

Als die amerikanische Anthropologin Margaret Mead in den 30er Jahren durch die Südsee reiste, wurde sie von den dortigen Einwohnern gefragt, ob es wahr sei, dass amerikanische Mütter ihre Babys nachts in Käfige einsperrten.

Co-Sleeping – oder: wo schläft das Kind?

Dr. Friederike M. Perl **erschieden im Hebammenforum April 2003**
Fast alle Eltern fürchten sich vor den so genannten negativen Baby-Effekten. Brüllende Babys und durchwachte Nächte, kranke Kindern und genervte Eltern gelten schon fast als "normal". Dass diese Effekte jedoch keineswegs naturgegeben sind, sondern praktisch immer Folge von Erfahrungen in der frühen Postpartalzeit sind, wird noch immer nicht ausreichend berücksichtigt trotz vielfacher Erkenntnisse über diese wichtige Periode^{1,2}.

Drei Faktoren haben dazu geführt, dass wir uns neuerdings mit heftigen Diskussionen der Frage stellen, wo das Neugeborene schlafen sollte. Das sind erstens neue Erkenntnisse über das Phänomen des Krippentods oder Plötzlichen Kindstods (SIDS), zweitens die zunehmenden Einsichten in die Denkweisen der so genannten Evolutionsmedizin, und drittens die wachsende Anerkennung des evidenzbasierten Denken, das seit mehreren Jahren die medizinische Beratungspraxis beeinflusst, ja, revolutioniert hat – vor allem in angelsächsischen Ländern. Alle drei Phänomene haben dazu geführt, dass wir zunehmend hinterfragen wie wir mit Neugeborenen umgehen: Warum wir welche Maßnahmen durchführen, was die wissenschaftliche Basis unseres Handelns sei, und ob wir die potenziellen Folgen unserer Empfehlungen ausreichend berücksichtigen bzw. berücksichtigt haben.

Körperkontakt sichert Überleben

Die Biologie des Menschen, auch die des Neugeborenen, ist an bestimmte Lebensvoraussetzungen angepasst, und diese Anpassung hat sein Überleben über Jahrtausende garantiert. Infolgedessen braucht und „erwartet“ der Organismus diese Rahmenbedingungen, um seine Funktion darauf einzustellen. Auch der Stoffwechsel des neugeborenen Menschen wartet auf bestimmte Reize (Stimuli), um optimal zu funktionieren³. Hierzu gehört die "Erwartung" an praktisch ununterbrochenen Zugang zu Muttermilch, an ständige körperliche Nähe eines anderen Menschen während der ersten Lebensmonate. Sowohl der kindliche Organismus (Steuerung des Verdauungs-, Wachstums-, Immun- und Atemstoffwechsels) als auch die mütterliche Physiologie (Steuerung und Aufrechterhaltung einer langfristigen Muttermilchbildung) gehen von gegenseitigem Dauerkontakt aus.

Aus dieser Sicht erscheint es dann auch selbstverständlich, dass gerade auch nachts Körperkontakt bestehen sollte, damit die beiderseitige Physiologie optimal aufrecht erhalten wird. Ohne Co-Sleeping muss daher mit Störungen wesentlicher Körperfunktionen bei Mutter und Kind gerechnet werden⁴, und auch die psychosozialen Reaktionen werden anders verlaufen als mit Co-Sleeping¹. Diese können zwar kompensiert oder abgemildert werden, doch muss Separatschlafen als bedeutsamer Risikofaktor sowohl für die mütterliche als auch die kindliche (und die väterliche) Physiologie und Entwicklung angesehen werden³. Insbesondere ist Co-Sleeping erforderlich um vitale Risiken wie SIDS zu minimieren, um mütterliche Berufstätigkeit beim Stillen zu ermöglichen und um ein volles Stillen über den dritten Lebensmonat hinaus zu ermöglichen.

Synchrone Schlafrythmen

Der Schlaf einer frisch entbundenen Mutter ist auf jeden Fall anders als vor der Schwangerschaft. Unter biologischen Bedingungen hatte und hätte ein Neugeborenes nur dann eine Überlebenschance, wenn seine Mutter sich ihm rund um die Uhr intensiv widmet, jedes seiner Bedürfnisse wahrnimmt, unmittelbar und adäquat auf seine Signale reagiert, es wärmt, schützt und bewacht⁵. Diese gewaltige Anstrengung kann eine Mutter aber nur leisten, wenn sie immer gerade dann wach ist, wenn das Kind wach ist und dann schläft, wenn das Kind schläft. Wann, wie und wie lang dauernd diese Schlaf- und Wachphasen sein werden, ist jedoch von Kind zu Kind verschieden, sodass es biologisch keinen Sinn machen würde, wenn die Mutter postpartal ein fixes neues Schlafmuster hätte, sozusagen qua Parität automatisch ein solches entwickeln würde. Viel mehr Sinn macht es, das alte Schlafmuster der Frau aufzubrechen, auszulöschen, und auf eine individuelle Neuprogrammierung in direkter Beziehung zu den Bedürfnissen des jeweiligen Neugeborenen zu setzen (McKenna 1996).

Diese individuelle Neuprogrammierung bewirkt, dass sich die Schlafrhythmen von Mutter und Kind synchronisieren. Und zwar in dem Sinne, dass die Mutter ihre Schlafzyklen verkürzt, ihre Tiefschlafphasen rascher erreicht als früher, und ebenfalls rascher aus diesen herauskommt, und zwar in fein abgestimmter Parallelität mit dem Kind (Elias et al. 1986). Bei gelungener Synchronisierung erreichen Mutter und Kind ihre tieferen und flacheren Schlafphasen weitgehend simultan⁶.

Schon in den letzten Wochen der Schwangerschaft schläft eine Frau nicht mehr wie zuvor. Sie lauscht zunehmend auf Signale vom Kind, ist unruhiger, leichter zu wecken. Postpartal ist eine neue Mutter, und sei die Geburt noch so strapaziös gewesen, typischerweise „überhaupt nicht müde“, sondern will sich langanhaltend mit ihrem Kind beschäftigen⁷ – selbst bei längerem Schlafmangel schon vorher.

So eliminiert die Biologie den alten Schlafrhythmus der Frau und bereitet ihn auf eine gründliche Neuprogrammierung vor. Unter "natürlichen" Bedingungen liegen Mutter und Kind ab dem Moment der Geburt gemeinsam beisammen und reagieren kontinuierlich aufeinander. Bei Bewegungen oder Geräuschen des Babys wird die Mutter diese bemerken, aufmerksam beobachten, das Baby ansprechen, es an die Brust nehmen. Wenn das Kind einschläft, wird auch die Mutter einschlafen, jedoch sofort erwachen bei den geringsten Signalen von Seiten des Kindes⁸.

Innerhalb weniger Tage postpartal – meist etwa 72 Stunden – laufen die beiden Schlafrhythmen weitgehend parallel, was fortan die Interaktion zwischen Mutter und Kind wesentlich erleichtert (Mosko et al. 1993). Der frühe Dauerkontakt ist instrumentell für eine effektive Mutter-Kind-Interaktion^{9,10}.

Erschöpfender Schlaf? Erholsamer Schlaf!

Das Schlaflabor von James McKenna in USA hat frühkindlichen Mutter-Kind-Schlaf systematisch studiert. Mit Infrarot-Videoaufnahmen von Mutter-Kind-Paaren verglich er das Schlafverhalten und das Schlaf-EEG ein und derselben Mutter einmal mit dem Kind Seite an Seite im mütterlichen Bett, und dann mit dem separatschlafenden Kind im eigenen Bettchen unmittelbar neben dem mütterlichen Bett.

Morgens befragt, wie oft ihr Kind nachts an der Brust war, erinnerten sich die Co-Sleeping-Mütter nur an jede zweite Stillepisode die wirklich stattgefunden hatte. Tatsächlich waren die Co-Sleeping-Babys im Schnitt 5,3-mal pro Nacht (Range drei- bis zehnmal) an der Brust (McKenna et al. 1994). Kinder die separat schliefen wurden durchschnittlich 2,3-mal (Range eins bis vier) pro Nacht gestillt. Darüber hinaus waren die Stillepisoden kürzer bei Co-Sleeping-Mutter-Kind-Paaren: 12,2 (3,3 bis 28) Minuten gegenüber 23,4 (19,5 bis 32) Minuten bei Familien die getrennt schliefen⁸.

Die konventionelle Meinung geht davon aus, dass ein ununterbrochener sechs- bis achtstündiger Schlaf erholsam ist. Mütter, die sich mehrfach nachts durch das Geschrei eines hungrigen und/oder ängstlichen Säuglings aus dem Tiefschlaf wecken lassen müssen, sind nach wenigen Wochen vollkommen erschöpft. Sie sehnen sich nach nichts mehr als nach einer guten Nachtruhe, und für diese würden sie sehr viel hergeben. Es ist daher vollkommen verständlich, dass die frühkindliche Erziehung der letzten 50 Jahre, die getrenntes Schlafen als Standard eingeführt hat, ebenso auf ein baldiges „Durchschlafen“ des Kindes setzte, ja, setzen musste, um eine Belastung der Eltern-Kind-Beziehung zu vermeiden. Alle möglichen Tricks wurden bemüht um das als „Schlafstörung“ erlebte nächtliche Verhalten des Kindes zu steuern¹¹: von abendlicher Kunstmilch- oder gar Breifütterung über „Schlaftees“, sogar Mohnsäckchen, bis hin zu behavioristischen Ansätzen interventionistischen „Schlaftrainings“ (BMJ 2002). Das in der Situation des Separatschlafens verständliche Bemühen um das Durchschlafen wird aber zum Risiko. Die Milchmenge kann so nicht bedarfsgerecht aufrechterhalten bzw. gesteigert werden, da die nächtlichen Stillepisoden fehlen, die für einen anhaltend hohen Prolaktinspiegel besonders wichtig sind. Es ist daher kein Wunder, dass separatschlafende Mütter selten über den vierten Lebensmonat hinaus voll stillen¹².

Schläft das Kind im Bett der Mutter hingegen, so wird ihr Schlaf weit weniger gestört. Schon die ersten motorischen Anzeichen des Kindes, das sich aus seiner Tiefschlafphase herausbewegt, werden im Unterbewusstsein registriert und führen die Mutter in eine flachere Schlafphase. Wenn das Kind dann erwacht und Schnalz- und Schmatzgeräusche von sich gibt, ist die Mutter gerade wach genug, es an die Brust zu nehmen. Ist es einmal gut angelegt und trinkt gleichmäßig, gleitet die kaum aus dem Halbschlaf erwachte Mutter schon wieder in eine tiefere Schlafphase. Die gesamte Dauer der Schlafunterbrechung war nur wenige Minuten, vielleicht sogar nur wenige Sekunden¹².

Stilldauer

Damit sich die Muttermilchproduktion dem steigenden Bedarf anpassen kann, wird es nach dem vierten Lebensmonat unerlässlich, dass nachts Prolaktin ausgeschüttet wird. Mütter die getrennt von ihren Babys schlafen bemerken typischerweise spätestens jetzt ein unruhiges, unzufriedenes Kind und stellen mit Recht fest, dass sie nicht mehr genügend Milch haben. Gewöhnlich wird darauf mit Kunstmilchzufütterung reagiert, was in aller Regel das Abstillen innerhalb weniger Wochen einleitet. Für die überwiegende Mehrzahl aller Mütter ist es daher erforderlich, mit dem Kind gemeinsam zu schlafen, wenn sie, wie inzwischen weltweit empfohlen wird, mindestens sechs Monate ausschließlich stillen sollen und wollen. Co-Sleeping ist eine der erfolgreichsten Methoden, eine nicht mehr ausreichende Milchmenge wieder bedarfsgerecht zu steigern. Ein weiterer Grund für versiegende Milchproduktion ist mütterliche Erschöpfung (siehe oben), die ebenfalls typischerweise nach etwa drei bis vier Monaten einsetzt. Auch diese kann nur in Grenzen gehalten werden, wenn durch Co-Sleeping die mütterliche Schlafunterbrechung minimiert wird.

Mutter – Vater - Kind

Ohne Zweifel sind die Erfahrungen der frühesten Kindheit von Bedeutung für die Entstehung der Eltern-Kind-Beziehung^{9, 13, 14}. Außer dem Schlaf- wird auch das gesamte Interaktionsverhalten hier geprägt, und zwar nachhaltig^{11, 1, 10, 15, 16}. Es ist nicht zu früh, Korrelationen zwischen der Art der Versorgung Neugeborener und späteren psychosozialen Schwierigkeiten zu postulieren, denn schon das, was wir aus Beobachtungen und Studien bei Säugetieren und Primaten wissen, sollte uns die Bedeutung der frühesten kindlichen Erfahrungen weit ernster nehmen lassen als vielfach angenommen wird^{13, 17, 18}. Ein weinendes Neugeborenes mit Missachtung zu behandeln¹¹ sollte als potenziell schwerwiegende Traumatisierung betrachtet werden, auch wenn systematische Studien dazu noch unvollständig sind^{17, 19, 20}. Interessanterweise hatten faschistische Regimes wie die Nationalsozialisten früh begriffen, dass wesentliche Sozialisations-elemente mit der ersten Lebensstunde beginnen und bereits den ersten Schrei mit erzieherischen, "dem Volkswohl dienenden" Intentionen begleitet²¹. Co-Sleeping, sowie jede Art von körperlicher Nähe, war auf jeden Fall ein Horror für den Staat, der unselbständige, selbstverleugnende und möglichst gefühllose Heloten heranzüchten wollte. Reste dieser Furcht vor "Verweichlichung" sind noch verbreitet anzutreffen²². Zu wenig Berücksichtigung hat bisher die Rolle des Vaters gefunden²³, der ebenfalls durch das Co-Sleeping eine besonders intensive Bindung zu seinem Kind aufbaut²⁴ (ohne dass von einer Beeinträchtigung der Sexualität des Paares die Rede sein muss). Wie sehr dies früher üblich war, berichtet die schwedische Kinderbuchautorin Astrid Lindgren.

SIDS-Risiko...

Apnoen sind ein normaler Bestandteil des menschlichen Schlafs. Aus einer solchen Phase weckt sich der Organismus selbst mithilfe einer so genannten Weckreaktion auf, welche dann die regelmäßige Atmung wieder einsetzen lässt. Säuglinge, und vor allem etwas unreifere Kinder, können diese Weckreaktion noch nicht zuverlässig selbst initiieren. Sie sind daher gefährdet, während einer Apnoephase keine rechtzeitig erfolgende Weckreaktion zu bekommen und so in die lebensgefährliche Hypoxie zu rutschen^{6,8,4}. Sie brauchen ständige Stimulation von außen, um ihre eigenen zerebralen Weckreaktionen durchführen zu können: Licht, Geräusche, Bewegung, Gerüche, Temperaturschwankungen, Luftbewegungen, Stimulation des Gleichgewichtsorgans- alle diese sensorischen Reize helfen dem Baby, in oberflächlicheren Schlafstadien zu verbleiben und so leichter eine Weckreaktion zu initiieren²⁵. Tiefer Schlaf ist für kleine Babys gefährlich, ebenso wie sensorische "Sendepausen". Das "ruhige", abgedunkelte, überwärmte Kinderzimmer kann zur tödlichen Falle für Babys werden, wie Tausende von Death Scene Untersuchungen gezeigt haben. Dies erklärt, warum gestillte Kinder und vor allem gemeinsam schlafende Kinder drastisch reduzierte SIDS-Risiken haben²⁶.

Rauchenden Eltern und solchen, die Drogen benutzen, sollte vom Co-Sleeping abgeraten werden. Ebenso kann es epileptischen Elternteilen nicht empfohlen werden sowie solchen, die sedierende Medikamente nehmen. Hier muss auch immer das Risiko, das vom Vater ausgehen könnte, mitbedacht werden, denn normalerweise und wünschenswerterweise wird Co-Sleeping mit beiden Eltern erfolgen. Das Bett muss sicher sein, darf keine gefährlichen Ritzen oder Strangulierungsrisiken aufweisen. Wasserbetten sind nicht ratsam.

Da sind sich alle Babys einig

Die Verknüpfung einer Ganztagsstätigkeit mit ausschließlichem Stillen ist bisher wenig beschrieben worden, jedoch durchaus erfolgreich über viele Monate zu bewerkstelligen²⁷. Co-Sleeping spielt dabei eine zentrale und unabdingbare Rolle.

Der gemeinsame Mutter (bzw. Eltern)-Kind-Schlaf ist eine Jahrtausende alte Selbstverständlichkeit des menschlichen Lebens gewesen. Ihn in die Schmutzdecke unzivilisierten Durcheinanders abgedrängt zu haben, erweist sich zunehmend als erhebliches Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind, als schwere Belastung für die Entwicklung der Eltern-Kind-Interaktion und als gravierender Fehler in der Entwicklung der modernen Gesellschaft. Zwar lernen Babys rasch, doch die Hoffnung, dass dieses Lernen wünschenswert sei, scheint sich als irrig herauszustellen. Eine der wichtigsten Aufgaben der Betreuer in der Neugeborenenperiode ist es daher, Rahmenbedingungen mit auf zu bauen, damit Mutter und Kind (und Vater) jene Interaktionen lernen, die eine friedliche Säuglingszeit mit erfolgreichem Langezeitstillen ohne mütterliche Erschöpfung ermöglichen. Die Synchronisierung der mütterlichen und kindlichen Schlafrhythmen, die nur in den ersten postpartalen Tagen leicht erfolgen kann, erfordert Co-Sleeping von Anfang an. Säuglingszimmer, in denen nächtens alleingelassene Kinder dutzendweise brüllen¹¹, werden hoffentlich bald der Vergangenheit angehören. Babygesteuertes Stillen erfordert Co-Sleeping - da sind sich alle Babys einig.

Literatur

- 1 Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic Books, 1982
 - 2 Laudeslager ML, Ryan SM, Drygan RC, Hyson RL. Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation. *Science* 1983; 221:568-70.
 - 3 Odent M. Primal Health. London: Century, 1986
 - 4 Hoppenbrouwers T, Hodgman JE, Harper RM, Sterman M. Temporal distribution of sleep states, somatic activity and autonomic activity during the first half year of life. *Sleep* 1982; 5:131-44.
 - 5 McKenna JJ, Thoman EB, Anders TF, Sadeh A, Schechtman VL, Glotzbach SF. Infant-parent Co-Sleeping in evolutionary perspective: Imperatives for understanding infant sleep development and SIDS. *Sleep* 1993; 16:253-282.
 - 6 McKenna JJ, Mosko S, Dungy C, McAnninch J. Sleep and arousal patterns of Co-Sleeping human mother/infant pairs: a preliminary physiological study with implications for the study of SIDS. *American Journal of Physical Anthropology* 1990; 83:331-347.
 - 7 Bourne M. The sleep of a mother after birth. *Midwives Chron* 1983; 8/1983:27.
 - 8 McKenna JJ, Mosko S. Evolution and infant sleep: an experimental study of infant parent Co-Sleeping and its implications for SIDS. *Acta paediatrica supplement* 1993; 399:31-6.
 - 9 Rosenblatt JS. Nonhormonal basis of maternal behavior. *Science* 1967; 156:1512-4.
 - 10 Klaus MH. Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung. München: Kösel Verlag, 1987
 - 11 Beekman D. The mechanical baby: a popular history of the theory and practice of child raising. New York: Meridian, 1977
 - 12 McKenna JJ, Bernshaw NJ. Breastfeeding and infant-parent Co-Sleeping as adaptive strategies: are they protective against SIDS? In: Stuart-Macadam P, Dettwyler KA, ed. Breastfeeding- biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter, 1995: 265-304.
 - 13 Salk L. What every child would like his parents to know. New York: 1972
 - 14 Trowse MA, Klaus MH, Kennell JK. Maternal behavior in mammals. In: Klaus MH, Kennell JH, ed. Parent-infant bonding. St. Louis: Mosby Co., 1982: 130-150.
 - 15 Newton N. Psychological differences between breast and bottle feeding. *American Journal of Clinical Nutrition* 1971; 24:993-1003.
 - 16 St. James-Roberts I. Persistent crying in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1989; 30:189-195.
 - 17 Wadsworth ME. Delinquency, pulse rates and early emotional deprivation in a national sample of children. *Brit. Journ. of Criminology* 1976; 316:145-56.
 - 18 Harlow HF, Harlow MK, Hansen EW. Maternal behavior in mammals following maternal deprivation in infancy. In: Rheingold HR, ed. Maternal behavior in mammals. New York: John Wiley & Sons, 1963:
 - 19 Rice R. Infant stress and the relationship to violent behavior. *Neonatal Network* 1985;(April 1985).
 - 20 Hersher L, Richmond J, Moore A. Modifiability of the critical period for the development of maternal behavior in sheep and goats. *Behavior (an International Journal of Comparative Ethology)* 1963; 20:311-20.
 - 21 Haarer J. Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. München: F.J. Lehmanns, 1940
 - 22 Palmer G. Kicking the baby out of bed. In: Palmer G, ed. The politics of breastfeeding. London: Pandora, 1993: 107-8. (Kitzinger S, ed.
 - 23 Sobrinho LG, Nunes MCP, Calhaz-Jorge C. Hyperprolactinemia in women with paternal deprivation during childhood. *Obstetrics and Gynaecology* 1984; 64:465-8.
 - 24 Sears W. Schlafen und Wachen. Ein Elternbuch für Kindernächte. Zürich: La Leche Liga, 1996
 - 25 Tuck SJ, Monin P, Duvivier CD, May T, Vert P. Effect of a rocking bed on apnoea of prematurity. *Arch Dis Child* 1982; 57:475-7.
 - 26 Thevenin T. The Family Bed. Minneapolis: 1976
 - 27 Perl FM. Berufstätigkeit und Stillen: Praktische Aspekte einer vergessenen Selbstverständlichkeit. In: Scherbaum, V., Perl, F.M., Kretschmer, U., Hsg.. Stillen und frühkindliche Ernährung. Köln: Dt. Ärzteverlag, 2003: im Druck.
- Autorin: Dr. Friederike M. Perl, Frauenärztin in eigener Praxis in Stuttgart.
Kontakt: Wilhelm-Röntgen-Str. 35, 73760 Ostfildern, FMPerl@aol.com