



Angelika Schlarb

Mini-KiSS

Therapeutenmanual

Das Elterntraining für Kinder bis 4 Jahre
mit Schlafstörungen



inkl. CD-ROM



Kohlhammer

Angelika A. Schlarb
Unter Mitarbeit von Melanie Wahl
und Eva Kosmalla

Mini-KiSS Therapeutenmanual

Das Elterntraining für Kinder bis 4 Jahre
mit Schlafstörungen

Verlag W. Kohlhammer

Wichtiger Hinweis

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten

© 2014 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Umschlagabbildung: © Alan Hearfeld; Yvonne Bogdanski; Alexandr Vasilyev; Allisija Hallgerd; Valus Vitaly

Zeichnungen: Andreas Urra

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

ISBN 978-3-17-023829-9

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
1 Ab wann wird das Schlafproblem eine Schlafstörung? – Die Probleme der Klassifikation	12
2 Prävalenzen von Schlafstörungen im frühen Kindesalter	16
3 Persistenz frühkindlicher Schlafstörungen	16
4 Einfluss der Eltern und der Familie auf den frühkindlichen Schlaf	17
5 Diagnostik kindlicher Schlafstörungen	20
Konzeption des Mini-KiSS-Manuals	23
1 Elterntrainings	23
2 Einbeziehung beider Elternteile	23
3 Psychoedukation	24
4 Verhaltenstherapie	24
5 Imaginationstechniken – Ressourcenförderung für Eltern	26
6 Positive Psychologie – Für Eltern	27
7 Grundlegendes zur Arbeit mit den Eltern	27
Exkurs: Pharmakologische Behandlung	29
8 Wirksamkeit von Mini-KiSS	29
9 Ziele des Mini-KiSS-Behandlungsprogramms	30
10 Arbeit mit dem Therapeutenmanual	31
Sitzung 1: Einführung und Informationen rund um den Schlaf	33
Informationen für den Therapeuten	33
Sitzung 1 – Inhaltlicher Einstieg	38
1.1 Informationen rund um den Schlaf	38
1.2 Schlafstörungen und Einflussfaktoren auf den Schlaf	43
1.3 Rituale	47
1.4 Das kleine Glückstagebuch – Mit großer Wirkung	51
1.5 Die Geschichtensammlung	52
1.6 Das Schlaftagebuch	53
1.7 Imaginative Elemente	53
1.8 Imaginationsübung: Traumhaus	54
Umgang mit den Übungen für die nächste Woche	56
Rückblende	56
Hausaufgaben	57
Sitzung 2: Schlafsituation, Schlafverhalten und Erziehungsverhalten unter der Lupe	58
Informationen für den Therapeuten	58
Sitzung 2 – Inhaltlicher Einstieg	60
2.1 Der Zusammenhang von Schlaf und dem Verhalten am Tag	60
2.2 Zur Bedeutung des Erziehungsverhaltens	62

2.3	Allein ein- und durchschlafen	67
2.4	Kalimba – Der Zeopard aus dem Zauberland	68
2.5	Erziehungsregeln für gesunden Schlaf	71
2.6	Erziehungsstrategien anwenden	75
2.7	Praktische Anwendung positiver Verstärkung	87
2.8	»Kalimba als Schlafwichtel« für kleinere Kinder	87
2.9	Entwicklung eines weiterführenden Belohnungssystems	88
2.10	Imaginationsübung: Roter Ballon	90
	Rückblende	92
	Hausaufgaben	93
Sitzung 3: Weinen, Schreien und Trotz		94
	Informationen für den Therapeuten	94
	Sitzung 3 – Inhaltlicher Einstieg	96
3.1	Das Belohnungssystem	96
3.2	Weinen und Schreien	97
3.3	Trotz – Eine Herausforderung für Eltern mit Kindern zwischen 2 und 3 Jahren	103
3.4	Kindliche Aggressionen	106
3.5	Die Schlafplatzumgebung	108
3.6	Imaginationsübung: Die Kugel	112
	Rückblende	113
	Hausaufgaben	113
Sitzung 4: Stress und Entspannung		114
	Informationen für den Therapeuten	114
	Sitzung 4 – Inhaltlicher Einstieg	115
4.1	Die Eskalationsfalle	116
4.2	Stress und Entspannung	117
4.3	Zeit und Aufmerksamkeit	126
4.4	Imaginationsübung: Ritterrüstung	129
	Rückblende	131
	Hausaufgaben	131
Sitzung 5: Angst, Geborgenheit und Ernährung		132
	Informationen für den Therapeuten	132
	Sitzung 5 – Inhaltlicher Einstieg	134
5.1	Geborgenheit und Angst	134
5.2	Schritt für Schritt zum guten Schlaf	142
5.3	Schlaf und Ernährung	145
5.4	Babymassage	147
5.5	Kindermassage	148
5.6	Imaginationsübung: Der Wanderer	150
	Rückblende	151
	Hausaufgaben	152
Sitzung 6: Abschlusssitzung		153
	Informationen für den Therapeuten	153
	Sitzung 6 – Inhaltlicher Einstieg	155
6.1	Die Verführung, nachzugeben	155
6.2	Gelassenheit	157
6.3	Achtsamkeit	158
6.4	Schlafregeln-Checkliste	161
6.5	Was können die Eltern »wegpacken«?	164

6.6 Was nehmen die Eltern mit: Der »Schlaf-Rat«	165
Rückblende	167
Schlussworte	167
Hausaufgaben	168
Literaturverzeichnis	169
Stichwortverzeichnis	173

Content⁺PLUS

Folgende Materialien erhalten Sie im Shop des Kohlhammer-Verlags unter ContentPLUS. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der vorderen Umschlaginnenseite.

- Die Gruppenregeln
- Gute-Nacht-Geschichten
- Das Schlaf- und Glückstagebuch
- Die Abbildungen aus Mini-KiSS
- Die Imaginationsübungen als Hörfassung

Vorwort

Es gibt sehr viele Eltern, die die erste neue Lebensphase mit dem Kind auf der einen Seite als sehr beglückend erleben, sich andererseits jedoch auch mit Problemen konfrontiert sehen, von denen sie nicht zu träumen gewagt hatten. Diesen Eltern zu helfen, die Schlafprobleme ihres Kindes zu bewältigen und zu einem entspannten und zufriedenen Familienleben zurückzufinden, ist höchst befriedigend und sinnvoll. Denn meist sind diese Eltern durch die Folgen der kindlichen Schlafprobleme deutlich in ihrer eigenen Befindlichkeit, in ihrem Schlaf sowie auch in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Dieser Zustand kann durch ein Training wie das vorliegende deutlich verbessert werden. Beim Trainingsende Eltern zu erleben, die sich mit ihrem Kind wohl fühlen, kompetente Erziehungsstrategien anwenden und die erreicht haben, dass ihr Kind zu einem gesünderen Schlafverhalten gefunden hat, ist schön. Dann nach drei Monaten diese Eltern bei der Katamnese zu sehen, denen das Gelernte präsent ist, die wissen, welche Strategien sie beim Wiederauftreten der Problematik anwenden können, ist überaus befriedigend und vergütet für die tausenden von Stunden, die in die Entwicklung und Erprobung investiert wurden.

Dieses Manual wurde auf Basis der bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse konstruiert und evaluiert. Die Arbeit von einigen Jahren fließt nun in dieses Buch. Dass diese Arbeit nicht das Resultat einer einzigen Person ist, liegt auf der Hand. Ich möchte daher die Gelegenheit nutzen, den vielen Personen zu danken, die mit Rat und Tat dazu beigetragen haben, dass dieses Projekt entstehen und verwirklicht werden konnte. Insbesondere und ganz besonders Isabel Brandhorst, die unermüdlich und zuverlässig als Co-Trainerin zu Verfügung stand, mitgedacht, korrigiert und organisiert hat. Weiterhin danke ich Anna Werner, die mitgeholfen hat, den Ablauf zu optimieren. Darüber hinaus danke ich auch Ines Franzen sowie ganz herzlich all den anderen Mitarbeitern und Praktikanten meines Teams – ohne diese Personen wäre das Projekt jetzt nicht auf diesem Entwicklungsstand. Herzlichen Dank vor allem auch an die Eltern, die uns immer wieder zu neuen Ideen verholfen haben.

Tübingen, März 2013

Angelika A. Schlarb

Einleitung

Gesunder Schlaf ist ein Geschenk der Natur. Der Schlaf-Wach-Rhythmus der Kinder konsolidiert sich vor allem im ersten Lebensjahr. Die Fähigkeit durchzuschlafen, also der Wechsel vom multiphasischen Schlafrythmus hin zum biphasischen und schließlich zum monophasischen Schlafrythmus wird in dieser Zeit durch die Fähigkeit nachts durchzuschlafen langsam eingeleitet. So festigt sich der Schlaf vor allem in den ersten vier Monaten (Henderson et al. 2010). Bereits im Alter von 4 Monaten ist der Einfluss elterlicher Erziehungsstrategien nachweisbar (Henderson et al. 2010). So zeigt die Entwicklung der Fähigkeit, sich selbst beruhigen zu können und wieder in den Schlaf zu finden (self-soothing), einen Zusammenhang sowohl zum Zeitpunkt des Schlafengehens und zur längsten Schlafperiode in der Nacht als auch zum elterlichen Erziehungsverhalten (Henderson et al. 2010; Sadeh et al. 2009). Im Alter von 2 Monaten können mehr als 50 % der Kinder zwischen 0 und 5 Uhr durchschlafen oder sind in der Lage, acht Stunden ohne Unterbrechung zu schlafen (Henderson et al. 2010; Pinilla und Birch 1993). In den ersten drei Monaten erfolgt eine weitere Ausdifferenzierung der einzelnen Stadien des Non-REM-Schlafs: Zunächst steht der Slow-Wave-Schlaf (Stadium III des Non-REM-Schlafs – Tiefschlaf) im Vordergrund, bei dem eine vermehrte Hormonausschüttung zu beobachten ist und vor allem für die rasch ablaufenden Hirnreifungsprozesse des Säuglings in den ersten Monaten benötigt wird (Mindell und Owens 2003). Ab ca. dem 3. Lebensmonat nimmt die bisher bestehende große intraindividuelle Varianz der Verteilung der Schlaf- und Wach-Phasen über 24 Stunden deutlich ab. Bei einem Kind beträgt ein einzelner Schlafzyklus ungefähr 50–60 Minuten (Stores 2001). Dies verändert sich über die weitere Kindheit und Jugend hinweg, so dass schließlich als erwachsener Schläfer ein Schlafzyklus im Durchschnitt 90–100 Minuten, also fast doppelt so lang dauert. Aber auch das Verhältnis von REM- zu Non-REM-Schlaf unterscheidet sich bei Kindern und Erwachsenen gravierend. Neugeborene zeigen eine Verteilung von 50:50 von REM- zu Non-REM-Schlafphasen (Louis et al. 1992). Dies ist oftmals auch der Grund für das häufigere Erwachen des Kindes, da es mehrere Schlafzyklen durchläuft. Ab dem Alter von ca. 4 Monaten schließlich hat sich das Kind weitgehend an die familiären Schlafgewohnheiten angepasst und schläft in der Regel im Rhythmus der Familie (zwischen 22 und 6 Uhr in der Früh). In diesem frühen Alter der Kinder sind bereits die selbstregulatorischen Kompetenzen des Kindes entscheidend (Sadeh et al. 2009). So unterschieden sich Kinder, die von ihren Eltern als »Durchschläfer« dargestellt werden, und solche, die als »Nicht-Durchschläfer« beschrieben werden, vor allem in der Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen. »Durchschläfer« finden eigenständig in den Schlaf zurück und können sich selbst beruhigen (self-soothing), was mit einem verbesserten Nachtschlaf zusammenhängt (Sadeh et al. 2009). Darüber hinaus ist es für den Therapeuten wichtig zu wissen, dass Kinder, die scheinbar durchschlafen, genauso häufig wach werden, wie diejenigen, die elterliche Hilfe beim Wiedereinschlafen benötigen, aber in diesen kurzen Wachepisoden nicht von den Eltern wahrgenommen werden.

Viele Eltern und auch Experten sind sich nicht sicher, wie viel Schlaf ein Kind benötigt. Folgende Tabelle soll hierbei hilfreich sein. Zu beachten ist jedoch, dass dies Mittelwerte sind und sich das individuelle Schlafbedürfnis davon unterscheiden kann. Eine eventuell genetische Prädisposition zu einem geringeren oder einem erhöhten Schlafbedürfnis sollte im Gespräch mit den Eltern erfragt werden (► **Tabelle 1**).

Zu beachten ist, dass sich das Schlafverhalten nicht kontinuierlich in eine Richtung (z. B. Selbstständigkeit) verändert, sondern Schwankungen unterworfen ist. So schlafen im ersten Lebensjahr relativ wenige Kinder im Bett der Eltern (weniger als 10 %); das »Bedsharing« erreicht seinen Höhepunkt im Alter von 4 Jahren. In diesem Alter teilen mehr als 38 % der Kinder das Bett mit den Eltern (Jenni et al. 2005).

Tab. 1:
Schlafbedürfnis
nach Alter

Altersgruppe	Schlafbedürfnis
Babys (3–12 Monate)	14–15 Stunden
Kleinkinder (12–35 Monate)	12–14 Stunden
Vorschulkinder (3–6 Jahre)	11–13 Stunden

(National Sleep Foundation, Sleep in America; in Anlehnung an Iglowstein et al. 2003)

Es sollte bei der Arbeit mit diesen jungen Patienten immer auch berücksichtigt werden, dass die Schlafprobleme in diesem frühen Alter in der Regel nicht unbedingt weiter existieren müssen und nicht als Prädiktor für »Bedsharing« oder nächtliches Erwachen in der Kindheit zu sehen sind (Jenni et al. 2005).

Jedoch sollte unbedingt beachtet werden, dass es auch Kinder gibt, die aus Gewohnheit zu wenig Schlaf bekommen. Eine verringerte Schlafdauer steht im Zusammenhang mit vielerlei Auswirkungen. Mehr und mehr wird die Bedeutung eines angemessenen Schlafs für die emotionale Entwicklung des Kindes bekannt (Walker und Harvey 2010). Kinder, die jedoch zu wenig Schlaf erhalten, reagieren meist mit Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und Hyper-Vigilanz, sind anfälliger für negative Stimuli und reagieren nicht so gut auf positive (Guja et al. 2011). Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass beispielsweise Aufmerksamkeit, Arbeitsgedächtnis und Reaktionsverzögerung durch ein zu langes Wachsein beeinträchtigt werden können. Nicht zuletzt ist die Lernfähigkeit des Kindes durch zu wenig Schlaf oftmals deutlich eingeschränkt. Diese Kinder können, wenn sie dauerhaft zu wenig Schlaf erhalten, weniger gut lernen, reagieren stärker auf negative Situationen und weniger auf positive Lösungen bzw. Ansätze (Berger et al. 2012; Schlarb et al. 2012).

1 Ab wann wird das Schlafproblem eine Schlafstörung? – Die Probleme der Klassifikation

Durch die hohe individuelle Variabilität und die wirklich rasant verlaufende Entwicklung und Reifung des Kindes ist eine Abgrenzung von gesundem und gestörtem Schlaf in den ersten Lebensjahren meist schwer möglich. Zu entscheiden, ob eine pathologische Abweichung oder »nur« eine altersbedingte Entwicklungskrise vorliegt, ist daher keine so einfache Aufgabe und bringt Pädiater meist dazu, erst einmal abzuwarten und auf die Entwicklung des Kindes hinzuweisen und weniger dazu eine frühe Intervention zu initiieren (Basler et al. 1980; Sadeh et al. 2009; Schlarb 2010). Hinzu kommt, dass die ICD-10 bei einer Vielzahl von Störungen, die für das Kindesalter zutreffen, nicht unbedingt passende Symptombeschreibungen aufführt.

So wird bei genauerer Betrachtung der in der ICD-10 genannten Kriterien für eine nicht-organische Schlafstörung (F51) deutlich, dass diese sich hauptsächlich auf Erwachsene beziehen:

- Klagen über ungenügende Dauer oder Qualität des Schlafs
- Übertriebene Beschäftigung mit der Schlafstörung tagsüber
- Erhöhte Angst und Anspannung in der Einschlafsituation
- Beeinträchtigung der psychosozialen Leistungsfähigkeit

Hingegen erlaubt die von der American Academy of Sleep Medicine (2005) herausgegebene International Classification of Sleep Disorders (2005) eine wesentlich genauere Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Schlafstörungen und gibt dem Diagnostiker detailliertere Anweisungen, welche Kriterien für eine spezifische Diagnose erfüllt sein müssen. Das für die Kindheit besonders häufig auftretende Störungsbild der Behavioralen Insomnie, auf dem auch der Fokus von Mini-KiSS liegt, wird im Folgenden detaillierter beschrieben. Die anderen Störungen, vor allem Parasomnien wie Pavor Nocturnus, Somnambulismus, Alpträume und schlafbezogene Ängste, werden hier eher kurz skizziert. Sie sind zwar kein Ausschlusskriteri-

um für die Anwendung des Mini-KiSS-Behandlungsprogramms, aber es ist nicht speziell für diese Störungen konzipiert worden. Ausschlusskriterium hingegen ist, wenn das Kind eindeutig eine organisch begründete Schlafstörung aufweist, dann sollte sich der Fachmann sofort an ein entsprechendes Kinderschlaflabor wenden, um eine entsprechende Diagnostik zu veranlassen. Wird bei der Diagnostik ersichtlich, dass erzieherische Aspekte bei der Aufrechterhaltung einer solchen Störung beteiligt sind oder gar zur Symptomverstärkung beitragen, so ist dieses Training als Adjunkt sinnvoll.

1.1 Insomnie

Die Hauptkriterien einer Insomnie beziehen sich auf Klagen über Ein- und/oder Durchschlafstörungen oder einen – trotz normaler Länge – unerholsamen Schlaf sowie ein daraus resultierendes beeinträchtigtes Tagesbefinden. Da Kinder im Alter zwischen einigen Monaten und 4 Jahren dies so nicht benennen können, wird bereits die Feststellung dieser Symptome schwierig. Daher sind die Eltern meist diejenigen, die den Schlaf des Kindes beurteilen und anhand der Tagessymptomatik des Kindes eine solche Beeinträchtigung feststellen können. Insgesamt jedoch ist auch die Behaviorale Insomnie des Kindesalters dieser Kategorie zuzuordnen.

Die Behaviorale Insomnie des Kindesalters umfasst zwei Störungstypen, den Sleep-Onset-Association-Typ und den Limit-Setting-Typ. Diese beiden Subtypen sind sehr häufig vor allem in dem jungen Alter zwischen 3 und 35 Monaten vertreten (Moore et al. 2006) und werden daher im Folgenden genauer dargestellt.

A) Sleep-Onset-Association-Typ (SOT)

Diese Störung kann sowohl bei Ein- als auch bei Durchschlafschwierigkeiten zutreffen. Die Hauptsymptomatik ist die Abhängigkeit des Kindes von speziellen Schlafhilfen. So finden die Kinder am Abend und in der Nacht in der Regel nur dann in den Schlaf, wenn spezifische Stimulationen durch die Eltern gegeben sind. Die Kinder benötigen bestimmte Aktivitäten wie Schaukeln oder Tragen, besondere Objekte, die Anwesenheit der Eltern (meist im Bett) oder das Geben der Brust oder aber auch eine bestimmte Schlafumgebung wie das Elternbett, das Sofa oder den Autositz. Fehlen diese Stimuli, erhöht sich die Ein- und Wiedereinschlafproblematik, bis die gewohnten elterlichen Stimulationen wieder herbeigeführt werden.

B) Limit-Setting-Typ (LST)

Dieser Subtyp ist durch eine fehlende elterliche Grenzsetzungsproblematik gekennzeichnet. Die Eltern setzen keine, inkonsistente oder nicht vorhersehbare Grenzen, was sich beim Kind in teilweise sehr massiven Widerständen beim Zubettgehen äußern kann. Diese Kinder zeigen eine starke Abwehr, ins Bett zu gehen, zögern die Zubettgehrountine und das Zubettgehritual bisweilen provokant hinaus und benötigen viel Zeit, um tatsächlich einzuschlafen. Häufig fordern diese Kinder mehrfach Dinge, wenn sie bereits im Bett liegen, wie z. B. Milch, wieder herausgenommen zu werden, eine weitere Geschichte oder Lied zu hören etc. Im Zusammenhang mit dem Limit-Setting-Typ stehen geringe elterliche schlafbezogene Erziehungskompetenzen.

1.2 Parasomnien

1.2.1 Pavor Nocturnus

Meist sind die Eltern sehr beeindruckt von diesem Störungsbild, da sich der für den Pavor Nocturnus durch ein abruptes nächtliches Aufschrecken mit massivem Angsteffekt aus dem Non-REM-Schlaf auszeichnet. Dies geschieht in der Regel im Stadium III, ca. 60–120 Minuten nach dem Einschlafen, also im ersten Drittel der Nacht. Weitere Kennzeichen sind ein initialer, gellender Schrei sowie eine Aktivierung des autonomen/vegetativen Nervensystems, was sich beispielsweise durch Schwitzen, Gesichtsröte, Tachypnoe, Tachykardie und Mydriasis bemerkbar macht. Die von den Kindern geäußerte große Furcht steht in Verbindung mit einer ausbleibenden Reaktion auf die direkte Ansprache. Oftmals erkennen die Kinder ihre Eltern nicht. Die Kinder sind nur schlecht zu wecken und schwer zu beruhigen. Am Morgen

besteht weitgehende Amnesie bezüglich der nächtlichen Ereignisse. Ein direkter Zusammenhang mit emotionalen Problemen existiert nicht. In der ICSD-2 wird für den Pavor Nocturnus eine Prävalenz von 1–6,5 % angegeben. Auch in diesem Fall finden sich wieder große Unterschiede in den gefundenen Häufigkeiten. So berichten Laberge et al. (2000) über eine Häufigkeit des Nachtschrecks von 14,7 % in der Altersgruppe der 3- bis 10-Jährigen und Owens und Mindell (2005) über eine Quote von 17,3 % bei 3 bis 35 Monate alten Kindern.

1.2.2 Schlafwandeln/Somnambulismus

Der Somnambulismus ist durch ein plötzliches Aufrichten oder Aufstehen bis hin zu komplexen Verhaltensweisen im Schlaf gekennzeichnet. Schlafwandeln beginnt in der Regel ca. 60–120 Minuten nach dem Einschlafen und passiert hauptsächlich im Stadium III des Non-REM-Schlafs. Zu den weiteren Charakteristika zählen schlechte Bewegungskoordination, Desorientierung, schwere Erweckbarkeit und morgendliche Amnesie für das Schlafwandeln. Die angegebene Prävalenz für Somnambulismus in der Kindheit liegt bei 9,2–17 % (Laberge et al. 2000; Owens und Mindell 2005). Studien aus dem deutschsprachigen Raum zeigen hingegen mit 3–4 % deutlich niedrigere Prävalenzen für die Störungsbilder Somnambulismus und Pavor Nocturnus auf (Wiater und Scheuermann 2007).

1.2.3 Alpträume

Alpträume stellen eine häufige Problematik im frühen Kindesalter mit einer Prävalenz zwischen 5 und 30 % dar (Moore et al. 2006; Schlarb et al. 2010). Im Unterschied zum Pavor Nocturnus wachen die Kinder hier in der Regel aber auf, zeigen keine Desorientierung und können vom Traum berichten. Der Inhalt von Alpträumen variiert meist mit dem Alter. Während die Kleinkinder meist Separationsängste haben, fürchten sich Vorschulkinder meist vor Monstern oder Einbrechern.

1.2.4 Schlafbezogene Ängste

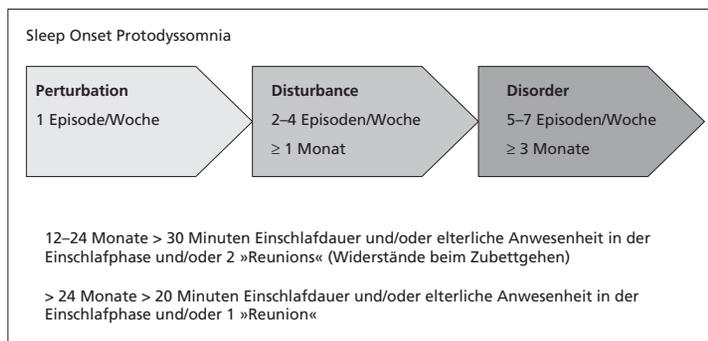
Im frühen Lebensalter sind Ängste vor dunklen Räumen und vor Phantasieobjekten ein häufiges Phänomen (Moore et al. 2006). In der Regel dauern diese Ängste nicht lange an, sondern verlieren sich im Alter von 5 oder 6 Jahren wieder. Einen zweiten Höhepunkt erreichen sie im Schulalter und sind daher auch in dieser Altersgruppe zu berücksichtigen. Als Differentialdiagnose sind »Widerstände beim Zubettgehen« zu sehen. Hierbei äußert das Kind bisweilen Ängste, mit dem Ziel die Eltern zu einem bestimmten Verhalten zu bringen (Moore et al. 2006). Die therapeutische Vorgehensweise bezieht sich bei schlafbezogenen Ängsten sowohl auf eine Balance zwischen Rückversicherung und Erhöhung der Selbstregulationskompetenz als auch auf die Installierung von Belohnungssystemen (Moore et al. 2006; Schlarb et al. 2011; Schlarb et al. 2012).

1.3 Schlafbezogene Atemstörungen

Das Schlafapnoe-Syndrom zeichnet sich durch wiederholtes Auftreten von Atemstillständen während des Schlafes aus, was zu einer Sauerstoffunterversorgung führt und meist mit einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit einhergeht. Charakteristika sind Schnarchen, Schwitzen und mehr als fünf Apnoen pro Stunde oder zehn Apnea-Hypopnea pro Stunde. Das Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom weist eine Prävalenz von 1–2 % v. a. bei Vorschulkindern auf (Anders und Eiben 1997). Bei Verdacht auf eine Apnoe sollte umgehend ein Schlaflabor kontaktiert werden (Auflistung der akkreditierten Schlaflabore sind beispielsweise auf der Homepage der DGSM zu finden).

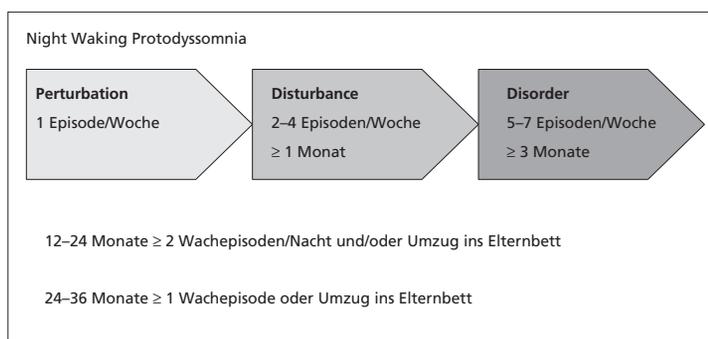
1.4 Insomnie in der frühen Kindheit – Oder nur eine Irritation?

Um als Therapeut zwischen einer vorübergehenden Irritation und einer behandlungsnotwendigen Störung zu unterscheiden, ist eine differenzierte Betrachtung der Problematik entscheidend. Eine gute Orientierung bietet das gestufte System von Gaylor et al. (2001). Meines Erachtens ist das stufenweise Vorgehen gerade bei den sehr jungen Kindern äußerst sinnvoll und dient sowohl den Eltern als auch dem Arzt oder Therapeuten gut zur Orientierung. Diese dreigestufte Einteilung orientiert sich an der Klassifikation der American Psychiatric Association (DSM-IV), die nach leichter, mittlerer und schwerer Schlafproblematik untergliedert (American Psychiatric Association, 1994) (Gaylor et al. 2001). Die Sleep Onset Protodyssomnia bezieht sich auf die Schwierigkeit des Kindes einzuschlafen. Folgende ► **Abbildung** veranschaulicht das Modell von der Irritation (Perturbation) bis hin zur Störung (Disorder).



Die leichteste Irritation, in der Abbildung als »Perturbation« dargestellt, bezeichnet eine vorübergehende Störung des Schlafverhaltens mit einer betroffenen Nacht über einen Zeitraum von weniger als einem Monat. Diese Irritation kann im Rahmen eines normalen Entwicklungsverlaufs und damit einhergehenden Entwicklungsaufgaben gesehen werden. Meist melden sich die Eltern in einem solchen Fall nicht zu einer Schlafberatung oder gar -behandlung. Hingegen liegt bei einer »Disturbance« bereits eine ernsthafte Beeinträchtigung bzw. Belastung vor, die zwar als reversible Schlafstörung gesehen wird, mit zwei bis vier betroffenen Nächten pro Woche über ein bis drei Monate jedoch behandlungsbedürftig ist. Die letzte Stufe, die »Disorder«, bezeichnet eine umfassende Störung mit mehr als fünf betroffenen Nächten über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten. Diese Eltern melden sich durch die Beeinträchtigungen auch bei Pädiatern und fragen nach Rat (Schlarb et al. 2010). Sie berichten über Schwierigkeiten beim Zubettbringen, bei der Schlaf einleitung, der abendlichen Zubettgehzeit und auch über Schwierigkeiten bei den Schlafphasen tagsüber. Die in der Erklärung dargestellten »Reunions« sind Widerstände beim Zubettgehen, wie beispielsweise wiederholte Bitten oder Proteste des Kindes als auch Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kind hinsichtlich des Schlafens.

Das gleiche System wird bei nächtlichem Erwachen angewandt: Die »Night Waking Protodyssomnia« tritt nach einer Schlafdauer von mindestens 10 Minuten auf. Die Wachepisoden (WE) pro Nacht sind durch die Notwendigkeit der elterlichen Intervention gekennzeichnet (Gaylor et al. 2001, 2005).



2 Prävalenzen von Schlafstörungen im frühen Kindesalter

Wie zuvor beschrieben, entwickelt sich der Schlaf bei jungen Kindern vor allem im ersten Lebensjahr noch deutlich und unterliegt besonders großen intra- und interindividuellen Schwankungen (Jenni et al. 2005; Henderson et al. 2010; Ferber 1996; Lozoff et al. 1995). Zu berücksichtigen ist, dass Schlafstörungen im Kindesalter von den Pädiatern nicht immer adäquat erkannt und diagnostiziert werden (Meltzer et al. 2010; Schlarb et al. 2010). So wissen viele Pädiater wenig über Schlafstörungen (Owens 2001) und unterschätzen daher auch die Anzahl der Kinder mit Schlafstörungen sowie die Folgen und warten gerne ab oder geben oftmals Medikamente (Owens 2001; Schlarb 2010).

► **Tabelle 2** zeigt, dass die Auftretenshäufigkeit von bestimmten Schlafproblemen und Schlafstörungen deutlich mit dem Lebensalter zusammenhängt. Während bei Jugendlichen oder Erwachsenen häufig das Grübeln mit einer Insomnie verbunden ist, treten bei jungen Kindern eher Widerstände beim Zubettgehen auf, die in der Regel im Erwachsenenalter keine Rolle spielen. Insgesamt wird die Auftretenshäufigkeit von Schlafstörungen meist unterschätzt.

Tab. 2:
Prävalenz kindlicher Schlafstörungen

Altersbereich	Insomnie	Einschlafstörung	Durchschlafstörung	Widerstände beim Zubettgehen	Parasomnien (Pavor Nocturnus PN, Schlafwandeln SW, Alpträume AT, Enuresis nocturna E)
Kleinkinder (0,5–2 Jahre)	5–20 %	6–12 %	20–50 %	8–10 %	
Kindergartenalter (2–5 Jahre)	5–20 %	9–12 %	13–40 % (4 J.: 54 %)	15–50 %	PN: 1–6 % SW: 5 % AT: 5–50 % E: 5–13 %

(nach Archbold et al. 2002; Armstrong 1994; Basler et al. 1980; Jenni et al. 2005; Largo und Hunziker 1984; Mindell et al. 2006; Moore et al. 2006; Richman 1981b; Salzarulo und Chevalier 1983; Schlarb et al. 2010; Wolke et al. 1994)

3 Persistenz frühkindlicher Schlafstörungen

Befragt man die Eltern, so berichten bis zu fünf von zehn Elternpaaren über Schlafprobleme oder Schlafstörungen bei ihrem Kind. Oftmals werden diese jedoch sowohl von den Eltern als auch vom betreuenden Pädiater eher als vorübergehende Krise gesehen (Schlarb et al. 2010). Aber: Schlafstörungen bei Kindern sind nicht nur häufiger als allgemein angenommen, sondern tendieren auch dazu, über einen längeren Zeitraum zu persistieren (Lam et al. 2003; Sudesh et al. 1987, Schlarb et al. 2011). So berichten bis zu 12 % der Eltern von einer fortwährenden Schlafproblematik ihres Kindes auch noch nach drei Jahren. Eine solche Chronifizierung geht meist mit einer Beeinträchtigung des kindlichen Verhaltens einher sowie mit einer eher depressiven Entwicklung der Mütter (Lam et al. 2003; Schlarb 2010).

Hierbei ist vor allem die Persistenz des *nächtlichen Erwachens* bei ca. 40 % der Kinder hervorzuheben (Jenni et al. 2005). Den bisherigen Forschungsergebnissen zufolge scheint zwar nächtliches Erwachen im Säuglingsalter eher ein vorübergehendes Problem zu sein; tritt es aber in der Kindheit auf, so besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass diese Problematik über einen längeren Zeitraum bis zum Alter von 10 Jahren besteht. Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass aufgrund der hohen Prävalenz und Persistenz (früh-)kindlicher Schlafstörungen eine frühzeitige Behandlung äußerst sinnvoll und notwendig erscheint.