ beeinflussen (siehe Kapitel [2.3.5](#) und [2.3.6](#)). Eltern sollten professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, sobald die Schlafstörungen ihrer (Klein-)Kinder über eine längere Zeit anhalten und auch zu einer Belastung für die Eltern werden (siehe Kapitel [2.6](#)).

Bei dem Item zur mütterlichen Brust als Einschlafhilfe für das Kind waren die Eltern ebenfalls verschiedener Ansichten. Diese sollte ab ca. dem dritten Lebensmonat nicht mehr zum Einschlafen gegeben werden, da sonst das Risiko besteht, dass sich daraus eine Einschlafassoziation entwickelt: Das Kind kann ohne die Brust nicht oder nachts nicht wieder einschlafen (**deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011**; **Schlarb_2014**). Dieses Item wurde von ebenso vielen Eltern richtig wie falsch beantwortet (38%). Ähnliches ergab sich bei der Frage, ob ausgiebiges nächtliches Füttern dazu führe, dass das Kind häufiger erwache. Die Eltern antworteten jeweils zu ca. 30% mit „weiß nicht“ oder falsch auf diese Aussage. Es gibt Belege, dass nächtliches Stillen die Wahrscheinlichkeit des nächtlichen Erwachens erhöht (**Ball_2003**; **Galbally_2013**). Besonders ausgiebiges nächtliches Füttern kann ferner dazu führen, dass die Säuglinge in der Nacht häufiger aufwachen (**Fricke-oerkermann_2007**; **Hiscock_2012**; **Lehmkuhl_2011**; **Schlarb_2011**; **Schreck_2011**). Auch die elterlichen Angaben zur Dauer des kindlichen Schlafzyklus', dem Symptom häufigen Schnarchens

als Anzeichen für eine schlafbezogene Atmungsstörung sowie zu Tagesbeeinträchtigungen sind auffällig. Mehr als 40% der befragten Eltern konnten diese Items zwar richtig beurteilen, jedoch gaben genauso viele Eltern an, die Antwort nicht zu wissen. Die Items zu schlafbezogenen Ängsten und der Entstehung kindlicher Schlafstörungen wurden von ca. 40% der Befragten nicht richtig beantwortet. Auch hinsichtlich schlafbezogener Ängste und der Entstehung von Schlafstörungen im Kindesalter waren ca. 40% der Eltern schlecht informiert. Schlafbezogene körperliche Symptome können die Eltern laut ihrer Angaben im Fragebogen ebenfalls nicht richtig deuten. Die Items zum nächtlichen Einnässen sowie zum vermehrten nächtlichen Schwitzen als Indikator für Schlafschwierigkeiten wurden von mehr als 60% der befragten Eltern mit „weiß nicht“ beantwortet.

Im Vergleich dazu waren für die Eltern die Anwendungsfragen anscheinend leichter zu beantworten. Von den 18 Aussagen wurden sechs Fragen von über 90% der Eltern korrekt beantwortet und nur vier Items wurden von weniger als der Hälfte der Befragten korrekt beantwortet. Mehr als 75% der Befragten beantworteten die Aussage, dass viel Essen vor dem zu Bett gehen müde mache und zu schnellerem Einschlafen führe, falsch. Tatsächlich wird Eltern empfohlen, Kindern abends nur noch leichte Mahlzeiten und die letzte Mahlzeit mindestens eine Stunde vor dem zu Bett gehen zu geben. So kann die Nahrung besser verdaut werden und die Schlafqualität wird durch die letzte Mahlzeit nicht beeinträchtigt (**deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011**; **Borbely_2004**; **Schlarb_2011**). Auch die Aussage, ob Eltern auf jede Lautäußerung des Kindes unmittelbar reagieren sollten, beantworteten über die Hälfte der Befragten falsch. Auf das Schreien des Säuglings sollten Eltern zwar unmittelbar reagieren, da dies entscheidend für die Eltern-Kind-Bindung und somit für eine gesunde kindliche Entwicklung ist (**Ainsworth_1978**; **Bowlby_1988**; **Hedervari-Heller_2012**). Allerdings ist es ebenfalls wichtig, bei Quengeln und Rufen des Kleinkindes nicht sofort zu reagieren, sondern abzuwarten und somit dem Kind die Zeit und die Möglichkeit zu geben,

Selbstberuhigungsstrategien zu erlernen und diese auch einsetzen zu können (Kuhn_2008; Schlarb_2011).

Auch bezüglich des Co-Sleeping waren sich die Eltern unschlüssig. Rund 40% der Befragten beantworteten dieses Item jeweils richtig und falsch. In der wissenschaftlichen Literatur wird sich gegen Co-Sleeping ausgesprochen (siehe Kapitel 2.5.1.6). Es wird dem Kind so schwer bis unmöglich gemacht, das selbstständige Schlafen und Wiedereinschlafen zu lernen und die Anwesenheit anderer wirkt sich negativ auf die Schlafqualität aus (deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011 Fricke-oerkermann_2007; Schlarb_2011). In der populärwissenschaftlichen Literatur wird dies jedoch häufig empfohlen (siehe Kapitel 4). Die größte Unsicherheit bei den Anwendungsfragen zeigten die Eltern bei der Beantwortung des Items, ob es für guten kindlichen Schlaf hilfreich sei, das Kind tagsüber im Bett spielen zu lassen, um es an dieses zu gewöhnen. Diese Frage beantworteten 24% der Eltern mit „weiß nicht“ und 42% falsch. Das Bett sollte auch bereits im Baby- und Kleinkindalter ausschließlich zum Schlafen genutzt und entsprechend auch nur mit dem Schlafen assoziiert werden. Sonst wird das Schlafen erschwert, da sich verschiedene, mit den entsprechenden Tätigkeiten und nicht mit Schlafen verbundene Assoziationen bei dem Kind bilden (deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011 Fricke-oerkermann_2007; Schlarb_2011).

Gründe, die dafür sprechen, dass die Eltern vermehrt die Anwendungsfragen richtig beantworteten, könnten folgende sein: Zum einen ist es wahrscheinlich, dass die Eltern die Anwendungsfragen intuitiv richtiger beantworten konnten, da diese weniger auf Faktenwissen basierten. Viele von diesen beruhen auf allgemeinen Regeln der Schlafhygiene, die beispielsweise in Elternratgebern häufig im Zusammenhang mit kindlichem Schlaf genannt werden und daher den Eltern bekannt sind (Lupold_2009; Richter-ulmer_2010; Solmaz_2013).

Die Wissensfragen hingegen beruhten auf Faktenwissen zum kindlichen Schlaf, der in den den Eltern zur Verfügung stehenden Medien eher oberflächlich thematisiert wird. Auch auf spezifische Besonderheiten, wie Symptome schlafbezogener Atmungsstörungen sowie langfristige Folgen frühkindlicher Schlafstörungen wird anscheinend zu wenig eingegangen. So erhalten Eltern ohne Eigeninitiative zu diesen Themen keine Informationen. Auch unterscheiden sich sowohl Informationen als auch vorgeschlagene Interventionen zwischen populärwissenschaftlichen und wissenschaftlichen Quellen stark (siehe Kapitel 4). Da die korrekten Antworten des eingesetzten Fragebogens auf aktueller wissenschaftlicher Literatur beruhen, wird dieses Missverhältnis durch die Unwissenheit der Eltern bei der Beantwortung der Fragen abgebildet. Insbesondere bei den Aussagen in dem Fragebogen zu Nahrungsaufnahme, Einschlafhilfen, Identifizierung, Entstehung und Aufrechterhaltung kindlicher Schlafstörungen, Symptomen schlafbezogener Atmungsstörungen, Schlafumgebung sowie zum gezielten Eingreifen bei anhaltenden Schlafproblemen wird dies deutlich.

3.4.1.2 *Offene schlafbezogene Fragen*

Mit durchschnittlich $M = 42,28\%$ schätzen die Eltern das Vorkommen kindlicher Ein- und Durchschlafstörungen als sehr hoch ein. Wie bereits erläutert (siehe Kapitel 2.3.4), werden sehr unterschiedliche Prävalenzraten von Schlafstörungen bei Kleinkindern angegeben: von 10 bis 16% (Byars_2012; Petit_2007) bis hin zu Studien mit bis zu 40% (kahn_1989; Owens_2000). Begründet werden kann diese hohe Abweichung zum Teil durch uneinheitliche Definitionen und Klassifikationskriterien, die in der Literatur herangezogen wurden. Auch in populärwissenschaftlicher Literatur, die Eltern zur Verfügung steht, werden die Begriffe „Schlafschwierigkeiten“, „Schlafprobleme“ und „Schlafstörungen“ häufig synonym verwandt, obwohl allein der letzte Begriff für eine diagnostizierbare Störung steht. Einerseits werden die wenigsten Eltern detailliertes Wissen hinsichtlich der Diagnosekriterien kindlicher Ein- und Durchschlafstörungen haben und aufgrund dessen bereits einzelne Symptome, die man gemäß ICSD-III-Definition

noch nicht als Schlafstörung diagnostizieren würde, als solche betrachten (**american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2014**). Auf der anderen Seite ist auch denkbar, dass Eltern davon ausgehen, dass jedes Kind im Laufe seiner Entwicklung an passageren Schlafproblemen leidet und dies auch unter die klinische Diagnose der kindlichen Schlafstörungen fällt. Somit könnte auch die hohe Standardabweichung sowie das extreme Minimum (0%) und Maximum (100%) erklärt werden.

Die Elternangaben zur Schlafdauer von Säuglingen und Kleinkindern stimmen weitgehend mit den Angaben entsprechender wissenschaftlicher Studien überein. Auffällig ist, dass die elterliche Schätzung des Schlafbedürfnisses von einmonatigen Säuglingen eher hoch ist und sich an Angaben von Schäfer annähert (**schafer_2011**). In anderen Studien wird für Neugeborene eine durchschnittlich geringere Schlafdauer angegeben (**Galland_2012**). Insbesondere für diese Altersgruppe ist es schwierig, pauschale Aussagen zur Schlafdauer zu machen, da eine hohe interindividuelle Variabilität besteht. Die hohe elterliche Schätzung deutet an dieser Stelle darauf hin, dass Eltern die Tendenz haben, das Schlafbedürfnis in den ersten Lebensmonaten zu überschätzen, was wiederum zu Schlafschwierigkeiten führen kann (**Largo_2007; Schlarb_2011**).

Die offenen Fragen bezüglich der Entstehung, Vorbeugung und Behandlung kindlicher Schlafstörungen wurden von einigen Eltern genutzt, ihre persönlichen Einstellungen zu erläutern. Neben den zahlreichen korrekten Angaben, die größtenteils mit den Schlafhygieneregeln übereinstimmten, nahmen mehrere Eltern Anstoß an der gewählten Formulierung und wiesen eindringlich darauf hin, dass man bei Säuglingen nicht von Schlafstörungen sprechen könne und dass vermehrtes nächtliches Aufwachen und Stillen nicht für eine Schlafstörung sprechen würde. Diese Hinweise der Eltern waren korrekt, kindliche Schlafstörungen werden frühestens ab dem sechsten Lebensmonat diagnostiziert (**american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2014 deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011**).

Auf Grund des verkürzten Schlafzyklus' bei Säuglingen wachen diese ungefähr stündlich auf (**schafer_2011; Scholtes_2014**).

Betont wurde von den Eltern ferner, dass kindliche Schlafstörungen aus unrealistischen elterlichen und/oder gesellschaftlichen Erwartungen an kindliches Schlafverhalten resultierten, demnach also alterstypisches Schlafverhalten problematisiert werde. Die Eltern gaben an, dass diese Erwartungen, dass bereits Säuglinge alleine ein- und durchschlafen müssten, letztendlich zu Schlafschwierigkeiten führten: Die Eltern bewerteten aufgrund dieser das Schlafverhalten des Kindes und stellten so zwangsläufig fest, dass dies bei ihnen nicht zutreffe.

Für die meisten Eltern war es nicht akzeptabel, das Kind schreien zu lassen, besonders nachts, und dementsprechend ein alleiniges (Wieder-)Einschlafen zu „erzwingen“. Die Ferber-Methode (**Ferber_1985; Ferber_2006; Kast-Zahn_2013**), die dieses Verfahren beschreibt, ist den meisten Eltern bekannt und wurde auch häufig als bekanntes Behandlungsverfahren gegen kindliche Schlafstörungen genannt. Allerdings wurde es in den meisten Fällen negativ bewertet und strikt abgelehnt. Im Gegensatz dazu befürworteten einige Eltern das Familienbett, die Schlafbegleitung und das Einschlafstillen. Sie rieten dazu, das kindliche Schlafverhalten so zu akzeptieren, wie es sei und der eigenen Intuition zu vertrauen. Tue man dies nicht, könnten sich dadurch nach der Angabe einiger Eltern kindliche Schlafstörungen entwickeln. Gerade bei Säuglingen wurde vereinzelt betont, dass sich Mütter ausreichend Zeit nehmen sollten, um das Kind in den Schlaf zu stillen und viel Körperkontakt herstellen sollten, um das kindliche Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit zu befriedigen. Außerdem sollte man eher sich an dem Kind orientieren und nicht das Kind den eigenen Ansprüchen anpassen. Wie bereits oben beschrieben, sind in der wissenschaftlichen Literatur das Familienbett und das Einschlafstillen umstritten.

Diese Ausführungen der Eltern bei den genannten offenen Fragen können zum Teil die deutliche Uneinigkeit bei der Beantwortung einiger geschlossener schlafbezogener Fragen erklären. Sie verdeutlichen außerdem, dass neben weiterführender Forschung zu den genannten Aussagen auch die sehr unterschiedlichen elterlichen Überzeugungen bei der Aufklärung über kindlichen Schlaf berücksichtigt werden sollten, um möglichst viele Eltern zu erreichen.

3.4.1.3 *Demographische Angaben und Angaben zu eigenen Kindern*

Bei den teilnehmenden Eltern zeigten sich keine Mittelwertsunterschiede hinsichtlich der demographischen Angaben und den Wissens- und Anwendungsfragen. Eltern von einem Kind antworteten im Mittel jedoch signifikant weniger richtig und häufiger mit „weiß nicht“ auf Fragen beider Kategorien als Eltern, die mehr als ein Kind hatten. Obwohl diese Effekte gering waren, deutet das darauf hin, dass die Erziehungsexpertise und die Erfahrungen von Eltern mit mehreren Kindern eine wichtige Rolle bei der Beantwortung der Fragen spielten. In Familien mit mehreren Kindern gab es eventuell statistisch häufiger Schlafprobleme oder die Eltern waren anderweitig bereits mit dem Thema konfrontiert. Ferner ist es wahrscheinlich, dass sich die Eltern mit mehreren Kindern auf Grund ihrer Erfahrungen mit der kindlichen Entwicklung sicherer bei der Beantwortung der Fragen waren. Allerdings sind die Effektstärken zu den gefundenen Unterschieden gering.

Betrachtet man die Items zum Schlaf der eigenen Kinder, fällt auf, dass zum Zeitpunkt der Befragung etwa 40% der Kinder nie ohne die Hilfe der Eltern eingeschlafen und genauso viele fast immer alleine eingeschlafen seien. Ähnlich ist es beim Durchschlafen. Viele Kinder seien zwei oder mehrmals die Nacht aufgewacht, während annähernd genauso viele Kinder nach elterlicher Angabe nachts nie erwacht seien. Zum einen gab es eine große Altersspanne in der kindlichen Stichprobe, zum anderen sind passagere Schlafschwierigkeiten in dieser Altersgruppe weit verbreitet (**Scholtes_2014**).

3.5 METHODISCHE KRITIK

Durch die Veröffentlichung des Links zur Onlinebefragung in Internetforen und dem sozialen Netzwerk facebook.de wurden viele Eltern erreicht. Die Stichprobe ist dementsprechend als repräsentativ zu bewerten (**bortz_2013**). Trotzdem besteht die Möglichkeit eines Selektionseffekts, sodass vermehrt Eltern an der Befragung teilgenommen haben könnten, die sich für das Thema interessierten und sich bereits damit auseinandergesetzt haben. Da dies in der Befragung nicht erfasst wurde, ist es demnach möglich, dass die gefundenen Mittelwerte das tatsächliche Wissen deutscher Eltern überbewerteten. Eltern mit Migrationshintergrund könnten wegen Verständnisschwierigkeiten nicht teilgenommen oder frühzeitig abgebrochen haben. Auf Grund der großen Stichprobengröße ist weiterhin zu beachten, dass mit zunehmender Stichprobengröße auch die Wahrscheinlichkeit für signifikante Ergebnisse steigt (**bortz_2013**).

Der Fragenkatalog basiert zwar auf einem bereits veröffentlichten Fragebogen (**Kanis_2015**), er wurde jedoch vor der Befragung nicht methodisch validiert. Ebenfalls kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Fragen zu einfach zu beantworten waren. Besonders Anwendungsfragen, die auf den Schlafhygieneregeln beruhen, können auch intuitiv richtig beantwortet werden, ohne dass Wissen über kindlichen Schlaf notwendig ist. Auch war die Abfolge der einzelnen Blöcke nicht randomisiert.

Bei der Formulierung der Wissens- und Anwendungsfragen wurde sehr auf die Unterscheidung zwischen Säugling und Kleinkind geachtet, jedoch wurde es versäumt, dazu explizite Altersangaben zu machen. Weiterhin wurde nicht definiert, was unter Schlafstörungen zu verstehen war. Diese Angaben hätten bereits Informationen vorweg genommen, weshalb im Rahmen dieser Befragung darauf verzichtet wurde. Ferner wurde nicht gefragt, woher die Eltern Informationen über den kindlichen Schlaf beziehen oder bezogen

hatten und mit welcher Motivation sie an der Befragung teilnahmen.

Da die offenen Fragen zum Abschluss der Befragung gestellt wurden, ist eine möglicherweise reduzierte Motivation vieler Teilnehmer zum Ende der Befragung zu erwähnen. Außerdem erscheint es auf Grund diverser elterlicher Anmerkungen bei den offenen Fragen möglich, dass einige von ihnen wissentlich eine Antwortalternative formuliert wurde, die zwar ihre persönliche Meinung wiedergab, allerdings nicht den wissenschaftlich belegten Empfehlungen entspricht. Die Ergebnisse sollten daher nicht überbewertet werden, da die Eltern teilweise emotional argumentierten und vehement ihre Meinungen vertraten.

Die explorativ ausgelegte Fragestellung dieser Arbeit erlaubt keine Kausalaussagen. Trotzdem wurden aussagekräftige Häufigkeiten und Mittelwertsunterschiede gefunden, die interessante Anhaltspunkte für weitere Untersuchungen geben.

3.6 FAZIT

Die Ergebnisse der Onlinebefragung lassen den Schluss zu, dass Eltern zum Zeitpunkt der Untersuchung in zufriedenstellendem Maße über den kindlichen Schlaf und dessen Besonderheiten informiert waren. Besonders im Bereich der Anwendungsfragen hatten die befragten Eltern ein breit gefächertes Wissen, ausbaufähig hingegen war das Faktenwissen. Es zeigten sich bei der Beantwortung einiger Fragen teils erhebliche Defizite und Unsicherheiten.

Verwunderlich war, dass die demographischen Variablen nur wenig in Zusammenhang mit einer vorhandenen Schlafproblematik der Eltern oder des Kindes standen. Lediglich Eltern von mehreren Kindern konnten mehr Fragen korrekt beantworten. Insgesamt 24,3% der Kinder sowie 35,4% der Eltern litten gemäß der elterlichen Angaben an Schlafproblemen, doch im Vergleich mit Eltern bzw. Kindern ohne Schlafproblematik machte dies bei

der Beantwortung der Fragen keinen Unterschied.

Um den vorhandenen Aufklärungsbedarf zu decken, wäre es präventiv zunächst wirkungsvoll, Eltern beispielsweise über Informationsmaterialien zum kindlichen Schlaf beim Kinderarzt, in Betreuungseinrichtungen oder auch im Internet zu informieren sowie die Eltern hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen elterlichen Verhaltensweisen und kindlichem Schlafverhalten deutlicher aufzuklären. Dadurch wäre es möglich, sich vollkommen unverbindlich und anonym über den kindlichen Schlaf und dessen Besonderheiten zu informieren. Bei anhaltenden und subjektiv belastenden kindlichen Schlafschwierigkeiten könnte immer noch professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Weiterhin wären Präventionsmaßnahmen, wie etwa Vorträge von Fachpersonal in Betreuungseinrichtungen, denkbar, bei denen Eltern umfassende theoretische und anwendungsbezogene Informationen über den kindlichen Schlaf erhalten. Ferner wäre eine interdisziplinäre Vernetzung verschiedener Fachdienste wünschenswert, sodass durch Kooperation bei beginnenden Schwierigkeiten rechtzeitig eingegriffen werden kann. Für den therapeutischen Rahmen in Bezug auf die Behandlung von Schlafstörungen im Kleinkindalter konnte gezeigt werden, dass den Eltern Wissen und Zusammenhänge zum elterlichen Verhalten und dem kindlichen Schlaf vermittelt werden sollten, da zwar Vieles richtig beantwortet wurde, aber auch Defizite bestanden.

Abschließend betrachtet, liefert die vorliegende Befragung ebenso Hinweise für künftige Untersuchungen. Von Interesse wäre es, inwieweit detailliertes elterliches Wissen zur Vorbeugung kindlicher Schlafstörungen beiträgt. In einer aktuellen Studie von Hiscock und Kollegen **Hiscock_2014** aus Australien konnte belegt werden, dass unter anderem Informationen zu kindlichen Schlaf- und Schreigewohnheiten sowie Beruhigungstechniken, die den Eltern Neugeborener vermittelt wurden, bereits nach einigen Monaten zu mehr Sicherheit im elterlichen Verhalten führte. Dies zeigte sich beispielsweise durch weniger Zweifel im Umgang mit dem Kind und weniger elter-

liche Schwierigkeiten beim Setzen von Grenzen. Zusätzlich konnte eine Reduzierung postnataler Depressionssymptome bei den Müttern nachgewiesen werden (Hiscock_2014). Um kindlichen Schlafproblemen adäquat vorzubeugen und passagere Schlafschwierigkeiten von ernsthaften Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter zu unterscheiden, ist fundiertes elterliches Wissen notwendig. Nur wenn Eltern zusätzlich aufschlussreiches Faktenwissen vermittelt wird, kann sichergestellt werden, dass ernsthafte kindliche Schlafstörungen rechtzeitig erkannt und entsprechend therapeutisch behandelt werden.

LITERATURANALYSE VON ELTERNRATGEBERN ZU KINDLICHEN SCHLAFSCHWIERIGKEITEN

4.1 EINFÜHRUNG IN DIE ERZIEHUNGSRATGEBERLITERATUR

Das folgende Kapitel bietet zunächst eine Hinführung zum Thema Ratgeberliteratur. Es wird auf Besonderheiten von Erziehungsratgebern für Eltern eingegangen und deren Betrachtung aus wissenschaftlicher Perspektive sowie die erziehungswissenschaftliche Diskussion dargestellt. Anschließend erfolgt eine Herleitung der Fragestellung hinsichtlich der im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten literaturanalytischen Feinanalyse von Ratgeberliteratur für das Kindes- sowie Kleinkindalter.

4.1.1 *Definition und Kategorisierung*

Erziehungsratgeber sind ein wichtiger Bestandteil des deutschen Buchmarktes und in jeder größeren Buchhandlung zu finden (**Hoffer-Mehlmer_2007**). Nach einer Umfrage des Börsenvereins des Deutschen Buchhandels erzielte die gesamte Sparte an Ratgebern im Jahr 2014 mit 14,9% den dritten Platz des Umsatzanteils im deutschen Buchhandel nach Belletristik und Kinder- und Jugendbüchern (**borsenverein_des_deutschen_buchhandels_2015**).

Unter Erziehungsratgebern versteht Höffer-Mehlmer **Hoffer-Mehlmer_2007** Bücher, in denen Fragen der Kindererziehung und -pflege behandelt werden, die direkt an Eltern bzw. Mütter und Väter gerichtet sind und deren Zweck in der Beratung bei Pflege und Erziehung der Kinder besteht. In Deutschland hat es sich etabliert, Bücher in die Kategorien Fachbuch, Belletristik und Sachbuch einzuordnen. Erziehungsratgeber

gehören nach Höffer-Mehlmer **Hoffer-Mehlmer_2007** zu den Sachbüchern, die sich von Belletristik und Fachbüchern dadurch unterscheiden, dass sie Informationen vermitteln und ein breites Publikum erreichen sollen. Schmid **Schmid_2012** subsumiert Erziehungsratgeber unter der Rubrik informelle oder informative Elternbildung. Diese zählt in der Erziehungswissenschaft zur Erwachsenenbildung und wird von der Familienbildung abgegrenzt. Elternbildung beschäftigt sich mit Eltern und deren Erziehungskompetenz, Familienbildung bezieht Themenbereiche wie Ehevorbereitung, Partnerschaft und Kinder mit ein (**Schmid_2012**).

Bei der Erfassung der gesamten Ratgeberliteratur im vergangenen Jahrhundert ergeben sich maßgebliche Schwierigkeiten: Diese sieht Höffer-Mehlmer **Hoffer-Mehlmer_2007** in der Fülle und großen Anzahl der veröffentlichten Werke sowie in Zugangsproblemen. So liegt für Ratgeber keine geordnete Bibliographie vor und die Recherche in der Deutschen Nationalbibliothek, in der Bücher seit Beginn des 20. Jahrhunderts verzeichnet sind, bringt je nach Stichwortsuche unterschiedliche Ergebnisse. Die Zuordnung von Büchern zur Kategorie der Ratgeber weist je nach Katalog erhebliche Unterschiede auf und verändert sich zudem im zeitlichen Verlauf (**Hoffer-Mehlmer_2007**). Des Weiteren ergeben sich Schwierigkeiten bei der Kategorisierung von Ratgebern, die in Inhalt und Aufmachung von der typischen Form abweichen. Bei Erziehungsratgebern kann dies der Fall sein, wenn der Leserkreis nicht nur auf Eltern als spezifische Lesergruppe beschränkt ist oder für eine grundlegende Reform von Erziehung plädiert wird (**Hoffer-Mehlmer_2007**).

Höffer-Mehlmer **Hoffer-Mehlmer_2007** unterteilt das Geben von Ratschlägen in drei Elementarformen: Beratung durch Mentoren aus dem sozialen Umfeld, Rat durch Professionelle wie Hebammen, Psychologen, Ärzte oder Lehrer sowie mediale Beratung durch Internet oder Fernsehen. Erziehungsratgeber zeichnen sich durch direkte mediale Beratung durch den Ratgebenden an Eltern sowie das Bestreben der Autoren aus, sich durch eigene Er-

ziehungserfahrung als Mentoren auszuweisen. Dazu kommt meist noch ein professioneller Hintergrund (**Hoffer-Mehlmer_2007**).

4.1.2 *Diskurs über Erziehungsratgeber in der wissenschaftlichen Literatur*

Die Frage nach den Möglichkeiten des Rat Gebens und der Berechtigung von Erziehungsratgebern wird in der pädagogischen Fachliteratur kontrovers diskutiert (**Hoffer-Mehlmer_2007**). Vor allem die Frage, ob es eine „Technologie der Erziehung im Sinne eines hinreichend gesicherten handlungsleitenden Wissens geben könne und dürfe“ (S. 184) bezeichnet Höffer-Mehlmer **Hoffer-Mehlmer_2007** in der Wissenschaft als außerordentlich umstritten. Trivialität und mangelnde Komplexität von Erziehungsratgebern werden von wissenschaftlicher Seite immer wieder kritisiert (**Hoffer-Mehlmer_2007**). Laut Hopfner **Hopfner_2001** distanziert sich die wissenschaftliche Pädagogik von Popularisierung und einfachen Anleitungen, wie dies in Erziehungsratgebern geschieht. Auch Schmid **Schmid_2012** sieht eine ablehnende Haltung von fachlich-wissenschaftlicher Seite gegenüber Erziehungsratgebern. Diese liege ihrer Ansicht nach in der „Trivialisierung, Rezeptologisierung und Pädagogisierung der Alltagswelt“ (**Schmid_2012**) von Erziehungsratgebern begründet sowie in unbewussten oder unreflektierten Vorurteilen in der Forschungsliteratur gegenüber Ratgebern. Sie kritisiert, dass sich die Erziehungswissenschaft in der Vergangenheit deutlich abgegrenzt habe (**Schmid_2012**), wodurch es keine inhaltliche Auseinandersetzung mit Erziehungsratgebern oder eine Aufklärung über spezifische Möglichkeiten pädagogischer Einwirkung auf diese gebe (**Hopfner_2001**). Hopfner sah bereits im Jahr 2001 die zeitgenössische Ratgeberliteratur als aus wissenschaftlicher Sicht weitgehend unerforscht an, über Verbreitungsgrad, Relevanz und den tatsächlichen Umgang von Eltern mit den Büchern gebe es wenige gesicherte Daten (**Hopfner_2001**).

Schmid **Schmid_2012** bezeichnet die erziehungswissenschaftliche Literatur zur Elternbildung gute zehn Jahre später als mangelhaft, es bestünde ein

„enormes Forschungsdefizit“ (S. 34, 181). Während sich Arbeiten zum Thema Familie häuften, blieben systematische und historische Arbeiten zur Elternbildung rar (**Schmid_2012**). Vorhandene Werke würden eher mit sozialwissenschaftlichem oder psychologischem Forschungshintergrund verfasst, die Arbeiten in der Erziehungswissenschaft seien, wenn vorhanden, vor allem auf den Bereich der Erziehungsratgeber beschränkt (**Schmid_2012**). Sie betont das Potential von Erziehungsratgebern als Medium der Elternbildung, das als Chance genommen werden solle und fordert, dass Erziehungsratgeber erziehungswissenschaftliche Grundlagen vermitteln und zur Reflexion auffordern sollen (**Schmid_2012**). Kost **Kost_2013** sieht die hauptsächliche Herausforderung bei der Erforschung von Erziehungsratgebern in der quantitativen Zunahme von Werken, die nicht zu unterschätzende Recherche-, Auswahl- und Gewichtungprobleme erzeuge.

4.1.3 *Kritik an Ratgeberliteratur in den Erziehungswissenschaften*

Kritisiert wird an Erziehungsratgebern das Fehlen des persönlichen, kommunikativen Austausches und die Unmöglichkeit der Auseinandersetzung mit neu entstandenen Fragen sowie die fehlende Steuerung und Kontrolle der Informationsverarbeitung (**Schmid_2012**). Daher solle man Ratgeber laut Schmid **Schmid_2012** von Beratung abgrenzen: Der Ratsuchende erhält in Büchern ein allgemein abgefasstes Programm, das seine Belange allenfalls tangiert und nicht individuell auf sie eingeht. Sie plädiert daher dafür zu untersuchen, wie Eltern mit den Ratschlägen, dem vermittelten Wissen und der fehlenden persönlichen Beziehung in der Realität umgehen. Wesentlich findet die Autorin jedoch, dass Eltern aus den Erziehungsratgebern Hilfe zur Selbsthilfe ziehen können (**Schmid_2012**).

Hopfner **Hopfner_2001** spricht von einer Flut psychologischer und pädagogischer Literatur und kritisiert dabei die relative Kurzlebigkeit von Erziehungsphilosophien. Sie sieht wie andere Autoren eine fundamentale Verunsicherung von Erziehern, auf die Ratgeber scheinbar bloß reagierten

und bezeichnet es als zentrale Problematik, dass Erziehungsratgeber entgegen ihrer Intention neue Ratlosigkeit bei Eltern erzeugten, weil sie eine scheinbare Sicherheit pädagogischen Erfolgs vorspielten (Hopfner_2001). Erziehungsratgeber missachteten nach Hopfner Hopfner_2001 die Möglichkeiten und Grenzen erzieherischer Einwirkung und den grundsätzlich offenen Ausgang des Erziehungsprozesses. Mit detaillierten Handlungsanweisungen verbreiteten Ratgeber die Fiktion, es gebe einen richtigen Umgang mit Schwierigkeiten, der unmittelbar von Erfolg gekrönt sei. Damit würden, so Hopfner Hopfner_2001 unerfüllbare Ansprüche erheben und eine pädagogische Machbarkeitsillusion gefördert, wodurch Ratgeber Unsicherheit erzeugten. Dazu trüge beispielsweise die Aufforderung in vielen Ratgebern bei, spontan auf das Kind zu reagieren und der eigenen Intuition zu folgen, die ein Widerspruch in sich sei (Hopfner_2001). Erfolg, Verantwortung und Misserfolg lägen außerdem den Ratgebern nach ausschließlich in den Händen von Eltern und Erziehern, kritisiert Hopfner Hopfner_2001 während z. B. die Rolle der Gesellschaft und der Persönlichkeit des Kindes vernachlässigt würden. Unsicherheit in Erziehungsfragen resultiere auch aus einem Verlust an Selbstverständlichkeit und erhöhten gesellschaftlichen Anforderungen an die elterliche Erziehung. Gründe für Hilflosigkeit sähen Ratgeberautoren dagegen im Umfang und der Kompliziertheit verschiedener Theorien (Hopfner_2001). Klappentexte und Einleitung von Ratgebern nähmen meist Bezug auf eine tatsächliche oder vermeintliche Unsicherheit und Ratlosigkeit von Eltern, die sich verstanden und angesprochen fühlen sollen (Hopfner_2001). Dies sei zudem werbewirksam, da sich Ratgeber schließlich auch auf dem umfangreichen Markt durchsetzen müssten (Hopfner_2001).

Früher lag der Schwerpunkt von Erziehungsratgebern auf medizinischen oder hygienischen Fragen. Heute profitiere die Ratgeberliteratur von der weiten Verbreitung pädagogischen Wissens und sei zugleich darauf angewiesen, dass das zu lösende Problem nicht in Gänze verschwinde und dürfe daher auch eigentlich keine Wirkung erzielen (Hopfner_2001). Den Erfolg von Ratgebern sieht Hopfner Hopfner_2001 darin, Eltern und Erziehern ihre beson-

dere Verantwortung bewusst zu machen. Ursprünglich reformpädagogische Vorstellungen, dass man Kinder verstehen und ihnen Erfahrungen ermöglichen soll, sind inzwischen Gemeingut. Den Misserfolg der Ratgeberliteratur sieht Hopfner dagegen im häufig moralisierenden Unterton und im Kritisieren der Eltern durch die Autoren, indem diese den Anspruch erhöhen, dass gute Eltern ihrem Kind Erfahrungen ermöglichen und diejenigen als schlechte Erzieher degradierten, die das nicht schafften **Hopfner_2001**

4.1.4 *Herleitung der Fragestellung zur Literaturanalyse*

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, wird insbesondere in den Erziehungswissenschaften heftige Kritik an der Erziehungsratgeberliteratur geübt. Bisher wurden Ratgeber jedoch nur wenig aus wissenschaftlicher Perspektive bzw. literaturanalytisch betrachtet.

Ramos und Youngclarke **ramos_2006** untersuchten als bisher einzige explizit die Inhalte von englischen Schlafratgebern. Die Autoren fanden 40 Ratgeber zum Thema Schlaf bei Babys und identifizierten zwei hauptsächliche Methoden, auf die Schlafratgeber Bezug nehmen: die Ferber-Methode (siehe Kapitel 2.5.1.3) und das Co-Sleeping (siehe Kapitel 2.5.1.6). Von den 40 Ratgebern wurde in 20 Ratgebern die Methode des Ferberns befürwortet und in elf abgelehnt. Ramos und Youngclarke **ramos_2006** betonen den großen Markt an Ratgeberliteratur für Eltern und kritisieren zudem den mangelhaften professionellen Hintergrund der Autoren und die Notwendigkeit weiterer Forschung auf diesem Gebiet. Sie beobachteten, dass die Behauptungen in den Ratgebern oft direkt widersprüchlich waren: Beispielsweise wird in 82% der betrachteten Bücher, die Co-Sleeping befürworten, betont, dass die Methode Eltern helfe, mehr Schlaf zu bekommen, während in 65% der Bücher, in denen Co-Sleeping abgelehnt wird, argumentiert wird, dass Co-Sleeping den Schlaf der Eltern störe. Genauere Informationen über Inhalte und Positionen der Ratgeber sind aus mehreren Gründen notwendig, zum einen vor dem Hintergrund der Verbreitung kindlicher Schlafschwierigkeiten, zum

anderen wegen ihrer Folgen (siehe Kapitel 2.3) und ferner aus dem Wissen um Umgang mit und Behandlung von Schlafproblemen bei Kleinkindern (siehe Kapitel 3.4.1.2). Aus diesen Gründen wird im folgenden Abschnitt eine Auswahl der auf dem deutschen Markt verfügbaren und verbreiteten Erziehungsratgeber für Eltern von Kindern mit Schlafproblemen nach literaturanalytischen Gesichtspunkten dargestellt. Aus Gründen der Übersicht und der Vergleichbarkeit der Analysekriterien wird zwischen Ratgebern für Eltern von Kindern im Vor- und Grundschulalter und Ratgeberliteratur, die sich an Eltern von Kleinkindern mit Schlafschwierigkeiten wendet, unterschieden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf Auffälligkeiten des Schlafes in der Altersgruppe der Kleinkinder, was sich auf die Anzahl der in beiden Gruppen untersuchten Ratgeber insofern auswirkt, als dass für die Ratgeber für Eltern älterer Kinder für die Feinanalyse repräsentativ vier und für die Analyse der Ratgeberliteratur für das Kleinkindalter sieben Ratgeber zur Feinanalyse ausgewählt wurden.

4.2 ANALYSE POPULÄRWISSENSCHAFTLICHER RATGEBERLITERATUR FÜR SCHLAF IM KINDESALTER

4.2.1 *Methodik*

In der folgenden Analyse werden Erziehungsratgeber für Eltern untersucht, in denen Schlafprobleme im Kindesalter betrachtet werden und Eltern Rat und Hilfe bei gestörtem kindlichem Schlaf erhalten sollen. Zunächst wird das Vorgehen bei der Inhaltsanalyse erläutert, anschließend werden die Auswahlkriterien beschrieben und auf die Kategorienbildung eingegangen. Diese Daten werden publiziert (Becker et al., in prep.).

4.2.1.1 *Vorgehen bei der Inhaltsanalyse für das Kindesalter*

In der Online-Datenbank des großen internationalen Internet-Buchhändlers Amazon.de wurde mit den Schlüsselwörtern „Eltern“ und „Schlafen“ ge-

sucht. Im ersten Schritt wurden deutschsprachige Bücher ausgewählt, die zugänglich waren und bestellt werden konnten. Adressaten der ausgewählten Ratgeber waren Eltern, für die hinsichtlich des Schlafverhaltens ihrer Kinder Handlungsbedarf besteht und die keinerlei Vorkenntnisse zu diesem Thema haben. Als ein einschränkendes Kriterium wurde das Erscheinungsjahr gewählt: Einbezogen wurden Ratgeber, die zwischen 2003 und 2013 zu Kinderschlafstörungen erschienen und für Eltern verfügbar waren.

Es wurden insgesamt rund 1800 Bücher identifiziert und anschließend selektiert. Ausgeschlossen wurden u. a. Bilderbücher für Kinder zum Zubettgehen und Schlafen, auch Sammlungen mit Wiegenliedern, Gute-Nacht-Geschichten, Geschichten zum Einschlafen sowie alle allgemeinen Erziehungsratgeber, die sich in einzelnen Kapiteln dem kindlichen Schlafverhalten widmen. Eingeschlossen wurden Ratgeber, die sich mit dem Schlaf von gesunden Kindern beschäftigen und deren Zielgruppe Eltern waren. Hier konnte bei der ersten Sichtung erneut unterschieden werden zwischen Ratgebern, die sich in erster Linie an Eltern von Babys bis zum ersten Lebensjahr mit Schlafproblemen richten und darauf gezielt eingehen. Ratgeber, die sich an Eltern von Babys und Kleinkindern wenden, wurden für die vorliegende Analyse ausgeschlossen, da diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit gesondert betrachtet wurden (siehe Kapitel 4.4.2). Eine zweite Gruppe bildeten Bücher, die sich über das erste Lebensjahr hinaus mit dem Schlafverhalten von Kindern bis zum Grundschulalter widmen, die im Rahmen des vorliegenden Abschnitts nähere Betrachtung finden. So ergab sich eine endgültige Stichprobe mit 12 Büchern, die von insgesamt 17 Autoren und Koautoren geschrieben wurden.

4.2.1.2 *Auswahlkriterien*

Für eine Feinanalyse ist die erste Stichprobe mit 12 Büchern sehr umfangreich. Daher wurden zunächst alle Bücher der ausgewählten Stichprobe gesichtet und zu jedem Buch aus dieser Kategorie ein Abstract verfasst. Auf Grundlage der Kurzzusammenfassungen wurden für diese Arbeit vier Bücher aus-

gewählt, die Eltern unterschiedliche Methoden vorschlagen, mit kindlichen Schlafproblemen umzugehen. Die sogenannte Ferber-Methode wird von Kast-Zahn und Morgenroth **Kast-Zahn_2013** in ihrem Ratgeber „Jedes Kind kann schlafen lernen“ beschrieben. Brazelton und Sparrow **Brazelton_2009** bieten in „So schläft mein Kind die ganze Nacht“ die „Dr.-Brazelton-Methode“ an, Lüpold **Lupold_2009** empfiehlt in „Ich will bei euch schlafen“ Co-Sleeping (siehe auch Kapitel [2.5.1.6](#)) als Methode der Wahl und Friedrich und Friebel **Friedrich_2011** stellen in „Einschlafen, Durchschlafen und Ausschlafen“ das Freiburger Sanduhr-Programm vor.

4.2.1.3 *Kategorienbildung*

Um die Ratgeber genauer analysieren zu können, wurden Kategorien gebildet, hinsichtlich derer die genannten vier Bücher betrachtet wurden: Für jeden Ratgeber wird zunächst ein Überblick über Sprache und Gestaltung gegeben. Anschließend erfolgt eine kurze Zusammenfassung des Inhalts des Ratgebers. Im Folgenden wird die Argumentation vorgestellt und abschließend die wissenschaftliche Fundierung in den jeweiligen Ratgebern bewertet.

4.2.2 *Ergebnisse*

Im folgenden Kapitel werden die einzelnen Ratgeber präsentiert und anhand der beschriebenen Kategorien analysiert.

4.2.2.1 *Jedes Kind kann schlafen lernen, Kast-Zahn und Morgenroth*

Sprache und Gestaltung

Der Ratgeber „Jedes Kind kann schlafen lernen“ umfasst 176 Seiten und ist als Hardcover erschienen. Kast-Zahn sendet häufig Ich-Botschaften aus ihrer Erfahrung. Werden diese um Kenntnisse aus Morgenroths Arbeit ergänzt, nehmen die Autoren die Wir-Perspektive ein. Der Leser wird direkt und in der Höflichkeitsform angesprochen, durch Rückfragen punktuell zur Selbstreflexion angeregt und zum aktiven Handeln aufgefordert. Vom Kind wird im

Neutrum-Singular und dessen Formen „es“ und „ihm“ gesprochen. Die Sprache ist leicht verständlich und direkt. Sie kommt ohne die Verwendung von Fachwörtern aus. Der Ton wirkt mitfühlend, wenn es um den Leidensdruck des Lesers geht und sachlich, wenn es um die Beratung geht. Das Buch ist optisch freundlich und übersichtlich gestaltet und im Vierfarbdruck erschienen. Halbseitige und ganzseitige Bilder, die glückliche, freundliche Kinder zeigen, wurden zur Illustration verwendet. Grafiken, Tabellen und Checklisten wirken auflockernd und verleihen dem Ratgeber eine wissenschaftliche Charakteristik.

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Diplompsychologin A. Kast-Zahn ist psychologische Psychotherapeutin für Kinder und Erwachsene und Mutter einer Tochter. Mit dem Kinderarzt Dr. med. H. Morgenroth beschreibt sie in „Jedes Kind kann schlafen lernen“ (Kast-Zahn_2013) die sogenannte Ferber-Methode. Die Autoren formulieren unter Berufung auf Ferbers Untersuchungen **Ferber_1985** die Hypothese, dass Kinder ab dem sechsten Monat nachts 11 Stunden durchschlafen könnten, ohne zwischendurch Mahlzeiten zu bekommen. Im psychoedukativen Teil wird auf sich verändernde Schlafbedürfnisse, Schlafzyklen und ihre evolutionäre Bedeutung eingegangen. Es wird erläutert, dass das Kind beim Einschlafen die gleichen Bedingungen wie beim Aufwachen vorfinden sollte. Schlussfolgerung der Autoren daraus ist, dass das Kind im eigenen Bett einschlafen sollte, damit es beim nächtlichen Erwachen wieder in gewohnter Umgebung in den Schlaf finden könne. Ausgehend von dieser Annahme werden dem Leser Ratschläge gegeben, die ein möglichst frühes Ein- und Durchschlafen des Kindes zum Ziel haben. Abgeraten wird u. a. von häufigem Stillen und sofortigem Trösten. Empfohlen wird u. a. das Ins-Bett-Legen des wachen Kindes, damit es das Einschlafen lerne. Der Tages- und Nachtrhythmus spielt in den Augen der Autoren eine wichtige Rolle und sie raten deshalb u. a., feste Zeiten einzuhalten, eine Schlafhygiene aufzubauen, Schlafprotokolle zu führen und mit einem Einschlafritual zu beginnen. Der Ferber-Methode wird

ein Kapitel gewidmet (siehe auch Kapitel 2.5.1.3). Ferber rate laut Kast-Zahn und Morgenroth dazu, die Kinder maximal eine halbe Stunde, in früheren Veröffentlichungen 45 Minuten, schreien zu lassen. Beides sei den Autoren zu lang erschienen, begründen Kast-Zahn und Morgenroth ihre Empfehlung, dass die längste Schreiperiode des Kindes höchstens zehn Minuten betragen solle. Im Anhang befinden sich ein Schlafprotokoll, eine therapeutische Gute-Nacht-Geschichte und weiterführende Literaturhinweise. Außerdem lasen Kast-Zahn und Morgenroth zwei Mütter über ihre Erfahrungen mit dem Programm berichten.

Argumentation

Die Autoren gehen davon aus, dass das Kind bei der vorgeschlagenen Vorgehensweise das Schreien verlerne. Es schlafe nach einer gewissen Zeit wieder ein und benötige keine externe Beruhigung durch die Eltern. Sollte es wieder aufwachen, finde es ohne Hilfe wieder in den Schlaf zurück. Das Bedürfnis des Kindes, zu schlafen, sei auf Dauer stärker als die Gewohnheit, für dessen Erhalt das Kind zunächst kämpfe, so die Autoren.

Kast-Zahn und Morgenroth äußern wiederholt ihre Sorge hinsichtlich der negativen Auswirkungen der Schlafprobleme des Kindes auf die Eltern. Die Schwierigkeiten betroffener Kinder werden in 48 Fällen geschildert, die Beeinträchtigung innerhalb der betroffenen Familie dargelegt und schließlich die von den Autoren empfohlene Intervention genannt, die in jedem der im Buch präsentierten Fälle zum Erfolg und damit zu einer Erleichterung innerhalb der Familie geführt habe. Kast-Zahn und Morgenroth transportieren durch die Berichte von Eltern, die die empfohlenen Methoden ausprobiert und positive Effekte erzielt haben, den Eindruck von Erfahrung und Expertise. Zugleich dienen die Erzählungen zur Validierung der Argumente (Luders_1994). Das berichtete Erfolgserlebnis, das sich aufgrund eines befolgten Ratschlages eingestellt hat, dient in Kast-Zahns und Morgen-

roths Buch als Beweis für die Folgerichtigkeit der vorgeschlagenen Methoden.

In den geschilderten Beispielen kann der Leser sich wiederfinden, sofern die beschriebene Symptomatik mit der des Lesers übereinstimmt, was den Charakter einer Selbstdiagnostik hat. Kast-Zahn und Morgenroth erklären, welche Problemlösestrategien in den anonymisierten Beispielen zur Verbesserung der Situation geführt haben. Der Leser kann entscheiden, ob und wie er die vorgestellten Problemlöseschemata von Kast-Zahn und Morgenroth umsetzt.

Mit der Kritik an den vorgestellten Methoden gehen Kast-Zahn und Morgenroth in ihrem Buch offensiv um. Es gäbe „kritische Stimmen“, berichten sie, diese seien jedoch „vor allem anonym im Internet“ (S. 7). Ihre „schärfsten Kritiker“ hätten das Buch nur „oberflächlich oder nicht vollständig gelesen“, so die Autoren (S. 7).

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Punktuell zitieren Kast-Zahn und Morgenroth Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen, um ihre Aussagen zu belegen, u. a. wenn die Autoren erklären, „Kinder, die zum Einschlafen ihre Eltern brauchten, schlafen nachts im Durchschnitt eine ganze Stunde weniger“ (S. 38). Dies schlussfolgern die Autoren aus den Daten einer selbsterhobenen Stichprobe (N = 457). Im Sinne einer Beweisführung zur Validierung ihrer Studie stellen Kast-Zahn und Morgenroth jedoch Ergebnisse einer Untersuchung der Amerikanischen Schlafgesellschaft ([american_academy_of_sleep_medicine_aasm_2005](#)) zum Thema Kinderschlaf dar: „Nur etwa ein Drittel aller Kinder im ersten Lebensjahr schläft nachts durch. Das entspricht ziemlich genau dem Ergebnis unserer eigenen Untersuchung.“ (S. 15), so Kast-Zahn und Morgenroth. Wissenschaftliche Attribute, die den Eindruck vermitteln, das argumentative Konstrukt der Autoren zu festigen, lassen sich bei Kast-Zahn und Morgenroth ebenfalls finden ([Hopfner_2001](#)). Angeführt wird u. a. eine Erhebung

der American Academy of Pediatrics (2005, zitiert nach Kast-Zahn und Morgenroth, 2013) zum plötzlichen Kindstod sowie eine Untersuchung von Richmann (1985, zitiert nach Kast-Zahn und Morgenroth, 2013) zur Medikation bei kindlichen Schlafschwierigkeiten. Verweise zu wissenschaftlichen Artikeln zur Untermauerung der Thesen finden sich punktuell im Textfluss, aber nicht konsequent.

Ein Literaturverzeichnis ist, ebenfalls angelehnt an wissenschaftliche Veröffentlichungen, im Anhang untergebracht. Die Übersicht wird ergänzt um „Bücher, die weiterhelfen“ (S. 171). Dazu zählen auch weitere Erziehungsratgeber der Autoren.

4.2.2.2 *So schläft mein Kind die ganze Nacht, Brazelton und Sparrow*

Sprache und Gestaltung

Der Ratgeber „So schläft mein Kind die ganze Nacht“ umfasst 166 Seiten und ist in kurze Textabschnitte gegliedert. Wichtige Handlungsanleitungen und Hinweise stehen in grau unterlegten Kästen und heben sich damit vom Lauftext ab. Das Buch ist schwarz-weiß gehalten und kommt im Innenteil ohne Bilder und eine aufwändige grafische Gestaltung aus. Auf dem Titelbild ist ein schlafendes Baby zu sehen. Die Sprache der Autoren ist sachlich und gut verständlich, punktuell finden sich wissenschaftliche Begriffe und kompliziertere Satzstrukturen, aber auch umgangssprachliche Elemente. Anweisungen für „Ihr Kind“ werden klar erteilt. Beispiele werden nicht bis selten berichtet und der Leser in der Höflichkeitsform angesprochen.

Inhaltliche Zusammenfassung

Der amerikanische Kinderarzt Dr. med. T. Brazelton hat die „Dr.-Brazelton-Methode“ zusammen mit dem Kinderarzt Dr. med. J. D. Sparrow veröffentlicht **Brazelton_2009** Die Autoren erklären zunächst alles über Schlaf, Tages- und Nachtrhythmen, Schlafdauerentwicklung und Schlafpositionen. Sie ge-

hen ferner auf Ursachen für Schlafschwierigkeiten ein und möchten im Buch individuelle Lösungsmodelle für jede Altersstufe anbieten: Auf jeden Monat im ersten Lebensjahr und dessen mögliche Schlafverhaltensänderung wird einzeln eingegangen. Es wird erklärt, wie Kinder mit zwei bis drei Jahren und mit vier bis fünf Jahren schlafen, da sich jeder Entwicklungsschritt des Kindes in seinem Schlafverhalten widerspiegeln. Darauf basiert auch die „Dr.-Brazelton-Methode“. Brazelton und Sparrow klären über die kindliche Entwicklung in den ersten sechs Lebensjahren auf und werben um Verständnis für das Verhalten des Kindes. Sie bieten Einschlafrituale an, gehen auf Probleme wie Bettnässen ein und beschreiben, wie Eltern das Kind unterstützen könnten, im eigenen Bett zu schlafen. Zudem erklären die Autoren, wie Eltern mit kindlichen Albträumen umgehen könnten und erläutern Ursachen und Interventionsmöglichkeiten für z. B. Zähneknirschen.

Argumentation

Brazelton und Sparrow postulieren, dass Kinder in der westlichen Welt zu Unabhängigkeit erzogen werden sollen. Daher sollen Babys frühestmöglich lernen, sich selbst zu beruhigen und auch die Möglichkeit dazu gewährt bekommen. Anschließend sollen Kinder, begleitet von den Eltern und im eigenen Bett, allein einschlafen. Die auf dem Buchtitel angekündigte „erfolgreiche Dr.-Brazelton-Methode“ wird im Ratgeber nicht erneut angesprochen. Zu vermuten ist, dass sie auf der Fähigkeit der Kinder, sich möglichst früh selbst zu beruhigen bzw. durch die Unterstützung der Eltern dies zu lernen, basiert.

Brazelton und Sparrow nehmen vorweg, dass ihre Vorschläge für Eltern auch schwierig sein könnten und gehen auf mögliche Bedenken der Leser ein. Eltern würden ihr Kind auf dem Weg in die Unabhängigkeit begleiten, was zwar für Eltern nicht immer leicht zu ertragen sei, sich aber lohne. Nur so lerne das Kind, sich auf sich selbst zu verlassen und das sei schließlich aus elterlicher Sicht wünschenswert. Brazelton und Sparrow berichten, dass kindliche Verhaltensauffälligkeit früher auf elterliche Erziehungsfehler zurückgeführt

worden seien. Heute wisse man aber deutlich mehr über komplexes Verhalten kleiner Kinder und interindividuelle Unterschiede. Dennoch ermahnen Brazelton und Sparrow die Eltern in ihrem Schlafratgeber stets zu konsequentem Erziehungsverhalten.

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

In Brazelton und Sparrows Ratgeber werden keine wissenschaftlichen Studien zur Fundierung der getroffenen Aussagen herangezogen. Ein Literaturverzeichnis am Ende des Ratgebers findet sich nicht. Nach Hinweisen auf Auswirkungen des Schlafmangels für Kinder weisen Brazelton und Sparrow darauf hin, dass Eltern professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollen, bevor sich die Schlafprobleme auch auf andere Bereiche im Leben des Kindes negativ auswirken, wenn die vorgeschlagenen Maßnahmen keinen Erfolg zeigten. Im Anhang finden sich „Hilfreiche Adressen“ von Anlaufstellen, u. a. der Bundesarbeitsgemeinschaft für Elterninitiativen, der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung und des Mütterzentren-Bundesverbandes sowie eine Danksagung und der Hinweis, dass das vorliegende Buch die Ratschläge des Kinderarztes lediglich ergänzen, „nicht ersetzen“ (S. 162) solle. Mit Blick auf neuere Forschungsergebnisse raten die Autoren davon ab, eine Behandlungsmaßnahme zur Behebung von Schlafproblemen ohne vorherige Diagnostik und Rücksprache mit dem Kinderarzt durchzuführen. Auffällig ist, dass die Brazelton-Methode, die auch den Untertitel des Buches darstellt („So schläft... Die erfolgreiche Brazelton-Methode“), per se im Buch nicht präsentiert wird.

4.2.2.3 *Ich will bei euch schlafen, Lüpold*

Sprache und Gestaltung

Der Ratgeber „Ich will bei euch schlafen“ umfasst 143 Seiten. Lüpold spricht den Leser in ihrem Ratgeber direkt mit der Höflichkeitsform an und bezieht ihn mit u. a. „Ihr Kind“ ein, geht dann aber zwischenzeitlich über zu „un-

sere Kinder“. Die Sprache ist sachlich und freundlich, der Ton wirkt dabei verständnisvoll und vertraulich. Die Gestaltung des Buches ist zurückhaltend und schlicht in schwarz, blau und weiß. Fotografien finden sich im Buch nicht. Die Seiten sind mit breitem Seitenrand übersichtlich aufgebaut. Informationen und Hinweise sind in farbig unterlegten Kästen dargestellt.

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Krankenschwester und Stillberaterin der LaLeche-Liga S. Lüpold legt den Schwerpunkt in ihrem Ratgeber darauf, tags wie nachts auf die kindlichen Bedürfnisse einzugehen, da deren Erfüllung von entscheidender Wichtigkeit für eine sichere Bindung des Kindes sei (Lüpold_2009). Anfangs befasst sie sich mit dem kindlichem Schlaf- und Schreiverhalten und widmet sich der Frage, ob das Kind eine Schlafstörung habe oder die Eltern falsche Erwartungen hinsichtlich des kindlichen Schlafverhaltens hätten. Die Beziehung zwischen Mutter und Kind habe sich in den zurückliegenden 200 Jahren zunehmend distanzierter entwickelt, postuliert die Autorin und verfasst eine kurze Geschichte des Schlafes und der Bindung zwischen Eltern und Kind, die von Religion, Pädagogik und Politik geprägt worden seien. Sie stellt fest, dass das getrennte Schlafen von Eltern und Kindern in der Menschheitsgeschichte eine relativ kurze Erscheinung darstelle und geht im Verlauf des Buches auf das Co-Sleeping und dessen Vorteile und Risiken ein, ehe sie Ratschläge zum verbesserten Schlafverhalten des Kindes nennt. Ein Kind, das tagsüber liebe- und verständnisvoll behandelt werde, finde auch nachts ruhigeren Schlaf, lautet Lüpolds These. Die Autorin weist auch auf die Grenzen der Erziehungsvorschläge hin und bittet Eltern, die sich nicht zu helfen wissen oder wo Gewalt am Kind drohe, professionelle Hilfe aufzusuchen. Kritisch bezieht Lüpold Position zu Schlafprogrammen und empfiehlt dem Leser, auf seine Intuition zu vertrauen. Vor allem spricht sie die subjektive Erziehungskompetenz der Eltern an.

Argumentation

Lüpold nennt ihren Erziehungsratgeber „Ich will bei Euch schlafen!“ und baut die Argumentation ihrer Empfehlung zum Familienbett entsprechend auf. Auch arbeitet sie persönliche Erfahrungen als Mutter und Stillberaterin mit ein. Sie spricht sich für das Co-Sleeping aus und rät von Schlaftrainings, vor allem von der graduierten Extinktion ab. Es werden anonymisierte Erfahrungen von Eltern, die Schlaftrainings nach eigener Erfahrung negativ bewerten, berichtet. Bezüglich des Co-Sleepings berichten Eltern in dem Ratgeber durchweg positive Erfahrungen. Im vierten Kapitel „Vorsicht Schlaftraining“ beschäftigt sich Lüpold mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, bei denen das Kind lernt, allein ein- und durchzuschlafen (siehe Kapitel 2.5.1.3). Zunächst beschäftigt sich Lüpold mit der Ferber-Methode. Sie berichtet, dass Ferber selbst davon abräte, die von ihm entwickelte Methode bei Kindern unter 12 Monaten anzuwenden. Zudem sei Ferber zu dem Schluss gekommen, dass der verhaltenstherapeutische Ansatz der graduierten Extinktion angewandt werden solle, wenn alle bisherigen Maßnahmen versagt hätte, schreibt Lüpold. Ferber habe Schwächen seiner Methode erkannt, da diese nicht bei allen Kindern wirksam sei. Schlaftrainings und Co-Sleeping ist sogar ein eigenes Kapitel gewidmet: „Was Experten zu Schlaftraining und Co-Sleeping sagen“ (S. 119) ist Thema des fünften und letzten Kapitels.

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Wissenschaftliche Belege finden sich bei Lüpold an verschiedenen Stellen. Die Autorin zitiert Studien und Wissenschaftler, um einzelne Aussagen zu belegen. Im fünften Kapitel äußern sich Mediziner sowie eine Hebamme, die die vorgeschlagenen Methoden der Autorin vertreten. Im Anhang befindet sich eine Literaturliste, die auf einen Teil der angeführten Studien verweist. In einem persönlichen Nachwort geht die Autorin ausführlich auf ihre eigene Biographie ein.

4.2.2.4 *Einschlafen, Durchschlafen und Ausschlafen, Friedrich und Friebe*

Sprache und Gestaltung

Das Buch „Einschlafen, Durchschlafen und Ausschlafen“ umfasst 128 Seiten. Die Autoren nutzen im Beratungsteil ihres Buches eine starke Bildsprache, um die Symptome bei Schlafschwierigkeiten von Kindern möglichst plastisch zu beschreiben. Verschiedene Lösungsansätze werden ausführlich erklärt. Die wichtigsten Ausführungen fassen die Autoren am Ende jedes Kapitels zu Merksätzen zusammen. Die Sprache ist leicht verständlich, Fremdwörter werden selten benutzt und erklärt. Der Ton ist sachlich. Der Leser wird in der Höflichkeitsform „Sie“ angesprochen und in der dritten Person mit „man“. Das Buch ist freundlich im Vierfarbdruck gestaltet. Auf dem Titel ist ein schlafendes Mädchen zu sehen. Im Buch befinden sich ganz- und halbseitige, vierfarbige Bilder von Familien zur Illustration.

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Diplompsychologin und zweifache Mutter S. Friedrich hat den Ratgeber mit dem Diplompsychologen Dr. phil. V. Friebe geschrieben. Das Buch wird eingeleitet mit der Fragestellung, was Zubettgehprobleme sind und wie diese sich im Kindesalter äußern. In den folgenden Kapiteln werden Einschlafhilfen, wie Rituale und Kuscheltiere als Begleiter empfohlen, sowie Ratschläge erteilt, wie u. a. dass Gute-Nacht-Rituale Ängste reduzierten und Sicherheit vermittelten. Die Autoren raten, ein Schlafprotokoll zu führen, damit Eltern adäquater beurteilen können, ob die Kinder ausreichend schliefen. Die Autoren gehen auf Einschlafprobleme ein und bieten dafür Entspannungsübungen an. Durchschlafproblemen ist ein eigenes Kapitel gewidmet: Auch hier wird u. a. Entspannung empfohlen, aber auch operante Konditionierungsmethoden. Das Freiburger Sanduhr-Programm, das einen genauen Plan beinhaltet, wann Eltern ihr schreiendes Kind in der Nacht trösten dürfen, wird vorgestellt. Die Autoren schreiben über Schlafbedürfnisse, Albträume und die Entwicklung der Träume über die Lebenszeitspanne. Ausführlich werden ebenfalls ver-

schiedene Parasomnien beschrieben und erklärt. Abschließend gibt es über 40 Seiten Schlaflieder, Gute-Nacht-Geschichten und im „Service“-Kapitel Literaturempfehlungen, einen Hinweis auf Friebels „Entspannungs-CDs für Kinder“ und den Link zur Homepage der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin und zu Friebels Entspannungsportal im Internet.

Argumentation

Die Problemlösestrategie von Friedrich und Friebel basiert auf Psychoedukation. Sie postulieren, „Schlafprobleme von Kindern wollen verstanden werden“ (S. 5). Durch Kommunikation könnten Lösungsansätze generiert werden, erklären sie ihr Beratungskonzept. Am Beispiel einer fiktiven Familie mit zwei Kindern unterschiedlichen Geschlechts und Alters wird sowohl die Ein- und Durchschlafproblematik beschrieben als auch die Reaktionen der Eltern. Nach dem szenischen Einstieg folgen sachliche Erklärungen der Vorgänge und zugrunde liegende Entstehungsmodelle. Die Autoren legen auch hier einen Schwerpunkt auf die Ätiologie.

Die Interventionsmöglichkeiten beinhalten Rituale und Regeln, Schlafhilfen als Ersatz bei Schlafassoziationen, Schlafprotokolle zur eigendiagnostischen Untersuchung des kindlichen Schlafpensums, einen Schlafkalender sowie das verhaltenstherapeutische Konzept der graduellen Extinktion von Schlafproblemen nach Rabenschlag **Rabenschlag_2001** Friedrich und Friebel stellen die Methoden sachlich vor und räumen Vor- und eventuelle Nachteile ein. Sie ermahnen Eltern zur Nachhaltigkeit bei der Veränderung der Schlafsituation. Die Änderungen sollten dauerhaft in das Familienleben integriert werden können, plädieren die Autoren. Friedrich und Friebel weisen häufig darauf hin, dass Schlafschwierigkeiten ein vorübergehendes, entwicklungsbedingtes Phänomen mit tendenzieller Spontanremission sein könnten. Sollte das nicht der Fall sein, implizieren die Autoren durch die vorgeschlagenen erzieherischen Maßnahmen, dass erzieherisches Fehlverhalten Ursache der Probleme sei und ihre Lösung in der Aufdeckung und Behebung der Erzie-

hungsfehler liege (**Hopfner_2001**). Mehrfach erinnern die Autoren den Leser an konsequentes Erziehungsverhalten. Friedrich und Friebel geben ausführliche Handlungsanleitungen. Sollten die empfohlenen Methoden nicht helfen, verweisen sie entweder an einen Kinderarzt bzw. „Schlafspezialisten“, ebenso auf den Faktor Zeit hinsichtlich einer Spontanremission im Rahmen der kindlichen Entwicklung.

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Friedrich und Friebel geben durchgehend Prävalenzzahlen zu verschiedenen Schlafproblemen an und erklären ausführlich die Ätiologie der beschriebenen Schwierigkeiten. Die Quellen ihrer Aussagen benennen sie nicht. Wissenschaftliches Arbeiten ist ansatzweise zu erkennen, wenn die Autoren ausgewählte Studien vorstellen. Im Anhang findet sich ein Serviceteil unter der Überschrift „Medienempfehlungen“ mit Literaturhinweisen, Entspannungs-CDs für Kinder von Autor Friebel, der Adresse der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) sowie ein Internet-Link zu einer Homepage, auf der sich weitere Materialien und Geschichten befinden.

4.3 ANALYSE POPULÄRWISSENSCHAFTLICHER RATGEBERLITERATUR FÜR SCHLAF IM KLEINKINDALTER

4.3.1 *Methodik*

4.3.1.1 *Vorgehen bei der Inhaltsanalyse für das Kleinkindalter*

Zunächst entsprach das Vorgehen bei der Ermittlung relevanter Schlafratgeber für das Kleinkindalter dem bei der Auswahl von Ratgeberliteratur für das Kindesalter (siehe [4.2.1.1](#)).

Der Schwerpunkt der hier untersuchten Ratgeber liegt auf Babys und Kleinkindern im Alter von bis zu drei Jahren. Einige Ratgeber behandeln hauptsächlich den Schlaf von Kleinkindern, fassen aber Kinder bis zu fünf Jah-

re ein. Solche Ratgeber wurden zunächst in die Auswahl eingeschlossen. Es wurden keine Ratgeber für Eltern von Kindern, die älter als fünf Jahre sind, berücksichtigt, da diese bereits im vorherigen Kapitel besprochen wurden (siehe Kapitel 4.2). So wurden 31 Ratgeber ermittelt, die sich mit dem Thema Schlaf bei Babys und Kleinkindern beschäftigen und seit 2014 veröffentlicht oder neu aufgelegt wurden (siehe Anhang a.5). Diese wurden unter anderem nach Autor, Titel, Erscheinungsjahr, Auflage, nach dem Beruf des Autors, nach ausschließlicher Vorlage als E-Book und nach Anzahl der Bewertungen auf Amazon gelistet. Die Ratgeber wurden soweit möglich bestellt und für einen Überblick zunächst auf ihren Inhalt und Aufbau gesichtet und Abstracts erstellt.

4.3.1.2 *Auswahlkriterien*

Im folgenden Schritt war es das Ziel, eine Auswahl repräsentativer und möglichst von vielen Eltern gelesener Ratgeber zu ermitteln, die der inhaltlichen Feinanalyse unterzogen wurden. Nach der Literaturanalyse der Ratgeber für das Kindesalter wurden die Auswahlkriterien für die nachfolgende Analyse von Ratgebern für das Kleinkindalter verfeinert. Es wurden die folgenden Kriterien neu definiert:

Eintrag in der Deutschen Nationalbibliothek

Um eine engere Auswahl zu erreichen, wurden zunächst im Unterschied zur vorherigen Analyse diejenigen Ratgeber ausgeschlossen, die nicht in der Deutschen Nationalbibliothek (DNB) verzeichnet waren. In dieser werden Bücher in deutscher Sprache seit 1913 gesammelt. Waren Ratgeber dort nicht verzeichnet, obwohl sie bereits einige Jahre auf dem Markt sind, wurde angenommen, dass sie weniger relevant als andere Erziehungsratgeber sind und entsprechend seltener gelesen werden. Die Ratgeber von Berger **Berger_2014** und Brehm **Brehm_2013** sind über den Anbieter Amazon bestellbar, aber nicht im Katalog der DNB auffindbar. Beide wurden in einem Eigenverlag veröffentlicht, der zu Amazon gehört und bei dem Autoren ihre Bücher selbst drucken lassen können.

E-Books

E-Books wurden aus Gründen der praktischen Umsetzbarkeit ausgeschlossen, da diese für eine Literaturanalyse wenig praktikabel sind. E-Book-Reader haben einen kleinen Bildschirm, was die genaue Rezension erschwert und darüber hinaus schwer handhabbar ist.

Bewertungen auf Amazon

Des Weiteren wurde die Anzahl an Bewertungen auf amazon.de berücksichtigt. In der einzigen Studie, in der Schlafratgeber in englischer Sprache untersucht wurden, wurde für Auswahl und Recherche der Ratgeber vornehmlich der Anbieter Amazon (**ramos_2006**) verwendet. Es konnte kein anderes Medium, keine Internetseite, Publikation oder andere öffentlich zugängliche Bewertungsform gefunden werden, wo die Bücher so systematisch gelistet und bewertet werden wie bei Amazon. Dort sind alle 31 Ratgeber verzeichnet und bewertet, zudem ist Amazon öffentlich und leicht zugänglich. Das Kriterium der leichten Zugänglichkeit benennen auch Ramos und Youngclarke **ramos_2006** als positiv für die Sammlung und Selektion von Schlafratgebern. Unabhängig davon, ob die Bewertungen positiv oder negativ sind, zeugt eine hohe Anzahl davon, dass ein Erziehungsratgeber von Eltern gelesen und diskutiert wird. Daraus lässt sich auf die Relevanz von Ratgebern schließen. Lediglich bei Neuerscheinungen ist die Anzahl an Bewertungen gering. Wird ein Buch viel diskutiert, steigt die Anzahl an Bewertungen recht schnell. Bücher mit Erscheinungsdatum vor 2014 und zugleich unter zehn Bewertungen wurden daher ausgeschlossen, da diese vermutlich weniger als andere gelesen werden. Die Amazon-Bewertungen wurden vom 31.03.2015 übernommen.

Zudem sollen unterschiedliche Ratgeber analysiert werden, um einen Überblick über die auf dem Buchmarkt vermittelten Methoden zu ermöglichen. Auch sollen neu erschienene Ratgeber oder solche, die in einer möglichst hohen Auflage kürzlich neu aufgelegt wurden, untersucht werden. Es wurde

angenommen, dass aktuelle Bücher für Eltern eher relevant sind. Zusätzlich fanden Berufe und Fachqualifikationen der Autoren Berücksichtigung mit dem Ziel, verschiedene Berufsgruppen in die Auswahl einzubeziehen. So solle ein breites Spektrum an Berufsgruppen abgedeckt werden. Autoren ohne Fachqualifikation stellen zumeist eigene Erfahrung bereit, Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung ist es jedoch, inwiefern Autoren wissenschaftliche Kenntnisse in den Büchern vertreten. Daher wurden Autoren ohne ersichtlichen Fachhintergrund ausgeschlossen.

Anhand dieser Kriterien ergab sich eine erste Auswahl von sechs Ratgebern (siehe Tabelle 7), die zur Feinanalyse herangezogen wurden. Es handelt sich dabei um möglichst aktuelle Ratgeber mit einer hohen Auflage, mit unterschiedlichen Fachqualifikationen der Autoren sowie einer möglichst hohen Zahl an Bewertungen auf Amazon.

Tabelle 7: Übersicht über die zur Feinanalyse herangezogene Ratgeberliteratur für Schlafschwierigkeiten bei Babys und Kleinkindern.

	Autor	Titel	Erscheinungsjahr	Auflage	Amazon-bewertungen	Fachqualifikation
1	Pantley, E.	Schlafen statt Schreien	2014	2	205	Erziehungsberaterin
2	Weidemann-Böker	Das neue Ein- und Durchschlafbuch	2011	3	16	Sozialpädagogin
3	Ezzo, G; Bucknam, R.	Babywise – Schlaf gut, mein kleiner Schatz	2014	1	10	Elterntainer, Pädiater
4	Sears, W.	Schlafen und Wachen	2010	10	107	Pädiater
5	Solmaz, E.	Besucherritze	2013	1	109	Sozialpädagogin
6	Rankl, C.	Endlich durchschlafen	2013	6	43	Psych. Psychotherapeutin

4.3.1.3 Kategorienbildung

Um die Ratgeber genauer analysieren zu können, wurden auch hier Kategorien gebildet, hinsichtlich derer die genannten sechs Bücher betrachtet wurden. Diese erfolgte in Orientierung an der Kategorienbildung zur Analyse der Ratgeberliteratur für das Kindesalter. Es wird zunächst für jeden Ratgeber ein Überblick über Sprache und Gestaltung gegeben. Danach wird der Inhalt des Ratgebers kurz zusammengefasst. Anschließend wird die in dem Ratgeber präsentierte Argumentation vorgestellt und abschließend die wissenschaftliche Fundierung in den jeweiligen Ratgebern bewertet.

Es wird ferner als neue Kategorie eine subjektive Bewertung des Ratgebers durch die Autorin eingeführt. Im Unterschied zur vorherigen Analyse von Ratgeberliteratur für das Kindesalter wird ferner im Folgenden enger am Text gearbeitet, um die Analyse sowie die Bewertung des Ratgebers anhand von Textbeispielen nachvollziehbarer gestalten zu können.

4.3.2 *Ergebnisse*

4.3.2.1 *Schlafen statt Schreien, Pantley*

Sprache und Gestaltung

Der Schlafberater von Pantley umfasst 175 Seiten und ist als Taschenbuch erschienen. Cartoons lockern die Inhalte auf, die auch auf dem Cover abgebildet sind. Die Autorin spricht den Leser direkt und in der Höflichkeitsform „Sie“ an. Die Methoden, die Pantley in ihrem Ratgeber vorstellt, kommentiert sie mit eigenen Erfahrungen und sucht dabei immer wieder den Kontakt zum Leser: „Ein Ratschlag, den Sie wahrscheinlich schon oft gehört haben, lautet:[...]“ (S. 66). Pantley präsentiert sich dem Leser als moderne US-amerikanische Mutter mit hohem Einfühlungsvermögen für dessen Bedürfnisse und versucht so, dem Leser auf Augenhöhe zu begegnen. Sprachlich wird dies durch den Wechsel von der ersten Person Singular zur ersten Person Plural im letzten Teil des Ratgebers hervorgehoben.

Die Autorin verzichtet weitgehend auf Fachbegriffe und schreibt in kurzen und einfachen Sätzen. Immer wieder finden sich im Text Einschübe aus dem Leben Pantleys. Zudem arbeitet sie viel mit in Klammern gesetzten, zum Teil auch scherzhaften Anmerkungen im Text. Der Ratgeber ist durchgängig in zwei Spalten geschrieben, wobei die einzelnen Abschnitte durch farbige Überschriften strukturiert werden, die jeweils einer Überschriftsebene zugeordnet sind. Den Text lockern zudem blau unterlegte Textfelder mit autobiographischen Anekdoten oder Elternzitaten auf.

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Autorin E. Pantley ist Mutter von vier Kindern. Sie präsentiert sich in ihrem Ratgeber als eine Befürworterin des Familienbettes sowie des Stillens nach Bedarf. Ihre Ratschläge sind, wie sie am Anfang des Buches erklärt, auf Recherchen und eigene Erfahrungswerte zurückzuführen. Die Autorin beschreibt ihre Methode als sanften Weg zum Ein- und Durchschlafen. Damit positioniert sie sich eigenen Angaben zufolge, zwischen den Extremen „Schreien lassen“ und „damit leben“ (S. 11), die bisher als einzige Methoden gegolten hätten. In ihrem „Zehn-Schritte-Plan zum Durchschlafen“ verweist die Autorin zunächst auf Sicherheitsregeln und gibt grundlegende Informationen zum Schlaf. Anschließend rät sie, Tag-, Abend- und Nachtprotokolle zu führen, anhand derer eine Analyse erfolgt. Pantley führt dazu über 50 Seiten verschiedene Ratschläge und Methoden auf, die sie nach Alter des Kindes (bis vier Monate vs. ab vier Monaten) unterteilt. Aus dieser Methodensammlung soll ein individueller Schlafplan erstellt werden, der über zehn Tage lang möglichst konsequent eingehalten werden soll. Pantley verspricht kontinuierliche Besserung, warnt aber vor gleichzeitig auftretenden Rückfällen. Nach Verstreichen der zehn Tage wird ein „Zehn-Tages-Schlafprotokoll“ erstellt, das dann analysiert werde. Ist man mit dem Ergebnis nach zehn Tagen nicht zufrieden, empfiehlt Pantley, eine Anpassung des Schlafplans vorzunehmen. Ansonsten soll der Plan weiterhin fortgeführt werden. Letztendlich gelte es, in Zehn-Tage-Etappen die Veränderungen zu verfolgen, den Schlafplan gegebenenfalls anzupassen und dabei das Schlafverhalten des Kindes zu dokumentieren. Am Ende des Buches geht Pantley auf das Schlafverhalten der Eltern ein, gibt Hinweise zur Schlafhygiene und appelliert an die Geduld der Eltern mit ihren Kindern.

Argumentation

Pantleys Methode basiert auf einer Psychoedukation zum Thema Babyschlaf, einer Methodensammlung sowie einer ausführlichen Dokumentation des Schlafverhaltens mittels Protokollen. Dem Leser wird empfohlen, selbst zu entscheiden, welche der Methoden und in welchem Umfang diese angewendet werden (S. 18). Er wird dazu aufgefordert, je nach Alter des Kindes aus der vorgestellten Methodensammlung einen „individuellen Schlafplan“ (S. 109) zusammenzustellen. Pantley gibt dem Leser dafür ein Muster vor (S. 109ff.). Der Schlafplan soll, so die Autorin, konsequent eingehalten werden (S. 116). Protokolle dienen dabei der Dokumentation von Veränderungen des Schlafverhaltens (S. 43). Falls nach zehn Tagen keine Veränderung eingetreten sei, verweist Pantley darauf zu überprüfen, ob der Plan konsequent durchgeführt worden sei (S. 127), ob etwa medizinische Gründe vorlägen (S. 129ff.) und verweist auf einen neuen Schlafplan (S. 126). Als letztmögliche Methode schlägt Pantley eine abgewandelte Form des Schreien Lassens vor. Dabei werde das Kind zwar schreien gelassen, die Mutter soll allerdings nicht weggehen, sondern am Bett des Kindes stehen bleiben und versuchen, dieses mit Worten oder Gesten zu beruhigen (S. 144ff.).

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Pantley beruft sich in ihrem Ratgeber öfter auf die Aussagen einzelner Persönlichkeiten (insbesondere des Kinderarztes Sears und des Gründers der American Academy of Sleep Medicine (AASM), Dement). Wissenschaftliche Untersuchungen werden eher selten zitiert. Es gibt kein Literaturverzeichnis und auch im Text sind keine Hinweise auf Studien/Untersuchungsergebnisse zu finden. Um die Wirksamkeit ihrer Methode zu beweisen, führt Pantley an, dass sie diese an 60 Müttern und ihren Kindern, die zum Testzeitpunkt zwischen zwei und 27 Monaten alt gewesen seien, erfolgreich geprüft habe (S. 18f.). Weitere Angaben zu den Umständen der beschriebenen Studie werden

nicht gemacht.

Pantley stellt dem Leser in ihrem Ratgeber außerdem Kopiervorlagen für Schlafprotokolle sowie eine Checkliste mit Regeln für einen gesunden Kinderschlaf zur Verfügung. Am Ende des Ratgebers befinden sich eine Widmung, Danksagungen, eine Liste weiterführender Bücher und Internetlinks sowie ein Register.

Subjektive Bewertung

Die Text- und Inhaltmenge von Pantleys Ratgeber *Schlafen statt Schreien* ist überschaubar und die Autorin schreibt in einem gut verständlichen, sprachlich einfachen Stil. Der Ratgeber liest sich dadurch schnell und flüssig. Jedoch schweift die Autorin in ihren Ausführungen zu einzelnen Themen häufig ab, was es erschwert, ihrer Argumentationsweise zu folgen. Dies wird verstärkt durch eine teilweise unübersichtliche Struktur des Ratgebers: Der Text wird durch viele unterschiedliche (Unter-)Überschriften unterbrochen und Textfelder nehmen verschiedene Funktionen ein. Ferner konnten Studien, auf die sich die Autorin in ihrem Ratgeber bezieht, mehrmals nicht recherchiert werden, da die Informationen zu diesen zu ungenau waren. Einzelne der zitierten Befunde wichen deutlich von zum Vergleich herangezogenen wissenschaftlichen Quellen ab. Ferner wird zu bedenken gegeben, dass die eigenständige Erstellung des von Pantley geratenen Schlafplans mit von den Eltern gewählten Methoden sowie dessen ebenfalls eigenständige Einhaltung für Eltern durchaus eine Herausforderung darstellen kann. Es besteht die Gefahr, dass es bei Nicht-Gelingen zu einer elterlichen Überforderung und/oder Eskalation in Bezug auf die kindliche Schlafsituation kommen kann und es dann keinen unmittelbaren Ansprechpartner gibt.

4.3.2.2 *Das Neue Ein- und Durchschlafbuch - Die 6 besten Einschlafprogramme für Kinder, Weidemann-Böker*

Sprache und Gestaltung

Auf dem Cover des Ratgebers „Das Neue Ein- und Durchschlafbuch“ ist eine Mutter neben ihrem schlafenden Baby im Bett abgebildet. Mit den Aussagen „Für jedes Kind die richtige Methode“ und „empfohlen von Baby & Co“ wird hier für diesen Ratgeber geworben. Der 284 Seiten umfassende Ratgeber enthält eine große Textmenge und nur vereinzelt Materialien wie Schlafprotokolle, Schaubilder oder Graphiken. Die Farben Hellgrün und Rot sind vorherrschend, Textfelder markieren wissenswerte Informationen (Zitate, Ausschnitte aus Büchern oder von Homepages etc.).

Weidemann-Böker schreibt in einem sachlich-nüchternen Stil und spricht den Leser in der Höflichkeitsform an. Vereinzelt Fragen werden überwiegend am Ende eines Abschnittes direkt an den Leser gestellt: Wie ist das in Ihrer Familie? (S. 42). Häufig zitiert sie, zum Teil auch über längere Textpassagen hinweg, andere Personen, Zeitschriften (Weleda) oder Homepages (wikipedia). Zusätzlich nimmt sie immer wieder Bezug auf ihre eigenen Arbeit. Es werden einige Fachbegriffe verwendet, wie Übergangsobjekte (S. 165), Moro-Reflex (S. 65) und intuitive elterliche Kompetenz (S. 106). Diese werden allerdings im Kontext in einfacher Sprache erklärt.

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Autorin P. Weidemann-Böker ist Sozialpädagogin und Mutter einer Tochter. Sie vermittelt in ihrem Ratgeber ein breites Hintergrundwissen zum Thema Schlaf. Dabei zitiert sie zahlreiche Fachleute und verweist häufig auf Befunde wissenschaftlicher Untersuchungen. Der psychoedukative Teil des Ratgebers ist dementsprechend ausführlich und umfasst die ersten vier Kapitel. Weidemann-Böker geht dabei auf die Rolle von Stress, Funktionen des Schlafes, Entwicklungsschritte von Kindern und Kommunikationswege

mit dem Kind ein.

Zu Veranschaulichung, was für guten Schlaf notwendig sei, hat Weidemann-Böker eine Abbildung entwickelt, das „Schlafhaus“ (S. 134ff.). Dabei stehen auf dem Fundament „Liebe und Verständnis“ die drei Säulen: „Regeln, Rhythmus und Rituale“. Das Dach des Schlafhauses bildet die „richtige Methode“. Weidemann-Böker erklärt, es gebe nicht eine richtige Methode für jedes Kind, sondern diese müsse auf die individuellen Bedürfnisse von Kind, Eltern und auch auf die derzeitige Familiensituation abgestimmt sein. Anschließend stellt die Autorin stichwortartig sechs auf der Lerntheorie basierenden Programme, „Tweedle-Methode“, „Stuhl-Methode“, „Wiederholungs-Methode“, „Belohnungs-Methode“, „Ferber-Methode“ und „Freiburger Sanduhr-Methode“ in wenigen Sätzen vor. Der Leser soll sich nun aus diesen eine Methode aussuchen und diese konsequent anwenden. Es folgen zwei Kapitel mit Lebenshilfe-Ratschlägen für die Eltern auf über 50 Seiten. Weidemann-Böker thematisiert dabei Veränderungen, die in einer Paarbeziehung mit der Geburt eines Kindes eintreten. Außerdem geht die Autorin auf die Rolle der Frau als Mutter und ihre Möglichkeiten, Beruf und Familie zu vereinbaren, ein. Sie betont in diesem Zusammenhang mehrfach die Bedeutung eines sicheren Bindungsstils sowie den Einfluss, den elterliches Befinden auf Emotionen und Verhalten des Kindes hat. In einem abschließenden Kapitel gibt Weidemann-Böker Bücherempfehlungen sowie Adressen von Ansprechpartnern und Institutionen an.

Argumentation

Weidemann-Böker erklärt, es gebe zwei Ursachen dafür, dass Kinder nachts nicht zur Ruhe fänden und ihre Eltern in eine „Stressspirale“ trieben (S. 12): Zum einen sei es mangelndes elterliches Wissen, zum anderen meinten Eltern es „oft zu gut mit ihrem Kind“ (S. 12). Hinsichtlich mangelnden Hintergrundwissens über kindlichen Schlaf ist es Weidemann-Böker ein Anliegen,

Eltern Wissen bezüglich Schlaf und Einflussfaktoren auf diesen zu vermitteln.

Weidemann-Böcker erklärt, das Kind soll lernen, „selbst in seinem Bettchen in den Schlaf zu finden“ und wenn es nachts aufwache, „die Einschlaf-Situation vom Abend wiederzuerkennen, um dann ohne die elterliche Unterstützung wieder einzuschlafen“ (S. 182). Die Autorin warnt, dass das Kind während des Lernvorganges „zunächst einmal weinen“ werde (S. 183) und empfiehlt den Eltern, sich darauf einzustellen, „konsequent“ zu bleiben (S. 183), für sich selbst zu sorgen (S. 183) und dem Kind nicht zu viel zuzumuten (S. 184). Da es keine „passende Patentlösung“ für Schlafprobleme gebe, solle die Methode auf das Kind, seine Eltern und die derzeitige Familiensituation abgestimmt sein (S. 32, 186). Zudem sollten sich die Eltern im Voraus überlegen, wie sie mit der für sie selbst schwierigen Situation während des von ihnen gewählten Schlafprogramms am besten umgehen (S. 186f.). Die Autorin gibt ferner Ratschläge, was die Eltern tun könnten, um konsequent bei der gewählten Methode zu bleiben.

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Weidemann-Böcker vermittelt in ihrem Ratgeber ein breites Hintergrundwissen zum Thema Schlaf. Dabei zitiert sie zahlreiche Fachleute und verweist häufig auf Befunde wissenschaftlicher Untersuchungen, ohne jedoch deren Quellen anzugeben. Der psychoedukative Teil des Ratgebers ist dementsprechend ausführlich und umfasst die ersten vier Kapitel. Hinsichtlich des Durchschlafens von Kleinkindern zitiert Weidemann-Böcker die Ergebnisse einer Befragung von 500 Müttern anlässlich der Vorsorgeuntersuchung der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (S. 66), ohne jedoch den Begriff des Durchschlafens näher zu definieren und nähere Angaben zu der Erhebung zu machen. Ein Literaturverzeichnis findet sich nicht. Im letzten Teil des Buches ist ein „Info-Magazin“ aufgeführt, in dem Buchempfehlungen für Eltern und Kinder gegeben werden und die zitierten Experten mit Kontaktdaten aufgelistet sind. Außerdem angegeben sind

weitere Adressen wie die des Bundes Deutscher Hebammen, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, der Bundesgeschäftsstelle des Verbandes berufstätiger Mütter und der La Leche Liga.

Subjektive Bewertung

Durch die Fülle an Informationen besteht bei diesem Ratgeber die Gefahr einer Überforderung für den Leser. Während die meisten Leser von Ratgebern wünschen, schnell und einfach an relevante Informationen zu gelangen (siehe auch Kapitel 4.1), übermittelt Weidemann-Böker in erster Linie viel Hintergrundwissen, das auch über das Thema Schlaf hinausreicht. Ratschläge, wie ein Kind zum Ein- und Durchschlafen gebracht werden kann, sind dabei in Weidemann-Bökers Ratgeber, der annähernd 300 Seiten umfasst, eher schwierig zu finden.

Interessant ist ferner, dass Weidemann-Bökers Ratgeber der Nachfolger von „Jedes Kind kann schlafen lernen“ (Kast-Zahn 2013) im ObersteBrink Verlag ist (siehe Kapitel 4.2.2.1). Während die Autoren jenes Ratgebers detailliert die Methode des Schreien Lassens nach Ferber ausführen, stellt Weidemann-Böker neben der bekannten Ferber-Methode auch fünf weitere auf der graduieren Exposition basierende Alternativen vor, geht allerdings auf keine der sechs Methoden näher ein. Die Vermutung liegt daher nahe, dass die Kritik an der Ferber-Methode zumindest mitunter ein Grund dafür ist, dass die Methode des Schreien Lassens in „Das Neue Ein- und Durchschlafbuch“ nicht detaillierter ausgeführt wurde.

4.3.2.3 *Babywise, Ezzo und Bucknam*

Sprache und Gestaltung

Der 287 Seiten umfassende Ratgeber ist als Hardcover-Buch erschienen. Auf dem in blau-grünen Pastellfarben gehaltenen Buchdeckel ist ein schlafendes

Baby abgebildet. Es wird bereits hier für die vorliegende „überarbeitete und aktualisierte Neuauflage“ geworben. Erschienen ist der Ratgeber im GerthMedien-Verlag und er wurde von Hug aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt. Der gesamte Inhalt des Ratgebers ist in Schwarz-Weiß gehalten, der Text dabei zweispaltig angeordnet. Nur sehr selten sind Bilder oder Grafiken eingefügt. Die Kapitelübergänge nehmen eine komplette Doppelseite ein, jedes Kapitel endet mit einer kurzen Zusammenfassung der Inhalte.

Der Ratgeber ist überwiegend in einem sachlichen Stil verfasst. Der Leser wird insgesamt wenig und dabei in der Höflichkeitsform angesprochen. Ezzo und Bucknam geben nur selten direkte Ratschläge, sondern präsentieren ihre eigene Erziehungsphilosophie. Die Autoren verwenden viele Fachbegriffe und beschreiben zum Teil auch komplizierte Zusammenhänge. Sie verwenden dafür allerdings einen einfachen Satzbau und überwiegend einfache Sprache. Die meisten Fachbegriffe werden verständlich erklärt (z. B. Mastitis, S. 93). Auch rhetorische Fragen finden sich an mehreren Stellen im Text (u. a. S. 50), häufig wird der Leser auch zur Imagination aufgefordert (z. B. S. 110).

Inhaltliche Zusammenfassung

Der Autoren des Ratgebers „Babywise - Schlaf gut, mein kleiner Schatz“ **Ezzo_2014** sind der Geschäftsführer der Organisation „Growing Families International, G. Ezzo, und der Kinderarzt Dr. R. Bucknam. Sie sehen einen strukturierten Tagesablauf als entscheidenden Faktor für die Prävention kindlicher Schlafprobleme. In diesem Zusammenhang betonen die Autoren auch die Bedeutung eines Zuhauses und einer zufriedenen Paarbeziehung der Eltern für die Entwicklung des Kindes. Dies wird bereits im ersten Kapitel thematisiert. Die Autoren widmen die folgenden zwei Kapitel einer ausführlichen Psychoedukation zum Thema Säuglingsernährung und gehen schließlich auf kindlichen Schlaf ein. Die Bedeutung von Strukturierung für eine positive Entwicklung des Kindes wird jeweils hervorgehoben und

erläutert. In den folgenden zwei Kapiteln präzisieren die Autoren, wie der Tagesablauf gestaltet werden solle. Sie stellen dazu die Methode des elterngelenkten Fütterns (EGF) vor, die als Kernelement des Ansatzes von Ezzo und Bucknam gesehen werden kann. Dabei solle eine klar strukturierte, jedoch flexibel gehaltene Tagesstruktur etabliert werden. Im weiteren Verlauf des Buches gehen Ezzo und Bucknam auf kindliches Weinen ein. Sie thematisieren in diesem Zusammenhang, dass dieses nicht immer ein Zeichen dafür sei, dass das Kind Angst oder Hunger habe. Ferner erläutern die Autoren, inwieweit die EGF-Methode helfe, den Grund für das Weinen zu bestimmen. Abschließend werden Koliken und Reflux als medizinische Gründe für Weinen ausführlich beschrieben.

Argumentation

Kernelement der Argumentation in diesem Ratgeber ist die EGF-Methode. Das elterngelenkte Füttern wird von den Autoren als Zwischenform von Füttern nach festem Zeitplan und Füttern nach Bedarf gesehen. Es gelte, einen Tagesplan aufzusetzen, der die folgenden drei Phasen enthalte: 1. Füttern, 2. Wachsein, 3. Schlafen. Diese wiederholten sich in derselben Reihenfolge im Laufe des Tages ständig, so die Autoren. Ziel sei es, die Anzahl dieser „Blöcke“ schrittweise von anfänglich neun auf schließlich vier nach dem ersten Lebensjahr zu reduzieren. Die EGF-Methode ver helfe dem Kind, frühzeitig einen Tag-Nacht-Rhythmus zu entwickeln, der dem eines Erwachsenen angeglichen sei.

In Bezug auf die Schlafproblematik vertreten die Autoren, dass es Aufgabe der Eltern sei, ihren Kindern zu helfen, einen Schlaf-Wach-Rhythmus zu entwickeln, indem sie Struktur und Routine etablierten. Einschlafhilfen und -rituale werden auch empfohlen, allerdings mit der Einschränkung, Stillen bis zum Einschlafen sowie Bewegungs- und Vibrationshilfen zu vermeiden, da diese die Geduld der Eltern strapazierten und keine dauerhaften Lösungen

darstellten, wie Ezzo und Bucknam erklären (S. 120ff.). Ebenfalls raten Ezzo und Bucknam vom Familienbett ab, da das gemeinsame Schlafen in einem Bett „sehr gefährlich“ sei (S. 122). Die Autoren thematisieren die erhöhte Gefahr für SIDS und erklären, der Vorteil beim Bed Sharing beschränke sich auf die „Annehmlichkeiten beim nächtlichen Stillen“ (S. 123). Es folgt eine Auflistung der Nachteile des gemeinsamen Schlafens mit dem Kind und die Autoren leiten daraus ab, dass das Kind im eigenen Kinderzimmer schlafen solle (S. 124).

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Die Autoren berufen sich häufig auf wissenschaftliche Untersuchungen, die ihre Aussagen unterstützen. Dazu führen sie am Ende des Buches auch ein Literaturverzeichnis an. Die zum Teil von den Autoren ausführlich beschriebenen Studien zur EGF-Methode konnten in Datenbanken nicht gefunden werden, sodass diese nicht überprüft werden konnten. Die Untersuchungen, auf die die Autoren mittels Fußnote im Quellenverzeichnis verweisen, beziehen sich häufig nicht auf den jeweiligen Textabschnitt. Es wird vermutet, dass die Zuordnung der Fußnoten in dieser Neuauflage des Ratgebers nicht richtig übernommen wurde. Bezüglich der medizinischen Hintergrundinformationen, die die Autoren geben, stimmen diese Angaben, soweit dies im Rahmen der vorliegenden Arbeit überprüft werden konnte, überwiegend mit Fachliteratur überein: Beispielsweise entsprechen die Angaben der Autoren zum Apgar-Score (Wert zur Beschreibung des allgemeinen Gesundheitszustands eines Neugeborenen) nach Apgar **Apgar_1952** mit den Ausführungen von Kolmer-Hodapp **Kolmer-Hodapp_2007** überein. Die weiteren Angaben zu Neugeborenen wie die Beschreibung des Körpers und der Atmung konnten ebenfalls in der Literatur gefunden werden (**Kolmer-Hodapp_2007**; **Kolmer-Hodapp_2007-1**; **Oswald-Vormdohre_2007**). Die von Ezzo und Bucknam beschriebenen Reflexe finden sich auch bei Mändle **Mandle_2007**

Subjektive Bewertung

Die Recherche zu wissenschaftlichen Belegen für die Wirksamkeit der EGF-Methode blieb ergebnislos. Ezzo und Bucknam vertreten hinsichtlich Säuglingen im Alter von ein bis zwei Monaten die Meinung: „Gegen Ende dieser Phase werden 75 bis 80 Prozent der Babys, die nach der EGF-Methode versorgt werden, ihre Nacht Mahlzeit weglassen und nachts kontinuierlich sieben bis acht Stunden am Stück schlafen. Die verbleibenden 20 Prozent werden in den kommenden Wochen nachts diese Stundenanzahl durchschlafen“ (S. 125). Demgegenüber steht der Konsens der Fachliteratur, das Schlafverhalten von Kindern sei interindividuell sehr verschieden (**Borbely_2015; Iglowstein_2003; jenni_2005; Schlarb_2014; Wooding_1990**). Ebenfalls ist wissenschaftlich belegt, dass sich Kinder hinsichtlich der erforderlichen Nahrungsmenge und den Abständen zwischen einzelnen Mahlzeiten stark voneinander unterscheiden (**jenni_2005; Kent_2006; Koletzko_2013**). Die von Ezzo und Bucknam propagierte EGF-Methode ist daher kritisch zu bewerten.

Insbesondere in den USA gibt es zum Teil schwere Anschuldigungen von Kinderärzten und medizinischem Fachpersonal wie Stillberatern und Hebammen hinsichtlich der Erziehungsmethoden des Ehepaars Ezzo (www.ezzo.info). Aney **Aney_1998** warnte vor den gravierenden gesundheitlichen Auswirkungen, die ein konsequentes Anwenden der EGF-Methode zur Folge haben kann. Seiner Veröffentlichung im Magazin der American Academy of Pediatrics zufolge ist es in den 1990er Jahren zu mehreren Vorfällen von Dehydrierung und Entwicklungsstörungen bei Kindern, die nach der EGF-Methode erzogen wurden, gekommen (**Aney_1998**). Die Fachstelle für Sektenfragen in der Schweiz veröffentlichte 2013 eine Rezension der achten Ausgabe des Buches „Babywise - Schlaf gut, mein kleiner Schatz“ (www.infosekta.ch). Die von Ezzo und Bucknam vorgeschlagenen Methoden werden darin als nicht wissenschaftlich und gesundheitsschädlich für das Kind bewertet. Einige der von der Fachstelle kritisierten Punkte sind in der Neuauflage verändert: Beispielsweise wurde Ezzo und Bucknam vorge-

worfen, sie würden die Meinung vertreten, Stillen nach Bedarf führe zu einem Rückgang der Milchproduktion und zu häufigerem Auftreten von Wochenbettdepressionen (www.infosekta.ch). In der vorliegenden Ausgabe heißt es nun, Füttern nach Bedarf führe zu einer vermehrten Milchproduktion, wissenschaftliche Befunde unterstützen allerdings auch diese Aussage nicht (**Kent_2006**). Zum besseren Verständnis des Hintergrunds dieses Ratgebers wurden weitere Recherchen bezüglich der von dem Ehepaar Ezzo gegründeten Profit-Organisation Growing Families International (GFI) unternommen. Ihrer Homepage zufolge handelt es sich bei GFI um eine weltweite Gemeinschaft von Eltern, die gemeinsame Werte hinsichtlich der Kindeserziehung teilen (www.growingfamiliesusa.com). Zu diesen Werten gehört, dem Kind eine „Welt voll Liebe, Unschuld, Sicherheit und Gerechtigkeit [...] im Vertrauen auf Gott“ zu ermöglichen (übersetzt nach www.growingfamiliesusa.com). Hug, die Übersetzerin der vorliegenden Ausgabe von „Babywise - Schlaf gut, mein kleiner Schatz“, ist Mitbegründerin der deutschen GFI-Gemeinde (www.childwise.de). Inwiefern es sich bei Growing Families International um einen Kult bzw. eine Sekte handelt, wird diskutiert (www.ezzo.info; www.infosekta.ch; www.apologeticsindex.org).

4.3.2.4 *Schlafen und Wachen, Sears*

Sprache und Gestaltung

Der Ratgeber von Sears umfasst 244 Seiten. In der Einleitung stellt sich Autor Sears als Kinderarzt mit langjähriger Erfahrung in einer eigenen Praxis vor und schreibt, dass er viel Erfahrung als Vater von acht Kindern sowie durch Enkelkinder habe. Der Autor wechselt zwischen unterschiedlichen Erzählformen, meist schreibt er in der dritten Person Singular und berichtet dann beispielsweise Forschungsergebnisse (u. a. S. 91). Seine Expertise kommt sprachlich deutlich in den Informationskästen hervor, in denen der Autor auf beispielhafte Fragen von Eltern Ratschläge gibt (z. B. S. 96). Wiederholt nutzt er die „Ich“-Form, den Leser spricht er in der dritten Person Singular mit „Sie“ an. Der Ratgeber wirkt umgangssprachlich geschrieben und es werden

kaum Fachwörter verwendet, das Layout des Ratgebers ist mit zahlreichen schwarz-weißen Babyfotografien und Kommentaren dazu versehen.

Inhaltliche Zusammenfassung

Der Autor von „Schlafen und Wachen“ W. Sears ist Kinderarzt und Mitbegründer des Erziehungsstils Attachment Parenting, der in mehreren seiner Bücher und der internationalen Organisation Attachment Parenting International verbreitet wird. Zum propagierten Attachment Parenting zählen das Schlafen von Eltern und Kind in einem gemeinsamen Bett, was Sears als „Familienbett“ (u. a. S. 46ff.) bezeichnet, das Stillen nach Bedarf, der häufige Körperkontakt von Mutter und Kind sowie das häufige Tragen des Kindes. In den siebzehn Kapiteln erörtert Sears viele weitere Themen wie physiologische Grundlagen des Schlafes, Ursachen für nächtliches Aufwachen und den plötzlichen Kindstod. Häufig gibt er praktische Ratschläge zur Beruhigung von Babys. Seine übergreifenden Lösungsansätze sind unabhängig von der Thematik dieselben: das gemeinsame Schlafen, das Stillen nach Bedarf und der häufige Körperkontakt. Als besonders wichtig sieht Sears an, unmittelbar auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Er spricht sich dafür aus, sofort auf Weinen und Schreien von Babys zu reagieren. Den Zeitpunkt des Abstillens solle man zudem dem Kind überlassen. Seine Annahme ist dabei, dass Bedürfnisse, die erfüllt werden, mit der Zeit von alleine weggehen. Die Mutter solle nach seiner Ansicht jederzeit für das Kind verfügbar sein. Dementsprechend wird im Ratgeber insgesamt ein traditionelles Rollenbild vermittelt. Des Weiteren verspricht Sears, dass Kinder, die nach seinen Vorschlägen erzogen werden, ein höheres „Selbstbewusstsein“ (S. 11) entwickeln sowie sich „gut benehmen“ (S. 12) würden und „ein zuverlässiges Gewissen“ (S. 12) entwickeln. Sehr klar spricht sich Sears gegen die Ferber-Methode aus, vor der er geradezu warnt, da sie seiner Meinung nach zu einer unsicheren Bindung beitrage. Sears beruft sich wiederholt auf seine Erfahrung als Kinderarzt sowie auf die Erfahrung mit seinen acht eigenen Kindern. Seine Familie stellt er dabei oft als Musterbeispiel dar.

Argumentation

Die Einstellung des Autors wird bereits im ersten Kapitel deutlich. Wichtig sind für ihn die ständige emotionale und körperliche Verfügbarkeit der Mutter, um Bedürfnisse des Kindes jederzeit bestmöglich zu erfüllen. Diese Standpunkte entsprechen dem Attachment Parenting, einem Ansatz, auf den sich dessen Mitbegründer Sears im Buch mehrmals bezieht und den er in zahlreichen weiteren Büchern vermittelt (Sears_2015). Diesen vertritt der Autor durchaus konsequent. Obwohl die Kapitel den Titeln nach unterschiedliche Themen behandeln, wiederholen sich seine Standpunkte fortlaufend. Sears' Ansicht, dass das Schlafen von Eltern und Kindern im gleichen Bett von Vorteil ist, erwähnt er in den Kapiteln eins, drei, vier, sechs, neun, elf, zwölf, 14, 15, 16 und 17. Für unterschiedliche Probleme hat Sears folglich die gleichen Lösungen: das Stillen, das Familienbett und die sofortige Erfüllung der Bedürfnisse des Kindes bei Weinen.

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Negativ fällt ins Gewicht, dass viele Informationen trotz zahlreicher Literaturangaben größtenteils auf veralteter wissenschaftlicher Grundlage beruhen. So sind beispielsweise Erläuterungen wie diejenige, dass prolongierte Apnoen als Risikofaktor für SIDS wirken, mittlerweile widerlegt (S. 168ff.). Die angegebenen Studien stammen aus den 1970er, -80er und -90er Jahren (S. 231ff.). Die aktuellste Angabe stammt aus dem Jahr 1995, wobei es sich um ein von Sears selbst veröffentlichtes Buch handelt. Da die Literaturnachweise nach Kapiteln geordnet sind, sind einige Studien mehrfach genannt: Eine Studie von Campbell **campbell_1981** ist beispielsweise dreimal aufgeführt. Die erste Ausgabe von „Schlafen und Wachen“ erschien zwischen 1991 und 2003, die zweite Ausgabe des Buches nach 2003.

Mit seiner Familie veröffentlichte Sears insgesamt über 40 Bücher zu Kindererziehung (api_2015). Außerdem betreiben sie die Internetseite „askdrsears.com“ mit Informationen zu Themen wie Stillen, Ernährung, Kinderkrankheiten und Beratungsangeboten (Sears_2015). Der Autor und seine Frau Martha Sears, die zusammen acht Kinder haben, waren zudem Gäste in zahlreichen US-amerikanischen Talkshows wie *Good Morning America* und *The Oprah Winfrey Show* (api_2015).

Subjektive Bewertung

Dadurch, dass Sears viel Gewicht auf seine eigenen Erfahrungen als Vater legt, scheint er zu Beginn des Ratgebers eine Verbindung zum Leser aufbauen zu wollen und begegnet ihm als Experte und zugleich auf Augenhöhe. Positiv anzumerken ist, dass Sears in seinem Ratgeber insbesondere auf die Bedürfnisse und das Wohl des Kindes bedacht ist. Problematisch wirkt, dass sich das Verhalten auch verstärken kann und Sears kaum die Notwendigkeit vermittelt, dass Eltern dem Kind Grenzen setzen. Er vernachlässigt die wachsende Autonomie eines Kindes im Laufe der Entwicklung, die Notwendigkeit von zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben und des Erlernen von Selbstregulationskompetenzen.

Der Forschungsstand der zitierten Literatur ist weitgehend veraltet. Die erste Ausgabe von „Schlafen und Wachen“ erschien zwischen 1991 und 2003, die zweite Ausgabe des Buches ist 2010 in der vierten Auflage erschienen. Es gibt zahlreiche neuere Forschungsergebnisse zu den von Sears genannten Themenfeldern, etwa zur Häufigkeit nächtlichen Aufwachens, zur schützenden Wirkung von Muttermilch auf die kindliche Gesundheit oder zur Erforschung des SIDS. Dass Sears darauf keinen Bezug nimmt, lässt darauf schließen, dass er für die zweite Ausgabe des Buchs keine erneute Recherche durchgeführt und die Inhalte allenfalls geringfügig aktualisiert hat.

Diesem veralteten Forschungsstand entspricht auch die Vermittlung eines für moderne Begriffe tradierten Rollenbildes. Sears vertritt ein Familienbild, bei dem der Vater arbeitet und die Mutter die Kinder betreut (S. 59ff., 126). Es ist fraglich, ob dies der Lebenswirklichkeit von Familien heutzutage gerecht wird und lässt den Gedanken der Gleichberechtigung außer Acht. Elternteilzeit des Vaters oder der kindliche Besuch einer Kita werden nicht thematisiert. Bei der Vermittlung des Familienbilds stellt Sears zudem seine eigene Familie als Ideal dar (S. 58ff.). Ob dies für Leser hilfreich ist, ist fraglich, vor allem da die Darstellung seiner Familie geradezu übertrieben positiv erscheint: „Wie bei anderem Verhalten, sind wir unseren Kindern auch beim Schlafen legen eines Babys ein Vorbild.“ (S. 73). Mütterliche Bedürfnisse lässt Sears fast gänzlich außer Acht.

Problematisch wirkt ferner, dass Sears oft negative Konsequenzen in Aussicht stellt, wenn Eltern nicht nach seinen Vorstellungen handeln. Er meint z. B., wenn man das Kind zu früh abstelle, bestehe „die Gefahr, dass es ein Verhalten entwickelt, das im Zusammenhang mit einem gefühlsmäßigen Verlust steht“ (S. 6). Dies könne sich in einem „grundsätzlichen Gefühl von ‘Un-Richtigkeit’ und (...) Wut, Aggressionen und Stimmungsschwankungen ausdrücken“, die eine Person „manchmal ein Leben lang begleiten“ (S. 6).

4.3.2.5 *Besucherritze, Solmaz*

Sprache und Gestaltung

Der Ratgeber umfasst insgesamt 159 Seiten und liegt im Hardcover vor. Das Buch ist sprachlich locker und umgangssprachlich verfasst. Es ist humorvoll geschrieben, wobei die Autorin Ironie, Sarkasmus und bisweilen Zynismus zeigt. Sie lässt Anekdoten und eigene Erfahrungen einfließen. Das Layout ist schlicht, lediglich das Buchcover ist farbig. Vereinzelt finden sich schwarz-weiße Babyillustrationen in den Kapiteln. Des Weiteren finden sich wenig auffällige, grau hinterlegte Informationskästen über den Ratgeber verteilt.

Im Ratgeber berichtet Solmaz ihre Perspektive in der Ich-Form: „In allen Babybüchern lese ich...“ (S. 56). Forschungsergebnisse oder gesellschaftliche Entwicklungen schildert sie als Erzählerin in der dritten Person. Über Eltern spricht Solmaz in Form eines neutralen „man“ (u. a. S. 46). Die Autorin spricht den Leser häufig auch mit „Sie“ an und stellt direkte Fragen. Sie verwendet viele sprachliche Stilmittel, etwa Metaphern oder Ellipsen wie „Komisch eigentlich“ (S. 59). Solmaz' Erzählstil ist locker und wenig formal: „Die Motivationszentren sind sozusagen körpereigene Drogenanbaugebiete“ (S. 63).

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Autorin E. Solmaz ist Diplom-Sozialpädagogin und hat neben ihrem Ratgeber „Besucherritze“ (Solmaz_2013) 2014 den Kindererziehungsratgeber „Sitz. Platz. Aus? Mein Kind ist doch kein Hund“ veröffentlicht. Bereits im Vorwort erwähnt die Autorin, dass ihr Buch „kein gewöhnlicher Erziehungsratgeber“ sei, sondern Kinderschlaf aus „unterschiedlichen Perspektiven“ (S. 9) beleuchte. Der Ratgeber umfasst sechs Kapitel. Im ersten Kapitel führt Solmaz auf Grundlage eigener Erfahrungen sowie in Bezug auf weitere Schlafratgeber, wie „Jedes Kind kann schlafen lernen“ (Kast-Zahn_2013), zur Thematik hin. Die Ferber-Methode thematisiert sie im Buch wiederholt und lehnt das Vorgehen vehement ab. Im dritten Kapitel werden punktuell neurowissenschaftliche Erkenntnisse erläutert, darunter die Rolle von Neurotransmittern, Hormonen und epigenetischen Veränderungen. Diese setzt Solmaz in Bezug zu Motivation und Verhalten von Eltern und Kindern. Im vierten Kapitel thematisiert sie Bindungstheorien. Mit Gesellschaftskritik in Bezug auf Erziehungsmethoden beschäftigt sie sich im fünften Kapitel. Der Inhalt einzelner Kapitel ist teilweise nicht auf den ersten Blick ersichtlich, da enthaltene Abschnitte recht kurz sind und unterschiedliche Themen behandeln. Die vermittelten Informationen sind wissenschaftlich sorgfältig recherchiert. Sie versetzt sich häufig in die Lage von Eltern nach der Geburt eines Kindes und schildert eindrücklich und humorvoll mögliche Gefühle. Die Autorin vertritt die Methode „Besucherritze“, also das gemeinsame Schlafen von Eltern und

Kind in einem Bett. Von weiteren Lösungsvorschlägen für kindliche Schlafprobleme distanziert sich Solmaz mehrfach. Im letzten Kapitel bricht die Autorin allerdings offen mit ihrem Vorsatz und empfiehlt z. B. das Einholen von Unterstützung durch das soziale Umfeld. Als weitere Methode empfiehlt sie, die eigene Situation zu relativieren und akzeptieren.

Argumentation

Adressiert ist der Ratgeber von Solmaz überwiegend an Eltern von Babys im ersten Lebensjahr. Hauptsächlich gibt die Autorin von Anfang an den ausdrücklichen Rat, der auch im Buchtitel erwähnt wird, zur Methode „Besucherritze“, also dem Bedsharing. Dies führt die Autorin im ersten Kapitel in wenigen Zeilen an (S. 15). Es folgen keine Erläuterungen zur genaueren Umsetzung. Im Fließtext werden keine Handlungsanweisungen oder Hinweise zum Umgang mit Schlafproblemen gegeben. Auf Seite 97 gibt eine Stillberaterin Hinweise zur Beruhigung eines Kindes. Gegen Ende des Ratgebers bricht die Autorin aus für den Leser nicht ersichtlichen Gründen offen mit ihrem Vorsatz und gibt einige Lösungsvorschläge. Zunächst beschreibt sie den Ansatz von Sears in „Schlafen und Wachen“ im Unterschied zur Ferber-Methode. Sie befürwortet dabei den Ansatz von Sears. Auf den letzten Seiten des Ratgebers finden sich nochmals deutliche Handlungsanweisungen. Dort meint Solmaz, sie „schlage (...) vor, sich an die 'Methode Besucherritze' zu halten“ (S. 151). Man solle das Kind ins Bett nehmen, dann habe das Kind „seinen Willen und Sie ihre Ruhe“ (S. 151). Des Weiteren empfiehlt sie, die Situation als relativ und vorübergehend zu sehen und sie zu akzeptieren. Eltern sollen daran denken, dass diese Zeit vorbei gehe und „irgendwann besser“ werde (S. 32, 154). Sie rät dazu, sich durch das soziale Umfeld Entlastung zu verschaffen (S. 153-154).

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Insgesamt werden in diesem Ratgeber sehr wenige Studien zitiert, die die Argumentation der Autorin unterstützen. In dem dreiseitigen Abschnitt zur Epigenetik (S. 70ff) zitiert Solmaz an sieben Stellen das gleiche Buch (**Bauer_2004**). Im vierten Kapitel erklärt die Autorin das Bindungskonzept und zitiert dabei auch einige Untersuchungen aus der Bindungsforschung, u. a. Bowlby **Bowlby_1988**. Am Ende des Buches finden sich zwei Seiten mit alphabetisch sortierten Literaturangaben, weiterführendes Informationsmaterial sowie ein Index fehlen.

Subjektive Bewertung

In dem Ratgeber „Besucherritze“ fehlt oft der Bezug zum Thema des Ratgebers, dem Schlaf von Babys. Es werden nur wenige Informationen zum Schlaf von Babys und Kleinkindern gegeben. Erläuterungen zu physiologischen Grundlagen, etwa zum Schlaf-Wach-Rhythmus oder der Gesamtschlafdauer, fehlen fast vollständig. Auch Einflussfaktoren auf den kindlichen Schlaf oder Schlafstörungen werden nicht thematisiert. Einige grundlegende Informationen zu Kinderschlaf wären in dem Ratgeber von Solmaz angemessen.

Hinsichtlich der von der Autorin propagierten Methode des Bedharings entsteht der Eindruck, dass die Autorin von ihrem eigenen Rat nicht recht überzeugt ist: So führt sie an, dass sie selbst die Methode, die sie bei ihrem eigenen Kind angewandt habe, „in Ermangelung einer Alternative“ gewählt habe und bezeichnet sie als „nicht gerade befriedigend“ (S. 15). Die Autorin wird wenig konkret, vielmehr macht sie ihre Meinung in Anekdoten, ironischen Anmerkungen und rhetorischen Fragen deutlich. Dazu stellt sie Fragen wie „Sind Nähe, Zuwendung und Sicherheit nicht die elementarsten psychischen Bedürfnisse von Babys?“, auf die sich eine Antwort offensichtlich erübrigt (S. 52). Ihre Botschaften scheint sie auf diese Weise indirekt zu senden. Entgegen ihrer Ankündigung gibt die Autorin jedoch Hinweise,

die sie in wenig auffälligen, grau hinterlegten Kästen fast zu verstecken scheint. Auf Seite 85 ist in einem Kasten zu lesen, dass man „unmittelbar“ auf das Kind reagieren solle, wenn dieses weine. Es scheint, als ob sie damit von ihr angenommene Erwartungen des Lesers nun doch erfüllen will: Sie führt an, dass sie nicht wolle, dass Leser das Buch zurückgeben, da es nicht geholfen habe (S. 150). Die Argumentation wirkt nicht ganz einleuchtend. Die Empfehlung der Autorin, die kindliche Schlafsituation als passager einzuschätzen und davon auszugehen, dass es „irgendwann besser“ werde (S. 32, 154), ist als bedenklich einzustufen. Wie bereits an anderer Stelle gezeigt wurde, besteht das Risiko, dass Schlafstörungen im frühen Kindesalter chronifizieren und sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken können (siehe Kapitel 2.3.5).

Der sozialpädagogische Fachhintergrund der Autorin ist im Ratgeber ersichtlich. Raithel, Dollinger und Hörmann **Raithel_2009** führen eine systematische Gliederung von Bereichen der Sozialpädagogik nach Otto und Kollegen **Otto_2001** auf: Darunter nennen sie die Bereiche Erziehung und Bildung, Gesellschaftstheorie sowie psychisches und physisches Wohlbefinden. Diese Bereiche werden eindeutig in dem Ratgeber abgedeckt. Des Weiteren steht nach Böhnisch **Bohnisch_2012** im Mittelpunkt der Sozialpädagogik die „biographische Entwicklung und Lebensbewältigung im Rahmen einer individualisierten und differenzierten Gesellschaft“ (S. 301). Die Bewältigung des Alltags durch Eltern und einen gesellschaftlichen Hintergrund thematisiert Solmaz deutlich. Der gesellschaftskritische Diskurs der Autorin in Kapitel fünf könnte auch einen soziologischen Hintergrund der Autorin vermuten lassen, wobei Bereswill und Ehlert **Bereswill_2012** darauf hinweisen, dass die Soziologie als Bezugswissenschaft herangezogen werden kann und auf soziologische Wissensbestände zurückgegriffen wird.

4.3.2.6 *Endlich durchschlafen, Rankl*

Sprache und Gestaltung

Der Ratgeber ist 230 Seiten lang und wirkt sachlich und ausführlich. Viele Vergleiche und Fallbeispiele veranschaulichen die Erklärungen. Fachwörter werden in der Regel erklärt. Sprachlich ist er gut verständlich. Layout und Cover sind schlicht, es gibt keine Illustrationen. Wichtiges ist als Stichpunkt oder in verstärkter Schriftstärke hervorgehoben. Am Ende des Buches sind nach Postleitzahlgebieten sortiert zahlreiche Beratungsstellen aufgeführt, an die sich Eltern von Kindern mit Schlafschwierigkeiten wenden können.

Die Autorin spricht den Leser häufig direkt und in der Höflichkeitsform „Sie“ an: „Bevor Sie sich voller Elan dem Projekt 'alleine einschlafen üben' zuwenden...“ (S. 158). Oft fordert sie den Leser im Imperativ auf: „Legen Sie Ihren Unterarm...“ (S. 46). Argumentationen sind sachlich in der dritten Person verfasst. Ihr sprachlicher Stil weist eine Bandbreite von fachlicher Sprache bis zu Umgangssprache auf. Rankl verwendet psychologische Fachwörter wie „Kernidentität“ oder „Selbstregulationskompetenz“. Daneben ist ihre Wortwahl oft umgangssprachlich: „Es spürt ja sowieso, dass etwas nicht in Ordnung ist“ (S. 116). Ihre Erläuterungen sind sprachlich tendenziell nüchtern, aber anschaulich und durch ausführliche und wortreiche Erklärungen gut nachvollziehbar. Auch nutzt Rankl zudem viele Beispiele, Vergleiche und Metaphern. Sprachunterschiede bedingt durch den deutschen und österreichischen Sprachraum sind teilweise ersichtlich, etwa durch den in Deutschland wenig üblichen Begriff „Karenz“, mit dem in Österreich die Elternzeit bezeichnet wird (S. 187), oder den Ausdruck „Behandler“ statt Arzt oder Therapeut (S. 106). Rankl berichtet aus der Erfahrung in der Säuglingspsychosomatik, die sie im Text als Spezial-, Schrei- oder Schlafambulanz bezeichnet.

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Autorin des Ratgebers „Endlich durchschlafen“, C. Rankl, ist Psychologin und Psychotherapeutin sowie Mitbegründerin und psychologische Leiterin einer säuglingspsychosomatischen Abteilung am Wiener Wilhelminenspital. Inhaltlich ist der Ratgeber in drei Teile gegliedert. Zu Beginn führt Rankl aus, dass von Bewertungen und Erwartungen der Eltern abhängt, ob ein kindliches Schlafverhalten als problematisch empfunden werde. Sie erläutert ausführlich die altersgemäße Entwicklung des Schlafes von Kindern bis zu sechs Jahren, wobei der Schwerpunkt hier wie im gesamten Ratgeber deutlich auf Babys und Kleinkindern liegt. Rankl nennt konkrete Hilfestellungen für Eltern zur Unterstützung des kindlichen Schlafes, das Schlafen von Eltern und Kind in getrennten Betten erachtet sie dabei als sinnvoll. Im zweiten Teil erläutert sie Ursachen kindlicher Schlafprobleme. Darunter erörtert sie körperliche Auslöser wie Krankheiten, altersunpassende Einschlafhilfen und seelische Ursachen. Bei letzteren veranschaulicht Rankl, dass familiäre Spannungen oder Paarprobleme Schlafschwierigkeiten von Kindern bedingen können. Im dritten Teil bespricht sie Lösungen für Schlafprobleme, wobei sie insbesondere auf die Förderung der Selbstregulationskompetenz, auf problematische Eltern-Kind-Beziehungen und den Umgang mit möglicherweise erschwerenden Umständen eingeht. Anhand zweier Fallbeispiele beschreibt sie ausführlich, wie in der Schlafambulanz, in der sie arbeitet, Lösungen für Schlafprobleme gefunden wurden. Als entscheidend für das erfolgreiche Ein- und Durchschlafen bezeichnet Rankl die Entwicklung der Selbstregulationskompetenz. Diese definiert sie als Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen, zu beschäftigen und mit Frustrationen zurechtzukommen. Zudem sei die mangelhafte Bereitschaft zu Trennungen sowohl von Seiten des Kindes als auch der Eltern laut Rankl oft grundlegende Ursache von Schlafproblemen. Das Erlernen von Trennungen sei eine wichtige Entwicklungsaufgabe.

Argumentation

Im Ratgeber wird deutlich, dass es nach Rankl wichtig ist, Ursachen für das vorliegende Schlafproblem zu ermitteln. Erst dann sei eine adäquate Lösung möglich. Diese Ansicht wird schon im Untertitel des Ratgebers „Schlafprobleme verstehen und lösen“ deutlich. Zu Beginn legt die Autorin Wert darauf, dass Familien eine für sich passende Lösung finden sollen, sodass die Meinung der Autorin in Bezug auf die Schlafsituation nicht ersichtlich wird. Im weiteren Verlauf wird zunehmend deutlich, dass die Autorin es nicht als sinnvoll erachtet, das Kind über längere Zeit im Bett der Eltern schlafen zu lassen (S. 85). Wichtige und sich wiederholende Themen sind außerdem angemessene und verlässliche Strukturen für Kinder, Klarheit in der innerfamiliären Kommunikation sowie Einigkeit der Eltern in ihrem Vorgehen.

Laut Autorin könne man Schlafprobleme grundsätzlich nur auf zwei gleichwertigen Ebenen lösen: auf der Beziehungs- und auf der Handlungsebene. Daher strebt sie eine verbesserte Beziehung der Familienmitglieder untereinander sowie eine klare und eindeutige innerfamiliäre Kommunikation an. Für die Handlungsebene beschreibt sie das Vorgehen der Extinktion und der graduellen Extinktion. Wichtig sind ihr das sorgfältige Überlegen und die Einigkeit der Eltern in Bezug auf ihr Handeln bei der Lösung von Schlafproblemen. Ferner betont sie die gleichwertige Einbeziehung aller Familienmitglieder, wobei sie problematische Verhaltensweisen aller Beteiligten anmahnt und sie gleichberechtigt in Lösungsansätze einbezieht. Die Autorin greift auf ihre berufliche Erfahrung zurück, wobei sie zur Veranschaulichung Fallbeispiele mit Lösungsansätzen aus der eigenen Praxis schildert. Rankl gibt wenige direkte Ratschläge, sondern wirkt eher beratend und unterstützend. Sie äußert sich verständnisvoll für schwierige Situationen von Familien. Zudem zieht sie viele, zuweilen humorvolle Vergleiche zum Erleben eines Erwachsenen und führt ausführliche Beispiele an, die es dem Leser möglicherweise erleichtern, sich in die Situation eines Babys oder Kleinkindes hineinzusetzen.

Wissenschaftliche Fundierung im Ratgeber

Die Autorin berichtet insgesamt eher Entwicklungstheorien der Säuglingsforschung und wenig aktuelle Forschungsergebnisse zu kindlichem Schlaf. Auch bei der Erwähnung des SIDS führt sie beispielsweise keine wissenschaftlichen Studien zu Risikofaktoren an.

In den Ratgeber fließen Ansätze der systemischen Familientherapie ein. Rankl spricht sich erstens wiederholt für klare Verhältnisse aus, die sich auch in der räumlichen Eindeutigkeit des Schlafplatzes widerspiegeln (S. 30f.). Sie meint, schon als „äußeres Symbol“ sei es wichtig, dass ein Kind seinen „Platz“ in der Familie habe (S. 50). Bei der Lösung des Schlafproblems führt sie zweitens die Familienstruktur der Triade an, bei der jedes Familienmitglied eine „exklusive Beziehung“ zum jeweils anderen Familienmitglied aufbaut (S. 189). Drittens scheint es der Autorin wichtig zu sein, jedes Familienmitglied in die Lösung des kindlichen Schlafproblems einzubeziehen sowie eine Lösung zu finden, mit der alle Beteiligten zufrieden sind. Alle drei Punkte sind auch in der Familientherapie wichtig (**von_schlippe_2013**).

Rankls Ratgeber hat außerdem auch psychoanalytische Bestandteile. Sie zitiert Psychoanalytiker (**Mahler_2008**; **Mahler_1978**; **Stern_2000**; **Stern_2010**) und führt deren Theorien an. Dabei erläutert sie die Herausbildung der „Kernidentität“ (S. 111) und des „Ich-Gefühls“ aus einem „unreifen Ich“ (S. 112) und betont die Wichtigkeit von Beziehungserfahrungen. Die häufig von ihr thematisierte Eltern-Kind-Beziehung ist in der psychoanalytischen Eltern-Säuglings-Therapie besonders wichtig (**Stasch_2014**).

Subjektive Bewertung

In dem Ratgeber wird der therapeutische Hintergrund der Autorin sichtbar. Zudem wird ihre Erfahrung durch die Arbeit in der Säuglingspsychosomatik ersichtlich, sie betont ihre Expertise aber nicht übermäßig. Stattdessen wirkt

es, als sei es ihr Ziel, die Eigenverantwortlichkeit von Eltern zu stärken, indem sie beispielsweise wiederholt zum Nachdenken über die eigene Situation anregt und den Leser bittet, sein Vorgehen abzuwägen.

Insgesamt argumentiert die Autorin lösungsorientiert. Sie legt zwar realistisch mögliche Schwierigkeiten einzelner Beteiligter dar, erörtert jedoch meist, wie das Erreichen einer Lösung gelingen kann und vermeidet es, negative Szenen überdeutlich darzustellen. Die Autorin erscheint optimistisch und vermittelt so dem Leser möglicherweise Hoffnung, die generell auch in der Psychotherapie für einen Behandlungserfolg als essentiell erachtet wird (**Holm-Hadulla_2000**). Die Autorin wirkt zudem verständnisvoll und zeigt oft Mitgefühl für schwierige Situationen. So äußert sie beispielsweise, dass es Umstände geben könne, in denen „Eltern beim besten Willen nicht dauernd offen, einfühlsam und zugewandt für das Kind da sein“ könnten und dass diese zu den „Höhen und Tiefen des Lebens gehörten, die in jeder Familie mehr oder weniger ausgeprägt“ vorkämen (S. 113).

4.4 DISKUSSION

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Literaturanalysen zu Ratgeberliteratur für Schlafschwierigkeiten diskutiert. Es wird zunächst auf wissenschaftliche Erkenntnisse im Umgang mit Schlafschwierigkeiten im Kleinkind- und Kindesalter eingegangen. Diese werden nachfolgend in Bezug zu den betrachteten Ratgebern gesetzt, wobei der Schwerpunkt auf Ratgeberliteratur für das Baby- und Kleinkindalter gelegt wird.

Es gilt als erwiesen, dass die Schlafedukation und die Vermittlung und Einhaltung von Schlafhygieneregeln Grundlagen zur erfolgreichen Therapie von Schlafstörungen im Kindesalter darstellen (**ramchandani_2000**). Ferner ist insbesondere im Kindesalter eine regelmäßige Einschlafroutine wichtig (**fricke_2006; mindell_1999**). Ein- und Durchschlafprobleme treten im Kleinkindalter häufig im Zusammenhang mit Konflikten im Rahmen

der Schlafsituation auf (z. B. das Kind soll zu Bett gehen, verweigert dies jedoch), werden diese Konflikte reduziert, bessert sich häufig auch das Schlafverhalten (**Fricke-Oerkermann_2011**).

Ferner gibt es Evidenz dafür, dass der verhaltenstherapeutische Ansatz erfolgreich ist, um die nächtlichen Proteste der Kinder mit minimaler Intervention der Eltern und niedrigen Rezidivraten zu reduzieren, stellten Mindell und Kollegen **Mindell_2006** in einer Übersichtsarbeit fest. Da die Schlafhomöostase jedoch noch ungenügend oder gar nicht entwickelt ist, hält Jenni **Jenni_2009** die Maßnahme für Säuglinge nicht für empfehlenswert. Statt eines pauschal verordneten Handlungsplans plädiert er für individuell abgestimmte Beruhigungsstrategien bei schreienden Kindern, die zusammen mit den Eltern erarbeitet werden sollten. Fricke-Oerkermann und Lehmkuhl **Fricke-Oerkermann_2011** empfehlen den von Kast-Zahn und Morgenroth vorgeschlagenen Behandlungsansatz erst für Kinder ab 12 Monaten und nur, wenn diese unter hartnäckigen Einschlafstörungen litten. Sollten andere Interventionen nicht erfolgreich gewesen sein, kann über den an der Verhaltenstherapie orientierten Vorschlag der graduellen Extinktion nachgedacht werden (**Fricke-Oerkermann_2011**). Problematisch an dem lerntherapeutischen Interventionsansatz sei, dass es sich laut wissenschaftlicher Befunde für die Eltern schwierig gestaltet, bei der Durchführung der graduellen Extinktion das verstärkte Weinen des Kindes zu ignorieren (**Mindell_2006**). Es kann für Eltern schwer sein, einzuschätzen, ob sich das Kind durch die graduelle Extinktion allein gelassen fühlt (**Fricke-Oerkermann_2011**). Jenni **Jenni_2009** definiert Schreien als vorsprachliche Kommunikationsart des Säuglings, um Bedürfnisse und Befindlichkeiten mitzuteilen. Dazu gehörten neben Hunger, Durst, Schmerzen und Sinnesüberflutung auch der Wunsch nach Nähe (**Jenni_2009**). Räihä und Kollegen **raiha_2002** weisen darauf hin, dass anhaltendes Schreien bei Säuglingen zu Problemen in der Interaktion zwischen Eltern und Kind führen kann und St James-Roberts **st_james-roberts_2007** nimmt an, dass kindliches Weinen ein Trigger ist, der Kindesmissbrauch auslösen kann. Barr **Barr_2003** weist darauf hin,

dass Eltern, die aufgrund des kindlichen Weinens verzweifelt und verärgert seien, das Baby schütteln könnten. Spezifische Studien zum Babyschüttel-Syndrom zeigen, dass Weinen häufig ein Triggerfaktor ist (**Devins_2003; Wyszynski_1999**).

Bindungstheoretiker (**Ainsworth_1978; Bowlby_1988; Murray_2007**) haben die Bedeutung der elterlichen Reaktion auf das Weinen diskutiert und wie sich diese auf die Mutter-Kind-Beziehungen sowie auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann, wenn dessen Schreien ignoriert wird (**Murray_2007**). Zwischen dem siebten und achten bis zum 24. Lebensmonat findet die Bindungsphase zwischen Hauptbezugsperson(en) und Kind statt (**Ainsworth_1978; Bowlby_1988**). Das Einfühlungsvermögen der Eltern, das charakterisiert ist durch schnelles Wahrnehmen kindlicher Signale, eine entsprechende Interpretation und angemessene Reaktion, um keine starke Frustration auszulösen, wird als Indikator für eine sichere Bindung zum Kind herausgestellt (**Bowlby_1988**). Zimmermann und Spangler **Zimmermann_2008** plädieren vor dem Hintergrund des resultierenden Bindungsmusters dafür, dass je jünger die Kinder sind, sie umso mehr externe, soziale Unterstützung zur Emotionsregulation benötigen. Higley und Dozier **higley_2009** untersuchten den Zusammenhang von nächtlicher Mutter-Kind-Interaktion und dem Bindungsverhalten zwischen Müttern und zwölf Monate alten Kindern. Sie stellten fest, dass Mütter von sicher gebundenen Kindern auf nächtliches Schreien konsistenter und sensibler reagierten als Mütter unsicher gebundener Kinder. Fricke-Oekermann und Lehmkuhl **Fricke-Oekermann_2011** merken an, dass bei therapeutischen Maßnahmen eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind zu berücksichtigen sei. Diese könne bei der Ferber-Methode sehr belastet werden (**Fricke-Oekermann_2011**).

Carpenter und Kollegen **Carpenter_2004** stellten fest, dass das Risiko für den plötzlichen Kindstod reduziert sei, wenn die Kinder zwar im selben Raum schlafen wie die Eltern, jedoch nicht im selben Bett. Den

frühkindlichen Mutter-Kind-Schlaf untersuchten auch McKenna und Kollegen **mckenna_2005** und fanden heraus, dass Co-Sleeping-Babys häufiger erwachten als Nicht-Co-Sleeper und auch an der mütterlichen Brust tranken. Die stillenden Mütter erinnerten jedoch nur jede zweite Fütterungsepisode. Separat schlafende Kinder wurden seltener pro Nacht gestillt, die Stillepisoden von Co-Sleeping-Mutter-Kind-Paaren hingegen waren deutlich kürzer. Hunsley und Thoman **Hunsley_2002** konnten zeigen, dass das Schlafmuster von Kindern, mit denen Co-Sleeping praktiziert wurde, im Vergleich zu Kindern, die alleine schliefen, deutliche Anzeichen nicht-erholsamen und gestressten Schlafes aufwies. Sie schlussfolgerten, basierend auf umfangreichen Belegen über die langfristigen Auswirkungen frühen Stresses, dass Co-Sleeping erhebliche Auswirkungen auf die neuropsychologische Entwicklung der Säuglinge haben könnte. Fricke-Oerkermann und Kollegen **Fricke-oerkermann_2007** resümieren, dass verschiedene Studien zum Co-Sleeping belegt hätten, dass Kinder, die mit ihren Eltern im Bett schlafen, vermehrt Widerstände gegen das Zubettgehen zeigten, unter nächtlichen Ängsten und häufigerem Aufwachen sowie Parasomnien litten. Auch ein erhöhtes Maß an Tagesmüdigkeit konnten Liu und Kollegen **Liu_2003** bei Kindern aus Familien, die Co-Sleeping praktizierten, zeigen.

4.4.1 *Elternratgeber für das Kindesalter*

Hinsichtlich der empfohlenen Strategien ergibt sich Folgendes über die vier betrachteten Ratgeber „Jedes Kind kann schlafen lernen“ von Kast-Zahn und Morgenroth, „So schläft mein Kind die ganze Nacht“ von Brazelton und Sparrow, „Ich will bei euch schlafen“ von Lüpold und „Einschlafen, Durchschlafen und Ausschlafen“ von Friedrich und Friebel: In zwei Ratgebern werden lerntheoretische Ansätze der graduierten Extinktion in Form der sogenannten Ferber-Methode und dem Freiburger Sanduhr-Programm zum Umgang mit kindlichen Schlafproblemen empfohlen. Zum Co-Sleeping im Familienbett bzw. im Familienschlafzimmer wird in einem der untersuchten

Büchern geraten. In einem weiteren Buch wird der Schwerpunkt auf Psychoedukation gelegt sowie das Etablieren und konsequente Einhalten von Ritualen empfohlen.

Die Autoren drückten aus, dass das Erziehungsverhalten der Eltern ursächlich für das Schlafverhalten des Kindes sei, das sich auf die ganze Familie auswirke. Das wurde sichtbar, wenn die Verfasser u. a. die Anwesenheit von Mutter und Vater am Kinderbett zur ungünstigen Einschlafhilfe erklärten und suggerierten, dass in erster Linie das Fehlverhalten innerhalb der elterlichen Erziehung verantwortlich sei für die Schlafschwierigkeiten des Kindes. Wenn das Kind nur mit Hilfe der Eltern in den Schlaf fände und nachts häufig aufwache, könnten Eltern annehmen, dass ihre Einschlafbegleitung ursächlich für die Schlafstörung sei, generalisierten beispielsweise Kast-Zahn und Morgenroth **Kast-Zahn_2013** in ihrem Ratgeber.

Die Autoren der vier hier analysierten Erziehungsratgeber versprachen Hilfe zur Selbsthilfe, drückten ihr Mitgefühl und Verständnis für das durch die Schlafschwierigkeiten des Kindes entstandene Leid aus, gaben die Verantwortung jedoch im Verlauf des Buches an den Leser zurück. Dieser solle selbst entscheiden, ob und welche Strategie er anwenden möchte. Wenn die Situation den Hilfe suchenden Leser überfordere, rieten die Autoren meist, den Kinderarzt bezüglich der kindlichen Schlafproblematik zu konsultieren.

4.4.2 *Elternratgeber für das Baby- und Kleinkindalter*

Im Rahmen der vorliegenden literaturanalytischen Betrachtung wurden ausgehend von 31 Ratgebern für Schlafstörungen im Baby- und Kleinkindalter sechs Ratgeber, die seit 2014 veröffentlicht oder neu aufgelegt wurden, betrachtet. Diese waren „Schlafen statt Schreien“ von Pantley, „Das neue Ein- und Durchschlafbuch“ von Weidemann-Böcker, „Babywise - Schlaf gut, mein kleiner Schatz“ von Ezzo und Bucknam, „Schlafen und Wachen“ von Sears,

„Besucherritze“ von Solmaz sowie „Endlich durchschlafen“ von Rankl.

Es gibt zwei grundsätzliche Einstellungen zum Umgang mit Schlafschwierigkeiten bei Kindern: „Searseraner“ und „Ferberaner“ (Connell-Carrick_2006; ramos_2006). Diese lassen sich auch in den analysierten Ratgebern wiederfinden. Ezzo und Bucknam raten vom gemeinsamen Schlafen mit dem Kind in einem Bett ab, da sich dadurch das Risiko für SIDS erhöhe. Pantley befürwortet das Familienbett. Sie thematisiert das erhöhte Risiko für SIDS und erklärt, Eltern müssten für sich die Vor- und Nachteile abwägen. Für Weidemann-Böker ist Bed Sharing eine legitime Option, doch argumentiert sie, das gemeinsame Schlafen mit dem Kind bedeute für viele Eltern zusätzlichen Stress. Solmaz und Sears sind sich inhaltlich diesbezüglich ähnlich, beide befürworten die Methode des Bedsharing. Gerade Sears scheint von seiner Methode sehr überzeugt, während sie Solmaz als die in „Ermangelung einer Alternative“ gewählte Lösung (S. 15) bezeichnet. Ohne dass Solmaz dies ausdrücklich so benennt, wird deutlich, dass sie wie Sears die Ansichten des Attachment Parenting vertritt. Diese Vermutung wird durch den Umstand unterstrichen, dass sie auf dem ersten Attachment Parenting Kongress in Deutschland 2014 als Referentin geladen war. Dort stellte sie ihren Ratgeber „Sitz. Platz. Aus? Mein Kind ist doch kein Hund. Das entspannte Erziehungsbuch“ vor (Schwarz_2015). Ezzo und Bucknam vertreten in ihrem Ratgeber zusätzlich die Ansicht, dass sich durch einen vorgegebenen Fütterplan, der an die Bedürfnisse des Kindes angepasst sei, eine feste Tagesstruktur etabliere. Soweit bekannt, wird dieser Ansatz von keinen wissenschaftlichen Untersuchungen unterstützt.

Die Beschreibungen eigener Untersuchungen von Ezzo und Bucknam, wie auch das Literaturverzeichnis am Ende ihres Ratgebers und die im Text aufgeführten Verweise auf wissenschaftliche Studien vermitteln den Eindruck von Stichhaltigkeit und somit Glaubwürdigkeit der Aussagen. Allerdings erwiesen sich die Quellenangaben als zum Teil fehlerhaft und häufig aus verschiedenen Gründen nicht nachvollziehbar. Auch über die

aufgeführten Untersuchungen hinaus fanden sich kaum Belege, die die Aussagen der Autoren stützen. In dem Ratgeber von Weidemann-Böker wird ebenfalls häufig auf wissenschaftliche Befunde verwiesen, es finden sich allerdings keine exakten Quellenangaben. Pantley führt dagegen in ihrem Ratgeber wenig wissenschaftliche Untersuchungen an und beruft sich eher auf bekannte Ratschläge oder Empfehlungen von Kinderärzten. Eine teilweise zu stark vereinfachende Darstellung der Sachverhalte führt zu unpräzisen und teilweise irreführenden Angaben. Das Verzeichnis von Sears ist mit sechs Seiten am ausführlichsten, es enthält jedoch nur Literaturangaben aus den 1970er, -80er und -90er Jahren und ist somit nicht aktuell. Bei Rankl sind Angaben mit nur einer Seite eher spärlich. Zudem stammen diese nur aus den 1980er und -90er Jahren und sind damit ebenfalls nicht aktuell. Solmaz liefert auf zwei Seiten Literaturhinweise, wobei sich bei ihr als Einzige auch neuere Angaben finden lassen.

Auch wenn es sich bei den untersuchten Ratgebern nur um eine kleine Auswahl handelt, wird bereits deutlich, wie unterschiedlich in diesem Genre wissenschaftliche Erkenntnisse handgehabt werden. In diesem Zusammenhang erscheint die verpflichtende Einführung eines Literaturverzeichnisses zur besseren Überprüfung zitierter Befunde und vorgeschlagener Methoden sinnvoll. Hervorzuheben ist zudem die Auseinandersetzung mit der Materie vor dem Hintergrund aktueller Informationen zur Verbreitung und Beliebtheit der betreffenden Literatur. Es wäre wünschenswert, in Zukunft weitere wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema zu verfassen.

4.5 METHODISCHE KRITIK

Obwohl in den Analysen größtmögliche Objektivität angestrebt wurde, sind inhaltliche Bewertungen bis zu einem gewissen Grad immer subjektiv. Für die Zukunft wären daher umfassendere systematischere Analysen verfügbarer Erziehungsratgeber für das Erreichen größerer Objektivität erforderlich. Dabei sollte die Schwerpunktsetzung von Ratgebern und darin empfohlene Metho-

den in größerem Umfang evaluiert und verglichen werden. Zudem bleibt unklar, inwiefern Eltern die verfügbare Literatur tatsächlich lesen. Ob sie von den vermittelten Informationen profitieren und empfohlene Vorgehensweisen in der Praxis umsetzen, ist nicht untersucht. Studien darüber wären für die Zukunft ebenfalls sinnvoll.

4.6 FAZIT

Bei den hier betrachteten Ratgebern fiel auf, dass die Autoren entweder eine Position zum lerntheoretischen Ansatz der graduierten Extinktion bezogen und diese Methode im Buch empfahlen, während die Opposition das Co-Sleeping favorisierte und sich zum Teil in der Argumentation explizit gegen das kontrollierte Schreien Lassen aussprach. In wissenschaftlichen Studien konnten bisher weder für den lerntheoretischen Ansatz noch für das Co-Sleeping Belege gefunden werden, dass diese Form zur Behandlung von kindlichen Störungen beim Ein- und Durchschlafen für die breite Masse, zu der die Rezipienten der Erziehungsratgeber zählen, wirksam sei (siehe auch Kapitel [2.5.1.6](#) und [2.5.1.3](#)).

Die Autoren der dargestellten Ratgeber implizierten, dass das Erziehungsverhalten der Eltern ursächlich für das Schlafverhalten des Kindes sei, das sich auf die ganze Familie auswirke. Hopfner sieht eine Schwierigkeit von Ratgebern darin, dass sie „mit ihren detailgetreuen Handlungsanweisungen die Fiktion verbreiten und den Schein aufrechterhalten, es gäbe den ‚richtigen‘ Umgang mit den Schwierigkeiten und adäquate Reaktionen, die unmittelbar von Erfolg gekrönt - andernfalls von Misserfolg bedroht - sind“ **Hopfner_2001** Oelkers **Oelkers_2013** stellt fest, die gesellschaftliche Vorstellung von der richtigen Erziehung durch Selbstlosigkeit und grenzenlose Belastungsfähigkeit geprägt sei. Fühlen sich Eltern durch das Kind belastet, suggeriere das öffentliche Bild, dass diese Eltern etwas falsch machen würden. Gesteuert werde das Bewusstsein der Eltern u. a. durch die Ratgeberliteratur, deren Autoren in der Erziehung nach dem in ihrem Ratgeber vorgestellten Konzept

zeitgleich auch die Lösung des Problems sehen würden. Da Kinder lernfähig seien, müsste ihnen das richtige Schlafverhalten mit der im betreffenden Buch vorgestellten Methode anezogen werden, implizierte ein Großteil der Verfasser der untersuchten Literatur. „Sorge“ und „Hoffnung“ bezeichnete Oelkers **Oelkers_2013** als zwei wesentliche Dimensionen der Erziehungsreflexion, die öffentlich zur Verfügung stünden. Beobachtet werden konnte in der Diskursanalyse, dass die Autoren die Belastung der betroffenen Eltern ernst nahmen und es durch die positive Wirkungsannahme bestimmter Interventionen anstrebten, Hoffnung zu vermitteln.

4.6.1 *Persönliches Fazit*

Die Methoden, die in den analysierten Erziehungsratgebern vorgeschlagen wurden, erwiesen sich sowohl als gegensätzlich als auch als wissenschaftlich umstritten, was die Verfasser jedoch nicht daran hinderte, Ratschläge pro oder contra dieser recht direkt zu erteilen. Grundsätzlich neigten die Autoren eher zur Pauschalisierung statt zur Differenzierung. Auch die teilweise deutliche Verunglimpfung anderer Autoren und ihrer Methoden scheint eher zu einer elterlichen Verunsicherung im Umgang mit der kindlichen Schlafsymptomatik beizutragen.

Angesichts der Notwendigkeit fundierter Beratung für Eltern, der Kinder Schlafschwierigkeiten haben, ist es wünschenswert, eine neue Qualität in der Ratgeberliteratur zu etablieren. Erziehungsratgeber zum Thema Kinderschlaf können dann nützlich sein, wenn sie den Leser objektiv und sachlich über die Entwicklung, Struktur und Epidemiologie des kindlichen Schlafverhaltens aufklären, eine ausführliche Psychoedukation beinhalten sowie über Maßnahmen zur Schlafhygiene informieren. Wichtig sollte im Rahmen der Psychoedukation zu Schlafstörungen bei Kindern sein, dass der Leser weder verunsichert wird noch diese eine standardisierte Diagnostik und Intervention bei kindlichen Schlafschwierigkeiten zu ersetzen sucht.

Auch sollte über verschiedene Interventionsformen wissenschaftlich fundiert informiert werden, um Eltern einen Überblick über mögliche Ansätze zu verschaffen. Wünschenswert wäre eine inhaltlich durchgehende Struktur, die sich durch das Werk zieht. Innerhalb einer individuellen Intervention sollten zudem wichtige Variablen wie Typ und Schwere der Schlafstörung, relative Häufigkeit und Chronizität berücksichtigt werden. Hinzu kommen beachtenswerte Einflussfaktoren wie Temperament und Persönlichkeit des Kindes, Variationen in der circadianen Präferenz sowie kognitive und sprachliche Entwicklungen. Darauf sollten Eltern auch bei der Lektüre eines Ratgebers zu kindlichen Schlafstörungen hingewiesen werden. Zu beachten ist ebenfalls, dass sich Eltern hinsichtlich ihres Erziehungskonzeptes, der Einstellungen zu Disziplin und Konsequenz, im Bildungsniveau und bezüglich ihres Wissens über die Entwicklung des Kindes unterscheiden. Wirtschaftliche und gesundheitliche Rahmenbedingungen innerhalb der Familie sowie ihre Zusammensetzungen sind ebenfalls Variablen, die sich auf die Durchführung von Maßnahmen im privaten Umfeld auswirken können und von Autoren bei der Verfassung von Ratgeberliteratur beachtet werden sollten.

EXTERNE VALIDITÄT DES MINI-KISS-TRAININGS

In einer Pilotstudie konnte die Wirksamkeit des multimodalen Elterntrainings Mini-KiSS' hinsichtlich des Schlafverhaltens der Kinder und der allgemeinen psychischen Belastung von Eltern und Kindern sowie der mütterlichen Depressivität gezeigt werden (Schlarb_2011). Im Folgenden wird eine Anwendungsstudie zur Prüfung der externen Validität des Mini-KiSS-Trainings beschrieben. In der Untersuchung von Schlarb und Kollegen Schlarb_2011 wurde ein Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe mit $N = 17$ Eltern durchgeführt. Die hier vorliegende Studie folgt einem Wartegruppendedesign, ferner werden Follow-up-Zeiträume von drei, sechs und 12 Monaten nach Abschluss des Trainings eingeführt um insbesondere die Langzeiteffekte des Trainings zu betrachten. Auch kamen in Ergänzung zu der bisher ausschließlich subjektiven Datenerhebung zwei objektive Verfahren zum Einsatz. Aufgrund der geringen Teilstichprobengröße von $n = 8$ Teilnehmern in der Wartegruppe wurde das zunächst geplante Warte-Kontroll-Gruppen-Design verändert.

5.1 METHODEN

Im folgenden Abschnitt werden das Design der vorliegenden Studie sowie deren Ablauf präsentiert. Anschließend werden die einzelnen Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt, es folgt die Beschreibung der Stichprobe sowie die Darstellung des verwandten Materials im Rahmen der Studie. Anschließend wird das methodische Vorgehen erläutert.

5.1.1 Studiendesign und -Ablauf

Die Rekrutierung der Stichprobe im Raum Würzburg erfolgte einerseits über Pressenotizen sowie Vorträge und Infoabende in Kindergärten, andererseits wurden an unterschiedliche Einrichtungen (Kinder- und Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Betreuungseinrichtungen wie Kindergärten und -Tagesstätten sowie Beratungsstellen) Informationsschreiben und Flyer zur Auslage gesandt. Familien, die sich für eine Teilnahme interessierten, meldeten sich daraufhin per Telefon, Email oder Post. Anschließend erfolgte die Zusendung eines Informationsschreibens (siehe Anhang a.6) und des Anamnesefragebogens. Das Informationsschreiben diente dazu, die Familien über den Ablauf, die Inhalte, die Kosten und die wissenschaftliche Begleitung des Trainings zu informieren. Der Anamnesebogen erfüllte den Zweck, einen ersten Eindruck bezüglich der Schlafproblematik zu bekommen sowie die folgenden Einschlusskriterien zu prüfen:

- Vorliegen einer nicht-organischen Schlafstörung nach ICSD-II
- Alter des Kindes zwischen 6 Monaten und 4 Jahren

Sobald der ausgefüllte Anamnesebogen vorlag und die Einschlusskriterien überprüft waren, wurden die teilnehmenden Familien per Zufall in die Experimentalgruppe (EG) oder in die Wartegruppe (WG) eingeteilt. Dann wurden die Familien zum ersten persönlichen Gespräch bzw. zur ersten Anamnese (t_0 oder t_1) eingeladen. Die Experimentalgruppe durchlief vor dem Training lediglich einen Messzeitpunkt (Anamnese t_1) und nahm im Anschluss daran sofort am Training teil. Bei der Wartegruppe sollte es sich um eine Warte-Kontrollgruppe handeln. Aufgrund von Kapazitätsschwierigkeiten bei der Trainingsdurchführung sowie Ferienzeiten gab es jedoch nur sehr wenige Familien, die nach Ablauf der Wartezeit noch am Training teilnahmen ($n = 8$). Diese Gruppe durchlief entsprechend vor dem Training zwei Messzeitpunkte (Anamnese t_0 und Anamnese t_1). Dazwischen erfolgte eine Wartezeit, die durchschnittlich 10 Wochen (min = 8 Wochen, max = 12 Wochen) betrug. Aufgrund der unterschiedlichen Teilstichprobengrößen

wird im Folgenden der Schwerpunkt auf die Verlaufsmessung gelegt.

Neben den sechs Trainingssitzungen und der Anamnese (ein oder zwei Kontakte je nach Gruppe) erfolgten vier weitere Diagnostiktermine als katamnestische Erhebungen im Laufe des Folgejahres nach Abschluss des Mini-KiSS-Trainings (vgl. Abbildung 2).



Abbildung 2: Studiendesign zur Prüfung der externen Validität des Mini-KiSS-Trainings.

Die Diagnostiktermine liefen mit Ausnahme des Erstkontaktes stets identisch ab. Die Eltern führten für sich und das Kind zu jedem Messzeitpunkt für zwei Wochen ein Schlafprotokoll, ferner sollten weitere Fragebögen sowohl über das Kind als auch über sich selbst ausgefüllt werden (siehe Kapitel 5.1.4.1). In der zweiten Schlaftagebuchwoche erfolgte ein persönlicher Kontakt, wobei mit den Eltern das Diagnostische Interview für kindliche Schlafstörungen Mini-DIKS (siehe Kapitel 5.1.4.1) geführt wurde. Anhand dessen erfolgte die endgültige Diagnosestellung. Da die Wirkung des Mini-KiSS-Trainings bisher nicht mit Hilfe von objektiven Methoden untersucht wurde, kamen ferner noch die Aktigraphie sowie eine Cortisolmessung zum Einsatz. Die Mütter trugen sowohl zu t1 als auch zu t2 jeweils für eine Woche einen Aktigraphen, ferner wurden sie zu t3, also drei Monate nach Ende des Trainings, um eine Haarprobe zur Cortisolbestimmung gebeten. Beim Erstkontakt erfolgte zusätzlich eine konsiliarische Abklärung bei einem Pädiater, um somatische Ursachen für die Schlafprobleme auszuschließen und eventuelle medizinische Einwände gegen eine Teilnahme am KiSS-Training abzuklären. Im Rahmen dieses Erstkontaktes wurden den Eltern das Training

und dessen Inhalte sowie der Ablauf der Erhebungszeitpunkte anhand einer Elterninformation (siehe Anhang a.6) erläutert, auch wurden sie auf die Anonymität der Datenspeicherung und -Auswertung sowie auf die Schweigepflicht der Untersucher hingewiesen. Alle Eltern unterzeichneten daraufhin eine Einverständniserklärung (siehe Anhang a.8).

Während des Trainings füllten die Eltern im Anschluss an jeden Elternabend einen Evaluationsbogen bezüglich der jeweiligen Trainingssitzung aus. Zum letzten Messzeitpunkt (t_5) wurden sie zusätzlich um eine abschließende Bewertung der Trainingswirkung gebeten. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird nur die abschließende elterliche Bewertung der Trainingswirkung betrachtet.

5.1.2 *Fragestellungen und Hypothesen*

Bezugnehmend auf die unter Kapitel 2.7 beschriebene Gesamtfragestellung ergeben sich nun für die Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit des Mini-KiSS-Trainings von Schlarb **Schlarb_2014** die folgenden einzelnen Fragestellungen und Hypothesen.

5.1.2.1 *Experimental- vs. Wartegruppe*

Aufgrund der geringen Stichprobengröße ($n = 8$) in der Wartegruppe wurde kein Vergleich zwischen der Experimentalgruppe (EG) und der Wartegruppe (WG) bezüglich der Wirkung des Mini-KiSS-Trainings durchgeführt. Dennoch wurde per Within-Design überprüft, ob sich die untersuchten Parameter 1. in der WG im Vergleich vor (t_0) und nach der Wartezeit (t_1) unterscheiden. Von Interesse ist, ob sich die ausführliche Diagnostik zu Beginn und die Wartezeit der Wartegruppe auf das Schlafverhalten sowie erhobene Parameter auswirken. Anschließend wurde per Between-Design untersucht, ob sich 2. zu t_1 die EG und die WG hinsichtlich der untersuchten Parameter unterscheiden, um

diese ggf. zur Verlaufsmessung anschließend als Trainingsgruppe zusammenzufassen. In Abbildung 3 ist diese Fragestellung dargestellt:

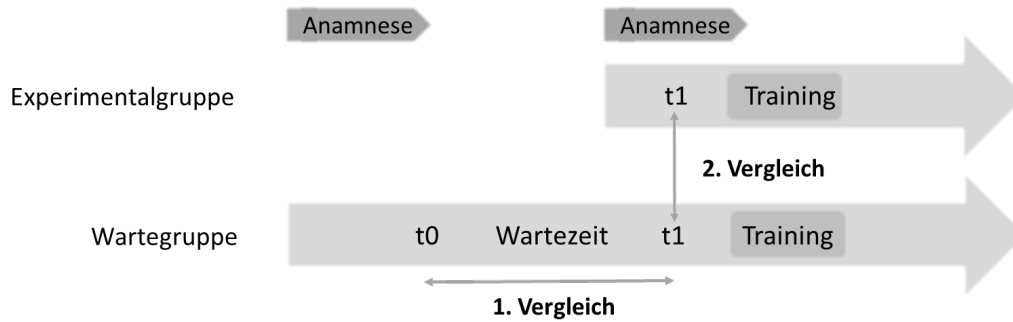


Abbildung 3: Graphische Darstellung zum zeitlichen Ablauf der Wartegruppen-Untersuchung.

Es ergeben sich die folgenden Vergleiche:

Vergleich 1: In der behandlungsfreien Wartezeit bleiben die in der WG erhobenen Parameter stabil.

- Primäre Outcomemaße

1. Die nächtliche Aufwachshäufigkeit (NAW = Number of Awakenings) des Kindes unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
2. Die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT = Total Wake Time) des Kindes unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.

- Sekundäre Outcomemaße

1. Schlafmaße

- a) Direkte Schlafmaße

- i. Die Anzahl an Diagnosen des Kindes nach Mini-DIKS unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.

- ii. Die Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen des Kindes nach Mini-DIKS unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.

b) Indirekte Schlafmaße

Die kindliche Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch, verändert sich nicht von t_0 zu t_1 :

- i. Die Schlafeffizienz (SE = Sleep Efficiency) unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- ii. Die Anzahl elterlicher Einschlafhilfen unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- iii. Der nächtliche Aufenthalt des Kindes im Elternbett unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- iv. Das nächtliche elterliche Aufstehen unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.

Die elterliche Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch, verändert sich nicht von t_0 zu t_1 :

- i. Die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW) unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- ii. Die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT) unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- iii. Die Schlafeffizienz (SE) unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- iv. Die Bewertung des eigenen Schlafes unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.

2. Kindeliches Verhaltensmaß

- a) Das allgemeine kindliche Problemverhalten, gemessen über die CBCL 1.5-5, unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.

3. Elternverhalten

- a) Die elterliche schlafbezogene Selbstwirksamkeit, erhoben mit der schlafbezogenen SWE, unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- b) Die elterliche Depressivität, gemessen mit der ADS, unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- c) Die elterliche Gesamtbelastung, gemessen mit dem SCL 90-R, unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- d) Die elterliche Lebensqualität, gemessen mit der SEL, unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.
- e) Die Qualität der Partnerschaft, erhoben mit den Unterskalen des PFB Streitverhalten und Kommunikation sowie der globalen Glückseinschätzung, unterliegt von t_0 zu t_1 keinen Veränderungen.

Vergleich 2: Zu t_1 unterscheiden sich die Teilnehmer der EG und der WG nicht hinsichtlich der erhobenen Parameter und werden deshalb zu einer Trainingsgruppe zusammengefasst.

- Primäre Outcomemaße

1. Die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW) des Kindes unterscheidet sich zu t_1 nicht zwischen EG und WG.
2. Die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT) des Kindes unterscheidet sich zu t_1 nicht zwischen EG und WG.

- Sekundäre Outcomemaße

1. Schlafmaße

- a) Direkte Schlafmaße

- i. Die Anzahl an Diagnosen des Kindes nach Mini-DIKS unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.
- ii. Die Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen des Kindes nach Mini-DIKS unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.

b) Indirekte Schlafmaße

Die kindliche Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch, unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG:

- i. Die Schlafeffizienz (SE) unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.
- ii. Die Anzahl elterlicher Einschlafhilfen unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.
- iii. Der nächtliche Aufenthalt des Kindes im Elternbett unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.
- iv. Das nächtliche elterliche Aufstehen unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.

Die elterliche Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch, unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG:

- i. Die nächtliche Aufwachenshäufigkeitn (NAW) unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.
- ii. Die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT) unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.
- iii. Die Schlafeffizienz (SE) unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.
- iv. Die Bewertung des eigenen Schlafes unterscheidet sich zu t₁ nicht zwischen EG und WG.

2. Kindliches Verhaltensmaß

- a) Das allgemeine kindliche Problemverhaltengemessen, gemessen über die CBCL 1.5-5, unterscheidet sich zu t1 nicht zwischen EG und WG.

3. Elternverhalten

- a) Die elterliche schlafbezogene Selbstwirksamkeit, erhoben mit der schlafbezogenen SWE, unterscheidet sich zu t1 nicht zwischen EG und WG.
- b) Die elterliche Depressivität, gemessen mit der ADS, unterscheidet sich zu t1 nicht zwischen EG und WG.
- c) Die elterliche Gesamtbelastung, gemessen mit dem SCL 90-R, unterscheidet sich zu t1 nicht zwischen EG und WG.
- d) Die elterliche Lebensqualität, gemessen mit der SEL, unterscheidet sich zu t1 nicht zwischen EG und WG.
- e) Die Qualität der Partnerschaft, erhoben mit den Unterskalen des PFB Streitverhalten und Kommunikation sowie der globalen Glückseinschätzung, unterscheidet sich zu t1 nicht zwischen EG und WG.

5.1.2.2 Fragestellung I: Verlaufsmessung

Es wird davon ausgegangen, dass sich die EG und die WG vor der Teilnahme am Mini-KiSS-Training nicht signifikant bezüglich der untersuchten Outcomemaße voneinander unterscheiden. Aufgrund dessen werden die Gruppen für die weiteren Verlaufsmessungen als Trainingsgruppe (TG) gemeinsam betrachtet (siehe Abbildung 4).

Von der Intervention werden unmittelbare und langfristige Effekte sowohl auf den kindlichen und elterlichen Schlaf als auch auf die kindliche und die elterliche Befindlichkeit erwartet und von daher folgende Hypothesen aufgestellt:

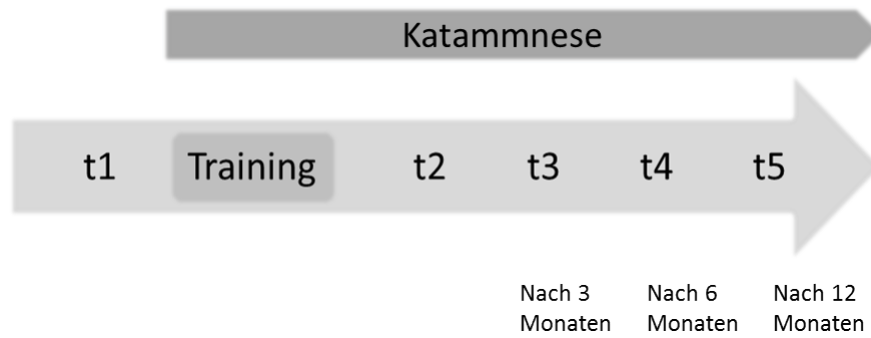


Abbildung 4: Studiendesign zur Überprüfung der kurz- und langfristigen Effekte des Mini-KiSS-Trainings.

H1: Die Trainingseffekte, die durch das Mini-KiSS-Programm von t1 zu t2 erreicht werden, bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zur Ein-Jahres-Katamnese (t3 bis t5) stabil.

- H1a: Primäre Outcomemaße

1. Die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW) des Kindes wird durch die Intervention von t1 zu t2 signifikant reduziert und bleibt über alle folgenden Messzeitpunkte signifikant gering bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t3 bis t5).
2. Die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT) des Kindes wird durch die Intervention von t1 zu t2 signifikant reduziert und bleibt über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t3 bis t5) signifikant reduziert.

- H1b: Sekundäre Outcomemaße

1. Schlafmaße

- a) Direkte Schlafmaße

- i. Die Anzahl an Diagnosen des Kindes nach Mini-DIKS wird durch die Intervention von t1 zu t2 signifikant reduziert

und bleibt über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) signifikant reduziert.

- ii. Die Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen des Kindes nach Mini-DIKS wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant reduziert und bleibt über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) signifikant gering.

b) Indirekte Schlafmaße

Die kindliche Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant verbessert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil:

- i. Die Schlafeffizienz (SE) wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant erhöht. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- ii. Sowohl abends als auch nachts werden durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant weniger elterliche Einschlafhilfen benötigt. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- iii. Die Kinder sind durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant seltener nachts im Bett der Eltern. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- iv. Das nächtliche elterliche Aufstehen wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant reduziert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte

bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.

Die elterliche Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant verbessert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil:

- i. Die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW) wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant reduziert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- ii. Die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT) wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant reduziert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- iii. Die Schlafeffizienz (SE) wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant erhöht. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- iv. Die Eltern bewerten den eigenen Schlaf durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant besser. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- v. Die genannten Verbesserungen durch die Intervention von t₁ zu t₂ betreffen die Mütter stärker als die Väter. Diese Unterschiede zwischen Müttern und Vätern bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.

2. Kindliches Verhaltensmaß

- a) Das allgemeine kindliche Problemverhalten, gemessen über die CBCL 1.5-5, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂

signifikant reduziert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.

3. Elternverhalten

- a) Die elterliche schlafbezogene Selbstwirksamkeit, erhoben mit der schlafbezogenen SWE, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant erhöht. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- b) Die elterliche Depressivität, gemessen mit der ADS, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant reduziert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- c) Die elterliche Gesamtbelastung, gemessen mit dem SCL 90-R, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant reduziert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- d) Die elterliche Lebensqualität, gemessen mit der SEL, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant verbessert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.
- e) Die Qualität der Partnerschaft, erhoben mit den Unterskalen des PFB Streitverhalten und Kommunikation sowie der globalen Glückseinschätzung, wird durch die Intervention von t₁ zu t₂ signifikant verbessert. Diese Verbesserungen bleiben über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t₃ bis t₅) stabil.

5.1.2.3 Fragestellung II: Objektive Maße

Da bislang keine objektiven Daten vorliegen, anhand derer die Wirksamkeit eines Elterntrainings zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen auf die mütterliche Gesundheit untersucht wird, werden dazu zwei Hypothesen aufgestellt:

H₂: Im Vergleich vor und nach dem Training verbessert sich der mütterliche Schlaf, erhoben über Aktigraphie, signifikant.

1. Die nächtliche Wachzeit (TWT), das Intervall zwischen Licht-aus und Licht-an abzüglich aller Schlafstadien, wird im Vergleich vor und nach dem Training signifikant reduziert.
2. Die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW) wird im Vergleich vor und nach dem Training signifikant verringert.
3. Die Schlaffeffizienz (SE), also die Gesamtschlafzeit in Relation zur Bettzeit, wird im Vergleich vor und nach dem Training signifikant vergrößert.

Auch gibt es bis dato keine Daten bezüglich weiterer objektiver Maße zur Betrachtung von Effekten von Elterntrainings zur Behandlung frühkindlicher Schlafstörungen auf die mütterliche Gesundheit. Deshalb wird bezüglich der Haar-Cortisol-Analyse folgende Hypothese aufgestellt:

H₃: Der Cortisolwert im Haar ist drei Monate nach Abschluss des Trainings signifikant geringer als vor dem Training.

5.1.2.4 Fragestellung III: Bewertung der Gesamtwirkung des Trainings

Im Rahmen der dritten Fragestellung wird untersucht, wie die Eltern die Gesamtwirkung des Trainings ein Jahr nach ihrer Teilnahme zu t₅ bewerten.

5.1.3 Stichprobe

An dem Mini-KiSS-Training nahmen insgesamt $N = 30$ Familien in acht Trainingsgruppen teil. Eine Familie brach das Training aufgrund einer Erkrankung eines Elternteils während des laufenden Trainings ab und wurde aufgrund dessen aus den Analysen ausgeschlossen. Die verbleibenden 29 Familien nahmen an allen Elternsitzungen teil. Davon durchliefen $n = 8$ Familien vor ihrer Teilnahme eine durchschnittlich 10-wöchige Wartezeit und bildeten so die Wartegruppe (WG). Die übrigen $n = 21$ Familien nahmen unmittelbar nach ihrer Anmeldung am Training teil und bildeten entsprechen die Experimentalgruppe (EG). Davon ausgehend, dass sich beide Gruppen nicht hinsichtlich der demographischen Daten unterscheiden (siehe Abschnitt 5.2.1), werden beide Gruppen im Folgenden gemeinsam beschrieben. Im Verlauf der Messzeitpunkte wurde den Familien freigestellt, ob sie weiterhin an der Studie teilnehmen möchten. Die Stichprobe reduziert sich zunächst bezüglich der Drop-Outs zu den persönlichen Nachgesprächen wie folgt: $n(t_2) = 29$ Familien, $n(t_3) = 27$ Familien, $n(t_4) = 26$ Familien und $n(t_5) = 24$ Familien. Bezüglich der ausgefüllten Schlaftagebücher ergibt sich eine Stichprobengröße von $n = 17$ Müttern und $n = 13$ Vätern, die bis zum Ein-Jahres-Follow-up kontinuierlich die Schlaftagebücher ausfüllten.

5.1.3.1 Eltern

Die Mütter der teilnehmenden Familien waren durchschnittlich $M = 34,73$ Jahre alt ($SD = 4,27$ Jahre; $Min = 25$ Jahre; $Max = 43$ Jahre) und die Väter durchschnittlich $M = 37,40$ Jahre alt ($SD = 4,51$ Jahre; $Min = 30$ Jahre; $Max = 44$ Jahre). Alle Väter ($N = 29$) arbeiteten Vollzeit und gaben an, Haupternährer der teilnehmenden Familien zu sein. Von den Müttern gaben 19 (63,3%) an, in Teilzeit zu arbeiten und 10 (33,3%) Mütter gaben an, bewusst erwerbslos bzw. im Mutterschutz zu sein. Eine Mutter war arbeitslos. Bezüglich der Ausbildung der Eltern ergibt sich die in Tabelle 8 aufgeführte Verteilung.

Tabelle 8: Absolute Häufigkeiten bezüglich der elterlichen Schulbildung.

Bildungsstand	Mutter	Vater	Gesamt
Hauptschulabschluss	1	0	1
Realschulabschluss	14	15	29
Abitur/Fachhochschulreife	15	15	30
Berufsausbildung	19	15	34
Hochschulstudium	11	15	26

Von den teilnehmenden Familien wurde in einem Fall angegeben, dass in ihrer Kindheit beide Eltern Schlafprobleme hatten. In sechs (20%) weiteren Familien gab es früher Schlafprobleme, wobei in drei Fällen der mütterliche und in drei Fällen der väterliche Schlaf im Kindesalter problematisch war.

5.1.3.2 Kinder

Die Kinder waren durchschnittlich $M = 27,07$ Monate alt ($SD = 16,01$ Monate; $Min = 5$ Monate; $Max = 55$ Monate), 12 (40%) waren Jungen und 18 (60%) Mädchen. Sie waren im Durchschnitt $M = 87,9$ cm groß ($SD = 12,63$ cm; $Min = 65$ cm; $Max = 110$ cm) und wogen $M = 12,24$ kg ($SD = 3,19$ kg; $Min = 7$ kg; $Max = 18$ kg). Alle Kinder lebten bei beiden leiblichen Eltern, 13 Kinder (43,3%) waren zu Beginn der Datenerhebung Einzelkinder, 15 (50%) hatten ein Geschwisterkind und zwei Kinder (6,7%) hatten zwei Geschwister. Von den Kindern besuchten $n = 15$ (30%) einen Kindergarten und $n = 8$ (26,67%) eine Kinderkrippe. Das Schlafverhalten der Kinder wurde von den Eltern auf einer Skala von 1 = gar nicht problematisch bis 10 = sehr problematisch mit durchschnittlich $M = 7,81$ ($SD = 1,72$; $Min = 4$; $Max = 10$) bewertet. In Tabelle 9 sind die beim erstmaligen Kontakt diagnostizierten Schlafstörungen zusammengefasst.

Tabelle 9: Diagnostizierte kindliche Schlafstörungen in der Gesamtstichprobe.

Diagnose	Häufigkeit
Allgemeine Insomnie	12
Behaviorale Insomnie des Kindesalters	26
Typ Einschlafassoziationen	22
Typ Grenzsetzung	2
Kombinierter Typ	2
Pavor nocturnus	2

Anmerkung: Mehrfachdiagnosen waren möglich.

5.1.4 Erhebungsinstrumente

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Instrumente, die zum Einsatz kamen, vorgestellt. Dazu wird in Tabelle 10 ein Überblick über die Messzeitpunkte sowie über die jeweiligen Fragebögen und Verfahren gegeben.

5.1.4.1 Subjektive Maße

Im folgenden Abschnitt werden die eingesetzten Verfahren kurz präsentiert. Es wird dabei differenziert zwischen Instrumenten, die die Eltern über ihre Kinder ausfüllten und solchen, die Eltern, jeweils Mutter und Vater getrennt, über sich selbst ausfüllten. Während das Mini-DIKS-Interview im persönlichen Gespräch mit den Eltern ausgefüllt wurde, wurden alle weiteren Fragebögen mit Anleitungen zum Ausfüllen postalisch an die Eltern gesandt.

Diagnostisches Interview frühkindlicher Schlafstörungen (Mini-DIKS)

Zur Diagnosestellung der frühkindlichen Schlafstörung wurde das Diagnostische Interview für frühkindliche Schlafstörungen Mini-DIKS (Schlarb, in prep.) verwandt (siehe Kapitel 5.1.4.1).

Tabelle 10: Überblick über die verwandten Instrumente zu den einzelnen Messzeitpunkten.

	to WG	t1 EG und WG	Training	t2	t3	t4	t5
Angaben zum Kind							
Mini-KiSS-Fragebogen	X	X		X	X	X	X
Mini-DIKS	X	X		X	X	X	X
CBCL 1.5-5	X	X		X	X	X	X
Schlaftagebuch	X	X	X	X	X	X	X
Fragebögen für die Eltern							
ADS	X	X		X	X	X	X
SEL	X	X		X	X	X	X
SCL 90-R	X	X		X	X	X	X
PFB	X	X		X	X	X	X
SWE							
Schlaftagebuch	X	X	X	X	X	X	X
Aktigraphie		X		X			
Cortisolmessung					X		
Evaluation			X				X

Mini-KiSS-Fragebogen

Zu allen Messzeitpunkten füllten die Eltern den Mini-KiSS-Anamnesefragebogen aus (siehe auch Kapitel 2.4.1.2). Für die Auswertung des Mini-KiSS-Fragebogens werden in der hier durchgeführten Studie lediglich die demographischen Angaben genutzt.

Child Behavior Checklist (CBCL 1.5-5)

Bei dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern im Alter von 18 Monaten bis fünf Jahren Child Behavior Checklist 1.5-5 (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (KJFD), 2002) handelt es sich um die deutsche Fassung der ursprünglich amerikanischen Version der CBCL von Achenbach und Rescorla **achenbach_2000**. Diese umfasst 99 Problem-Items, von denen 50 Entsprechungen der CBCL für ältere Kinder (CBCL 4-18) darstellen. Aus den Items werden sieben Problemskalen (Emotionale Reaktivität; Ängstlich/Depressiv; Körperliche Beschwerden; Sozialer Rückzug; Schlafprobleme; Aufmerksamkeitsprobleme und Aggressives Verhalten) sowie drei übergeordnete Skalen gebildet, die Externalisierende Auffälligkeiten, Internalisierende Auffälligkeiten und Gesamtauffälligkeit abbilden. Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen Eltern in der Regel 10 bis 15 min. Die Skalenbildung basiert auf faktorenanalytischen Untersuchungen an einer Stichprobe von 1.728 Kindern (**achenbach_2000**). Das Verfahren gilt wegen seiner standardisierten Instruktion und Normierung als objektiv in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation. Die Reliabilität der Skalen konnte in Amerika anhand einer klinischen Stichprobe (N = 352) und einer Feldstichprobe (N = 945) weitgehend bestätigt werden. Dabei liegen die internen Konsistenzen der übergeordneten Skalen mit $r > .86$ im guten bis sehr guten Bereich (**achenbach_2000**). Auch kulturvergleichende Analysen der bisher vorliegenden verwandten Instrumente zeigten keine bedeutsamen Unterschiede in den Skalenmittelwerten zwischen den Niederlanden, den USA, Kanada und Deutschland. Die amerikanische Normierung, die sich

auf eine nicht-behandelte Stichprobe von $N = 700$ Kindern stützt, kann daher als Orientierung auch für den deutschen Sprachraum dienen, bis eine deutsche Normierung erfolgt ist. Die Beantwortung der CBCL 1.5-5 erfolgt auf einer dreistufigen Skala mit „nicht zutreffend“ (0), „etwas oder manchmal zutreffend“ (1) und „genau oder häufig zutreffend“ (2).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die drei übergeordneten Skalen Externalisierende Auffälligkeiten, Internalisierende Auffälligkeiten und Gesamtauffälligkeit zur Auswertung herangezogen.

Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Bei der Allgemeinen Depressionsskala (**Hautzinger_1993**) handelt es sich um ein Verfahren zur Erfassung des gegenwärtigen Ausmaßes depressiver Verstimmung. Die ADS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem die Beeinträchtigung durch depressive Symptome innerhalb der letzten Woche eingeschätzt werden kann. Dabei werden sowohl emotionale, motivationale, kognitive, somatische als auch motorisch/interaktionale Beschwerden erfragt. Für die Auswertung stehen Cut-Off-Werte und Normwerte zur Verfügung, anhand derer sowohl eine kategoriale als auch dimensionale diagnostische Einordnung möglich ist. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgt vierstufig: „selten oder überhaupt nicht“ (0), „manchmal“ (1), „öfter“ (2), „meistens, die ganze Zeit“ (3). Der Summenwert der Antworten wird anschließend als Kennwert aktueller depressiver Symptomatik interpretiert.

Im Rahmen dieser Studie wurde die Langform mit 20 Items eingesetzt. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 5 min. Die psychometrischen Kennwerte der ADS sind gut, die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der ADS-L liegt bei Erwachsenen in mehreren Bevölkerungsstichproben zwischen .89 und .92, die Testhalbierungs-Reliabilität liegt bei .81 (**Hautzinger_1993**). Es liegen eine Vielzahl von Validierungsstudien vor, die erwartungskonforme Zusammenhänge mit konstrukt-nahen Verfahren zeigten (u. a. Befindlichkeitska-

la, (**Hautzinger_1993**); Geriatriische Depressionsskala, (**Hautzinger_2008**). Die diskriminative Güte der ADS-L und der ADS-K wird durch ROC-Analysen bestätigt (AUC zwischen .93 und .95).

Skala zur Erfassung von Lebensqualität (SEL)

Aufgrund der teils gravierenden Folgen, die frühkindliche Schlafstörungen auch auf die elterliche Gesundheit haben können (siehe 2.3.6), soll hier als überdauerndes Konstrukt auch die Lebensqualität der Eltern erhoben werden, um zu prüfen, ob sich eine Intervention im Hinblick auf die frühkindliche Schlafstörung darauf auswirkt.

Mit der Skala zur Erfassung von Lebensqualität von Averbeck und Kollegen **Averbeck_1997** wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit insgesamt 69 Items auf einer fünfstufigen Skala von „gar nicht“ (1) bis „sehr stark“ (5) erhoben. Es wird dabei von einer Dreidimensionalität des Konstruktes Lebensqualität ausgegangen, das auf den Dimensionen „Inhalt“ (körperlicher, sozialer und kognitiv-emotionaler Bereich), „subjektiver Relevanzgrad“ (Betrachtungsperspektive: objektiv existierende gegen subjektiv interpretierte Gegebenheiten, funktionalistisch gegen interpretativ) und dem „zeitlichen Bezugsrahmen“, in dem die Lebensqualität sowohl in der Momentaufnahme der kurzfristig veränderbaren Stimmung als auch in mittelfristig und langfristig orientierten Skalen abgebildet wird, basiert. Dazu werden zur allgemeinen Stimmung zehn Fragen gestellt, weitere zehn Items beziehen sich auf objektive körperliche Beschwerden. Das objektive soziale Umfeld wird mit vier Items erfasst, zur subjektiven körperlichen Verfassung gibt es neun Items. Auf die Grundstimmung ausgerichtet sind weitere 14 Items sowie auf das subjektive soziale Umfeld elf Items. Hinsichtlich der Lebensorientierung werden zehn Fragen gestellt, abschließend erfolgt eine Frage zur allgemeinen Lebensqualität. Die Bearbeitungszeit dieses Fragebogens ist die längste der im Rahmen dieser Studie eingesetzten Verfahren mit

ca. 20 bis 30 min.

Die innere Konsistenz des Gesamtfragebogens (Cronbachs Alpha) liegt im Bereich zwischen .87 und .97, die Retestreliaibilität liegt bei Testwiederholung im Bereich .52 bis .80 (Averbeck_1997). Ausgewertet wurden für die vorliegende Studie die Skala „Soziale Integration / Unterstützung“, die Gesamtskala „Körperliche Verfassung“ und die Gesamtskala „Kognitiv-emotionale Befindlichkeit“ sowie der Gesamtwert „Lebensqualität“.

Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R)

Die Symptom-Checklist 90 wurde von Derogatis und Lipman **Derogatis_1977** entwickelt und liegt in der revidierten und aktualisierten Version (SCL 90-R) vor (**Derogatis_1996**). Sie gehört zu den weltweit am häufigsten eingesetzten Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der subjektiv empfundenen allgemeinen psychischen Belastung. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die deutsche Fassung von Franke **Franke_2001** verwandt.

Die SCL 90-R erfasst sowohl körperliche als auch psychische Symptome mit 90 Items. Dazu werden Beschwerden innerhalb der letzten 7 Tage anhand einer 5-stufigen Likertskala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bewertet. Die Bearbeitungszeit beträgt ca. 15 min. Die SCL 90 enthält Items, die sich folgenden neun Skalen zuordnen lassen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Drei globale Kennwerte können daraus gebildet werden und geben Auskunft bezüglich des Antwortverhaltens über alle Items. Der GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) gibt Auskunft über die Anzahl der

Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Die Reliabilität der SCL 90-R kann als zufriedenstellend (Skala Aggressivität/Feindseligkeit) bis gut (Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt) sowie sehr gut (Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, GSI) bezeichnet werden. Vor allem der globale Kennwert GSI erreichte durchgängig sehr gute interne Konsistenzwerte (Cronbachs Alpha) im Bereich von .97 bis .98 (Hessel_2001). Die Test-Retest-Reliabilität erbrachte ebenfalls befriedigende bis gute Reliabilitätswerte und auch die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ist nach vorliegenden Befunden gewährleistet (Franke_2001; Hessel_2001).

Zur Untersuchung der elterlichen Gesamtbelastung im Rahmen der vorliegenden Studie werden die drei Globalkennwerte GSI, PSDI und PST zur Auswertung herangezogen.

Partnerschaftsfragebogen (PFB)

Der Partnerschaftsfragebogen PFB ist ein Instrument zur Erfassung der Partnerschaftsqualität, das von Hahlweg **Hahlweg_1979** entwickelt wurde. Unter dem Titel „Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik“ (**Hahlweg_1996**) wurde der PFB gemeinsam mit zwei weiteren Verfahren (Problemliste (PL) sowie Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft (FLP)) veröffentlicht. Der Partnerschaftsfragebogen (PFB) besteht aus 30 Items plus einem Item zur globalen Glückseinschätzung. Es können Werte für die drei Skalen „Streitverhalten“, „Zärtlichkeit“ und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“ berechnet werden. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer vierstufigen Likertskala von „nie/sehr selten“ (0) bis „sehr oft“ (3) und die Bearbeitungsdauer des PFB beträgt ca. 5 bis 10 min.

Der Fragebogen verfügt über gute psychometrische Kennwerte, die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der jeweils zehn Items umfassenden Skalen ist mit .88 bis .95 sehr hoch (Gesamtskala .83). Die Retest-Reliabilität belief sich nach einer zweiten Erhebung nach einem halben Jahr auf .70, ferner besitzt der PFB eine gute diskriminative und prognostische Validität (Hahlweg_1996).

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden aus Gründen der Zumutbarkeit den Eltern neben dem Item zur globalen Glückseinschätzung die beiden Skalen „Streitverhalten“ und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“ vorgelegt.

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die psychometrische Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit zehn Items zur Erfassung von allgemeinen Selbstüberzeugungen (Schwarzer_1995; Schwarzer_1999). Gemessen wird die optimistische Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, eine schwierige Lage zu bewältigen, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird. Inzwischen sind auch bereichsspezifische Varianten publiziert, wie z. B. die schulbezogene SWE (Jerusalem_1999; Jerusalem_1999-1), die Lehrer-SWE (Schmitz_2000) und die kollektive Lehrer-SWE (Schwarzer_1999-1; Schwarzer_1999-2). Das Instrument entstand auf Grundlage des Selbstwirksamkeitskonzepts (perceived self-efficacy) (Bandura_1977; Bandura_1997), dass die eigene Erwartung einer Person, aufgrund ihrer Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können, beschreibt.

Die zehn Items werden auf einer 4-stufigen Likertskala von „stimmt nicht“ (1) bis „stimmt genau“ (4) bewertet, die Autoren geben dabei eine Bearbeitungszeit von 4 min an. Bezüglich der Gütekriterien des SWE ist zu berichten, dass die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) im internationalen Vergleich zwischen .76 und .90 und in allen deutschen Stichproben zwischen .80

und .90 streuten. Die Mittelwerte liegen für die meisten Stichproben bei ca. 29 Punkten, die Standardabweichung bei ungefähr 4 Punkten (**Schwarzer_1999**; **Schwarzer_1999**).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die SWE von Schlarb und Kollegen (in prep.) bezüglich der elterlichen auf den Schlaf des Kindes bezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen modifiziert. Beispielsweise erfolgt bei dem SWE-Item „Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen“ eine Umformulierung hin zu „Wenn sich Widerstände beim Zubettgehen bei meinem Kind auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen“ (siehe Anhang [a.9](#)).

Schlafstagebücher für Kinder und Eltern

Die Eltern führten zu allen Messzeitpunkten für jeweils zwei Wochen Schlafstagebücher sowohl für sich selbst als auch für ihr Kind. Die für diese Studie verwandten Schlafstagebücher wurden in Anlehnung an Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (**deutsche_gesellschaft_fur_schlafforschung_und_schlafmedizin_dgsm_2011**) erstellt (siehe Anhang [a.10](#), [a.11](#)). Bezüglich des kindlichen Schlafes wurden, wie bereits in den Hypothesen (siehe Kapitel [5.1.2.2](#)) formuliert, folgende Parameter untersucht: die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW), die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT), die Schlafeffizienz (SE), die abendlichen und nächtlichen elterlichen Einschlafhilfen sowie der nächtliche Aufenthalt des Kindes im Elternbett und die durch das Kind bedingte nächtliche Aufstehenshäufigkeit der Eltern. Analog zu den Schlafstagebüchern über den kindlichen Schlaf wurden folgende Parameter in den Schlafstagebüchern für die Eltern betrachtet: die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW), die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT), die elterliche Schlafeffizienz (SE) sowie die tägliche Bewertung des Schlafes auf einer 6-stufigen Skala von „sehr gut“ = 1 bis „schlecht“ = 6.

Evaluation

Die Eltern wurden gebeten, sowohl die einzelnen sechs Trainingssitzungen (Sitzungsevaluation) als auch retrospektiv zum letzten Messzeitpunkt ein Jahr nach der Teilnahme an dem Mini-KiSS-Training (t₅) die Intervention insgesamt zu bewerten (Gesamtevaluation). Die Sitzungsevaluation wird im Rahmen dieser Arbeit nicht ausgewertet.

Bei der Gesamtevaluation (siehe Anhang a.12) wurden die Eltern um eine Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit dem Mini-KiSS-Training und dessen Gesamtwirkung gebeten. Diese wurde mit sechs Items, die ebenfalls auf einer 5-stufigen Skala von „trifft für mich überhaupt nicht zu“ bis „trifft für mich voll und ganz zu“ zu beantworten waren, erfragt. Außerdem gab es noch drei offene Fragen. Erfasst wurde über diese, was den Eltern im Trainingsprogramm am meisten geholfen habe, welche Strategien sie auch weiterhin anwendeten und welche sonstigen Anmerkungen sie machten. Abschließend wurden die Eltern um eine Gesamtbewertung des Trainings auf einer Skala von 1 bis 6 (entsprechend der Schulnoten 1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“) gebeten.

5.1.4.2 *Objektive Maße*

Um die Wirksamkeit des Elterntrainingsprogramms Mini-Kiss auch durch objektive Datenerhebungen zu untersuchen, kamen diesbezüglich zwei weitere Verfahren zum Einsatz, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Aktigraphiemessung

In der vorliegenden Studie wurde der Aktigraph SOMNOwatchTR (SOMNO-medics GmbH, Randersacker, Deutschland) verwendet, der für das Erwachsenenalter bereits mittels Polysomnographie validiert wurde (Dick_2010). Die Mütter trugen den Aktigraphen jeweils für sieben Tage und Nächte am nicht-dominanten Arm sowohl unmittelbar vor (t₁) als auch nach Abschluss des

Mini-KiSS-Trainings (t_2), siehe auch Kapitel 2.4.2.2. Aus Gründen der Zumutbarkeit sowie der Kapazität wurde die Aktigraphie lediglich zu den zwei genannten Messzeitpunkten eingesetzt.

Haarcortisolmessung

Hier soll der Zusammenhang zwischen der Teilnahme am Mini-KiSS-Training und der HHN-Achsenaktivität, die sich im Haarcortisol widerspiegelt, untersucht werden. Dabei wird den Müttern zu t_3 , also drei Monate nach Abschluss des Mini-KiSS-Trainings, eine Haarprobe entnommen und in Abschnitten untersucht, die einen Prä-Post-Vergleich bezüglich der Cortisolkonzentration ermöglichen, siehe auch Kapitel 2.4.2.3.

5.1.5 *Datenanalyse*

Die Datenanalyse erfolgte mit der Software Statistical Package for the Social Sciences SPSS 22. Entsprechend der gerichteten Hypothesen wurde, sofern nicht anders angegeben, einseitig mit einem Alpha-Level von 5% getestet. Auch waren die Kriterien für parametrische Tests, sofern nicht anders angegeben, erfüllt und es wurden die entsprechenden Verfahren durchgeführt. Für alle Berechnungen mit Messwiederholung werden Effektstärken berichtet. Für alle Tests gilt, dass durch einzelne fehlende Werte die unterschiedlichen Stichprobengrößen bedingt sind. Bei multiplen Paarvergleichen wurde zur Korrektur des Alpha-Levels die Bonferroni-Korrektur eingesetzt.

5.1.5.1 *Vergleich Experimental- vs. Wartegruppe*

Im Rahmen der Untersuchung von Experimental- und Wartegruppe wurden zwei Vergleiche durchgeführt (siehe Kapitel 5.1.2). Zunächst wurde per Within-Design überprüft, ob sich die untersuchten Parameter in der WG vor (t_0) und nach der Wartezeit (t_1) unterschieden. Dafür wurde aufgrund der geringen Stichprobe von $n = 8$ Familien in der WG zunächst per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung und Varianzhomogenität getestet und

nachfolgend in Abhängigkeit davon parametrisch mit t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch mit Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests getestet. Die Testungen erfolgten dabei zweiseitig mit einem angenommenen Alpha-Level von 5%. Im Anschluss daran wurde per Between-Design getestet, ob sich die Warte- und die Experimentalgruppe zu t_1 unterschieden. Es wurden parametrisch t-Tests für unabhängige Stichproben und non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Aufgrund der unterschiedlich großen Stichproben von $n = 8$ Familien in der WG und $n = 21$ Familien in der EG wurden bei parametrischen Testungen zusätzlich Tests auf Varianzhomogenität durchgeführt. Auch hier erfolgten die Testungen zweiseitig mit einem angenommenen Alpha-Level von 5%.

1. Vergleich: Within-Design

Primäre Outcomemaße

Um zu überprüfen, ob sich die primären Outcome-Maße, die Nächtliche Aufwachenshäufigkeit des Kindes (NAW) und die Dauer nächtlichen Wachseins des Kindes (TWT), in der WG im Vergleich von t_0 zu t_1 unterschieden, wurden zunächst beide Parameter per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet und anschließend t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt.

Sekundäre Outcomemaße

1. Schlafmaße

Direkte Schlafmaße

Um zu testen, ob sich die direkten Schlafmaße, die Anzahl an Diagnosen des Kindes nach Mini-DIKS und die Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen des Kindes nach Mini-DIKS, in der WG im Vergleich von t_0 zu t_1 unterscheiden, wurden ebenfalls zunächst beide Parameter per Kolmogorow-Smirnow-Test

auf Normalverteilung getestet und danach t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt.

Indirekte Schlafmaße

Bezüglich der weiteren kindlichen Schlafsymptomatik in der WG im Vergleich von t_0 zu t_1 , erhoben über das Schlaftagebuch, wurde wie folgt vorgegangen: Die erhobenen Parameter (die Schlafeffizienz (SE), die Anzahl elterlicher Einschlafhilfen, der nächtliche Aufenthalt des Kindes im Elternbett sowie das nächtliche elterliche Aufstehen) wurden per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet und anschließend t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt.

Analog zur kindlichen Schlafsymptomatik erfolgte der erste Vergleich der Messzeitpunkte t_0 und t_1 in der WG hinsichtlich der elterlichen Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch: Die erhobenen Parameter (die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW), die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT), die Schlafeffizienz (SE) und die Bewertung des eigenen Schlafes) wurden per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet und nachfolgend t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt.

2. Kindliches Verhaltensmaß

Bezüglich des allgemeinen kindliche Problemverhaltens, erhoben über die CBCL 1.5-5, wurde wie folgt vorgegangen: Gemäß der Vorgaben wurden zunächst alle Rohwerte der Items der verschiedenen Skalen addiert und die altersentsprechenden T-Werte für die sieben Problemskalen sowie die drei übergeordneten Skalen gebildet. Im Anschluss wurden die drei übergeordneten Skalen per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet und anschließend t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch

Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt.

3. Elternverhalten

Bezüglich der elterlichen schlafbezogenen Selbstwirksamkeit, erhoben mit der schlafbezogenen SWE, wurde folgendermaßen vorgegangen: Die Rohwerte wurden entsprechend der Vorgaben der Autoren addiert. Dann wurde per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet und nachfolgend wurde ein t-Test für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test berechnet. Die elterliche Depressivität, erhoben über die ADS, wurden manualgetreu ausgewertet und zunächst entsprechend die Items 4, 8, 12 und 16 umgepolt, um im Anschluss die Summenwerte zu berechnen. Danach wurden diese per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet und anschließend ein t-Test für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. Die elterliche Gesamtbelastung wurde über die drei Globalkennwerte GSI, PSDI und PST der SCL 90-R ausgewertet. Es erfolgte zunächst die Umwandlung der Roh- in t-Werte, die Analyse erfolgte wie bei den bereits beschriebenen Verfahren: nach einer Testung per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung wurden t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt. Zur Auswertung der elterliche Lebensqualität, die über die SEL erfasst wurde, wurden die Items 2, 4, 5-12, 15-18 sowie 20 und 22 umgepolt. Die im Rahmen dieser Studie verwandten Kennwerte waren die Skala „Soziale Integration / Unterstützung“ sowie die Gesamtskalen „Körperliche Verfassung“ und „Kognitiv-emotionale Befindlichkeit“ und der Gesamtwert „Lebensqualität“. Diese Werte wurden per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet, nachfolgend wurden t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt. Die Qualität der Partnerschaft wurde in dieser Studie mit den Unterskalen des PFB „Streitverhalten“ und „Gemeinsamkeit/Kommunikation“ sowie dem Item zur globalen Glückseinschätzung

erfasst. Die beiden Unterskalen wurden per Kolmogorow-Smirnow-Test auf Normalverteilung getestet und danach t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests durchgeführt. Bezüglich der globalen Glückseinschätzung wurde ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test durchgeführt.

2. Vergleich: Between-Design

Primäre Outcomemaße

Die Auswertung der verschiedenen Fragebögen erfolgte analog zu dem unter [5.1.5.1](#) beschriebenen Vorgehen.

Um zu überprüfen, ob sich die primären Outcome-Maße, die Nächtliche Aufwachenshäufigkeit des Kindes (NAW) und die Dauer nächtlichen Wachseins des Kindes (TWT), zu t_1 in der WG und in der EG unterscheiden, wurde zunächst per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und anschließend t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt.

Sekundäre Outcomemaße

1. Schlafmaße

Direkte Schlafmaße

Um zu testen, ob sich die direkten Schlafmaße, die Anzahl an Diagnosen des Kindes nach Mini-DIKS und die Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen des Kindes nach Mini-DIKS, zu t_1 in der WG und in der EG unterscheiden, wurde per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und anschließend t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt.

Indirekte Schlafmaße

Bezüglich der weiteren kindlichen Schlafsymptomatik zu t₁ in der WG und in der EG, erhoben über das Schlaftagebuch, wurde wie folgt vorgegangen: Die erhobenen Parameter (die Schlaffeffizienz (SE), die Anzahl elterlicher Einschlafhilfen, der nächtliche Aufenthalt des Kindes im Elternbett sowie das nächtliche elterliche Aufstehen) wurden per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und nachfolgend t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt.

Analog zur kindlichen Schlafsymptomatik erfolgte der zweite Vergleich der erhobenen Parameter zu t₁ in der WG und in der EG hinsichtlich der elterlichen Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch: Die erhobenen Parameter (die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW), die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT), die Schlaffeffizienz (SE) und die Bewertung des eigenen Schlafes) wurden per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und im Anschluss t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt.

2. Kindliches Verhaltensmaß

Bezüglich des allgemeinen kindlichen Problemverhaltens, erhoben über die CBCL 1.5-5, wurden die drei übergeordneten Skalen per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und anschließend t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt.

3. Elternverhalten

Bezüglich der elterlichen schlafbezogenen Selbstwirksamkeit, erhoben mit der schlafbezogenen SWE, wurde per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und nachfolgend wurde ein t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Die el-

terliche Depressivität, erhoben über die ADS, wurde per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und im Anschluss ein t-Test für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Die elterliche Gesamtbelastung wurde über die drei Globalkennwerte GSI, PSDI und PST der SCL 90-R ausgewertet. Die Analyse erfolgte wie bei den bereits beschriebenen Verfahren: nach einer Testung per Levene-Test auf Varianzhomogenität wurden t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Zur Auswertung der elterliche Lebensqualität, die über die SEL erfasst wurde, wurden die Kennwerte per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet, nachfolgend wurden t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Zur Auswertung der Qualität der Partnerschaft zu t₁ in der WG und der EG wurden die beiden Unterskalen wurden per Levene-Test auf Varianzhomogenität getestet und danach t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt. Bezüglich der globalen Glückseinschätzung wurde ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

5.1.5.2 Fragestellung I: Verlaufsmessung

Die im Folgenden dargestellte Verlaufsmessung findet für beide Gruppen zusammen statt, da die Wartegruppe (WG) nach der Wartezeit ebenfalls an der Mini-KiSS-Intervention teilnahm und sich beide Gruppen zu t₁ nicht voneinander unterschieden. Es werden beide Gruppen zu der Trainingsgruppe (TG) zusammengefasst.

H_{1a}: Primäre Outcomemaße

Um zu prüfen, ob sich die nächtliche Aufwachenshäufigkeit des Kindes (NAW) und die Dauer nächtlichen Wachseins des Kindes (TWT) durch das Training von t₁ zu t₂ und im Verlauf nach dem Mini-KiSS-Training (t₃ bis t₅) signifikant veränderten, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung

(Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) durchgeführt. Aufgrund der gerichteten Hypothesen wurden zusätzlich Kontraste berechnet. Bei den Einzelvergleichen ergab sich nach Bonferroni-Korrektur ein Alpha-Level von $\alpha = .005$.

H1b: Sekundäre Outcomemaße

1. Schlafmaße

Direkte Schlafmaße

Um zu überprüfen, ob sich die Anzahl an Diagnosen des Kindes nach Mini-DIKS durch die Intervention von t_1 zu t_2 reduziert und über alle folgenden Messzeitpunkte bis zum Ein-Jahres-Follow-up (t_3 bis t_5) signifikant reduziert bleibt, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) durchgeführt. Aufgrund der gerichteten Hypothesen wurden zusätzlich Kontraste berechnet. Bezüglich der Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen des Kindes nach Mini-DIKS wurde ebenfalls eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) durchgeführt. Aufgrund der gerichteten Hypothesen wurden zusätzlich Kontraste berechnet. Bei den Einzelvergleichen ergab sich nach Bonferroni-Korrektur ein Alpha-Level von $\alpha = .005$.

Indirekte Schlafmaße

In Bezug auf die weitere kindliche Schlafsymptomatik (die Schlafeffizienz (SE), die benötigten elterlichen Einschlafhilfen, der nächtliche Aufenthalt des Kindes im Elternbett sowie das durch das Kind bedingte nächtliche aufstehen der Eltern), die über das Schlaftagebuch erhoben wurde, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) durchgeführt. Aufgrund der gerichteten Hypothesen wurden zusätzlich Kontraste berechnet. Nach Bonferroni-Korrektur

ergab sich bei den Einzelvergleichen ein Alpha-Level von $\alpha = .005$.

Bezüglich der elterlichen Schlafsymptomatik aus dem Schlaftagebuch (die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW), die Dauer nächtlichen Wachseins (TWT), die Schlaffeffizienz (SE) und die Bewertung des eigenen Schlafes) erfolgte die Auswertung für Mütter und Väter getrennt. Es wurden ebenfalls Varianzanalysen mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) berechnet. Aufgrund der gerichteten Hypothesen wurden auch hier zusätzlich Kontraste berechnet. Bei den Einzelvergleichen ergab sich nach Bonferroni-Korrektur ein Alpha-Level von $\alpha = .005$.

2. Kindliches Verhaltensmaß

Zur Auswertung des allgemeinen kindliche Problemverhaltens, gemessen über die CBCL 1.5-5, wurde eine Varianzanalysen mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) berechnet und wegen der gerichteten Hypothese Kontraste berechnet. Nach Bonferroni-Korrektur ergab sich bei den Einzelvergleichen ein Alpha-Level von $\alpha = .005$.

3. Elternverhalten

Zur Berechnung der schlafbezogenen Selbstwirksamkeit, die mit der schlafbezogenen SWE erhoben wurde, wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) durchgeführt und aufgrund der gerichteten Hypothese wurden Kontraste berechnet. Bei den von Müttern und Vätern getrennt auszufüllenden Fragebögen ADS, SCL 90-R, SEL und PFB wurden ebenfalls Varianzanalysen mit Messwiederholung (Repeated-measures ANOVA) mit fünf Stufen (t_1 , t_2 , t_3 , t_4 und t_5) und einem Zwischenssubjektfaktor (Geschlecht) berechnet. Da auch hier gerichtete Hypothesen vorlagen, erfolgte ebenfalls die Berechnung von Kontrasten. Bei den Einzelvergleichen ergab sich nach Bonferroni-Korrektur

ein Alpha-Level von $\alpha = .005$.

5.1.5.3 *Fragestellung II: Objektive Maße*

5.1.5.4 *Aktigraphie*

Die Aktigraphen vom Modell SOMNOwatchTR (SOMNOmedics GmbH, Randersacker, Deutschland) wurden von den Müttern am nicht-dominanten Arm für sieben Tage und Nächte getragen. Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die Rohdaten per USB zur weiteren Analyse mit der „DominoLight Software“ (SOMNOmedics GmbH, Randersacker, Deutschland) an den Computer übermittelt. Die Rohdaten wurden auf drei Achsen mit einer Abtastrate von 32 Hz und einer Speicherrate von 1 Hz aufgezeichnet, das Lichtsignal alle 30 Sekunden erfasst. Unter Zuhilfenahme der Angaben für „Licht an“ und „Licht aus“ aus dem Schlaftagebuch wurden fehlende Lichtmarker manuell gesetzt.

Der Auswertungsalgorithmus zur Bestimmung der Wach- und Schlafstadien der DominoLight Software ist begründet auf den Angaben von Gorny und Kollegen **Gorny_1997**. Es werden entsprechend folgende Parameter zu Grunde gelegt:

EAkt = Gesamtaktivität der aktuellen Epoche

AAkt = Gesamtaktivität der vier vorausgehenden Epochen

BAkt = Gesamtaktivität der vier nachfolgenden Epochen

K = Kriteriumswert, nach dem Schlafen und Wachen unterschieden wird

Eine 30-Sekunden-Epoche (E) wird demzufolge nach diesen Regeln klassifiziert:

Falls $(AAkt + BAkt + E) = K$, aktuelle Epoche = Wach (1)

Falls $(AAkt + BAkt + E) < K$, aktuelle Epoche = Schlaf (2)

Falls $(AAkt + BAkt + E) = K$ und $(AAkt + BAkt) = 0$, aktuelle Epoche = Artefakt (3)

Nach Dick und Kollegen **Dick_2010** wird der Kriteriumswert mit $K = 28$ entsprechend der Vorgaben von Gorny und Kollegen **Gorny_1997** für erwachsene Versuchspersonen festgelegt.

Zur Überprüfung der Hypothese H₂ wurden die nachfolgenden über den Aktigraphen erhobenen Parameter ausgewertet: die nächtliche Wachzeit (TWT), die nächtliche Aufwachenshäufigkeit (NAW) und die Schlafeffizienz (SE). Es wurden von $n = 18$ Müttern im Alter von $M = 33,89$ Jahren ($SD = 4,44$ Jahre; Min = 27 Jahre; Max = 42 Jahre) mit einem BMI von $M = 23,23$ ($SD = 4,00$; Min = 16,30; Max = 30,08) Aktigraphiedaten erhoben und in die Analyse eingeschlossen. Zunächst wurden Kolmogorow-Smirnow-Tests auf Normalverteilung durchgeführt und anschließend t-Tests für abhängige Stichproben bzw. non-parametrisch Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests gerechnet. Wegen der gerichteten Hypothesen wurde einseitig mit einem Alpha-Level von 5% getestet.

5.1.5.5 *Haarcortisolanalyse*

Zur Überprüfung der Hypothese H₃ konnten von $n = 8$ Müttern Haarproben entnommen werden. Die Auswertung erfolgte auch hier aufgrund der kleinen Stichprobengröße nonparametrisch. Es wurde ein Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test gerechnet und wegen der gerichteten Hypothese einseitig mit einem Alpha-Level von 5% getestet.

5.1.5.6 Fragestellung II: Trainingsevaluation

Die Evaluation des Mini-KiSS-Trainings wurde deskriptiv wie folgt ausgewertet: Die Berechnungen zur Gesamtevaluation beinhalteten neben der Berechnung absoluter und relativer Häufigkeiten zu den sechs geschlossenen Fragen die Berechnung des Mittelwertes und der Standardabweichung von gegebenen Schulnoten (Skala von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“) zur Bewertung des Gesamtprojekts.

5.2 ERGEBNISSE

5.2.1 Vergleich Experimental- vs. Wartegruppe

Zur Berechnung der Unterschiede zwischen der EG und der WG wurden zunächst die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer demographischen Daten zu t_1 miteinander verglichen (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Deskriptive Daten und Ergebnisse des Gruppenvergleichs.

Variable	Experimentalgruppe		Wartegruppe		df	t	
	M	SD	M	SD			
Alter in Monaten	26,23	15,76	29,38	17,57	28	-0,47	>.05
Größe (cm)	88,36	13,23	86,43	11,34	27	0,348	>.05
Gewicht (kg)	12,14	3,15	12,52	3,53	28	-0,282	>.05
Alter der Mutter	35,32	3,12	33,13	6,49	28	1,258	>.05
Alter des Vaters	37,82	4,26	36,25	5,26	28	0,838	>.05

1. Vergleich: Within-Design

Primäre Outcomemaße

Bezüglich der beiden primären Outcomemaße NAW und TWT ergaben sich keine Unterschiede von t_0 zu t_1 in der WG (siehe Tabelle 12).

Sekundäre Outcomemaße

Tabelle 12: 1. Vergleich: Within-Design zur Prüfung der Veränderungen in der WG von t_0 zu t_1 : Primäre Outcomemaße.

Parameter	Test auf Normalverteilung		Test für abhängige Stichproben			
	t_0	t_1	Testwert	Signifikanz	Testwert	Signifikanz
	Testwert (D = 7)	Signifikanz	Testwert (D = 7)	Signifikanz	Testwert	Signifikanz
NAW	0,267	p> .05, n.s.	0,255	p> .05, n.s.	t(7) = 1,632	p> .05, n.s.
TWT	0,245	p> .05, n.s.	0,242	p> .05, n.s.	t(7) = 1,103	p> .05, n.s.

Auch in Bezug auf sekundären Outcomemaße, die Schlafmaße, das kindliche Verhaltensmaß sowie das Elternverhalten, unterschied sich die Gruppe nicht von t_0 zu t_1 (siehe Tabelle 13).

Bezüglich des 1. Vergleichs zwischen t_0 und t_1 der Wartegruppe kann zusammenfassend gesagt werden, dass es keine signifikanten Unterschiede in der WG zwischen t_0 und t_1 hinsichtlich sowohl der erhobenen Parameter des Kindes als auch der Eltern gibt. Dies gilt für die primären und die sekundären Outcome-Maße gleichermaßen. Im anschließenden 2. Vergleich wird nun überprüft, ob sich die WG und die EG zu t_1 in Bezug auf die erhobenen Parameter voneinander unterscheiden.

2. Vergleich: Between-Design

Primäre Outcomemaße

In Tabelle 14 wird der Vergleich von WG und EG hinsichtlich der primären Outcomemaße zu t_1 dargestellt. Sowohl bei der NAW als auch bei der TWT gibt es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Sekundäre Outcomemaße

Hinsichtlich der sekundären Outcomemaße gab es im Gruppenvergleich zu t_1 keine Unterschiede zwischen WG und EG (siehe Tabelle 15).

Auch im Hinblick auf den 2. Vergleich gab es also keine Gruppenunterschiede hinsichtlich sowohl der erhobenen Parameter des Kindes als auch der

Tabelle 13: 1. Vergleich: Within-Design zur Prüfung der Veränderungen in der WG von t_0 zu t_1 : Sekundäre Outcomemaße.

Parameter	Test auf Normalverteilung				Test für abhängige Stichproben	
	t_0 Testwert (D = 7)	Signifikanz	t_1 Testwert (D = 7)	Signifikanz	Testwert	Signifikanz
1. Schlafmaße						
<i>Schlafmaße des Kindes</i>						
Anzahl an Diagnosen	0,435	p < .05, s.	0,435	p < .05, s.	z = 0,00	p > .05, n.s.
Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen	0,229	p > .05, n.s.	0,21	p > .05, n.s.	t(7) = 1,00	p > .05, n.s.
SE	0,187	p > .05, n.s.	0,163	p > .05, n.s.	t(7) = -0,895	p > .05, n.s.
Anzahl elterl. Einschlafhilfen	0,435	p < .05, s.	0,504	p < .05, s.	z = -0,577	p > .05, n.s.
Nächtl. Aufenthalt im Elternbett	0,426	p < .05, s.	0,248	p > .05, n.s.	z = -1,342	p > .05, n.s.
Kindbed. nächtl. Aufstehen der Eltern	0,22	p > .05, n.s.	0,185	p > .05, n.s.	t(7) = 2,490	p > .05, n.s.
<i>Schlafmaße der Mütter</i>						
NAW	0,2	p > .05, n.s.	0,165	p > .05, n.s.	t(7) = 1,506	p > .05, n.s.
TWT	0,229	p > .05, n.s.	0,246	p > .05, n.s.	t(7) = 1,121	p > .05, n.s.
SE	0,244	p > .05, n.s.	0,183	p > .05, n.s.	t(7) = 0,956	p > .05, n.s.
Bewertung des eig. Schlafes	0,218	p > .05, n.s.	0,245	p > .05, n.s.	t(7) = 0,210	p > .05, n.s.
<i>Schlafmaße der Väter</i>						
NAW	0,177	p > .05, n.s.	0,257	p > .05, n.s.	t(7) = 0,725	p > .05, n.s.
TWT	0,302	p > .05, n.s.	0,229	p > .05, n.s.	t(7) = 0,997	p > .05, n.s.
SE	0,329	p < .05, s.	0,13	p > .05, n.s.	z = -2,032	p > .05, n.s.
Bewertung des eig. Schlafes	0,21	p > .05, n.s.	0,214	p > .05, n.s.	t(7) = 2,449	p > .05, n.s.
2. Kindl. Verhaltensmaß: CBCL 1.5-5						
Externalisierende Auffälligkeiten	0,209	p > .05, n.s.	0,164	p > .05, n.s.	t(7) = 1,549	p > .05, n.s.
Internalisierende Auffälligkeiten	0,189	p > .05, n.s.	0,261	p > .05, n.s.	t(7) = 0,900	p > .05, n.s.
Gesamtauffälligkeit	0,149	p > .05, n.s.	0,168	p > .05, n.s.	t(7) = 2,203	p > .05, n.s.
3. Elternverhalten						
SWE	0,255	p > .05, n.s.	0,155	p > .05, n.s.	t(7) = -0,614	p > .05, n.s.
<i>ADS</i>						
Summenscore Mütter	0,211	p > .05, n.s.	0,224	p > .05, n.s.	t(7) = -1,498	p > .05, n.s.
Summenscore Väter	0,202	p > .05, n.s.	0,156	p > .05, n.s.	t(7) = -0,536	p > .05, n.s.
<i>SCL 90-R</i>						
<i>Mütter</i>						
GSI	0,216	p > .05, n.s.	0,237	p > .05, n.s.	t(7) = -0,615	p > .05, n.s.
PSDI	0,165	p > .05, n.s.	0,199	p > .05, n.s.	t(7) = 0,460	p > .05, n.s.
PST	0,153	p > .05, n.s.	0,172	p > .05, n.s.	t(7) = 0,170	p > .05, n.s.
<i>Väter</i>						
GSI	0,269	p < .05, s.	0,298	p > .05, n.s.	z = -1,863	p > .05, n.s.
PSDI	0,296	p < .05, s.	0,323	p < .05, s.	z = -0,405	p > .05, n.s.
PST	0,298	p > .05, n.s.	0,256	p > .05, n.s.	t(7) = 1,880	p > .05, n.s.
<i>SEL</i>						
<i>Mütter</i>						
Soz. Integration / Unterstützung	0,167	p > .05, n.s.	0,189	p > .05, n.s.	t(7) = 1,433	p > .05, n.s.
Körperl. Verfassung	0,205	p > .05, n.s.	0,236	p > .05, n.s.	t(7) = 0,119	p > .05, n.s.
Kogn.-emot. Befindlichkeit	0,147	p > .05, n.s.	0,139	p > .05, n.s.	t(7) = 1,686	p > .05, n.s.
Lebensqualität	0,246	p > .05, n.s.	0,289	p > .05, n.s.	t(7) = 1,628	p > .05, n.s.
<i>Väter</i>						
Soz. Integration / Unterstützung	0,259	p > .05, n.s.	0,282	p > .05, n.s.	t(7) = 1,162	p > .05, n.s.
Körperl. Verfassung	0,181	p > .05, n.s.	0,183	p > .05, n.s.	t(7) = -1,908	p > .05, n.s.
Kogn.-emot. Befindlichkeit	0,206	p > .05, n.s.	0,196	p > .05, n.s.	t(7) = -0,938	p > .05, n.s.
Lebensqualität	0,175	p > .05, n.s.	0,249	p > .05, n.s.	t(7) = -1,202	p > .05, n.s.
<i>PFB</i>						
Streitverhalten	0,197	p > .05, n.s.	0,166	p > .05, n.s.	t(15) = -0,641	p > .05, n.s.
Gemeinsamkeit / Kommunikation	0,131	p > .05, n.s.	0,137	p > .05, n.s.	t(15) = -1,899	p > .05, n.s.
Glück					z = -1,342	p > .05, n.s.

Tabelle 14: 2. Vergleich: Between-Design zur Prüfung der WG und EG zu t₁: Primäre Outcomemaße.

Parameter	Test auf Varianzhomogenität		Test für unabhängige Stichproben	
	Testwert (F _{1, 27})	Signifikanz	Testwert	Signifikanz
NAW	3,404	p > .05, n.s.	t(27) = -2,153	p > .05, n.s.
TWT	-1,244	p > .05, n.s.	t(27) = -1,244	p > .05, n.s.

der Eltern zwischen der WG und der EG zu t₁. Da sich die EG und die WG zu t₁ nicht unterschieden, wurden sie für die Auswertung der Verlaufsmessung als TG zusammengefasst und nachfolgend gemeinsam betrachtet.

5.2.2 Fragestellung I: Verlaufsmessung

In der Hypothese H₁ wurde formuliert, dass durch die Teilnahme am Mini-KiSS-Training Veränderungen erzielt werden, die über alle Messzeitpunkte bis zur Ein-Jahres-Katamnese stabil bleiben. Dafür wurde der Messzeitpunkt vor der Teilnahme am Mini-KiSS-Training mit allen folgenden Katamnesezeitpunkten (siehe Kapitel 5.1.1) verglichen. Da sich die Gruppen zu t₁ nicht voneinander unterschieden, wurden EG und WG zur Trainingsgruppe (TG) zusammengefasst.

H_{1a}: Primäre Outcomemaße

Bezüglich der primären Outcomemaße zeigten sich Verbesserungen durch das Mini-KiSS-Training, die auch bis zu t₅ stabil blieben (siehe Abbildung 7). Die kindliche NAW wurde bis ein Jahr nach dem Training deutlich reduziert ($F(4, 64) = 15,888, p < .01, \omega^2 = 0,488$), ein signifikanter Unterschied bestand hinsichtlich der Einzelvergleiche hier zwischen t₁ und t₂ ($F(1, 16) = 22,243, p < .005, \omega^2 = 0,582$). Die kindliche TWT blieb ebenfalls bis zum Ein-Jahres-Follow-up signifikant reduziert ($F(4, 64) = 10,215, p < .01, \omega^2 = 0,390$), in den

Tabelle 15: 2. Vergleich: Between-Design zur Prüfung der WG und EG zu t1: Sekundäre Outcomemaße.

Parameter	Test auf Varianzhomogenität		Test für unabhängige Stichproben	
	Testwert F(1,27)	Signifikanz	Testwert	Signifikanz
1. Schlafmaße				
<i>Schlafmaße des Kindes</i>				
Anzahl an Diagnosen		non-parametrisch	U = 80,500, z = -0,392	p> .05, n.s.
Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen	0,589	p> .05, n.s.	t(27) = -0,424	p> .05, n.s.
SE	0,988	p> .05, n.s.	t(27) = 1,075	p> .05, n.s.
Anzahl elterl. Einschlafhilfen		non-parametrisch	U = 74,000, z = -0,779	p> .05, n.s.
Nächtl. Aufenthalt im Elternbett		non-parametrisch	U = 80,000, z = -0,357	p> .05, n.s.
Kindbed. nächtl. Aufstehen der Eltern	3,055	p> .05, n.s.	t(27) = -1,811	p> .05, n.s.
<i>Schlafmaße der Mütter</i>				
NAW	0,16	p> .05, n.s.	t(27) = -2,019	p> .05, n.s.
TWT	2,03	p> .05, n.s.	t(27) = -1,409	p> .05, n.s.
SE	1,801	p> .05, n.s.	t(27) = 0,765	p> .05, n.s.
Bewertung des eig. Schlafes	0,004	p> .05, n.s.	t(27) = 0,902	p> .05, n.s.
<i>Schlafmaße der Väter</i>				
NAW	0,512	p> .05, n.s.	t(27) = -0,810	p> .05, n.s.
TWT	0,428	p> .05, n.s.	t(27) = -0,315	p> .05, n.s.
SE	0,944	p> .05, n.s.	t(27) = 1,143	p> .05, n.s.
Bewertung des eig. Schlafes	0,783	p> .05, n.s.	t(27) = 0,761	p> .05, n.s.
2. Kindl. Verhaltensmaß: CBCL 1.5-5				
Externalisierende Auffälligkeiten	1,603	p> .05, n.s.	t(27) = -0,905	p> .05, n.s.
Internalisierende Auffälligkeiten	0,784	p> .05, n.s.	t(27) = -1,552	p> .05, n.s.
Gesamtauffälligkeit	0,337	p> .05, n.s.	t(27) = -1,518	p> .05, n.s.
3. Elternverhalten				
SWE	3,005	p> .05, n.s.	t(27) = -0,507	p> .05, n.s.
<i>ADS</i>				
Summenscore Mütter	4,635	p> .05, n.s.	t(27) = 1,615	p> .05, n.s.
Summenscore Väter	0,063	p> .05, n.s.	t(27) = -0,415	p> .05, n.s.
<i>SCL 90-R</i>				
<i>Mütter</i>				
GSI	2,021	p> .05, n.s.	t(27) = 2,009	p> .05, n.s.
PSDI	1,479	p> .05, n.s.	t(27) = 1,796	p> .05, n.s.
PST	1,000	p> .05, n.s.	t(27) = 1,370	p> .05, n.s.
<i>Väter</i>				
GSI	0,005	p> .05, n.s.	t(27) = -0,292	p> .05, n.s.
PSDI		non-parametrisch	U = 65,500, z = -0,426	p> .05, n.s.
PST	0,219	p> .05, n.s.	t(27) = -0,525	p> .05, n.s.
<i>SEL</i>				
<i>Mütter</i>				
Soz. Integration / Unterstützung	0,448	p> .05, n.s.	t(27) = -1,032	p> .05, n.s.
Körperl. Verfassung	0,033	p> .05, n.s.	t(27) = 0,603	p> .05, n.s.
Kogn.-emot. Befindlichkeit	0,578	p> .05, n.s.	t(27) = -1,056	p> .05, n.s.
Lebensqualität	1,571	p> .05, n.s.	t(27) = -0,691	p> .05, n.s.
<i>Väter</i>				
Soz. Integration / Unterstützung	0,01	p> .05, n.s.	t(27) = -0,394	p> .05, n.s.
Körperl. Verfassung	0,759	p> .05, n.s.	t(27) = 0,325	p> .05, n.s.
Kogn.-emot. Befindlichkeit	0,018	p> .05, n.s.	t(27) = 0,474	p> .05, n.s.
Lebensqualität	0,8798	p> .05, n.s.	t(27) = 0,298	p> .05, n.s.
<i>PFB</i>				
Streitverhalten	F(1,43) = 1,824	p> .05, n.s.	t(43) = 0,123	p> .05, n.s.
Gemeinsamkeit / Kommunikation	F(1,43) = 0,195	p> .05, n.s.	t(43) = 0,183	p> .05, n.s.
Glück			U = 144,000, z = -2,062	p> .05, n.s.

Einzelvergleichen war der Unterschied zwischen t_1 und t_2 signifikant ($F(1,16) = 16,007, p < .005, \omega^2 = 0,500$).

Die Hypothese H1a zu den primären Outcomemaßen kann also angenommen werden, das Training hat signifikante Effekte auf den kindlichen Schlaf und diese bleiben auch bis zum Ein-Jahres-Follow-up stabil.

H1b: Sekundäre Outcomemaße

1. Schlafmaße

Direkte Schlafmaße

Die Anzahl an Diagnosen der Kinder nach Mini-DIKS nahm nach dem Training signifikant ab und blieb bis zum Ein-Jahres-Follow-up signifikant reduziert ($F(4,92) = 42,761, p < .01, \omega^2 = 0,650$, siehe Abbildung 5). Bei den Einzelvergleichen zwischen den jeweiligen Messzeitpunkten zeigte sich, dass sich die Messung von t_1 zu t_2 unmittelbar nach dem Training signifikant unterschied ($F(1,23) = 62,100, p < .005, \omega^2 = 0,730$).

Die Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen der Kinder nach Mini-DIKS blieb auch bis zu einem Jahr nach dem Training signifikant gering ($F(4,92) = 13,560, p < .01, \omega^2 = 0,371$, siehe Abbildung 6), den Kontrasten zufolge unterschied sich auch hier die Messung von t_1 zu t_2 unmittelbar nach dem Training signifikant ($F(1,23) = 14,087, p < .005, \omega^2 = 0,380$).

Indirekte Schlafmaße

Auch die weitere kindliche Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlaftagebuch, blieb nach dem Mini-KiSS-Training bis zum Ein-Jahres-Follow-up signifikant verbessert (siehe Abbildung 7): Die SE blieb bis zum Ein-Jahres-Follow-up signifikant erhöht ($F(4,64) = 8,698, p < .01, \omega^2 = 0,352$), bezüglich der Einzelvergleiche zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen t_1 und t_2 ($F(1,16) = 13,991, p < .005, \omega^2 = 0,467$). Die Kinder

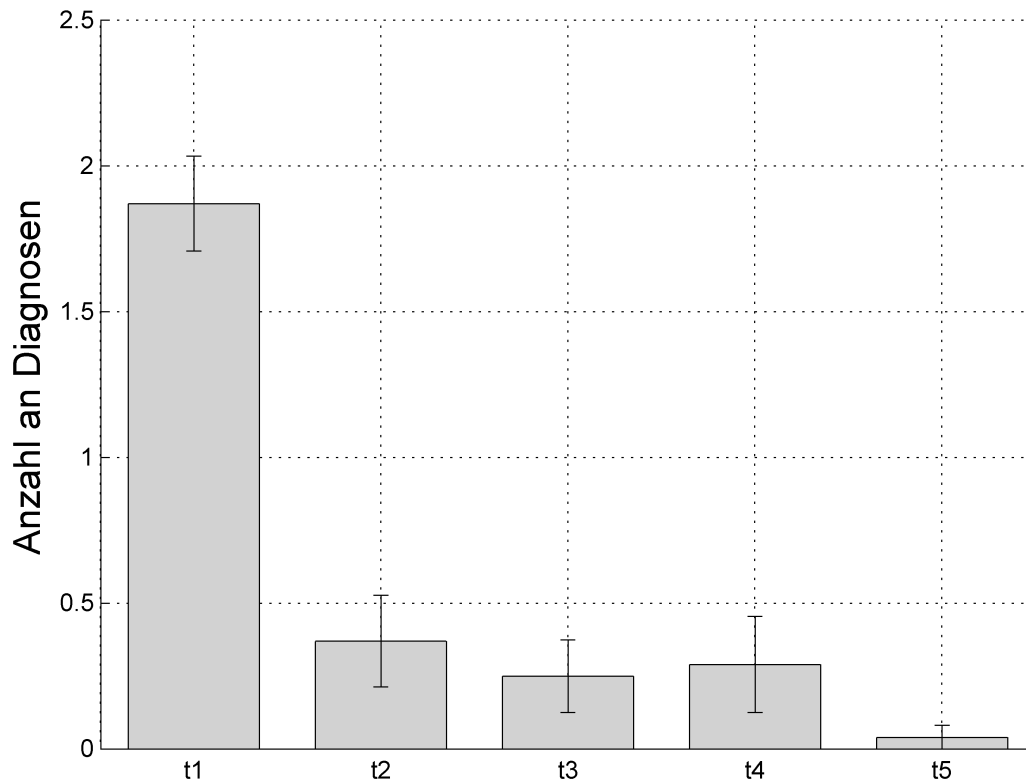


Abbildung 5: Anzahl erfüllter Diagnosen im Verlauf.

benötigten bis zur Ein-Jahres-Katamnese signifikant weniger elterliche Einschlafhilfen ($F(4,64) = 8,911, p < .01, \omega^2 = 0,358$), hinsichtlich der Einzelvergleiche zeigte sich auch hier der bedeutsame Unterschied zwischen t_1 und t_2 ($F(1,16) = 10,479, p < .005, \omega^2 = 0,396$). Auch sind die Kinder bis zu einem Jahr nach der Teilnahme am Mini-KiSS-Training nachts signifikant seltener im Elternbett ($F(4,64) = 13,997, p < .01, \omega^2 = 0,467$), was sich den Kontrasten zufolge signifikant von t_1 zu t_2 veränderte ($F(1,16) = 31,236, p < .005, \omega^2 = 0,661$).

Bezüglich der elterlichen Schlafsymptomatik, erhoben über das Schlafstagebuch, ergaben sich folgende Effekte des Mini-KiSS-Trainings (siehe Abbildung 8): Die NAW der Mütter blieb bis zu einem Jahr nach der Intervention signifikant reduziert ($F(4,64) = 12,117, p < .01, \omega^2 = 0,431$), die Berechnung der Kontraste zeigte signifikante Veränderungen von t_1 zu t_2 , t_4 und t_5 . Auch die TWT der Mütter blieb bis zum letzten Katamnesetermin signifikant geringer ($F(4,64) = 6,045, p < .01, \omega^2 = 0,274$) und veränderte

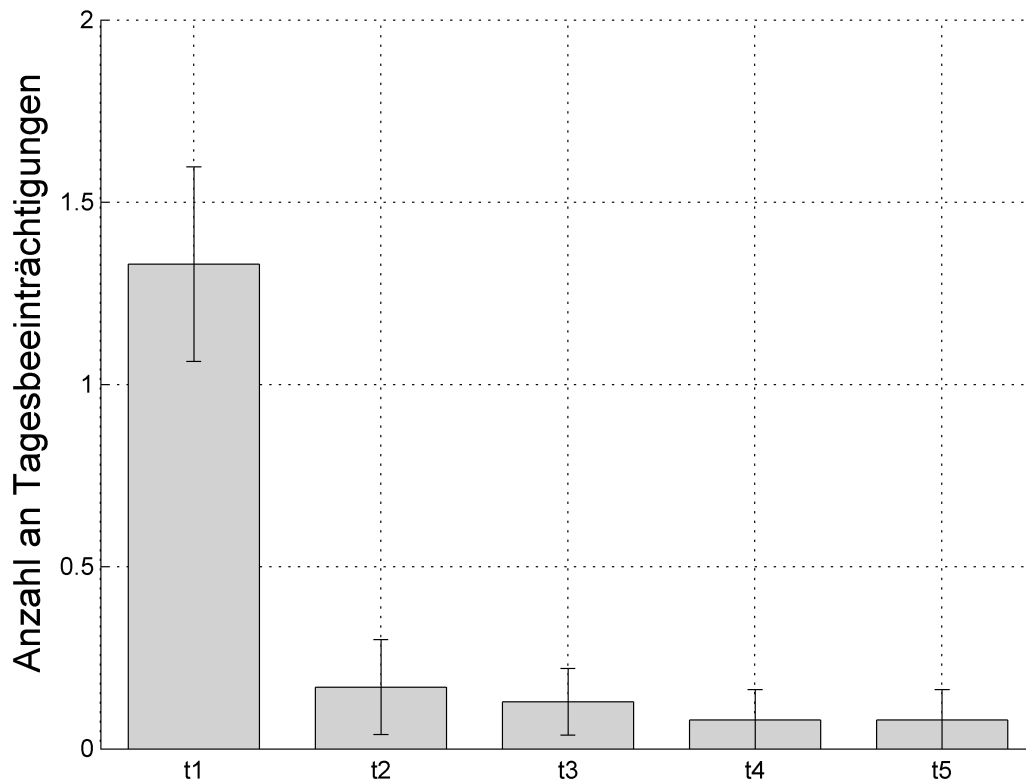


Abbildung 6: Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen im Verlauf.

sich signifikant von t₁ zu t₅. Die SE der Mütter wurde bis zu einem Jahr nach der Trainingsteilnahme nicht reduziert ($F(4,64) = 2,408, p > .05$). Die Mütter bewerteten den eigenen Schlaf bis zum letzten Messzeitpunkt signifikant besser ($F(4,64) = 3,273, p < .05, \omega^2 = 0,170$). Bei den Vätern zeigte sich Folgendes: Die NAW der Väter veränderte sich nicht im Laufe des Trainings ($F(4,48) = 2,484, p > .05$), auch die TWT blieb gleich ($F(4,48) = 1,048, p > .05$). Bezüglich der SE zeigte sich ebenfalls kein Unterschied ($F(4,48) = 2,252, p > .05$), auch das Erholungsgefühl der Väter veränderte sich nicht über die Intervention mit dem Mini-KiSS. Väter und Mütter unterschieden sich jedoch bereits vor der Teilnahme am Mini-KiSS-Training signifikant voneinander in Bezug auf die erhobenen Parameter aus dem Schlaftagebuch: Die Mütter erwachten nachts signifikant häufiger als die Väter ($NAWt(25) = -4,053, p < .01$) und waren auch nachts insgesamt länger wach ($TWTt(25) = 4,613, p < .01$). Auch war die SE der Mütter bedeutsam schlechter als die der Väter ($t(25) = -4,534, p < .01$). Ebenfalls unterschiedlich fiel vor der Teilnahme an dem Elterntraining die Bewertung

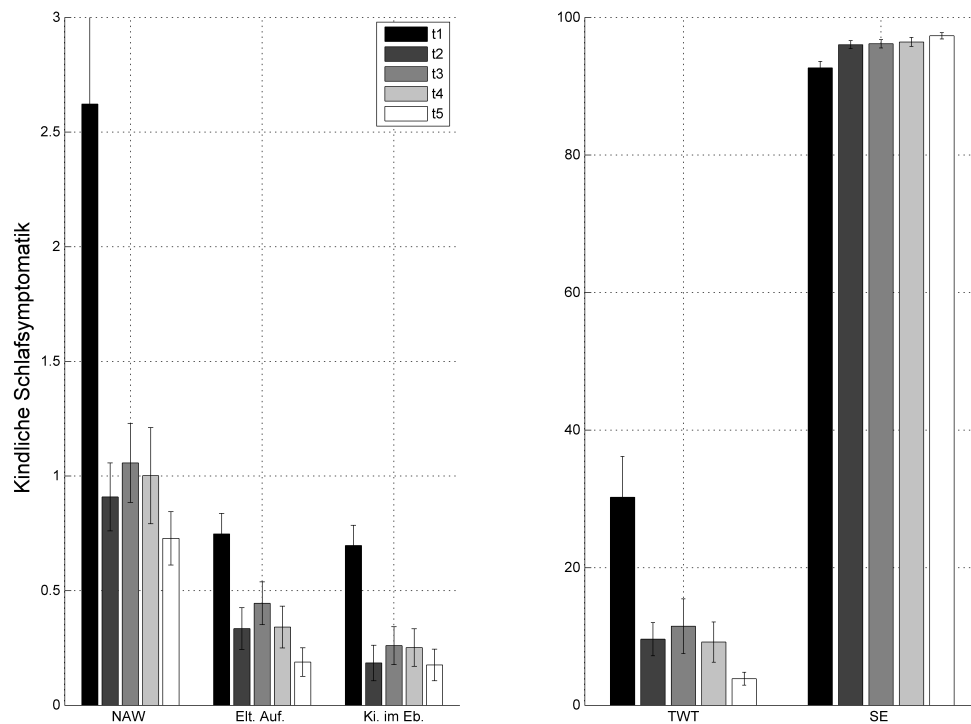


Abbildung 7: Angaben zur kindlichen Schlafsymptomatik aus dem Schlaftagebuch im Verlauf (NAW, Elterl. Einschlafhilfen, Kind im Elternbett = absolute Häufigkeiten, TWT in min, SE in %).

des eigenen Schlafes aus, der von den Müttern signifikant weniger erholsam eingeschätzt wurde als von den Vätern ($t(25) = 2,892, p < .01$).

2. Kindliches Verhaltensmaß

Das allgemeine kindliche Problemverhalten, erhoben über die CBCL 1.5-5, war nach der Teilnahme am Elternteraining Mini-KiSS signifikant reduziert und blieb bis ein Jahr nach Teilnahme auf den drei erhobenen Skalen stabil geringer (Externalisierende Auffälligkeiten ($F(4,56) = 4,532, p < .01, \omega^2 = 0,245$), Internalisierende Auffälligkeiten ($F(4,56) = 3,523, p < .05, \omega^2 = 0,201$), Gesamtauffälligkeit ($F(4,56) = 9,378, p < .01, \omega^2 = 0,401$)), siehe Abbildung 9. In den Einzelvergleichen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen t1 und t2 (Externalisierende Auffälligkeiten ($F(1,14) = 5,193, p < .005, \omega^2 = 0,271$),

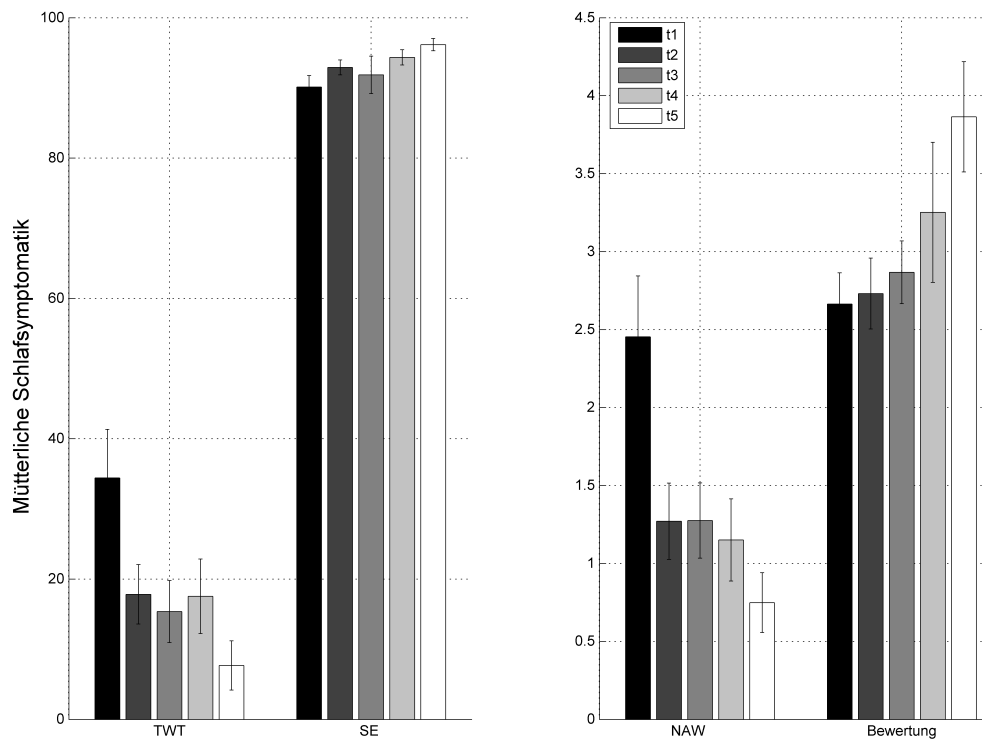


Abbildung 8: Angaben zur mütterlichen Schlafsymptomatik aus dem Schlaftagebuch im Verlauf (TWT in min, SE in %, NAW und Bewertung = absolute Häufigkeiten).

Internalisierende Auffälligkeiten ($F(1,14) = 7,620, p < .005, \omega^2 = 0,352$), Gesamtauffälligkeit ($F(1,14) = 22,799, p < .005, \omega^2 = 0,620$).

3. Elternverhalten

Die elterliche schlafbezogene Selbstwirksamkeit, erhoben über die SWE, nahm im Rahmen des Trainings signifikant zu ($F(4,80) = 22,858, p < .01, \omega^2 = 0,533$). Auch hier war der Einzelvergleich zwischen t1 und t2 von entscheidender Bedeutung ($F(1,20) = 35,072, p < .005, \omega^2 = 0,637$).

In Bezug auf die Fragebögen, die Müttern und Vätern getrennt vorgelegt wurden, zeigt sich das Folgende: Die elterliche Depressivität, gemessen mit der ADS, veränderte sich nicht im Laufe des Trainings ($F(4,156) = 1,852, p > .05$). Mütter ($M = 15,21; SD = 8,558$) und Väter ($M = 11,68; SD = 5,389$) unterschieden sich zwar zu Beginn des Trainings bereits hinsichtlich ihrer Depressivitätswerte auf der ADS, dieser Unterschied

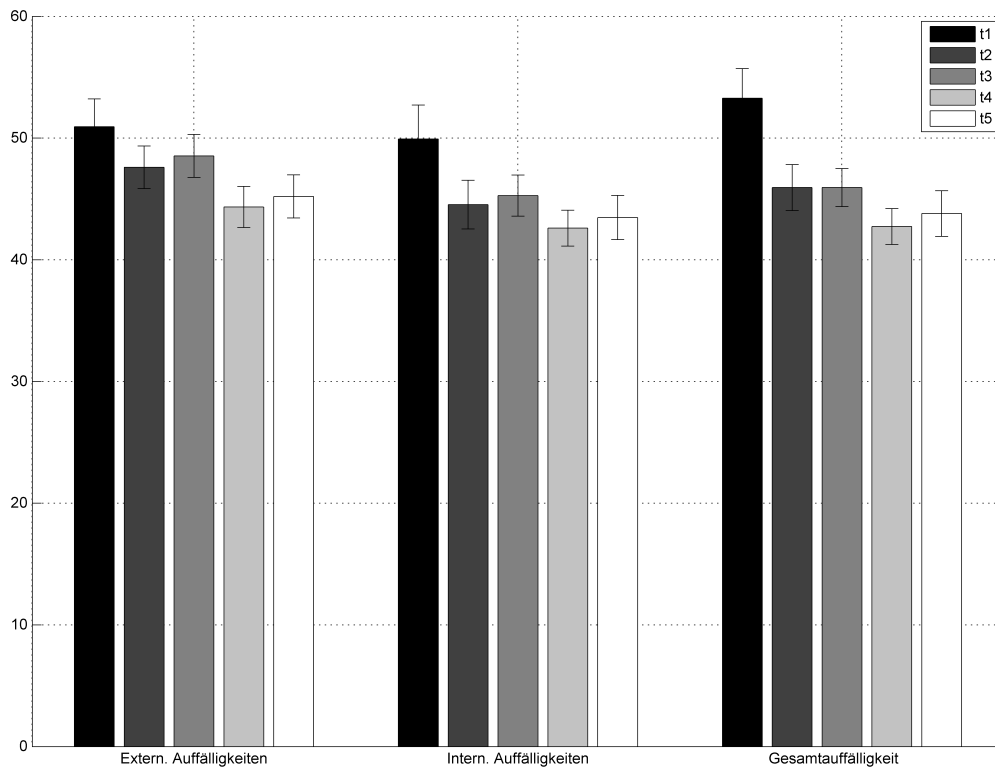


Abbildung 9: CBCL-Gesamtwerte im Verlauf.

wird jedoch knapp nicht signifikant ($t(55) = 1,855, p = 0,069$). Dennoch unterschieden sich die Mütter zu Beginn des Trainings bezüglich ihres Summenscores nicht signifikant von dem für die ADS angegebenen Grenzwert von 17 ($t(28) = -1,128, p = 0,269$), die Väter hingegen schon $t(27) = -5,321, p < .01$; (Hautzinger_1993).

Die elterliche Gesamtbelastung wurde über die SCL 90-R erhoben und von dieser wurden die drei globalen Kennwerte GSI (Global Severity Index), PSDI (Positive Symptom Distress Index) und PST (Positive Symptom Total) für die Langzeitmessung herangezogen. Es zeigte sich, dass sich alle drei Werte signifikant positiv veränderten (GSI $F(4,100) = 4,701, p < .01, \omega^2 = 0,158$, PSDI $F(4,100) = 2,487, p < .05, \omega^2 = 0,090$, PST $F(4,100) = 5,408, p < .01, \omega^2 = 0,178$), es gab keinen Unterschied zwischen Müttern und Vätern. Bei der Betrachtung der Einzelvergleiche ergab sich, dass beim GSI die Vergleiche zwischen t1 und t2 sowie zwischen t1 und t4 und t5 signifikant

wurden. Beim PST wurden die Einzelvergleiche zwischen t_1 und t_4 und t_5 signifikant und beim PSDI keiner der Einzelvergleiche. Zu Beginn unterschieden sich Mütter und Väter bezüglich der drei Kennwerte nicht voneinander.

Die Lebensqualität wurde bei den teilnehmenden Eltern über die SEL erhoben und die Gesamtskalen „Soziale Integration / Unterstützung“, „Körperliche Verfassung“ sowie „Kognitiv-emotionale Befindlichkeit“ und der Gesamtwert „Lebensqualität“ wurden ausgewertet. Es kam heraus, dass sich die Gesamtskala „Soziale Integration / Unterstützung“ nicht signifikant änderte ($F(4,144) = 1,794, p > .05$), die Gesamtskalen „Körperliche Verfassung“ ($F(4,144) = 12,310, p < .01, \omega^2 = 0,255$), „Kognitiv-emotionale Befindlichkeit“ ($F(4,144) = 3,113, p < .05, \omega^2 = 0,080$) und der Gesamtwert „Lebensqualität“ ($F(4,144) = 4,701, p < .01, \omega^2 = 0,158$) jedoch schon (siehe Abbildung 10). Außerdem zeigte sich bezüglich der Gesamtskala „Körperliche Verfassung“ und dem Gesamtwert „Lebensqualität“ ein signifikanter Geschlechtseffekt: Bei den Müttern verbesserte sich die angegebene körperliche Verfassung signifikant stärker als bei den Vätern ($F(1,144) = 6,964, p < .01, \omega^2 = 0,162$), ebenso verbesserte sich auch bei den Müttern der Gesamtwert „Lebensqualität“ mehr als bei den Vätern ($F(1,144) = 2,927, p < .05, \omega^2 = 0,075$). Allerdings bestand auch bereits vor der Teilnahme am Mini-KiSS-Training ein signifikanter Unterschied zwischen den Müttern und Vätern hinsichtlich dieser beiden Werte: Ihre körperliche Verfassung schätzen die Frauen signifikant schlechter ein als die Männer (Gesamtskala „Körperliche Verfassung“ ($t(55) = -3,992, p < .01$), auch gaben sie einen bedeutsam geringeren Wert bei der Lebensqualität an ($t(55) = -2,571, p < .05$).

Bezüglich der Partnerschaftsqualität ergaben sich keine signifikanten Veränderungen im Laufe des Trainings (Streitverhalten $F(4,108) = 0,160, p > .05$, Kommunikation $F(4,108) = 1,113, p > .05$). Auch die Rangvarianzanalyse nach Friedman zur Berechnung eventueller Veränderungen der globalen Glückseinschätzung wurde nicht signifikant ($\chi^2(4) = 2,185, p < .05$).

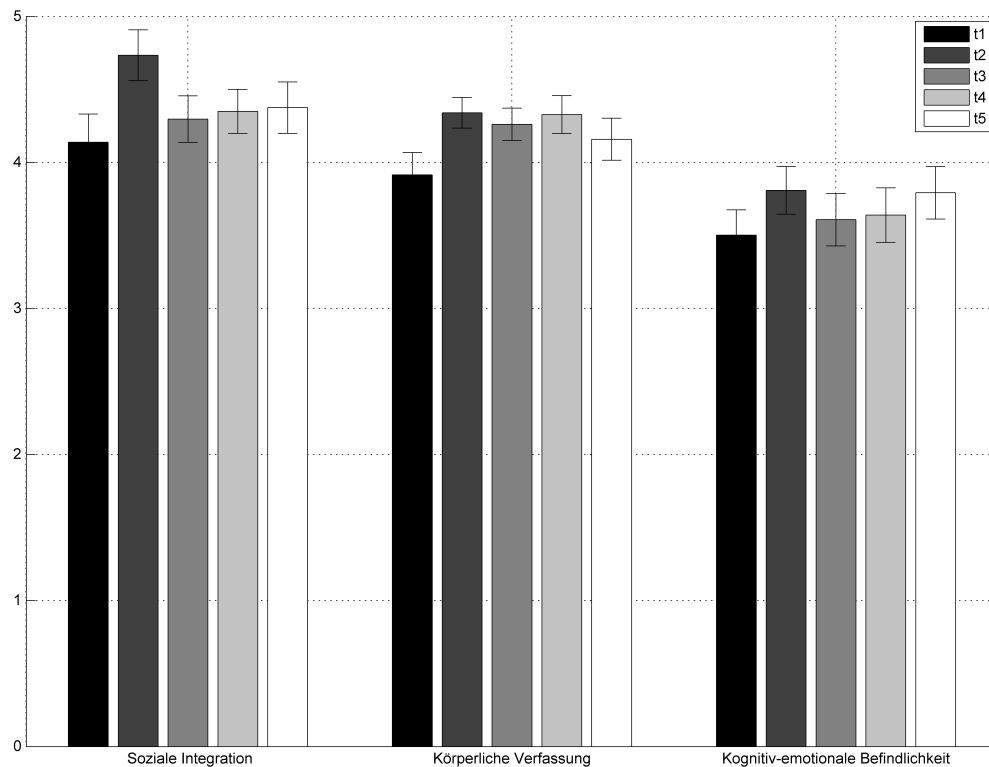


Abbildung 10: SEL-Skalenwerte im Verlauf.

Die Hypothese H1b zu den sekundären Schlaf-Outcomemaßen kann bis zum Ein-Jahres-Follow-up angenommen werden. Das Training hatte signifikante Effekte auf den kindlichen und den mütterlichen Schlaf. Es zeigte sich zudem, dass sich der väterliche Schlaf zwar einerseits hinsichtlich der erhobenen Parameter nicht verändert, andererseits aber auch bedeutsame Unterschiede zwischen dem mütterlichen und väterlichen Schlaf bereits vor der Intervention bestanden. Es ist zu vermuten, dass sich die Rolle der Väter und Mütter im Hinblick auf den kindlichen Schlaf stark unterscheidet.

Die sekundären Outcome-Maße zum Elternverhalten im Rahmen der Hypothese 1b verbesserten sich in bestimmten Bereichen: Die schlafbezogene Selbstwirksamkeit der Eltern konnte durch die Intervention verbessert werden und blieb auch bis zum Ein-Jahres-Follow-Up verbessert. Die mütterlichen Angaben zur Depressivität verbesserten sich signifikant, auch die elterliche Gesamtbelastung wurde bis zum Ein-Jahres-Follow-up signifikant

verbessert. Die elterliche Lebensqualität verbesserte sich teilweise, hier zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen Müttern und Vätern und zwar sowohl im Vorfeld als auch bis zu einem Jahr nach der Teilnahme am Mini-KiSS. Dies gibt weist auch hier darauf hin, dass sich der schlechte kindliche Schlaf auf die Eltern offenbar unterschiedlich auswirkt. Die Partnerschaftsqualität, die mit zwei Unterskalen des PFB erhoben wurde, veränderte sich über das Training hinweg nicht signifikant.

Das kindliche Verhaltensmaß im Rahmen der Hypothese H1b, die CBCL 1.5-5, zeigte signifikante Veränderungen hinsichtlich des allgemeinen kindlichen Problemverhaltens nach dem Training, dieses blieb auch stabil reduziert bis zum Ein-Jahres-Follow-Up.

5.2.3 Fragestellung II: Objektive Maße

Die erhobenen Aktigraphiedaten betreffend, waren die Daten bei der NAW und der SE zu t_1 und zu t_2 normalverteilt und es wurden t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Die TWT war zu t_1 nicht normalverteilt und wurde entsprechend non-parametrisch mit einem Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test ausgewertet. Bezüglich der drei erhobenen Parameter ergaben sich signifikante Veränderungen im Vergleich vor und nach der Teilnahme am Mini-KiSS-Training (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Aktigraphie-Messung: Prä-Post-Vergleich.

Parameter	Test auf Normalverteilung		Test für abhängige Stichproben			
	t_1 Testwert (D = 17)	Signifikanz	t_2 Testwert (D = 17)	Signifikanz	Testwert	Signifikanz
TWT	0,226	p < .05, s.	0,127	p > .05, n.s.	z = -2,330	p < .05, s.
NAW	0,178	p > .05, n.s.	0,137	p > .05, n.s.	t(17) = 1,800	p < .05, s.
SE	0,135	p > .05, n.s.	0,081	p > .05, n.s.	t(17) = -2,335	p < .05, s.

Bei den Haarcortisolproben wurde berechnet, ob sich der Anteil an Cortisol in Picogramm pro Milligramm (pg/mg) von vor dem Training zu nach dem Training verändert. Hinsichtlich der Medianwerte ergab sich zwar augenscheinlich ein Unterschied ($Md_{prä} = 9,040$, $Md_{post} = 8,115$), das Ergebnis wurde jedoch nicht signifikant ($z = -0,980$, $p < .05$).

5.2.4 Fragestellung III: Trainingsevaluation

Die Gesamtevaluation des Mini-KiSS-Trainings wurde deskriptiv ausgewertet. Zur Berechnung lagen die abschließenden Bewertungen ein Jahr nach Teilnahme an dem Mini-KiSS-Training von $n = 20$ teilnehmenden Familien vor. Neben Häufigkeiten zu den geschlossenen Fragen wurde hinsichtlich der Gesamtbewertung des Projekts in Schulnoten (Skala von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“) Mittelwert und der Standardabweichung berechnet. Es ergab sich eine Durchschnittsnote von $M = 1,05$ ($SD = 0,224$, $Min = 1$, $Max = 2$), was auf eine deutlich positive elterliche Beurteilung hindeutet. Die abschließende Bewertung des Trainings anhand der vorgegebenen Fragen ist in Tabelle 17 dargestellt. Hier zeigt sich auch, dass die Eltern mit dem Training zufrieden waren, es mehrheitlich weiterempfehlen und auch selbst wieder teilnehmen würden, was auf eine hohe Akzeptanz hindeutet.

5.3 DISKUSSION

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die externe Validität des Mini-KiSS-Trainings anhand von drei Fragestellungen untersucht. Zuerst wurde überprüft, ob sich der kindliche und elterliche Schlaf sowie weitere erhobene Parameter in der WG von t_0 zu t_1 verändern und ob sich die WG und die EG zu t_1 voneinander unterscheiden. Da das nicht der Fall war, konnten beide Gruppen zur TG zusammengefasst werden. In der ersten Fragestellung wurde getestet, ob es durch das Training zu Verbesserungen bezüglich der untersuchten Parameter kam und ob diese über alle weiteren Messzeitpunkte hinweg bis zum Ein-Jahres-Follow-up stabil waren. Zur objektiven Beschrei-

Tabelle 17: Gesamtbeurteilung des Elterntrainings Mini-KiSS 12 Monate nach Teilnahme (Angaben der Eltern in %).

	Trifft mich nicht zu	für eher Weiß nicht	Trifft mich eher zu	Trifft mich und ganz zu	für voll ganz zu
Ich bin gerne zu den Elternsit- zungen gekommen.	0	0	4,8	90,5	
Ich wende die im Training ver- mittelten Strategien weiterhin an.	0	4,8	14,3	76,2	
Ich weiß, was zu tun ist, wenn die Probleme wieder auftau- chen.	0	4,8	14,3	76,2	
Ich halte es für wahrscheinlich, dass die Verbesserungen beste- hen bleiben.	0	0	9,5	85,7	
Ich würde das Training weiter- empfehlen.	0	0	9,5	85,7	
Ich würde wieder am Training teilnehmen.	0	0	19	76,2	

bung des mütterlichen Schlafverhaltens im Vergleich vor und nach dem Training kamen im Zuge der zweiten Fragestellung zwei objektive Messverfahren, Aktigraphie und eine Bestimmung des Cortisolspiegels, zum Einsatz. Inhalt der dritten Fragestellung war die elterliche Gesamtbewertung des Trainings ein Jahr nach Teilnahme. Nachfolgend werden die Ergebnisse bezüglich der einzelnen Fragestellungen kurz zusammengefasst und diskutiert.

5.3.1 Vergleich von Experimental- und Wartegruppe

Aufgrund der geringen Stichprobengröße ($n = 8$) in der Wartegruppe wurde kein Vergleich zwischen der Experimentalgruppe (EG) und der Wartegruppe (WG) bezüglich der Wirkung des Mini-KiSS-Trainings durchgeführt. Dennoch wurde per Within-Design überprüft, ob sich die untersuchten Parameter 1. in der WG im Vergleich vor (t_0) und nach der Wartezeit (t_1) unterscheiden. Von Interesse war, ob sich die ausführliche Diagnostik zu Beginn und

die Wartezeit der Wartegruppe auf das Schlafverhalten sowie erhobene Parameter auswirken. Es ergab sich über die erfassten Parameter kein signifikanter Unterschied in der WG zwischen t_0 und t_1 . Anschließend wurde per Between-Design untersucht, ob sich 2. zu t_1 die EG und die WG hinsichtlich der untersuchten Parameter unterscheiden, um diese ggf. zur Verlaufsmessung anschließend als Trainingsgruppe zusammenzufassen. Auch in diesem Vergleich gab es keinen signifikanten Unterschiede, sodass WG und EG zur Trainingsgruppe (TG) zusammengefasst werden konnten.

5.3.2 Fragestellung I: Verlaufsmessung

Die externe Validität des Mini-KiSS-Trainings wurde hinsichtlich der erzielten Effekte der Intervention auf Kinder und Eltern bis zum Ein-Jahres-Follow-up 12 Monate nach dem Training untersucht. Dafür wurden nach Abschluss des Trainings insgesamt noch zu vier Messzeitpunkten Daten erhoben und der Messzeitpunkt unmittelbar vor dem Training mit allen diesen Folgeterminen verglichen. Da sich die Experimental- und die Wartegruppe nach Teilnahme am Mini-KiSS nicht mehr hinsichtlich der erhobenen Variablen unterscheiden, wurden sie für die Verlaufsmessungen als Trainingsgruppe gemeinsam betrachtet.

Primäre Outcome-Maße

Hinsichtlich der primären kindlichen Outcome-Maße zeigte sich, dass die Kinder bis zu einem Jahr nach der Teilnahme an der Intervention nachts seltener aufwachten (Reduktion der NAW) und insgesamt seltener nachts wach waren (Reduktion der TWT).

Sekundäre Outcome-Maße

1. Schlafmaße

Kindliche Schlafmaße

Die Anzahl kindlicher Diagnosen nahm nach dem Training signifikant ab und blieb bis zum letzten Messzeitpunkt signifikant reduziert. Auch die Anzahl an Tagesbeeinträchtigungen der Kinder konnte verringert werden und blieb bis zum Ein-Jahres-Follow-up stabil geringer. Die elterliche Bewertung des kindlichen Schlafes war ebenfalls nach dem Training signifikant besser, dieser Effekt war gleichermaßen bis zum letzten Messzeitpunkt stabil. Das Mini-KiSS-Training führt also im Langzeitverlauf zu deutlichen Verbesserungen des kindlichen Schlafes, auch hinsichtlich der elterlichen Bewertung. In Bezug auf die Schlaftagebücher, die die Eltern über die Kinder führten, zeigten sich auch signifikante Veränderungen bis zum Ein-Jahres-Follow-up auf folgenden weiteren Schlafparametern: die Schlafeffizienz (SE) konnte signifikant gesteigert werden und die Kinder brauchten weniger elterliche Einschlafhilfen. Ferner waren sie seltener nachts im Bett der Eltern.

Elterliche Schlafmaße

Bei den elterlichen Schlaftagebüchern gab es deutliche Unterschiede zwischen Müttern und Vätern. Die Eltern unterschieden sich bereits vor der Intervention insofern signifikant voneinander, als dass die Mütter ihren Schlaf sehr viel schlechter bewerteten als die Väter, sie nachts viel häufiger erwachten und länger wach waren und insgesamt eine schlechtere Schlafeffizienz hatten. Nach dem Training konnte der mütterliche Schlaf bezüglich aller Parameter außer der Schlafeffizienz (SE) signifikant verbessert werden, diese Effekte blieben bis zum letzten Messzeitpunkt stabil. Durch das Mini-KiSS-Training konnte also neben dem kindlichen auch der mütterliche Schlaf nachhaltig verbessert werden. Bei den Vätern hingegen gab es keine signifikanten Veränderungen. Es liegt die Vermutung nahe, dass das kindliche Schlafverhalten sehr viel größere Auswirkungen auf den Schlaf der Mutter als den des Vaters hat. Zum einen kann dies daran liegen, dass es durch das Stillen des Babys zur Gewohnheit geworden ist, dass die Mutter sich nachts um das Kind kümmert und auch einen entsprechend leichteren Schlaf hat und schneller auf kindliche Lautäußerungen reagiert

(wiater_2011). Das deckt sich auch mit den Berichten der Eltern, die im Rahmen der Elternabende mehrheitlich angaben, dass der Vater von kindlichen Lautäußerungen nachts nichts mitbekäme, sondern beispielsweise dadurch gestört werde, dass das Kind schließlich im Elternbett schlafe oder die Mutter mehrfach wegen des Kindes aufstehe. Zum anderen wurde von vielen Familien vor der Teilnahme am Mini-KiSS berichtet, dass der Vater aufgrund der Berufstätigkeit in einem anderen Zimmer/Teil des Hauses/der Wohnung schläft, um nicht durch die kindliche Schlafproblematik gestört zu werden. Die Tatsache, dass alle Väter Hauptverdiener der Familie waren und alle auch Vollzeit arbeiteten, kann die These nur bestätigen, dass sich in erster Linie die Mütter sowohl tags als auch nachts vermehrt um das Kind kümmern, um es dem Partner zu ermöglichen, seinem Beruf nachzugehen.

2. Kindliches Verhaltensmaß

Bezüglich des allgemeinen kindlichen Problemverhaltens ergaben sich signifikante Verbesserungen bis zum Ein-Jahres-Follow-Up. Ein Jahr nach Trainingsteilnahme wurden die Kinder von den Eltern als sehr viel unauffälliger hinsichtlich internalisierender sowie externalisierender Auffälligkeiten und der Gesamtauffälligkeit eingeschätzt. Das lässt darauf schließen, dass durch eine anhaltende Besserung der Schlafsituation insgesamt das Verhalten des Kindes am Tage stabiler wird und sich dadurch auch die Interaktion zwischen Eltern und Kind verbessert. Das kindliche Problemverhalten scheint sich also in der vorliegenden Studie als Folge der Verbesserung des Schlafverhaltens zu bessern, was auch dadurch unterstützt wird, dass es nicht unmittelbar nach der Teilnahme am Training zu Verbesserungen kam. Multiple Studien, in denen der Zusammenhang zwischen Schlafproblemen einerseits und Verhaltensauffälligkeiten andererseits gezeigt wurde, bestätigen diese Vermutung (gregory_2004; gruber_2000; hiscock_2007). Oord und Kollegen van_den_oord_2000 gehen ebenfalls davon aus, dass Schlafstörungen bei Kleinkindern sowohl Korrelate als auch Prädiktoren kindlicher emotionaler und Verhaltensstörungen sein können. In ihrem

Review geht Mindell **mindell_1993** davon aus, dass sich eine Behandlung der kindlichen Schlafproblematik auch auf das Problemverhalten des Kindes am Tage auswirkt, was in Einklang mit den genannten Resultaten im Rahmen der vorliegenden Studie steht.

3. Elternverhalten

Die schlafbezogene Selbstwirksamkeit der Eltern konnte durch das Training verbessert werden und blieb auch bis zum letzten Messzeitpunkt ein Jahr nach dem Training verbessert.

Die elterliche Depressivität verändert sich im Laufe des Mini-KiSS-Trainings bis zum Ein-Jahres-Follow-up insgesamt nicht. Auffällig ist, dass der mittlere Summenscore der Mütter vor der Teilnahme sich nicht signifikant vom Grenzwert der ADS von 17 Punkten unterscheidet, der der Väter hingegen schon. Nach diesem Kriterium waren die Mütter also vorher als depressiv einzustufen. Nach dem Training weicht der Mittelwert der Mütter jedoch signifikant von diesem Wert ab, die Depressivität konnte also über die Intervention reduziert werden. Im Langzeitverlauf wird diese Entwicklung jedoch nicht signifikant. Dennoch weist dieses Ergebnis auch darauf hin, dass die Mütter durch die kindliche Schlafsituation belasteter sind als die Väter, was auch in verschiedenen Studien gezeigt werden konnte (**hiscock_2007; lam_2003; wake_2006**). Unter anderem wiesen Moore und Kollegen **moore_2006** nach, dass die Schwere der kindlichen Schlafstörung mit der mütterlichen Ängstlichkeit und Depressivität zusammenhängt.

Die elterliche Gesamtbelastung konnte signifikant reduziert werden, hierbei gab es keinen Unterschied zwischen Müttern und Vätern. Auch dieses Ergebnis wird durch eine isländische Studie bestätigt, in der gezeigt werden konnte, dass sich die elterliche Belastung nach einer Intervention zur Behandlung der frühkindlichen Schlafstörung zwei Monate nach Ende dieser

signifikant gebessert hatte (**Thome_2005**).

Bei den Angaben zur Lebensqualität unterschieden sich die hier untersuchten Mütter und Väter wie auch bei der Depressivität bereits zu Beginn der Erhebung signifikant voneinander, was auch an dieser Stelle auf die mütterliche Belastung durch die kindliche Schlafstörung hinweist. Hinsichtlich ihrer körperlichen Verfassung gaben Mütter an, dass es ihnen schlechter ginge und auch ihre Lebensqualität schätzten die Mütter zu Beginn geringer ein. Beides konnte jedoch durch das Mini-KiSS-Training signifikant verbessert werden und diese Effekte blieben auch bis zum letzten Messzeitpunkt stabil. Grund hierfür könnten spezifische Inhalte des Mini-KiSS-Trainings sein, die gezielt zur Entlastung der Eltern zum Einsatz kommen, zum Beispiel die hypnotherapeutischen CDs oder das im Schlaftagebuch enthaltene Glückstagebuch, was dazu dienen soll, auch die positive Interaktion mit dem Kind im Tagesverlauf vermehrt zu bemerken (**Schlarb_2014**).

In der Partnerschaft konnten in der vorliegenden Studie keine Veränderungen beobachtet werden. Dazu gibt es in der Literatur wenige Befunde. Meijer und van den Wittenboer **Meijer_2007** konnten in einer Befragung von jungen Eltern zeigen, dass die Geburt des Kindes auf die eheliche Zufriedenheit Einfluss hat, diese wurde allerdings im Rahmen der Untersuchung mit lediglich vier Fragen erfasst. Auch Cowan und Kollegen **Cowan_1998** konnten in einem Review zeigen, dass sich in 13 von 15 Studien die eheliche Zufriedenheit nach der Geburt des ersten Kindes verschlechtert, was jedoch nichts darüber aussagt, inwiefern darauf gestörtes kindliches Schlafverhalten einwirkt. Weitere Forschung zum Zusammenhang von frühkindlichen Schlafstörungen und Partnerschaftsproblemen scheint nötig.

Zusammenfassend konnte gezeigt werden, dass sich das Mini-KiSS-Training positiv auf den kindlichen sowie elterlichen Schlaf und assoziierte Parameter auswirkt und diese Effekte der Intervention auch langfristig bestehen bleiben. Das kindliche Schlaf- sowie das allgemeine kindliche Problemver-

halten werden verbessert, diese Effekte konnten bis zum Ein-Jahres-Follow-up nachgewiesen werden. Auch der mütterliche Schlaf kann verbessert werden und bleibt bis zu einem Jahr nach der Intervention signifikant verbessert. Die mütterliche Depressivität wird über das Training hinweg geringer. Auch die elterliche Gesamtbelastung wird durch die Intervention bei Müttern und Vätern gleichermaßen reduziert und bleibt stabil geringer bis zum letzten Messzeitpunkt. Die Lebensqualität verändert sich signifikant nur bei den Müttern, aus deren Angaben ging jedoch bereits vor dem Training auch eine im Vergleich zu den Vätern deutlich reduzierte Lebensqualität hervor. Insgesamt wurde gezeigt, dass die durch das Mini-KiSS-Training erreichten Effekte stabil sind: Laut Hautzinger **hautzinger_2007** ist die Stabilität der untersuchten Effekte ein wichtiges Maß zur Beurteilung von Psychotherapie. Jedoch gab es keine ausreichend große Warte-Kontrollgruppe, um die unmittelbaren Trainingseffekte der Intervention untersuchen zu können. Eine Langzeitkontrollgruppe, anhand derer man die Effekte über den gleichen Untersuchungszeitraum hinweg ohne vorherige Intervention hätte beobachten können, ist aus ethischen Gründen nicht möglich, da es bedeuten würde, über ein Jahr eine frühkindliche Schlafstörung nicht zu behandeln. Aufgrund der Auswirkungen frühkindlicher Schlafstörungen auf das Kind und die Familie ist es lediglich vorstellbar, dass die Kontrollgruppe statt des Mini-KiSS-Trainings eine alternative Form der Behandlung erhält, beispielsweise Psychoedukation. Eine sogenannte aktive Psychoedukationsgruppe kommt in der Psychotherapieforschung häufig zum Einsatz (**Freedland_2011**) und wäre auch für künftige Studien zum Mini-KiSS-Training vorstellbar.

5.3.3 *Fragestellung II: Objektive Maße*

Um die Resultate der subjektiven Verfahren durch objektive Daten zu validieren, wurden zum einen Aktigraphen eingesetzt und zum anderen eine Teilstichprobe der Mütter um eine Haarprobe zur Cortisolverlaufswertbestimmung gebeten.

Die Auswertung der Aktigraphen, die die Mütter sowohl vor als auch unmittelbar nach Abschluss des Mini-KiSS-Trainings jeweils für sieben Tage und Nächte trugen, ergab Folgendes: Alle erhobenen Parameter konnten im Vorher-Nachher-Vergleich signifikant gebessert werden. Somit wird bestätigt, dass sich durch eine Intervention mit Mini-KiSS der mütterliche Schlaf nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv verbessert. Für Folgestudien wäre es interessant, Aktigraphie-Daten im Langzeitverlauf zu erheben, um eine nachhaltige objektive Verbesserung des mütterlichen Schlafes nachzuweisen. Dennoch konnte gezeigt werden, dass sich die Intervention signifikant positiv auch auf die Mütter dadurch auswirkt, dass die kindliche Schlafstörung erfolgreich behandelt wird. Somit liefert dieses Ergebnis erneut einen Beleg dafür, dass kindliche und elterliche Schlafschwierigkeiten sich gegenseitig bedingen (Cao_2008; rickert_1988) und auch durch eine Teilnahme am Mini-KiSS signifikant verbessert werden können. Insbesondere scheint der mütterliche Schlaf durch den schlechten Schlaf des Kindes in Mitleidenschaft gezogen zu werden, was sich mit Ergebnissen anderer Studien deckt (boergers_2007; Meltzer_2007).

Um die mütterliche Belastung durch einen weiteren objektiven Parameter abbilden zu können, wurden von einem Teil der Mütter Haarproben entnommen. Anhand dieser wurde untersucht, ob sich im Vergleich zwischen vor und drei Monaten nach dem Training der Haarcortisolwert, der als Maß für chronischen Stress dient (Dettenborn_2010; Skoluda_2012; Stalder_2012), unterscheidet. Obwohl sich zwar bei Einzelpersonen und auch bei Betrachtung der Medianwerte die Cortisolkonzentration reduzierte, wurde dieser Unterschied nicht signifikant. Anzumerken ist, dass sich nur sehr wenige Mütter dazu bereit erklärten, eine Haarprobe entnehmen zu lassen. Für künftige Studien wäre es denkbar, dass die Abgabe eines Haarsamples bereits als Einschlussbedingung für die Studie gilt. Gleichwohl handelt es sich bei der Haarcortisolbestimmung um ein aussichtsreiches, schnelles und nicht-invasives Verfahren zu Bestimmung eines Stressparameters im Langzeitverlauf, der im Rahmen

künftiger Studien Anwendung finden sollte (**Stalder_2012**), was auch im Rahmen der vorliegenden Studie bestätigt werden kann.

5.3.4 *Fragestellung III: Trainingsevaluation*

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die abschließende elterliche Gesamtbewertung des Trainings ausgewertet. Insgesamt fiel diese sehr positiv aus, 20 Familien vergaben im Mittel eine Gesamtnote von 1,05. Die Eltern gaben überhaupt nur Noten zwischen 1 und 2 an, was auf eine große Akzeptanz des Mini-KiSS-Trainings schließen lässt. Dies deckt sich auch mit einer Studie dazu, in der jedoch die Eltern unmittelbar nach ihrer Teilnahme um eine Bewertung gebeten wurden (**Schlarb_2011**). Weiterempfehlen würden 85,7% der Eltern das Training und selbst wieder teilnehmen würde auch die Mehrheit der Eltern (76,2%). Insgesamt waren die Eltern ihrer Angaben zufolge sehr zufrieden.

Es gibt jedoch noch keine Studien, mit denen die hier vorgestellten Resultate, die ein Jahr nach der Teilnahme erhoben wurden, verglichen werden können. Zur Qualitätsprüfung wäre es wünschenswert, auch künftig das elterliche Urteil sowohl direkt nach der Teilnahme als auch mit zeitlichem Abstand zur Intervention einzuholen, um so auch die elterliche Sicht auf das Training zu erfassen und es gegebenenfalls an elterliche Bedürfnisse und Wünsche anpassen zu können. Dass Effekte der sozialen Erwünschtheit in die elterlichen Bewertungen eingeflossen sind, kann jedoch auch nicht ausgeschlossen werden.

5.4 METHODISCHE KRITIK

Es gibt auch einige Punkte bezüglich der Durchführung der Studie und ihres Designs, die kritisch betrachtet werden müssen. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl in der Wartegruppe wurde das Warte-Kontroll-Gruppen-Design verworfen. Zur Untersuchung der Trainingseffekte wurden beide

Gruppen gemeinsam betrachtet, da sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu t_1 ergaben. Für künftige Studien wäre eine Gleichverteilung der Teilnehmer in die Experimental- und Wartegruppe sinnvoll, um gleiche Stichprobengrößen zu erhalten. Statt eines reinen Warte-Kontroll-Designs wäre es für künftige Untersuchungen auch empfehlenswert, auf eine alternative Intervention zurückzugreifen, die für die Eltern von gleicher Dauer und gleichem Umfang wie das Mini-KiSS-Training zur Verfügung gestellt wird. Anbieten würde sich beispielweise eine sechswöchige Psychoedukationsgruppe, in der die Eltern über den Schlaf im Kleinkindalter und dessen Besonderheiten aufgeklärt werden.

Als weiterer Kritikpunkt ist zu nennen, dass auch das Älterwerden der Kinder an sich schon zu einer Entspannung bezüglich der Schlafsituation führen kann, ohne dass eine Intervention nötig wäre (**fegert_1997**; **Scholtes_2014**). Es bleibt dementsprechend unklar, welche Rolle Entwicklungs- und Reifeprozesse der Kinder in der vorliegenden Untersuchung spielten. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass es sich bei vielen Schlafstörungen um passagere Phänomene handelt, die mit dem Altern des Kindes vergehen (**wolke_1994**). Für künftige Untersuchungen wäre es vorstellbar, beispielsweise eine Wartekontrollgruppe einzuführen, die erst an allen Messzeitpunkten regulär teilnimmt und danach an der Intervention. So könnten mögliche Alterungseffekte kontrolliert bzw. ausgeschlossen werden. In Bezug auf den letzten Messzeitpunkt ein Jahr nach Teilnahme an dem Mini-KiSS-Training ist es nicht mehr nachvollziehbar, inwiefern die Veränderungen hinsichtlich der erhobenen Parameter tatsächlich auf die Intervention zurückzuführen sind, da sich im Laufe der Zeit multiple Einflüsse ebenfalls hätten auswirken können (z. B. Berufstätigkeit der Eltern, Geburt eines Geschwisterkindes, Wechsel der Betreuungseinrichtung). Künftig würde es sich anbieten, einen Langzeitvergleich mit einer gesunden Stichprobe anzustreben, um entsprechende Einflüsse überhaupt kontrollieren zu können.

Ferner war die Teilnahme der Eltern am Training und den Katamnesen freiwillig. Es ist möglich, dass nur diejenigen Familien an allen weiteren Katamneseterminen teilnahmen, die der Intervention grundsätzlich positiv gegenüber standen und/oder Familien, in denen es durch ihre Teilnahme auch zu Verbesserungen hinsichtlich der Schlafsituation gekommen ist. Derartige Selektionseffekte könnten die Ergebnisse dahingehend verzerrt haben, als dass weniger Daten von Familien vorliegen, bei denen es nicht zu gewünschten Effekten kam oder die mit der Art der Intervention generell nicht zufrieden waren. Auffällig ist im Rahmen der vorliegenden Untersuchung, dass die Eltern zwar bereitwillig zu den persönlichen Gesprächen kamen, es jedoch einige Familien gab, die die Anzahl an Fragebögen störte und diese dann auch nicht mehr ausgefüllt wurden. Grundsätzlich ist für künftige Untersuchungen diesbezüglich also zu überlegen, ob man entweder grundsätzlich die Anzahl an Erhebungsinstrumenten reduziert und/oder diese verpflichtend als Teilnahmebedingung einführt, um dahingehend die Compliance der Eltern zu erhöhen.

Ebenfalls anzumerken ist die Stichprobengröße, die sich vor allem hinsichtlich der letzten Messzeitpunkte verringerte. Für Folgestudien zur Replikation der präsentierten Ergebnisse sollte die Stichprobe vergrößert werden. Dann wäre es beispielsweise auch möglich, die Stichprobe der teilnehmenden Kinder nach Altersgruppen getrennt zu betrachten. Da das Mini-KiSS für Familien mit Kindern im Alter von sechs Monaten bis vier Jahren konzipiert wurde (Schlarb_2014), ist die Altersvarianz entsprechend groß. Das wirkt sich z. B. auf die Anzahl und Dauer an Tagesschlaf sowie auf die Zubettgehzeit aus. Entsprechend könnte also künftig bei einer größeren Stichprobe nach Altersgruppen oder auch Diagnosen getrennt ausgewertet werden, um zu überprüfen, ob sich die Intervention in Abhängigkeit von Alter und/oder Diagnosen verschieden auf die Kinder auswirkt.

5.5 FAZIT

Abschließend kann gesagt werden, dass sich das Mini-KiSS-Training hinsichtlich aller im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Fragestellungen als wirksam erwiesen hat. Es hat nicht nur zu einer nachhaltigen Verbesserung des kindlichen Schlafes und weiterer damit assoziierter Variablen geführt, sondern wirkte sich auch positiv auf den elterlichen Schlaf und das Wohlergehen der Eltern aus. Diese Verbesserungen blieben auch im Langzeitverlauf stabil. Auch bezüglich der objektiven Parameter konnten im Prä-Post-Vergleich Verbesserungen erzielt werden. Für den Langzeitvergleich konnten mittlere bis große Effekte gefunden werden (**bortz_2013; Rasch_2009**). Ebenfalls zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass die Eltern das Training zum letzten Messzeitpunkt als sehr positiv bewerteten, mit der Intervention zufrieden waren und diese auch an andere Eltern weiterempfehlen würden.

Insgesamt konnte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die externe Validität des Mini-KiSS-Trainings von Schlarb **Schlarb_2014** bestätigt werden. Das Training führte zu langfristigen positiven Veränderungen bezüglich der kindlichen Schlafproblematik sowie der elterlichen Belastung. Unmittelbare Verbesserungen nach der Teilnahme an der Intervention konnten auch mit objektiven Verfahren gezeigt werden.

AUSBLICK

Für diese Arbeit wurde zunächst das elterliche Wissen über den Schlaf bei Kleinkindern untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass die Eltern über ein insgesamt gutes Wissen verfügten, das im Anwendungsbereich deutlich über dem des Faktenwissens lag. In bestimmten Bereichen gab es jedoch auch Unsicherheiten und Wissenslücken, die noch genauer erfasst und künftig durch niederschwellige und anonyme Beratungs- und Informationsangebote geschlossen werden sollten. Auffällig war, dass viele Eltern Symptome von Schlafstörungen bei ihren Kindern angaben. So konnte repliziert werden, dass subklinische Schlafschwierigkeiten weit verbreitet sind. Befragt zu Behandlungsmöglichkeiten kindlicher Schlafprobleme, sprachen sich viele Eltern zumeist vehement gegen die nächtliche graduierte Exposition aus. Es ergab sich also bereits im Rahmen der Befragung ein Hinweis auf die nachfolgend aufgegriffene Kontroverse „Searseraner“ vs. „Ferberaner“. Diese wurde anschließend im Rahmen einer literaturanalytischen Betrachtung von Elternratgebern für das Kindes- und Kleinkindalter erneut aufgegriffen. Hinsichtlich der analysierten Ratgeber für das Kleinkind- und Kindesalter werden diese beiden Positionen vertreten und kontrovers diskutiert. Es wurde deutlich, dass die Autoren neben der Vorstellung der eigenen Lösungsmethode der Schlafproblematik häufig auch gegen andere Optionen argumentieren und den Leser diesbezüglich zu beeinflussen suchen. Auch bezüglich der Aktualität der wissenschaftlichen Grundlagen und der Genauigkeit der präsentierten Informationen zeigte sich ein heterogenes Bild. Vor der Veröffentlichung auf dem Buchmarkt und der damit einhergehenden freien Verfügbarkeit wäre eine fachliche Prüfung von Ratgeberliteratur für Schlafschwierigkeiten im Kindesalter wünschenswert. Umfassendere Analysen hierzu sind für künftige Arbeiten zu empfehlen.

Für persistierende und oder chronische Schlafstörungen im Kleinkindalter reicht das niederschwellige Angebot der Ratgeberliteratur nicht aus. Zur Behandlung diagnostizierbarer nicht-organischer Schlafstörungen im Kleinkindalter wurde deshalb in der vorliegenden Arbeit das einzige Gruppentrainingsprogramm für Eltern von Kindern im Alter von sechs Monaten bis vier Jahren Mini-KiSS durchgeführt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit erfolgreich überprüft. Es konnte gezeigt werden, dass es in verschiedenen Bereichen von Nutzen ist. So wirkt es sich sowohl auf die Kinder als auch auf die Eltern in Bezug auf Schlaf und assoziierte Parameter gleichermaßen aus und beeinflusst auch ihre Interaktion positiv. Neben der Verbesserung der Kernsymptomatik konnten die Eltern positiv hinsichtlich ihrer Erziehungskompetenzen beeinflusst werden, ferner wurden elterliche Ressourcen gestärkt. Somit konnten zu Beginn der Arbeit genannte Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung als Folge der psychischen Erkrankung/Schlafstörung reduziert werden. Dementsprechend kann das Mini-KiSS-Training zur psychotherapeutischen Behandlung von Schlafstörungen im Baby- und Kleinkindalter empfohlen werden.

Zusammenfassend wird die Schlussfolgerung gezogen, dass die Ergebnisse dieser Arbeit einen wichtigen Beitrag zur aktuellen Forschung im Bereich der nicht-organischen Schlafstörungen im Kleinkindalter leisten. Die Untersuchung elterlichen Wissens über den Schlaf ihrer Kleinkinder ist als richtungsweisend für künftige Forschung einerseits und für die Entwicklung niederschwelliger Beratungsangebote andererseits zu sehen. Bei der Betrachtung der Ratgeberliteratur für das Kindes- und Kleinkindalter konnte gezeigt werden, dass diese sich hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Grundlagen, Empfehlungen zur Kindererziehung und der dargestellten therapeutischen Konzepte stark unterscheiden. Umfassende Qualitätskontrollen und beispielsweise verpflichtende Literaturangaben wären künftig wünschenswert, ebenso auch weiterführende Untersuchungen, in die eine größere Anzahl an Ratgebern eingeschlossen werden können. In Bezug auf das Elterntrainingsprogramm Mini-KiSS konnte dessen externe Validität im Langzeitverlauf einerseits und

im Prä-Post-Design in Bezug auf objektive Parameter andererseits bestätigt werden.

ANHANG

A.1	Elternbefragung: Wissensfragen	215
A.2	Elternbefragung: Anwendungsfragen	217
A.3	Elternbefragung: Beantwortung der Wissensfragen	218
A.4	Elternbefragung: Beantwortung der Anwendungsfragen	220
A.5	Literaturanalyse: Tabellarische Übersicht	221
A.6	Mini-KiSS: Elterninformationsschreiben	225
A.7	Mini-KiSS: Aufklärungsschreiben	227
A.8	Mini-KiSS: Einverständniserklärung	229
A.9	Mini-KiSS: Fragebogen zur schlafbezogenen Selbstwirksamkeit	230
A.10	Mini-KiSS: Elternschlafprotokoll	231
A.11	Mini-KiSS: Kinderschlafprotokoll	233
A.12	Mini-KiSS: Gesamtevaluation	235

a.1 Elternbefragung: Wissensfragen mit Antworten und Quellen.

Aussage	Antwort	Quelle
Unangemessenes Schlafverhalten kann bei Kleinkindern zu Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität oder Unaufmerksamkeit führen	Richtig	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Fricke-Oerkermann & Lehmkuhl, 2011; Lehmkuhl et al., 2008; Mindell & Owens, 2003; Mindell et al., 1994; Steinberg et al., 2000; Wiater et al., 2005
Schlafstörungen bei Kleinkindern haben keine nachhaltigen negativen Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung	Falsch	Backhaus, Hoeckesfeld, Born, Hohagen, & Junghanns, 2008; Jan et al., 2010; Lehmkuhl, Frölich, & Fricke-Oerkermann, 2011; Steinberg et al., 2000; von Gontard, 2010; Wiater, 2014
Durch Erziehungstechniken können häufiges Aufwachen in der Nacht und auch Widerstände beim Zubettgehen bei Kleinkindern beeinflusst werden	Richtig	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Hiscock & Davey, 2012; Mindell, 1993; Mindell et al., 1994; Schlarb, 2011, 2014; Wiater, 2014
Nach dem Aufwachen auf Grund eines Nachtschrecks (nächtliches Hochschrecken, meist verbunden mit lautem Schreien und Weinen, das Kind lässt sich nicht oder nur schwer beruhigen) schläft das Kind bald wieder ein und kann sich am Morgen nicht daran erinnern	Richtig	AASM, 2005; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Mindell et al., 1994; Stuck, Maurer, Schredl, & Weeß, 2009
Schlafstörungen bei Kleinkindern können psychisch bedingt sein	Richtig	Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Lee-Chiong, 2006; Schlarb, 2011
Mädchen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für nächtliches Einnässen als Jungen	Falsch	Butler & Heron, 2008; Harari, 2013; Lee-Chiong, 2006; Mindell et al., 1994; Scheuermann & Wiater, 2009
Kinder gleichen Alters benötigten alle die gleiche Menge Schlaf	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Schlarb, 2011
Säuglinge und Kleinkinder erwachen während des Schlafs mehrere Male für eine kurze Zeitdauer	Richtig	DGSM, 2011; Schlarb, 2011; Wiater, 2014; Zulley, 2010
Das Schlafverhalten eines Kleinkindes hat keinen Einfluss auf das Schlafverhalten der Eltern	Falsch	Boergers et al., 2007; DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann & Lehmkuhl, 2011; Meltzer & Mindell, 2007; Schlarb, 2011; Schlarb, Gulewitsch, & Hautzinger, 2010
Schlafstörungen bei Kleinkindern können körperlich bedingt sein	Richtig	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Lee-Chiong, 2006; Lehmkuhl et al., 2011; Schlarb, 2011
Bei anhaltenden kindlichen Ein- und Durchschlafstörungen ist ein gezieltes Eingreifen nicht notwendig, da sich diese im Laufe der kindlichen Entwicklung von selbst regulieren	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Schlarb et al., 2010
Der Tag-Nacht-Rhythmus wird in den ersten Lebensmonaten gelernt	Richtig	Boergers et al., 2007; DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Lee-Chiong, 2006; Schlarb, 2011, 2014; Scholtes, Benz, & Demant, 2014; Stuck & Fricke-Oerkermann, 2009; Zulley, 2010
Lange und häufige Schläfchen tagsüber beeinträchtigen den Nachtschlaf nicht	Falsch	Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Schreck & Richdale, 2011
Häufiges Schnarchen bei Kleinkindern kann ein Hinweis auf das Vorliegen einer schlafbezogenen Atmungsstörung sein	Richtig	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Hiscock & Davey, 2012; Wiater, 2014
Schlaf hilft, Wissen bei Kleinkindern zu verfestigen	Richtig	Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Schäfer, 2011; Schlarb, 2011; Steinberg et al., 2000; Wiater, 2014; Wilhelm, Prehn-Kristensen, & Born, 2012; Zulley, 2010

Ausgiebiges Füttern von Säuglingen in der Nacht kann dazu führen, dass der Säugling häufiger aufwacht	Richtig	Ball, 2003; Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Galbally et al., 2013; Hiscock & Davey, 2012; Schlarb, 2011b; Schreck & Richdale, 2011
Der plötzliche Kindstod ist die häufigste Todesursache bei Babys im Alter zwischen einem Monat und einem Jahr	Falsch	Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 2010; Statistisches Bundesamt, 2013
Kindliche Schlafstörungen wirken sich meist nicht auf das familiäre Leben aus	Falsch	Cao & Guilleminault, 2008; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Lam et al., 2003; Lehmkuhl et al., 2008; Meltzer & Mindell, 2007; Mindell, 1993; Mindell & Owens, 2003; Schlarb et al., 2010
Vermehrte Atemaussetzer bei Frühgeborenen müssen nicht behandelt werden, das ist normal	Falsch	Di Fiore, Martin, & Gauda, 2013; Erler, 2011; Scheuermann & Wiater, 2009
Kleinkinder ab ca. drei Jahren machen in der Regel keinen Mittagschlaf mehr	Richtig	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Schäfer, 2011
Mit zunehmendem Alter entwickeln Säuglinge ein Gespür für ihren individuellen Schlafbedarf	Richtig	DGSM, 2011; Schlarb, 2011; Scholtes et al., 2014
Schlafbezogene Ängste, wie etwa die Angst vor Monstern, haben nur wenige Kleinkinder	Falsch	Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007a; Fricke-Oerkermann & Lehmkuhl, 2011; Hiscock & Davey, 2012
Häufiges und vermehrtes Schwitzen in der Nacht ist bei Kleinkindern ein Hinweis auf das Vorliegen einer Schlafstörung	Richtig	AASM, 2005; Erler, 2011; Maurer, Weeß, & Schredl, 2013; Stuck & Fricke-Oerkermann, 2009; Wiater, 2014
Träume von Kleinkindern haben keinen Bezug zu ihren Erfahrungen am Tag	Falsch	Schredl, 2009
Überdauernde und schwere Schlafprobleme bei Kleinkindern können langfristige Auswirkungen bis ins frühe Erwachsenenalter haben	Richtig	Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Gregory et al., 2005; Gregory & O'Connor, 2002; Wong, Brower, & Zucker, 2009; Wong et al., 2004
Der Schlafzyklus (= Zeit, die benötigt wird, um einmal alle Schlafstadien zu durchlaufen) der Eltern ist länger als der eines Säuglings	Richtig	Borbély, 2004; Schäfer, 2011; Schlarb, 2011; Scholtes et al., 2014; Wiater, 2014; Zulley & Hajak, 2005
Schlafstörungen bei Kleinkindern können durch die Erziehung bedingt sein	Richtig	AASM, 2005; DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann & Lehmkuhl, 2011; Lehmkuhl et al., 2011; Schlarb, 2011
Schlaf hat bei Säuglingen eine hohe Bedeutung für die Entwicklung des Gehirns	Richtig	Jan et al., 2010; Kuhn & Elliott, 2003; Schäfer, 2011; Schlarb, 2011; Schlarb, Milicevic, Schwerdtle, & Nuerk, 2012
Tagsüber gibt es bei Babys und Kleinkindern keine Hinweise auf das Vorliegen einer Schlafstörung	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Mindell & Owens, 2003
Säuglinge, die gestillt werden, sollten ca. ab dem dritten Monat lernen, dass die Brust der Mutter nicht notwendig zum Einschlafen ist	Richtig	DGSM, 2011; Schlarb, 2014
Der Schlaf ist wichtig für das Wachstum des Kleinkindes	Richtig	Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Lampl & Johnson, 2011; Mindell & Owens, 2003; Schäfer, 2011; Schlarb, 2011, 2014; Wiater, 2014; Zulley, 2010

a.2 Elternbefragung: Anwendungsfragen mit Antworten und Quellen.

Aussage	Antwort	Quelle
Ruhige Tätigkeiten am Abend, wie etwa vorlesen, können sich positiv auf das Einschlafen auswirken	Richtig	DGSM, 2011; Schlarb, 2011; Zulley, 2010
Viel Essen direkt vor dem Schlafengehen macht müde und führt zu schnellerem Einschlafen	Richtig	Borbély, 2004; DGSM, 2011
Es sollte jeden Abend die gleiche Person sein, die das Baby oder Kleinkind ins Bett bringt	Falsch	Schlarb, 2011
Wenn Kleinkinder nicht gehorchen, sollen sie unter anderem ins Bett gelegt werden	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Schlarb, 2011
Die Schlafumgebung des Kleinkindes sollte anregend und mit Licht gestaltet werden	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Schlarb, 2011; Zulley, 2010
Toben direkt vor dem Schlafengehen macht wach und verzögert das Einschlafen	Richtig	Borbély, 2004; DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Stuck & Fricke-Oerkermann, 2009
Kleinkinder können auf dem Sofa o. ä. einschlafen und danach schlafend ins Bett gebracht werden	Falsch	Schlarb, 2011a, 2011b
Zubettgehrte und Einschlafrituale können so lange dauern wie sie wollen	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Schlarb, 2011b
Für einen guten Schlaf ist es nicht hilfreich, wenn die Kinder tagsüber auch im Bett spielen, um sich mit dem Bett vertraut zu machen	Richtig	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a; Schlarb, 2011b
Auf jedes Rufen oder Schreien von Säuglingen und Kleinkindern sollte umgehend reagiert werden	Falsch	Kuhn & Floress, 2008; Schlarb, 2011a
Rücken streicheln oder eine sanfte Massage helfen Säuglingen und Kleinkindern nicht dabei zu entspannen und schneller einzuschlafen	Falsch	Fricke-Oerkermann & Lehmkuhl, 2011; Schlarb, 2014
Ausreichend Bewegung am Tag ist wichtig für einen guten Nachtschlaf	Richtig	Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Schlarb, 2011b; Stuck & Fricke-Oerkermann, 2009
Für Kleinkinder ist es wichtig, einen festen Rhythmus zu haben – also zu ähnlichen Uhrzeiten zu essen, ins Bett zu gehen und aufzustehen	Richtig	Borbély, 2004; DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Gruber & Sheshko, 2008; Schlarb, 2011b; Wiater, 2014; Zulley, 2010
Für das Wickeln in der Nacht ist helles Licht unverzichtbar	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Schlarb, 2011b
Fernsehen vor dem Zubettgehen ist gut für einen ruhigen Ausklang des Tages und erleichtert das Einschlafen der Kleinkinder	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Schlarb, 2011b; Zulley, 2010
Kleinkinder und Säuglinge sollten ins Bett gebracht werden, wenn sie schläfrig aber gleichzeitig noch wach sind	Richtig	Kuhn & Floress, 2008; Montgomery-Downs, 2008
Säuglinge und Kleinkinder sollten in der Regel bei den Eltern im gemeinsamen Familienbett schlafen dürfen	Falsch	DGSM, 2011; Fricke-Oerkermann et al., 2007b; Schlarb, 2011b
Abendliche Rituale sind nicht wichtig für das Schlafverhalten des Kleinkindes	Falsch	Borbély, 2004; Fricke-Oerkermann et al., 2007a, 2007b; Schlarb, 2011b; Zulley, 2010

a.3 Elternbefragung: Beantwortung des Wissensfragen (Angaben in %).

Aussage	Richtig beantwortet	Falsch beantwortet	Weiß nicht
Unangemessenes Schlafverhalten kann bei Kleinkindern zu Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität oder Unaufmerksamkeit führen	59,3	12,3	28,4
Schlafstörungen bei Kleinkindern haben keine nachhaltigen negativen Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung	59,3	15,6	25,1
Durch Erziehungstechniken können häufiges Aufwachen in der Nacht und auch Widerstände beim Zubettgehen bei Kleinkindern beeinflusst werden	60,5	20,1	19,4
Nach dem Aufwachen auf Grund eines Nachtschrecks (nächtliches Hochschrecken, meist verbunden mit lautem Schreien und Weinen, das Kind lässt sich nicht oder nur schwer beruhigen) schläft das Kind bald wieder ein und kann sich am Morgen nicht daran erinnern	69,9	7,7	22,4
Schlafstörungen bei Kleinkindern können psychisch bedingt sein	72,3	3,7	24,0
Mädchen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für nächtliches Einnässen als Jungen	35,9	2,6	61,5
Kinder gleichen Alters benötigten alle die gleiche Menge Schlaf	89,6	4,7	5,7
Säuglinge und Kleinkinder erwachen während des Schlafs mehrere Male für eine kurze Zeitdauer	88,4	2,3	9,3
Das Schlafverhalten eines Kleinkindes hat keinen Einfluss auf das Schlafverhalten der Eltern	88,8	7,3	3,9
Schlafstörungen bei Kleinkindern können körperlich bedingt sein	64,7	3,0	31,7
Bei anhaltenden kindlichen Ein- und Durchschlafstörungen ist ein gezieltes Eingreifen nicht notwendig, da sich diese im Laufe der kindlichen Entwicklung von selbst regulieren	43,1	20,5	36,4
Der Tag-Nacht-Rhythmus wird in den ersten Lebensmonaten gelernt	84,7	9,8	5,5
Lange und häufige Schläfchen tagsüber beeinträchtigen den Nachtschlaf nicht	66,2	21,5	12,3
Häufiges Schnarchen bei Kleinkindern kann ein Hinweis auf das Vorliegen einer schlafbezogenen Atmungsstörung sein	51,6	7,5	40,9
Schlaf hilft, Wissen bei Kleinkindern zu verfestigen	81,6	1,9	16,5
Ausgiebiges Füttern von Säuglingen in der Nacht kann dazu führen, dass der Säugling häufiger aufwacht	38,5	29,8	31,7
Der plötzliche Kindstod ist die häufigste Todesursache bei Babys im Alter zwischen einem Monat und einem Jahr	11,5	63,2	25,3
Kindliche Schlafstörungen wirken sich meist nicht auf das familiäre Leben aus	81,0	15,1	3,7
Vermehrte Atemaussetzer bei Frühgeborenen müssen nicht behandelt werden, das ist normal	66,8	7,6	25,6
Kleinkinder ab ca. drei Jahren machen in der Regel keinen Mittagsschlaf mehr	46,6	36,4	17,0
Mit zunehmendem Alter entwickeln Säuglinge ein Gespür für ihren individuellen Schlafbedarf	73,7	8,3	18,0
Schlafbezogene Ängste, wie etwa die Angst vor Monstern, haben nur wenige Kleinkinder	57,4	10,0	32,6
Häufiges und vermehrtes Schwitzen in der Nacht ist bei Kleinkindern ein Hinweis auf das Vorliegen einer Schlafstörung	8,4	27,5	64,1

Träume von Kleinkindern haben keinen Bezug zu ihren Erfahrungen am Tag	82,0	4,7	13,3
Überdauernde und schwere Schlafprobleme bei Kleinkindern können langfristige Auswirkungen bis ins frühe Erwachsenenalter haben	60,4	3,3	36,3
Der Schlafzyklus (= Zeit, die benötigt wird, um einmal alle Schlafstadien zu durchlaufen) der Eltern ist länger als der eines Säuglings	41,6	16,0	42,4
Schlafstörungen bei Kleinkindern können durch die Erziehung bedingt sein	52,7	12,5	34,8
Schlaf hat bei Säuglingen eine hohe Bedeutung für die Entwicklung des Gehirns	94,0	0,9	5,1
Tagsüber gibt es bei Babys und Kleinkindern keine Hinweise auf das Vorliegen einer Schlafstörung	42,9	11,7	45,4
Säuglinge, die gestillt werden, sollten ca. ab dem dritten Monat lernen, dass die Brust der Mutter nicht notwendig zum Einschlafen ist	38,0	38,9	23,1
Der Schlaf ist wichtig für das Wachstum des Kleinkindes	89,7	2,6	7,7

a.4 Elternbefragung: Beantwortung des Anwendungsfragen (Angaben in %).

Aussage	Richtig beantwortet	Falsch beantwortet	Weiß nicht
Ruhige Tätigkeiten am Abend, wie etwa vorlesen, können sich positiv auf das Einschlafen auswirken	98,3	0,9	0,8
Viel Essen direkt vor dem Schlafengehen macht müde und führt zu schnellerem Einschlafen	10,2	76,5	13,3
Es sollte jeden Abend die gleiche Person sein, die das Baby oder Kleinkind ins Bett bringt	66,2	23,6	10,2
Wenn Kleinkinder nicht gehorchen, sollen sie unter anderem ins Bett gelegt werden	96,9	0,2	2,9
Die Schlafumgebung des Kleinkindes sollte anregend und mit Licht gestaltet werden	85,8	6,6	7,6
Toben direkt vor dem Schlafengehen macht wach und verzögert das Einschlafen	78,9	13,3	7,8
Kleinkinder können auf dem Sofa o. ä. einschlafen und danach schlafend ins Bett gebracht werden	57,9	26,8	15,3
Zubettgehrituale und Einschlafrituale können so lange dauern wie sie wollen	64,6	25,2	10,2
Für einen guten Schlaf ist es nicht hilfreich, wenn die Kinder tagsüber auch im Bett spielen, um sich mit dem Bett vertraut zu machen	32,9	42,6	24,5
Auf jedes Rufen oder Schreien von Säuglingen und Kleinkindern sollte umgehend reagiert werden	38,0	57,4	4,6
Rücken streicheln oder eine sanfte Massage helfen Säuglingen und Kleinkindern nicht dabei, zu entspannen und schneller einzuschlafen	79,2	13,3	7,5
Ausreichend Bewegung am Tag ist wichtig für einen guten Nachtschlaf	95,4	1,2	3,4
Für Kleinkinder ist es wichtig, einen festen Rhythmus zu haben – also zu ähnlichen Uhrzeiten zu essen, ins Bett zu gehen und aufzustehen	94,9	3,2	1,9
Für das Wickeln in der Nacht ist helles Licht unverzichtbar	98,2	0,8	1,0
Fernsehen vor dem Zubettgehen ist gut für einen ruhigen Ausklang des Tages und erleichtert das Einschlafen der Kleinkinder	93,4	1,5	5,1
Kleinkinder und Säuglinge sollten ins Bett gebracht werden, wenn sie schläfrig, aber gleichzeitig noch wach sind	77,9	9,7	12,4
Säuglinge und Kleinkinder sollten in der Regel bei den Eltern im gemeinsamen Familienbett schlafen dürfen	43,7	40,4	15,9
Abendliche Rituale sind nicht wichtig für das Schlafverhalten des Kleinkindes	78,2	20,0	1,8

a.5 Literaturanalyse: Tabellarische Übersicht.

AutorIn	Titel	Erscheinungsjahr	Auflage	Fachhintergrund	Nur als E-Book	Amazon-Bewertungen am 31.03.2015	Deutsche Nationalbibliothek	Verlag	Preis in Euro
Barratt, J.	So lernt Ihr Kind schlafen. Ruhige Nächte - entspannter Familienalltag	2014	1			0		Dorling Kindersley	9,95
Berger, C.	Schlaf, Kindlein, schlaf. Ursachen und Hilfe, wenn ihr Baby nicht schläft	2014	1			5	Nicht verz.	CreateSpace Independent Publishing	7,99
Bergman, A.	Erfolgreich zum gesunden Babyschlaf. Einschlafen und Durchschlafen auf sanftem Weg	2012	1		E-Book	15		eBusiness Schneider	9,99
Brazelton, T.B., Sparrow, J.D.	So schläft mein Kind die ganze Nacht.	2009	1	Kinderarzt; Psychiater		1		Knauer	7,95
Brehm, C.	Wie Babys schlafen lernen	2013	1	Pädagogin		2	Nicht verz.	CreateSpace Independent Publishing	6,97
Estivill, E.	So lernen alle Kinder schlafen	2004	1	Kinderarzt		12		Heyne	nur gebraucht erhältlich
Ezzo, G., Bucknam R.	Babywise – Schlaf gut, mein kleiner Schatz	2014	1	Familienberater; Kinderarzt		8		Gerth Medien	6,99
Friedrich, S.	100 Fragen: Babyschlaf	2004	1	Psychologin		4		Rowohlt Taschenbuch	3,92

Herman, E., Valentin, S.	Mein Kind schläft durch.	2007	1	Journalistin; Psychologe	34	Ullstein	17,95	
Karp, H.	Das glücklichste Baby der Welt - Schlafbuch	2013	1	Kinderarzt	36	Goldmann	9,99	
Kast-Zahn, A.,Morgen- roth, H.	Jedes Kind kann schlafen lernen	2013	1	Psych. Psycho- therapeutin; Kinderarzt	244	Gräfe und Unzer	19,99	
Kovacs, H., Kaltenthaler, B.	Mein Kind lernt schlafen	2005	1	Ärztin; Journalistin	7	Gondrom	3,90	
Kunze, P., Keudel, H.	Schlafen lernen	2012	4	Journalistin; Kinderarzt	68	Gräfe und Unzer	9,99	
Lenbet, A.	Babyschlaf. Die Irrtümer und ihre Folgen	2013	2	Psychologin	E-Book	3	Arendt	9,99
Lenbet, A.	Lotta schläft – endlich. Einschlafen durchschlafen ausschlafen	2013	1	Psychologin		25	Trias	14,99
Lüpold, S.	Ich will bei euch schlafen.	2014	1	Kranken- schwester, Stillbera- terin		12	Urania	14,99
Maier, T.	Wie Babys schlafen und wie Sie ihnen dabei helfen können	2011	1		E-Book	0	Kindle edition	3,56
Pantley, E.	Schlafen statt Schreien.	2014	2			205	Trias	17,99

Prekop, J.	Schlaf, Kindlein – verflüxt nochmal.	2013	1	Psychologin	22	Kösel	14,99	
Rankl, C.	Endlich durchschlafen.	2013	6	Psychologin und Psychotherapeutin	43	Patmos	14,95	
Richter-Ulmer, N.	Wie Kinder schlafen lernen. Entspannt und ruhig durch die Nacht	2010	3		9	Compact via	5,99	
Richter-Ulmer, N.	Ein- und Durchschlafen. Ruhig durch die Nacht	2009	1		4	Compact via	nur gebraucht erhältlich	
Sears, W.	Schlafen und Wachen.	2010	4 (2.Ausg.)	Kinderarzt	107	La Leche-Liga	18,90	
Skula, A.	Sweet Dreams. So findet Ihr Baby den besten Schlafrhythmus	2013	1	Kinderkrankenschwester	2	Kösel	17,99	
Solmaz, E.	Besucherritze	2013	1	Sozialpädagogin	109	Beltz	12,95	
Treistmann, A.	Schlaf gut, Baby. 73Tipps für Eltern	2007	1		3	Knesebeck	9,99	
Vida, A.	Das 5-Tages Plan zum Durchschlafen [sic!]	2013	1	Psychologin	E-Book	1	Kindle edition	6,52
Wahlgren, A.	Das Durchschlafbuch.	2011	3		109	Beltz	17,90	

Walter, K.	Träume statt Tränen.	2013	1	Psychologin	E-Book	4	epubli	6,99
Weidemann-Böker, P.	Das neue Ein- und Durchschlafbuch.	2007	1	Sozialpädagogin		16	Oberstebrink	22,80
Weigert, V.	Schlaf, Baby, schlaf.	2004		Heilpraktikerin		6	Goldmann	9,80

a.6 Mini-KiSS: Elterninformationsschreiben.



Mini-KiSS

UNIVERSITÄT
WÜRZBURG

Sehr geehrte Eltern,

Sie interessieren sich für **Mini-KiSS**, ein psychologisches Behandlungsprogramm, das speziell für Sie als Eltern entwickelt wurde, um Sie beim Umgang mit Ihren Kindern im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren, die unter **Schlafstörungen** (Ein- und Durchschlafstörungen) leiden, zu unterstützen. Häufig leiden Kinder mit Schlafstörungen an einem oder mehreren der folgenden Symptome:

Ihr Kind:

- hat Schwierigkeiten beim Einschlafen
- hat Schwierigkeiten beim Durchschlafen
- wacht nachts auf
- hat sehr unregelmäßige Schlafzeiten
- hat Alpträume
- schlafwandelt
- schläft nur unter bestimmten Bedingungen ein
- Die Symptome bestehen seit mind. 4 Wochen

Damit Sie sich entscheiden können, ob Sie an unserem Behandlungsprogramm Mini-KiSS teilnehmen wollen, werden wir es Ihnen im Folgenden vorstellen:

Behandlungsprogramm

Das Programm zielt darauf ab, das Ausmaß der Schlafstörung Ihres Kindes und die damit einhergehenden Belastungen zu mindern. Es handelt sich dabei um Verfahren, die auf der klinischen Forschung basieren. Grundlage bildet die Verhaltenstherapie, die jedoch mit imaginativen Verfahren bzw. der modernen Hypnotherapie kombiniert ist. In zahlreichen Untersuchungen hat sich diese Kombination als sehr wirkungsvoll erwiesen.

- Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine ausführliche und sorgfältige Fragebogendiagnostik, um genau die Faktoren zu erfassen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beigetragen haben. Aufgrund dieser Diagnostik sind wir in der Lage, speziell auf Ihr Kind zugeschnittene effektive Vorgehensweisen im Umgang mit der Schlafstörung zu entwickeln.
- Der therapeutische Prozess soll durch klare, eindeutig definierte Ziele für Sie transparent sein. Schritt für Schritt werden wir Sie in diesem Prozess begleiten und über die jeweils nächste Therapieeinheit informieren. Wichtiger Bestandteil unseres Konzepts werden Aufgaben sein, die Sie und Ihr Kind dazu anregen sollen, konkrete Verhaltensweisen im Alltag einzüben. Hiermit soll eine optimale Abstimmung zwischen Eltern und Kind erreicht werden.
- In 6 Behandlungseinheiten werden Ihnen als **Eltern** Informationen und Verhaltensstrategien an die Hand gegeben, die Ihnen helfen werden, die Schlafstörung Ihres Kindes besser zu verstehen und sie effektiv und positiv zu beeinflussen. Eine allgemeine Einführung zu kindlichen Schlafstörungen sowie deren Entstehungsfaktoren und aufrecht erhaltenden Bedingungen wird ergänzt durch praktische Tipps, z.B. zur Gestaltung des Einschlafrituals oder der Schlafplatz-Umgebung. Aber auch weitere Inhalte, die eine Rolle spielen können, werden thematisiert, wie Weinen und Schreien, Trotz, Angst, Ernährung, Entspannung für Kind und Eltern, sowie Erziehungsverhalten. Typische Verhaltensmuster in den nächtlichen Interaktionen mit Ihrem Kind sollen aufgefunden, gemeinsam besprochen und diskutiert werden, um sie danach im Alltag sinnvoll verändern zu können. Ein Elternmanual wird Ihnen bei der täglichen Umsetzung des Gelernten in Ihren Familienalltag helfen.
- Ein weiterer Behandlungsaspekt ist es, die Fähigkeit zur Entspannung weiterzuentwickeln. Ergänzend zu therapeutischen Verfahren in den Sitzungen bekommen Sie hierfür eine Übungs-CD mit nach Hause.



Mini-KiSS



Termine

Vor der eigentlichen Behandlung wollen wir in einem behandlungsfreien Zeitraum feststellen, inwieweit sich auch in einer solchen Zeitspanne Veränderungen im Schlafverhalten Ihres Kindes ergeben, um somit die Wirksamkeit des Programms wissenschaftlich zu überprüfen. Hierfür ist zu Beginn und Ende dieses behandlungsfreien Zeitraumes eine Fragebogen-Diagnostik vorgesehen. Sie erhalten für Ihr Kind u.a. ein Schlaftagebuch, das jeweils zwei Wochen geführt werden muss. Nach dieser ausführlichen Diagnostik beginnt das eigentliche Behandlungsprogramm mit 6 Behandlungseinheiten. Die Behandlungseinheiten werden in Gruppen von vier bis maximal acht Elternpaaren stattfinden.

Die genauen Trainings-Termine werden Ihnen in einem Vorbesprechungstermin mitgeteilt. Die Termine dauern 1,5 bis 2 Stunden und finden wöchentlich an einem festen Wochentag in den Abendstunden statt, um auch Berufstätigen eine Teilnahme zu erleichtern.

Teilnahmebedingungen

Teilnehmen können Eltern, deren Kinder zwischen 6 Monaten und 4 Jahren alt sind und Ein- und Durchschlafstörungen haben.

Kosten

Für das Behandlungsprogramm wird ein Unkostenbeitrag von 130€ erhoben. Darin sind auch alle Materialien inbegriffen, die Sie und Ihr Kind während des Programms von uns an die Hand bekommen werden. Um die Wirksamkeit des Programms auch langfristig überprüfen zu können, finden drei Fragebogenerhebungen drei, sechs und zwölf Monate nach dem Training statt. Wenn Sie und Ihr Kind an allen drei Nachuntersuchungen teilnehmen, übernimmt die Universität Würzburg 60€ der Teilnahmegebühr, sodass sich der Betrag für Sie auf 70€ verringert.

Eine Erstattung der Trainingskosten durch die Krankenkassen ist in der Regel nicht möglich.

Anmeldung

Wenn Sie teilnehmen wollen, ist als erster Schritt wichtig, dass Sie den beigelegten Anmeldefragebogen vollständig ausfüllen und an uns zurücksenden:

**Universität Würzburg
Lehrstuhl für Psychologie I
Stichwort „Schlafprojekte“
Marcusstraße 9-11
97070 Würzburg**

Aufgrund dieser Angaben prüfen wir, ob das Programm für Ihr Kind geeignet ist. Dann werden wir uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Termin für ein Informationsgespräch zu vereinbaren, wo wir Sie gerne kennenlernen möchten und Raum ist für Ihre Fragen.

Das Training wird beginnen, sobald ausreichend Anmeldungen bei uns eingegangen sind.

Wir hoffen, dass Ihnen dieser Brief geholfen hat zu entscheiden, ob Sie an diesem Programm teilnehmen wollen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr **Mini-KiSS**-Team

Schlafprojekte@uni-wuerzburg.de

a.7 Mini-KiSS: Aufklärungsschreiben.



ELTERNINFORMATION ZUM SCHLAFTRAINING MINI-KISS FÜR ELTERN VON KINDERN IM ALTER VON 6 MONATEN BIS 4 JAHREN

Liebe Eltern,

viele Kleinkinder, die an Schlafproblemen (z.B. Ein- und Durchschlafprobleme) leiden, schlafen zu wenig oder nicht erholsam und sind am nächsten Tag müde, unausgeglichen oder leicht irritierbar. Auch auf den elterlichen Schlaf wirken sich die kindlichen Schlafprobleme aus. Daher ist es sinnvoll, frühzeitig etwas für einen gesunden und ausreichenden Schlaf Ihres Kindes zu unternehmen. Vorliegende Studie beinhaltet ein mehrwöchiges Schlaftraining. Ein Teil der Familien wird erst einmal warten und dann an dem Schlaftraining teilnehmen, während der andere zum nächstmöglichen Zeitpunkt am Training teilnehmen wird.

Ablauf

Zunächst erhalten Sie Fragebögen bezüglich des Schlafverhaltens Ihres Kindes und bezüglich dessen Auswirkungen. Dann kommen Sie zu einem Gesprächstermin zu uns. Danach können Sie entweder zum nächstmöglichen Zeitpunkt an dem Schlaftraining teilnehmen oder nach einer 6-wöchigen Wartezeit, nach welcher wir Sie erneut zu einem Einzelgespräch einladen. Unmittelbar nach dem Training sowie drei, sechs und 12 Monate nach Abschluss des Trainings werden wir Sie erneut kontaktieren und zu einem Gespräch einladen. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden.

Ihre sämtlichen von uns erhobenen Daten werden von uns in pseudonymisierter Form gespeichert (wir wissen also nicht, welcher Teilnehmer welchen Fragebogen ausgefüllt hat und folglich auch nicht, welche Antworten von Ihrer Familie stammen und können diese nicht zuordnen). Bei der Beantwortung gibt es keine richtigen und falschen Antworten. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dem Mini-KiSS-Training möchten wir Sie, die Mütter, zusätzlich zu den Fragebögen bitten, an zwei physiologischen Messverfahren teilzunehmen: Wir bitten Sie, für einen Zeitraum von insgesamt zwei Wochen einen Aktigraphen zu tragen (jeweils eine Woche vor und eine Woche nach dem Mini-KiSS-Training), welcher ein Bewegungsprofil über Tag und Nacht erstellt. Zudem unterstützen Sie unsere Forschung zu Schlafstörungen im Kleinkindalter, wenn wir Ihnen zu dem Nacherhebungstermin 3 Monate nach dem Training eine Haarprobe zur Messung des Stresshormons Cortisol entnehmen dürfen. Sie erhalten zu beiden Verfahren noch genauere Informationen, die Teilnahme daran ist freiwillig.

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Sie können Ihr Einverständnis jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf eine weitere psychologische Behandlung bzw. Betreuung Ihres Kindes.

Erreichbarkeit für Fragen oder Probleme

Sollten während des Verlaufs des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie die Ansprechpartnerin Dipl.-Psych. Julia Kanis unter der Telefonnummer 0931-31-86886 erreichen.

Versicherung:

Während der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Schweigepflicht/Datenschutz:

Alle Personen, die Sie im Rahmen dieses Forschungsprojekts betreuen, unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse werden festgehalten. Sie sollen in pseudonomysierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Nur zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: Projektmitarbeiter der Universität) dürfen Einsicht in die erhobenen personenbezogenen Daten nehmen, soweit dies für die Überprüfung der Daten des Projektes notwendig ist.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Kosten:

Wir erheben für das Training einen Materialkostenbeitrag von 130€ für das Elternmanual, unser Therapiestofftier „Kalimba“ sowie für hypnotherapeutische Geschichten. Wenn Sie an allen auch nach dem Training stattfindenden Gesprächen teilnehmen und unsere Fragebögen ausfüllen, erhalten sie 60€ von uns zurück, sodass sich der Eigenanteil für das Mini-KiSS-Training auf 70€ beläuft.

Datum

Name der aufklärenden Psychologin

a.8 Mini-KiSS: Einverständniserklärung.



**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR ELTERN ZUM SCHLAFTRAINING MINI-KISS
FÜR ELTERN VON KINDERN IM ALTER VON 6 MONATEN BIS 4 JAHREN**

Inhalt, Vorgehensweise und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir/uns ausreichend erklärt.

Ich/Wir hatte(n) Gelegenheit Fragen zu stellen und habe(n) hierauf Antwort erhalten. Ich/Wir hatte(n) ausreichend Zeit, mich/uns für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden. Ich/Wir willigen in die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ein. Eine Kopie der Elterninformation und Einwilligungserklärung habe(n) ich/wir erhalten.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten von mir/uns (schriftlich in Fragebögen und auf elektronischen Datenträgern erfasst) aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.

Außerdem erkläre(n) ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: Projektmitarbeiter der Universität) in die erhobenen personenbezogenen Daten von mir/uns Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung der Daten des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde(n) ich/wir die Psychologin von der Schweigepflicht.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten für eine erneute Kontaktaufnahme im Rahmen der Anschlusstermine weiter verwendet werden dürfen.

.....
(Name des Kindes in Druckbuchstaben)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

a.10 Mini-KiSS: Fragebogen zur schlafbezogenen Selbstwirksamkeit.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Schlafsituation Ihres Kindes und wie Sie als Eltern damit umgehen. Betrachten Sie hierfür den Zeitraum der letzten 7 Tage.

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
1. Wenn sich Widerstände beim Zubettgehen bei meinem Kind auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
2. Die Lösung schwieriger Probleme bezüglich des Schlafverhaltens meines Kindes gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
3. Mir bereitet es keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele in Bezug auf den Schlaf meines Kindes zu verwirklichen.	1	2	3	4
4. In unerwarteten Schlafsituationen meines Kindes weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
5. Auch bei überraschenden Ereignissen im Zusammenhang mit dem Schlaf meines Kindes glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
6. Schwierigkeiten beim Schlafverhalten meines Kindes sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.	1	2	3	4
7. Was auch immer beim Zubettgehen meines Kindes passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
8. Für jedes Problem im Schlafverhalten meines Kindes kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
9. Wenn ein neues Schlafproblem bei meinem Kind auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
10. Wenn ein Problem im Zusammenhang mit dem Schlafverhalten meines Kindes auf mich zukommt, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich das Problem lösen kann.	1	2	3	4

a.11 Mini-KiSS: Elternschlafprotokoll.




Hier können Sie besondere Ereignisse dieser Woche notieren (bitte den Tag angeben):

MORGENTEIL: Bitte morgens ausfüllen!	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag																													
Wie erholt fühlen Sie sich?	☺ 1	2	3	4	☹ 5	6	☺ 1	2	3	4	☹ 5	6	☺ 1	2	3	4	☹ 5	6	☺ 1	2	3	4	☹ 5	6	☺ 1	2	3	4	☹ 5	6	☺ 1	2	3	4	☹ 5	6	☺ 1	2	3	4	☹ 5	6
Wann sind Sie gestern ins Bett gegangen? (Uhrzeit)																																										
Wann haben Sie das Licht gelöscht? (Uhrzeit)																																										
Wie lange hat es gedauert bis Sie eingeschlafen sind? (Minuten)																																										
Wie oft sind Sie nachts aufgewacht und warum?																																										
Zeit und Dauer nächtlichen Wachseins	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten																												
Wann sind Sie am Morgen aufgewacht?																																										
Wann sind Sie aufgestanden?																																										
Haben Sie gestern / heute Nacht Medikamente oder Hausmittel eingenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>																												
	Was:		Was:		Was:		Was:		Was:		Was:		Was:																													
	Wann:		Wann:		Wann:		Wann:		Wann:		Wann:		Wann:																													

ABENDTEIL: Bitte abends ausfüllen!	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Haben Sie heute einen Mittagsschlaf gehalten?														
Haben Sie heute koffeinhaltige Getränke getrunken?	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie heute geraucht oder Alkohol getrunken?	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann: Menge:	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie heute Ihre Hypnose-CD gehört?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Glückstagebuch

Benennen Sie jeweils mindestens drei Momente, über die Sie sich im Laufe des Tages gefreut haben: 	1.	1.	1.	1.	1.	1.
	2.	2.	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	3.	3.	3.
	4.	4.	4.	4.	4.	4.
	5.	5.	5.	5.	5.	5.

a.12 Mini-KiSS: Kinderschlafprotokoll.



Hier können Sie besondere Ereignisse dieser Woche notieren (bitte den Tag angeben):

MORGENTEIL: Bitte morgens ausfüllen!	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Wie lange hat gestern die Zubettgehprozedur gedauert?*							
Welche Gutenachtgeschichte wurde vorgelesen?							
Benötigte Ihr Kind zusätzliche Einschlafhilfen? (ausgenommen Ritualelemente)**	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:
Wann ist ihr Kind gestern ins Bett gegangen?***							
Wie lange hat es ca. gedauert bis Ihr Kind eingeschlafen ist? (Minuten)							
Wie oft ist Ihr Kind nachts aufgewacht? Wie oft sind Sie aufgestanden wegen Ihrem Kind? (Häufigkeiten)	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:	Aufwachen: Aufstehen:
Wann ist Ihr Kind nachts aufgewacht und wie lange war es jeweils wach?	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten	Uhrzeit Minuten
Benötigte Ihr Kind Einschlafhilfen nach dem nächtlichen Erwachen?*	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was:

*in Minuten, ohne Umziehen und Zähneputzen, aber einschließlich Geschichten, Liedern, Gute-Nacht-Sagen usw.

** Fläschchen (F), Stillen (S), Kuseln/Körperkontakt (K), Schaukeln/Wiegen (W), Anwesenheit der Eltern um sich zu beruhigen/einzuschlafen (A), Herumtragen (H), Kuscheltier/Schmusetuch (Kt), Schnuller (Sc), Daumen (D), etc.

*** Uhrzeit, zu der das Kind am Abend zum 1. Mal im Bett lag und schlafen sollte

Hat Ihr Kind nachts gegessen/getrunken?	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>
War Ihr Kind nachts im Elternbett?	Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Wann:	Nein <input type="checkbox"/>
Wann ist Ihr Kind am Morgen aufgewacht?****												
Wann ist Ihr Kind aufgestanden?												
Haben Sie Ihrem Kind gestern/heute Nacht Medikamente gegeben oder Hausmittel eingesetzt?	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was: Wann:	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie die vorgenommenen Schlafregeln umgesetzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

****Uhrzeit; bitte kreisen Sie die Uhrzeit ein, wenn Sie Ihr Kind geweckt haben

ABENDTEIL: Bitte abends ausfüllen!	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag	
Wann und wie lange hat Ihr Kind tagsüber geschlafen?	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Gab es tagsüber Probleme mit den Schlafphasen Ihres Kindes?	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Was:	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie heute Zeit für sich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten	Uhrzeit	Minuten
Was war für Sie heute der schönste Moment mit Ihrem Kind?														



a.14 Mini-KiSS: Gesamtevaluation.

Liebe Eltern!

Wir bitten Sie um eine kurze persönliche Rückmeldung zu unserem Training. Bei der Beantwortung zählt Ihr ganz persönlicher Eindruck. Es gibt also kein Richtig oder Falsch. Uns dient Ihre Rückmeldung als Hilfestellung zum Überarbeiten des Trainings. Vielen Dank.

Persönliche Beurteilung des Trainings	Trifft für mich überhaupt nicht zu	Trifft für mich eher nicht zu	Weiß nicht	Trifft für mich eher zu	Trifft für mich voll und ganz zu
1. Ich bin gerne zu den Elternsitzungen gekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich wende die im Training vermittelten Strategien weiterhin an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich weiß, was zu tun ist, wenn die Probleme wieder auftauchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich halte es für wahrscheinlich, dass die Verbesserungen bestehen bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich würde das Training weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich würde wieder am Training teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Am besten hat uns im Elterntaining geholfen:

Wir werden folgende Strategien auch weiterhin anwenden:

Sonstiges:

Insgesamt gebe ich dem Training die Schulnote (1 = sehr gut, 6 = ungenügend): _____

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, Julia Birgit Kanis, geboren am 16.09.1986 in Gießen, an Eides statt, die Dissertation „Elterliches Wissen, Selbsthilfe und psychotherapeutische Intervention bei nicht-organische Schlafstörungen im Kleinkindalter“ eigenständig, d.h. insbesondere selbständig und ohne Hilfe eines kommerziellen Promotionsberaters, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Ich erkläre außerdem, dass die Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits in einem anderen Prüfungsverfahren vorgelegen hat.

Würzburg, 2016

Julia Birgit Kanis