

Schlafstörungen im Kindesalter

Schlafstörungen im Kindesalter sind sehr häufig. Sie beeinträchtigen nicht nur die Kinder, sondern führen in der Regel auch zu einer Störung des Schlafes der Erwachsenen. Die Folgeerscheinungen wie Unausgeschlafenheit, Gereiztheit usw. der Kinder wie auch der Eltern haben somit oft erhebliche Auswirkungen auf die Gesamtfamilie. Die erhöhte Spannung und Erschöpfung aller verstärkt wiederum die Schlafstörung des Kindes. Es ist deshalb für eine sinnvolle Behandlung entscheidend, dass sowohl die verschiedenen Ursachen als auch die Auswirkungen von Schlafstörungen auf die Familie erfasst werden.

In den ersten 15 Lebensjahren ändern sich Schlafmuster und Schlaf-Wach-Rhythmus sehr stark. Der Schlaf des Säuglings ist zunächst noch sehr störungsanfällig, was jedoch aufgrund neuronaler Reifungsprozesse während der Entwicklung abnimmt. Die Umweltabhängigkeit, die bereits von der Geburt an stark ausgeprägt ist, tritt dadurch zunehmend in den Vordergrund.

Schlafstörungen können als isoliertes Phänomen oder in Zusammenhang mit anderen physiologischen, emotionalen oder Verhaltensstörungen auftreten. Die Häufigkeitsangaben variieren erheblich. So wird geschätzt, dass 8 -10% der Konsultationen beim Kinderarzt mit Schlafstörungen assoziiert sind. Die Angaben über die Prävalenz dieses Problems im Kindes- und Jugendalter ist unsicher. Nach einer aktuellen Studie haben rund 16% der Kinder im Einschulalter Schlafstörungen – andere Studien gehen von einer Prävalenz von bis zu 50% aus.

In den letzten Jahrzehnten hat sich sehr viel im Bereich der Sozialisation von Kindern geändert. Verschiedene Einflüsse der Medien wie Fernsehkonsum und Computerspiele, die Veränderung der Familienstruktur mit immer geringerer Kinderzahl und hohen Scheidungsraten und damit die Zunahme der Alleinerziehenden, berufliche Doppelbelastungen, hohe Arbeitslosigkeit mit ihren sozialen und finanziellen Auswirkungen haben dazu beigetragen.

All diese Veränderungen haben direkte Folgen für die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen. Oft ist es schwierig, den Abend kindgerecht zu strukturieren, Zubettgehrituale einzuhalten und Grenzen zu setzen.

Regulationsstörungen

Säuglingen und Kleinkindern ist es nur in der Interaktion möglich, ihr Verhalten zu regulieren. Gelingt dies nicht, kann es zu erheblichen Belastungen wie Schlafstörungen, Schreiatacken u.a. führen.

Diagnostik

Zur Einordnung der Schlafstörungen ist neben einer gründlichen körperlichen Untersuchung zum Ausschluss organischer Ursachen eine ausführliche biografische Anamnese nach dem bio-psycho-sozialen Modell der Medizin erforderlich. Zur weiteren Eingrenzung und Quantifizierung ist u.U. ein Schlafprotokoll hilfreich.

Die Beobachtung des Kindes in verschiedenen Alltagssituationen in Kinderhaus, Klinikschule, im Stationsalltag und bei verschiedenen therapeutischen Angeboten wie Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, heilpädagogischer Spieltherapie und Physiotherapie -in Gruppen oder Einzelsituationen- mit oder ohne Eltern ergänzen das gewonnene Bild und erlauben in aller Regel die diagnostische Einordnung.

Therapie

Bei der Therapie von organisch bedingten Schlafstörungen steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund.

Haben Schlafstörungen soziale Ursachen, liegt der Schwerpunkt häufig auf der Sozialberatung der Familie.

Bei den übrigen Schlafstörungen werden die folgenden Bausteine in die Therapie eingebracht:

Familiengespräch

Das Familiengespräch ist der Rahmen, um auf wesentliche Aspekte der anpassungsbedingten und erziehungsbedingten Schlafstörungen therapeutisch einzuwirken. Es ist außerdem hilfreich bei der Planung weiterer therapeutischer Maßnahmen.

Bei psychoreaktiven Schlafstörungen, z.B. bei konflikthafter Paarbeziehung, wird das Familiengespräch/Elterngespräch einen therapeutischen Schwerpunkt bilden.

Heilpädagogische Behandlung

Spieltherapie: Durch Beobachtung der Mutter-Vater-Kind-Interaktion und deren Videoaufzeichnung können

Klassifikation

Schlafstörungen werden unterteilt in Parasomnien, bei denen abnorme Ereignisse während des Schlafes auftreten (Schlafstörungen mit Angstträumen, Pavor nocturnus, Schlafwandeln) und Dyssomnien, bei denen Beeinträchtigungen bzgl. der Qualität und Dauer des Schlafes bestehen (Insomnien, Hypersomnien, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus).

Die weltweit häufig gebrauchten Klassifikationssysteme sind die ICD-10 und die ICSD. Die vornehmlich auf klinischen Kriterien beruhende ICD-10 (10. Revision der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten nach der WHO) unterscheidet zwischen nichtorganischen und organischen Schlafstörungen. Die internationale Klassifikation von Schlafstörungen (ICSD), welche neben klinischen Kriterien auch Schlaflaborbefunde berücksichtigt, unterscheidet nicht weniger als 88(!) verschiedene Schlafstörungen.

Ursachen

Organisch bedingte Schlafstörungen

Obstruktives Schlafapnoe Syndrom (ICSD 780.53-0): Bei Kindern oft bedingt durch Adenoide mit behinderter Nasenatmung. Transitorisch bei Infekten der oberen Luftwege. Besteht dieses Problem über längere Zeit, dann führt es zu Entwicklungsverzögerungen, Lernproblemen, chronischer Müdigkeit und Verhaltensstörungen.

Asthma (ICSD 493): Zwei Drittel der erwachsenen Asthma-Patienten klagen über nächtliches Erwachen. Da sich der Hustenreiz physiologisch im Liegen verstärkt, ist auch im Kindesalter mit der Möglichkeit von Schlafstörungen aufgrund eines unzureichend behandelten Asthma bronchiale zu rechnen.
Schlafstörungen mit sozialen Ursachen

Umgebungsbedingt (ICSD 780.52-6): Fehlen eines eigenen Zimmers, gemeinsames Schlafen mit unruhigen Geschwistern, hellhörige Wohnung oder lauter Straßenlärm können zu Schlafstörungen führen. Schlafen Kinder alleine, so senkt das die Aufwachfrequenz.

Erziehungsbedingte Schlafstörungen

Mangelnde Grenzsetzung (ICSD 307.42-4): Diese Störung ist gekennzeichnet durch mangelnde Durchsetzungsfähigkeit der Bezugspersonen. Durch die unklare Haltung kommt es regelmäßig zu abendlichen Machtkämpfen. Die Ursachen können wiederum bei Problemen der Eltern wie Depression mit Schuldgefühlen, Partnerkonflikten, Erschöpfungszuständen oder körperlichen Erkrankungen liegen, so dass es ihnen schwer fällt, die Kinder in strukturierter Weise ins Bett zu

Erziehungsstile und -muster erkannt und reflektiert werden. Es können konkrete Hilfestellungen gegeben werden, die sich erfahrungsgemäß auf Erziehungsbereiche wie Durchsetzungsfähigkeit, Abgrenzung, Konfliktbewältigung und Vermeidung widersprüchlicher Botschaften (Ambivalenz) an das Kind beziehen.

Andererseits können innerpsychische Konflikte des Kindes wie Ängste, Depressionen oder mangelndes Selbstwertgefühl therapeutisch angegangen werden.

Wichtig ist das Bindungsverhalten des Kindes in der Interaktion zu beobachten und so zu intervenieren, dass die Bindung sicherer wird.

Spezielle therapeutische Maßnahmen

Entspannungsverfahren:

In speziellen Gruppen lernen Kinder, sich tief zu entspannen und mit entsprechenden Selbstinstruktionen Schlaf zu finden.

Bewegungstherapie

für Eltern und Kind: Bei sehr belasteten Eltern-Kind-Beziehungen dient dieses Angebot zur Förderung einer positiven Eltern-Kind-Interaktion.

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen:

Sie dienen der Förderung erwünschten und der Reduzierung unerwünschten Verhaltens. Der Vorteil besteht in einem stufenweisen Vorgehen mit genauen Verhaltensvorschriften, das rasch zu positiven Veränderungen führt und schon damit eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung nach sich zieht. Zentral für das Vorgehen ist die Einführung beruhigender Rituale. Bereits vor dem Schlafengehen sollte eine regelmäßige Reihenfolge bestimmter Verrichtungen eingehalten werden, um die Kinder auf das Zu-Bett-Gehen vorzubereiten. Dann ist es günstig, Rituale einzuführen, die die Kinder selbst herbeiführen können, um ihnen möglichst viel Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Elternrunden:

Neben der Erziehungsberatung bieten wir eine „Elternrunde“ an, in der sich Eltern unter fachlicher Anleitung über Erziehungsschwierigkeiten austauschen. Für Kinder mit der Diagnose ADHS gibt es eine weitere, spezielle Elternrunde.

Erfolgsbeurteilung

Es ist grundsätzlich wichtig, den Therapieverlauf zu beurteilen. Dazu eignet sich das im Vorfeld bereits eingesetzte Schlafprotokoll sehr gut. Der wichtigen Frage, ob die während des stationären Aufenthaltes in aller Regel er-

bringen. Es ist jedoch möglich, dass Eltern einen indirekten Gewinn aus dieser Verzögerungstaktik ziehen, wenn sie sich dadurch z.B. eigenen Konflikten nicht stellen müssen.

Fehlende Rituale (ICSD 307.42-5): Fehlende Rituale erschweren es dem Kind, sich auf das Einschlafen vorzubereiten. Besonders häufig tritt dies bei überbehütenden Müttern auf, die sich selbst nicht vom Kind trennen können.

Nächtliches Essen und Trinken (ICSD 780.52-8): Die physiologischen Schlafunterbrechungen des Säuglings werden durch die Verabreichung von Nahrung aufrecht gehalten.

Anpassungsbedingte Schlafstörungen

Psychoreaktiv (ICSD 307.41-0): Die Gesamtprävalenz dieser Störung beträgt in der Gesamtbevölkerung ca. 33% und ist bei Kindern noch häufiger. Kinder reagieren häufig mit Insomnie. Auslöser können viele belastende Situationen und Konflikte in der Familie sein. Die meisten Schlafstörungen im Kindesalter sind mit psychischen Ursachen verknüpft.

Pavor nocturnus (ICSD 307.46-1): Die Störung besteht in wiederkehrenden Episoden plötzlichen Erwachens, die oft mit einem Panikschrei beginnen. Es besteht starke Angst, und die Kinder können kaum beruhigt werden.

Alpträume (ICSD 307.47-0): Wiederholtes Erwachen und detailliertes Erinnern stark ängstigender Traum inhalte mit Bedrohung des Lebens. Die Kinder sind aber nach dem Erwachen rasch wieder orientiert. Diese Träume stellen eine starke Belastung dar. Es muss mit einer Häufigkeit von ca. 30% bei Drei- bis Zehnjährigen gerechnet werden.

Bei affektiven Störungen (Dysthymie, Depressionen) (ICSD 300.40): Diese Störungen sind bei Kindern sehr häufig (ca. 70%) mit Schlafstörungen verbunden.

Angststörungen und Trennungsangst: (ICSD 300/ 309.21): Erwachsene Angstpatienten haben in ihrer Kindheit sehr stark unter Trennungsängsten gelitten. Die Ängste gehen der Schlafstörung voraus.

reichten positiven Veränderungen auch im häuslichen Bereich Bestand haben, soll mittels einer katamnestischen Nachbefragung nach sechs Wochen nachgegangen werden.

Kontakt:

Kur + Reha GmbH

Eggstraße 8

79117 Freiburg

Beratungsteam 0800 2 23 23 73

Firmentelefon 0761 / 4 53 90 - 0

eMail [info\(at\)kur.org](mailto:info(at)kur.org)