

- und des Zusammenhangs von elterlichem Verhalten und kindlichen Schlafproblemen
- Anleitung zur Stärkung der **kindlichen Regulationsfähigkeit** (auch tagsüber) und Drosselung der Einschlafhilfen durch Eltern
- Rückversicherung der Eltern, dass nächtliches Weinen im Kontext einer Schlafintervention Kind nicht traumatisiert, wenn das Kind tagsüber Liebe, Zuwendung und Selbstwirksamkeit erfährt
- **Zulassung von Selbsthilfeprozessen** beim Kind (dies wird selten ohne Weinen des Kindes gehen) – Begleitung der Eltern ist hier wichtig!
- **Ressourcenorientierte Beratung** (Unterstützung durch Partner/ Familienangehörige, Rhythmisierung des Tages, Stärkung der elterlichen Rolle, ggf. Therapie elterlicher Ängste und Erfahrungen aus eigener Kindheit)

Allgemeine Regeln zur Förderung des Schlafes (Kurzfassung)

- Altersgemäße Routinen/Rituale und einen regelmäßigen Tagesablauf entwickeln
- Erholungs- und Schlafphasen im Tagesablauf einbauen
- Signale des Kindes wie Müdigkeit und Überreizung beobachten und verstehen lernen
- Übermüdung und Überreizung vermeiden
- Reizreduktion im Einschlafkontext, ruhige und reduzierte Eltern-Kind-Interaktion
- liebevolle, aber konsequente Beibehaltung *einer* Beruhigungsstrategie
- Unterstützung der kindlichen Selbstregulationsfähigkeit, auch tagsüber

Weiterführende Beratungen oder psycho- und soziotherapeutische Behandlungen, die über diese ersten, vorwiegend psychoedukativen und verhaltensmodifizierenden, Maßnahmen hinausgehen, **sind spezialisierten Beratungsstellen und/oder Therapiezentren vorbehalten**. Das gilt vor allem dann, **wenn** durch die **Erstberatung in der Praxis keine Besserung** erzielt wird, die Schlafstörung **länger anhält**, die **Gesundheit** des Säuglings und/oder der Eltern **bedroht** ist oder es Anzeichen für eine **Kindeswohlgefährdung** gibt.

Ursula Ulmer, Katja Maier, Klaus Rodens, 2019

Schlafstörungen – Erstberatung in der pädiatrischen Praxis

Vorbemerkung

In den ersten beiden Lebensjahren zeigen - je nach Einteilung - 10-50 % aller gesunden Säuglinge und Kleinkinder Ein- und Durchschlafprobleme mit einer hohen Persistenz. Nicht immer äußern Eltern ihre Sorgen in der Sprechstunde, weil die Schlafprobleme zwar als sehr belastend, oft aber nicht als pathologisch empfunden werden.

Eltern halten lange Zeit intensive und oft dysfunktionale Einschlafhilfen aufrecht und nehmen somit auch eigene Schlafdefizite und weitere gesundheitliche, persönliche und familiäre Einschränkungen in Kauf.

Das eigentliche Schlafenlernen sollte im 1. Lebensjahr passieren. Schlafstörungen zeigen eine hohe Persistenz und können auch andere Bereiche erfassen. Wird die Nahrungsaufnahme nach dem 7. Lebensmonat zur Einschlafhilfe, kann sich dies auch auf die Ernährung auswirken (hohe nächtliche Kalorienaufnahme und wenig Appetit am Tag). Durch das Schlafdefizit der Eltern ist die Eltern-Kind-Bindung und oft auch die Paarbeziehung der Eltern belastet. Ebenso stellen Schlafstörungen ein hohes Risiko sowohl für die weitere kindliche Entwicklung (z. B. spätere Verhaltens- und Lernprobleme) dar. Übermüdete Kinder haben ein höheres Verletzungsrisiko und mehr Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten.

Eine Diagnose soll erst nach Abschluss der Neugeborenenperiode gestellt werden, da ein nächtliches Aufwachen zur Nahrungsaufnahme in den ersten Lebensmonaten normal ist. Allerdings kann der Verlauf bereits ab dem Alter von vier Monaten durch die Eltern positiv beeinflusst werden. Hier kann frühzeitige Information der Eltern sehr hilfreich sein.

Aufgrund der hohen individuellen Entwicklungsvariabilität ist eine genaue Definition von Schlafstörungen schwierig. Man unterscheidet bei nichtorganischen Schlafstörungen Ein- und Durchschlafstörungen.

Eine Einschlafstörung (DGKJP 2007) bei Kindern zwischen 6 und 12 Monaten liegt vor bei

- Einschlafen nur mit Hilfe der Eltern
- Einschlafdauer im Durchschnitt > 30 Minuten

Eine Durchschlafstörung liegt vor bei

- durchschnittlich mehr als dreimaligem Aufwachen in mind. 4 Nächten der Woche, verbunden mit der Unfähigkeit, ohne elterliche Hilfen wieder einzuschlafen,
- nächtliche Aufwachperioden im Durchschnitt > 20 Minuten,

Pathogenetischer Hintergrund ist hierbei wie bei den anderen Regulationsstörungen die **Wechselwirkung** zwischen **kindlichen** (z. B. konstitutionelle Eigenschaften, somatische Belastungen, Temperament), **elterlichen** (z. B. elterliche Belastungen, Wahrnehmungen, Interpretationen) und **interaktionellen Faktoren** (z. B. mangelndes Zutrauen in wachsende kindliche Selbstregulation im Einschlafkontext). Schlaf ist die erste Trennung der intensiven Eltern-Kind-Bindung und eine Anleitung durch die Eltern zum Schlafen ihres Kindes kann emotional überlagert sein.

Oft resultiert ein gestörter Schlaf auch aus dysfunktionalen Lösungsversuchen, wenn das Kind in den ersten Lebensmonaten chronisch unruhig war und untröstbar weinte („Schreibaby“).

Ziele der Erstberatung:

- **Sensibilisieren der Eltern für kindliche Signale, z. B. Anzeichen für Müdigkeit und Stärkung der Interpretationsfähigkeit**
- **Besserung der Symptome** beim Kind (Herstellung einer altersnormalen Regulationsfähigkeit und qualitative und quantitative Verbesserung des Schlafs und der Tagesbefindlichkeit)
- **Entlastung der Eltern**
- **Bewirkung positiver Interaktionen** zwischen Eltern und Kind (Eltern-Kind-Beziehung)

Grundsätzliches Vorgehen:

Kindliche Erkrankungen und Entwicklungsschübe wirken sich oft störend auf den Schlaf aus. Ereignisse, wie z. B. Zahnen, bringen allerdings weniger Irritationen mit sich, als Eltern denken. Hilfreich zur Anamnese ist ein Schlafprotokoll, das über mehrere Tage und Nächte geführt wird.

Kindbezogene Faktoren:

- *Nahrungsmittelunverträglichkeit (v.a. Kuhmilcheiweißallergie)*
- *Funktionsstörungen des Magen-Darm-Traktes (z. B. nächtlicher Stuhlgang, Blähungen, abendliche Überfütterung)*
- *Atemwegsobstruktion durch Adenoide*
- *Sonstige chronische Erkrankungen/Behinderungen (z. B. Neurodermitis)*
- *Pavor nocturnus*
- *Parasomnien*
- *Neurologische Erkrankungen*

Elternbezogene Faktoren:

- *Elterliche Ängste/Depressionen*
- *Elterliche Trennungs- und Verlusterfahrungen, Traumatisierungen*
- *Eigener Wunsch nach Nähe (Kind im Elternbett)*
- *Affektansteckung*
- *Partnerschaftskonflikte*
- *Tagesaktivität (Überreizung des Kindes)*
- *Fehlender Tages- und Schlafrhythmus*
- *Inadäquate Schlafumgebung und Schlafbedingungen (Lärm, Licht, Temperatur, Rauchfreiheit etc.)*

Werkzeuge:

- **Wertschätzung und empathisches Vorgehen!**
- **Entwicklungsbezogene Beratung** in Bezug auf
 - Reifung und Entwicklung des Schlafes
 - Schlafhygiene (angemessene Schlafumgebung)
 - Rhythmisierung, feste Schlafzeiten, altersangemessenes Einschlafritual
 - Ab ca. sechs Monaten: Bei normalem Gewichtsverlauf Hinterfragen der nächtlichen Fütterung als Einschlafhilfe (auch bei Stillkindern), ggf. Ermutigung der Eltern, Fütterung nachts zu vermindern oder einzustellen zugunsten einer wachsenden Selbstregulation des Kindes
 - Selbstregulation des Kindes
- **Ansprechen** erkannter und Erklären häufiger **dysfunktionaler Interaktionsmuster** (Einschlafstillen/ -füttern, stundenlanges Tragen etc.)