

Schlafstörungen im Kindesalter

A. A. Schlarb

110.1 Symptomatik und Epidemiologie

Schlafstörungen im Kindesalter sind weit verbreitet. Von den mehr als 85 verschiedenen Schlafstörungen der »International Classification of Sleep Disorders« (2005) können mehr als die Hälfte bereits im Kindesalter auftreten. Die Prävalenzraten im Kindesalter liegen zwischen 20 und 45%. Besonders zu berücksichtigen ist, dass kindliche Schlafstörungen denen Erwachsener zwar ähneln, sich jedoch deutlich hinsichtlich Häufigkeit, Schweregrad, Ursachen und indizierter Behandlung unterscheiden. Eine Hypothese für die Entstehung der kindlichen Schlafproblematik ist, dass Kinder aufgrund ihrer anderen Schlafarchitektur sensibler für die Entwicklung von Schlafstörungen sind: Durch die kürzere Dauer eines Schlafzyklus durchlaufen sie häufiger die leichten Schlafstadien I und II des Non-REM-Schlafs, in denen der Schlaf sensibler für Störreize ist. Zudem ist in der Kindheit der dominierende Schlafzustand der REM-Schlaf, dem in der Regel ein kurzer Arousalzustand und leichte Erweckbarkeit vorausgehen. Daher ist als Folge der biologischen Reifung des Schlaf-Wach-Rhythmus und der psychologischen Entwicklung das Risiko für spezifische Schlafstörungen in gewissen Altersstufen höher.

Die beiden, in der klinischen Praxis häufig verwendeten Diagnoseschemata, die ICD10 und das DSMIV ermöglichen bei Kindern und Jugendlichen lediglich eine grobe Klassifikation der Schlafstörungen und beziehen nicht die kindheitstypischen Schlafschwierigkeiten mit ein. Hingegen findet sich in der »International Classification of Sleep Disorders« (ICSD-II, American Academy of

Sleep Medicine, 2005) eine wesentlich angemessenere Darstellung kindlicher Schlafstörungen. Dieses Klassifikationssystem differenziert genauer zwischen verschiedenen auch kindlichen Schlafstörungen.

■ Altersspezifische Schlafschwierigkeiten

Im ersten Lebensjahr treten vor allem Ein- oder Durchschlafprobleme gehäuft auf. Im Vor- und Grundschulalter nehmen zu den Ein- und Durchschlafschwierigkeiten die Widerstände beim Zubett-Gehen zu und es treten vermehrt Parasomnien wie z. B. Alpträume oder Pavor nocturnus auf. Die Insomnien stellen jedoch weiterhin die häufigste Störungsgruppe dar, wobei es die Störung der »behavioural insomnia« im Kindesalter mit zwei Subtypen gibt:

- a. »sleep onset-association type« und
- b. »limit-setting type«.

Beide stellen eine sinnvolle Erweiterung der kindlichen Insomnie dar, da diese Typen vor allem auch das Elternverhalten einbeziehen. Beim »Sleep-onset-association«-Typ (SOT) besteht die Hauptsymptomatik in einer Abhängigkeit des Kindes von speziellen Schlafhilfen. So finden diese Kinder am Abend und in der Nacht in der Regel nur dann in den Schlaf, wenn spezifische Stimulationen durch die Eltern gegeben werden (bestimmte Objekte zum Einschlafen ohne die sie nicht schlafen können und deren Abwesenheit zu Schlafproblemen führt). Nicht selten benötigen diese Kinder auch die Anwesenheit der Eltern beim Einschlafen, das Sitzen der Eltern am Bett oder auch eine bestimmte Schlafumgebung wie das Elternbett. Fehlen diese

Stimuli, verschärft sich die Ein- und Wiedereinschlafproblematik bis die gewohnten Stimulationen wieder herbeigeführt werden. Der »Limit-setting«-Typ (LST) ist hingegen vor allem durch eine fehlende elterliche Grenzsetzung gekennzeichnet. Die Eltern dieser Kinder setzen keine, inkonsistente oder nicht vorhersehbare Grenzen, was sich in teilweise massiven Widerständen beim Zubettgehen oder einer sehr verlängerten Zu-Bett-Geh-Prozedur bzw. Einschlaflatenz äußern kann. Häufig zeigen diese Kinder eine starke Abwehr davor ins Bett zu gehen, zögern die Zubettgeh-Routine und das Zubettgeh-Ritual hinaus und benötigen viel Zeit, um tatsächlich einzuschlafen. Im Zusammenhang mit dem »Limit-setting«-Typus stehen geringe elterliche Erziehungsfertigkeiten.

In der Adoleszenz stehen ein erhöhtes physiologisches Schlafbedürfnis und höhere schulische, soziale bzw. berufliche Anforderungen miteinander in Konflikt und münden häufig in irregulären Schlaf-Wach-Rhythmen mit verringerter Schlafenszeit. In diesem Alter zeigt sich häufig eine zirkadiane Rhythmusstörung; insgesamt jedoch stellt die Gruppe der Insomnien auch in dieser Lebensphase die am häufigsten vorkommende Schlafstörung dar.

■ Einflussvariablen

Wie im Erwachsenenalter auch bedingen im Kindesalter eine Vielzahl an Einflussvariablen die Entstehung und Aufrechterhaltung von Schlafstörungen. Neben der im Vordergrund stehenden physiologischen Reifung beeinflussen weitere Faktoren das kindliche Schlafverhalten. So können kindliche Merkmale wie Temperament, Verhaltenspräferenzen, individuelle zirkadiane Differenzen, körperliche Faktoren, Entwicklungsverzögerungen und Stress eine Rolle spielen. Als Einflussvariable in diesem Alter besonders zu berücksichtigen ist der Erziehungsstil der Eltern, deren Bildungsstand, auftretender akuter familiärer Stress oder partnerschaftliche Konflikte sowie die Qualität und Quantität des elterlichen Schlafes, welcher wiederum häufig durch kindliche Schlafstörungen verändert wird. Neben diesen eher familienbezogenen Faktoren können sich auch Umweltfaktoren wie die physische Umgebung (z. B. räumliche Bedingungen wie ein eigenes Zimmer, Wärme, Helligkeit/Dun-

kelheit, Lärm), die familiäre Konstellation (z. B. Geschwisterzahl) sowie familiäre Lebensumstände (z. B. Berufstätigkeit beider Eltern) und kulturelle Aspekte (»Co-Sleeping«) auf das Schlafverhalten des Kindes deutlich auswirken.

■ Chronifizierung

Die Tendenz zur Chronifizierung ist auch bei Kindern und Jugendlichen nicht zu unterschätzen. So neigen schon Schlafprobleme im Vorschulalter zur Persistenz. Diverse Studien der letzten Jahre konnten aufzeigen, dass Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter mit zunehmendem Alter abnehmen, die Kinder jedoch keinesfalls aus der Problematik herauswachsen. So zeigen Ergebnisse einer prospektiven Längsschnittstudie, dass Kinder, bei denen mit fünf Jahren Schlafprobleme diagnostiziert wurden, im Alter von zehn Jahren immer noch ein erhöhtes Risiko für Schlafprobleme aufwiesen. Werden diese Schlafstörungen nicht behandelt, dauern die Probleme häufig an und bestehen in vielen Fällen sogar noch im Erwachsenenalter. Auch sind Schlafstörungen als Risikofaktor für die Entwicklung einer weiteren psychischen Störung zu sehen.

Schlafprobleme im Alter von vier Jahren zeigen mit hoher Wahrscheinlichkeit Verhaltens- und emotionale Probleme in der mittleren Adoleszenz an. Insomnie bei Jugendlichen führt in der Regel zu einem dreifachen Risikoanstieg für Depression, zu einem vierfach erhöhten Risiko für beeinträchtigte Lebensqualität und zu einem fünffach erhöhten Risiko einer mentalen Beeinträchtigung. Vor allem geringe Schlafmengen führen zu externalisierenden Verhaltensproblemen wie aggressives bzw. delinquentes Verhalten oder auch zu Aufmerksamkeitsproblemen und haben gerade bei Jugendlichen ein größeres Unfall- und Fehlerrisiko zur Folge. Auch werden Probleme mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus als Prädiktor für Tabak-, Alkohol- und Marihuanakonsum, geringes Sicherheitsverhalten und ungeschützte sexuelle Aktivitäten gesehen. Bezüglich der Insomnien ist besonders zu berücksichtigen, dass diese oftmals vor dem Auftreten von emotionalen Störungen vorhanden sind (40%) oder jedoch gleichzeitig (>22%) zu der psychischen Problematik auftreten. Bei Angststörungen treten z. B. Insomnien beinahe gleichzeitig (>38%) oder

später auf (>34%). Insgesamt können Ein- und Durchschlafprobleme häufig als Begleitsymptomatik bei ängstlichen und emotional belasteten, hyperkinetischen und sozial auffälligen Kindern und Jugendlichen gesehen werden. Das Thema gewinnt an Brisanz, wenn man den Zusammenhang zur Suizidalität betrachtet. Hierbei gilt der Schlaf als wesentlicher Einflussfaktor bei Suizidgedanken und Suizidversuchen, selbst nach Kontrolle von psychischer Störung oder Belastung. Jugendliche mit einer psychischen Störung die Suizid begehen, leiden signifikant häufiger zuvor unter Schlafproblemen als Jugendliche mit gleicher Störungsintensität bzw. dauer.

110.2 Therapeutische Ansatzpunkte und Ziele

Der kindliche Schlaf wird durch das Erziehungsverhalten der Eltern und durch die von ihnen hergestellte Schlafumgebung deutlich beeinflusst. So verhindert zum Beispiel die überfürsorgliche elterliche Anwesenheit das Erlernen von eigenständigen Einschlafstrategien des Kindes; gleiches gilt für einen nachlässigen Erziehungsstil. Ebenfalls ungünstig sind elterliche Fehlkonzeptionen über die normale Schlafdauer oder ein normales Schlafverhalten des Kindes. Oftmals führt dies zu einem zu frühen Zubettbringen oder auch Zubettbringen nach rigidem Zeitplan. Besonders Ein- und Durchschlafstörungen im frühen Kindes- bzw. sogar Säuglingsalter sind in hohem Maße bedingt durch konditionierte Fehlverhaltensweisen zwischen Eltern und Säuglingen oder Kleinkindern. Diese Eltern neigen zu überhäufigen Fütterungsangeboten als Reaktion auf nächtliches Schreien ihrer Kinder. Meist zeigt sich vor allem bei älteren Kindern eine elterliche Unzulänglichkeit konsequent zu handeln und klare Einschlafrituale und Zubettgehzeiten zu etablieren.

Zu differenzieren ist hierbei, dass verschiedene Schlafstörungen unterschiedlich stark durch das elterliche Erziehungsverhalten beeinflusst werden. Schlafstörungen wie z. B. schlafbezogene Atmungsstörungen sind weniger durch Erziehungsverhalten verursacht, können aber durch ungünstige Erziehungsstrategien weiter verstärkt werden. Hinge-

gen wird die schon oben benannte »behaviourale insomnia« des Kindesalters massiv durch Erziehungsverhalten beeinflusst.

Im Jugendalter schließlich spielen die Eltern nicht mehr eine so große Rolle, diese nehmen eher die Gruppe der Peers ein, die zum Beispiel durch nächtliches Kommunizieren oder Interagieren zu einer Entstehung und Etablierung einer Schlafproblematik beitragen können. Zugleich sind der Einsatz von Medien und das Schlafhygieneverhalten besonders zu berücksichtigen.

Psychologische Modellvorstellungen beziehen sich vor allem auf die Insomnien. Es wird davon ausgegangen, dass das Schlafverhalten im jungen Alter neben einer Prädisposition vor allem durch eine ungünstige Erziehungshaltung seitens der Eltern bedingt ist. Im Jugendalter hingegen können schon deutlicher Faktoren, die denen des Erwachsenenalters entsprechen, wie Grübeln oder sich auf die ungünstigen Aspekte des Schlafes konzentrieren (fokussieren), zum Tragen kommen.

Typische **Probleme bei Schlafstörungen** im Kindesalter sind:

- wenig strukturierte Tages- und Zubettgeh-Routine,
- wenig bewegungsreiche Spielzeit während des Tages,
- fehlende Bewältigungsstrategien für Sorgen und Ängste sowie
- zu hohe Anspruchshaltungen.

Seitens der Eltern:

- fehlende erzieherische Kompetenz,
- fehlende Diskriminationskompetenz zwischen kindlichen Ängsten und dem Wunsch des Kindes Macht auszuüben.

Abhängig vom Alter lassen sich daher folgende **Ziele einer Behandlung** formulieren:

- Vermittlung von Schlafhygieneregeln (Psychoedukation),
- Veränderung der Schlafumgebung,
- Tages- und Abendstruktur etablieren,
- bewegungsreiche Zeit während des Tages initiieren,
- Bewältigungsmöglichkeiten für Ängste und Sorgen generieren,

- kognitive Umstrukturierung der hohen Anspruchshaltung,
- Aufbau eines selbständigen Bewältigungsverhaltens des Kindes,
- Bewältigung von Alpträumen,
- verändertes Erziehungsverhalten seitens der Eltern (Regeln und Grenzsetzungen ermöglichen, positives Feedback etc.) und
- Anpassung der Erziehungsstrategie an die Symptom-Motivation des Kindes (Angst vs. Macht).

110.3 Behandlungsplan und Einzelschritte

Dem therapeutischen Prozess sollte eine genaue Diagnostik vorausgehen. Unter anderem sollten Differenzialdiagnosen wie das Vorliegen einer schlafbezogenen Atmungsstörung ausgeschlossen werden. Hierzu eignen sich altersspezifische Screeninginstrumente und insbesondere Schlaftagebücher (► Kap. 49), die aufschlussreich sein können. Bei Verdacht auf eine schlafbezogene Atmungsstörung sollte das Kind für eine polysomnographische Untersuchung in einem (kindgerechten) Schlaflabor angemeldet werden. Wird jedoch von einer Insomnie ausgegangen, ist eine funktionale Problemanalyse (► Kap. 41 und Kap. 42) höchst sinnvoll. Diese sollte als Basis für den Veränderungsprozess genutzt werden. Insgesamt kommen im Kindes- und Jugendalter bei Insomnien vor allem folgende Interventionsmethoden und Techniken zur Anwendung:

- Entspannungstechniken (► Kap. 25),
- Reizkontrolle (► Kap. 57),
- systematische Desensibilisierung (► Kap. 59),
- graduelle Löschung (► Kap. 32),
- positive Verstärkung (► Kap. 67),
- Verhaltensformung (► Kap. 64 und Kap. 67),
- Diskriminationslernen (► Kap. 21) und
- positive Routine (► Kap. 73).

Bei der Behandlung der kindlichen Schlafstörung stehen die Eltern im Mittelpunkt (► Kap. 7 und Kap. 78), dies gilt besonders für Kinder im Säuglings- oder Kleinkindalter. Ab dem Vorschulalter

kann das Kind zunehmend in den therapeutischen Prozess eingebunden werden.

Die altersspezifischen Trainings für Kinder mit Schlafstörungen (Schlarb, 2011a, b, c) umfassen sechs Doppelsitzungen. Diese werden je nach Alter mit den Eltern (½–4 Jahre), mit den Kindern und den Eltern (5–10 Jahre) oder hauptsächlich mit den Kindern und Jugendlichen (ab 11 Jahre) durchgeführt (► Tab. 110.1).

Die Eltern werden dabei über verschiedene Aspekte bezüglich des kindlichen Schlafverhaltens informiert:

- Charakteristika des normalen altersadäquaten Schlafs,
- entwicklungsspezifische Schlafgewohnheiten (z. B. bereits in der frühen Kindheit Einführung eines Verhaltensmusters mit tagsüber gefüttert werden und nachts schlafen; bei jüngeren Kindern nicht zu viele/zu wenige oder zu frühe/zu späte zusätzliche Schlafphasen am Tag),
- individuell unterschiedliche Schlafbedürfnisse (Kurz-/Langschläfer, Früh-/Spätschläfer),
- angemessene Schlafhygiene: regelmäßige Zeiten, keine aufregenden Aktivitäten vor dem Einschlafen, ruhige, abgedunkelte, angenehm temperierte Schlafumgebung, bequemer Schlafplatz, Zubettbringen bei Müdigkeit des Kindes, Umgang mit Hunger, Durst und Schlafen,
- Einschlafrituale,
- Betonung der Fähigkeit des Kindes, in Abwesenheit der Eltern einzuschlafen,
- entwicklungsspezifisch potenzielle, schlafbezogene kindliche Ängste,
- Aufbau der elterlichen Diskriminationskompetenz, um unterscheiden zu können, ob der Schlafproblematik des Kindes Ängste zu Grunde liegen oder ob das Kind seine eigene Wirksamkeit spüren möchte und daher Macht ausübt und
- erzieherische Kompetenz der Eltern erweitern (Einführung von schlafbezogenen Regelungen und Grenzen, Hilfsmaßnahmen bei vorhandenen Ängsten).

Die oben genannten Trainings sind so aufgebaut, dass sie in Gruppen oder auch im Einzelrahmen

■ **Tab. 110.1** Behandlungsplan einer Verhaltenstherapie bei kindlichen Schlafstörungen bei Grundschulkindern. (Nach Schlarb, 2011b)

Sitzung	Wer?	Thema	Beispiele
1	Eltern	Psychoedukation	Aufgaben des Schlafes Schlafdruck-Teufelskreis Schlafstörungen und beeinflussende Faktoren Regeln und Rituale für einen guten Schlaf Bedeutung des Schlafplatzes Einschlafgeschichten
2	Kind	Entspannungstechniken	Atemtechnik Schlafsterne Imaginationsübung zum Schlafen
3	Eltern	Erziehungsverhalten und Schlaf	3-Schritte-Technik: Probleme erkennen Erziehungskompetenzen der Eltern Wichtigkeit der Grenzsetzung Förderung von Selbständigkeit
4	Kind	Problemlösestrategien	Bedeutung des eigenen Bettes Schlafritual Umgang mit Sorgen und Ängsten Selbstwirksamkeitssteigerung
5	Kind	Selbständig schlafen können	Werkzeuge für sich verwenden Sich weiterentwickeln und Kompetenzen hinsichtlich des Schlafes aufbauen Neue Ideen zur Bewältigung der Schlafproblematik formulieren
6	Eltern	Rückfallprophylaxe	Belohnungssysteme sinnvoll einsetzen Schlafregeln prüfen Typische Fallen entdecken und vorsorgen

durchgeführt werden können. In den typischerweise 6 Sitzungen werden vor allem die schlafbezogenen Schwierigkeiten jeder Familie herausgearbeitet und anhand eines strukturierten Vorgehens das kindliche Verhalten und das elterliche Erziehungsverhalten verändert (■ Tab. 110.1).

110.4 Schwierigkeiten und Probleme

Bei den Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter sind mehrere Problembereiche zu bedenken. Zum einen gibt es sehr unterschiedliche (mehr als 85 verschiedene) Schlafstörungen, von denen die meisten auch für das Kindes- und Jugendalter auftreten können. Daher kann ein Problem in der mangelnden diagnostischen Kenntnis (Kompetenz) seitens des Therapeuten liegen. Eine Reihe

an Schlafstörungen, vor allem die schlafbezogenen Atmungsstörungen, erfordern differenzialdiagnostisch eine polysomnographische Untersuchung. Auch können Schlafstörungen Tagessymptomen hervorrufen, die wie ADHS oder aggressives Verhalten wirken, sodass es zu der Fehldiagnose ADHS kommt, obwohl eigentlich eine kindliche Schlafstörung vorliegt.

Bei Eltern, die ihr Erziehungsverhalten nicht entsprechend umstellen können, ist eine Therapie weniger wirksam. Dies gilt besonders, wenn die Eltern sehr ängstlich sind und befürchten, dass ihr Kind traumatisiert würde. Bei Jugendlichen hingegen kann eine geringe Veränderungsmotivation vorliegen, die zu mangelnden Veränderungen hinsichtlich der Einschlafzeiten und der Schlafhygiene führen kann. Dies geht dann mit geringem Erfolg einher.

110.5 Begleit- oder Alternativbehandlungen

Begleitend zur schlafbezogenen Therapie sollten kindliche Ängste behandelt werden. Auch Alpträume kommen nicht selten im Kindesalter vor, die durch Imaginationsübungen (► Kap. 33 und Kap. 35) gut verändert und somit ihren angstbesetzten Charakter verlieren können. Eine medikamentöse Behandlung ist im Kindesalter wenig wirksam und wird von den meisten Eltern nicht gewünscht, wengleich viele Kinderärzte pflanzliche Medikamente bei Insomnien verschreiben.

110.6 Effektivität und Evidenz

Insgesamt ist die Studienlage im Kinder- und Jugendbereich zu Interventionen bei Schlafstörungen noch recht bescheiden und damit verbesserungsbedürftig. Evaluierete psychotherapeutische Behandlungsansätze von Schlafstörungen bei Vor- und Grundschulkindern gibt es trotz der hohen Prävalenz erstaunlich wenig. Es existieren meist nur deskriptive Einzelfallberichte, Studien mit fehlenden Kontrollgruppen und kurze Katamnesen von bis zu vier Monaten.

Dennoch sind die schlafbezogenen Effekte bei den Kindern evident und es zeigen sich vor allem auch positive Auswirkungen auf die Eltern. Nach einer solchen Therapie berichten die Eltern in der Regel über eine höhere Zufriedenheit in der Partnerschaft. Mütter fühlen sich danach weniger durch die Schlafproblematik ihres Kindes beeinträchtigt und erleben eine Stressreduzierung, erhöhte wahrgenommene internale Kontrolle sowie erhöhte Zufriedenheit mit ihrem Schlaf.

110.7 Grad der empirischen Absicherung und persönlichen Bewertung

Die Effizienz der Verhaltenstherapie bei kindlichen Schlafstörungen, vor allem bei Insomnie, ist belegt (DGKJPP, 2003). Es liegen einige kontrollierte Studien vor, jedoch fehlen nach wie vor für die verschiedenen Lebensalter (Kleinkinder, Schulkinder,

Jugendalter usw.) bzw. verschiedenen Teilstörungen, kontrollierte Studien. Langfristige Nachweise über die Stabilität der erzielten Effekte stehen weitestgehend aus.

Da eine medikamentöse Behandlung nicht zu empfehlen ist und auch von den Eltern nicht besonders gerne angenommen wird, ist die Verhaltenstherapie das Mittel der Wahl, um die kindlichen Schlafprobleme zu behandeln. Im jüngeren Alter sollten vorrangig die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz geschult werden, sodass die Kinder angemessen in der Abend- und Nachtsituation betreut und zur eigenen Bewältigung angeregt werden.

Literatur

- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and coding manual* (2nd ed.). Westchester: American Academy of Sleep Medicine.
- DGKJPP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. (2003). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*.
- Schlarb, A. A. (2011a). *Mini-KISS – das Therapeutenmanual. Das Elterntaining für Kinder (0,5–4 Jahre) mit Schlafstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schlarb, A. A. (2011b). *KISS – das Therapeutenmanual. Das Training für Kinder von 5–10 Jahren mit Schlafstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schlarb, A. A. (2011c). *JuST – das Therapeutenmanual. Das Training für Jugendliche ab 11 Jahren mit Schlafstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.