

Gestörter Schlaf

Prof. Dr. Simone Munsch

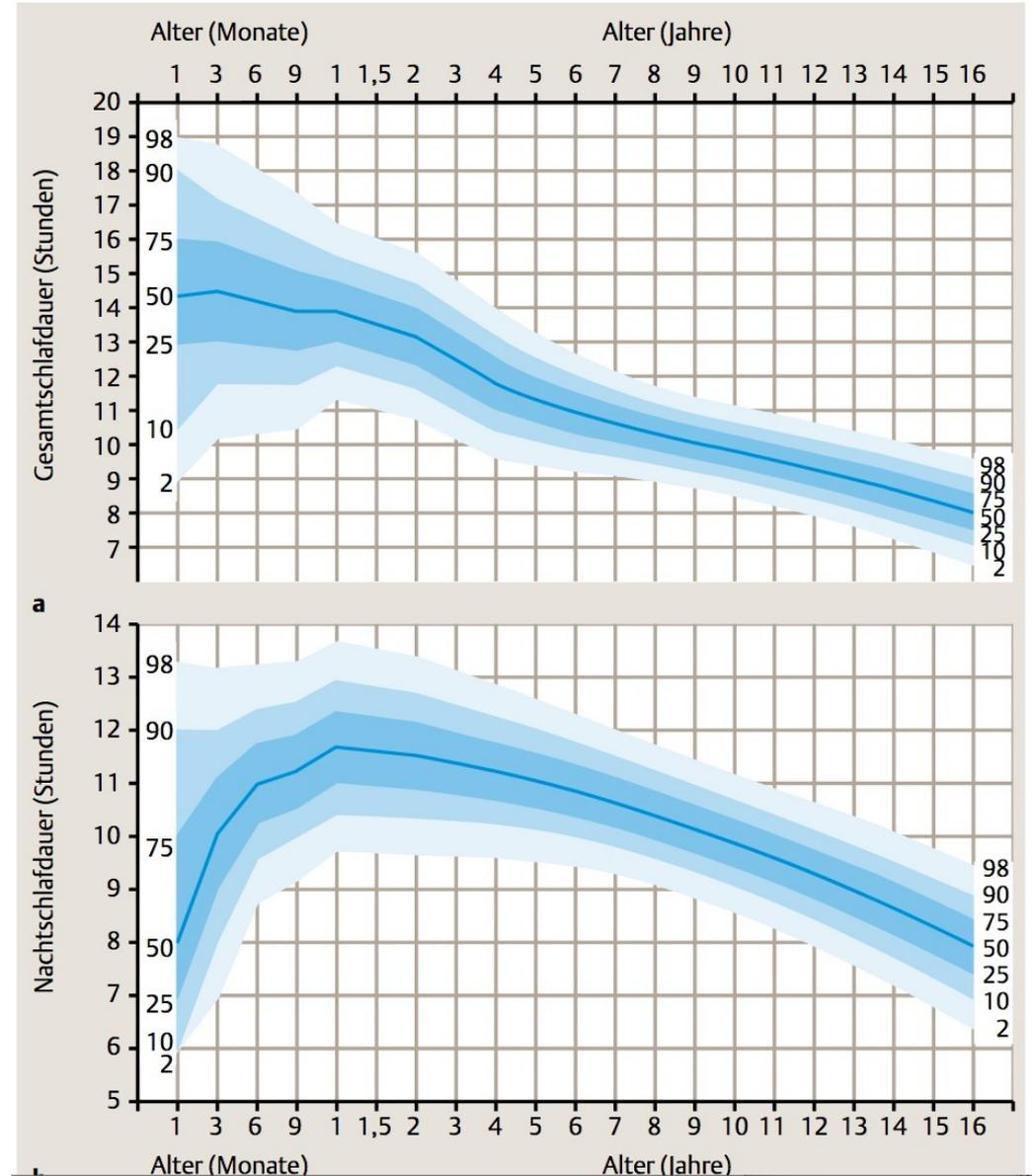
University of Fribourg

Department of Psychology

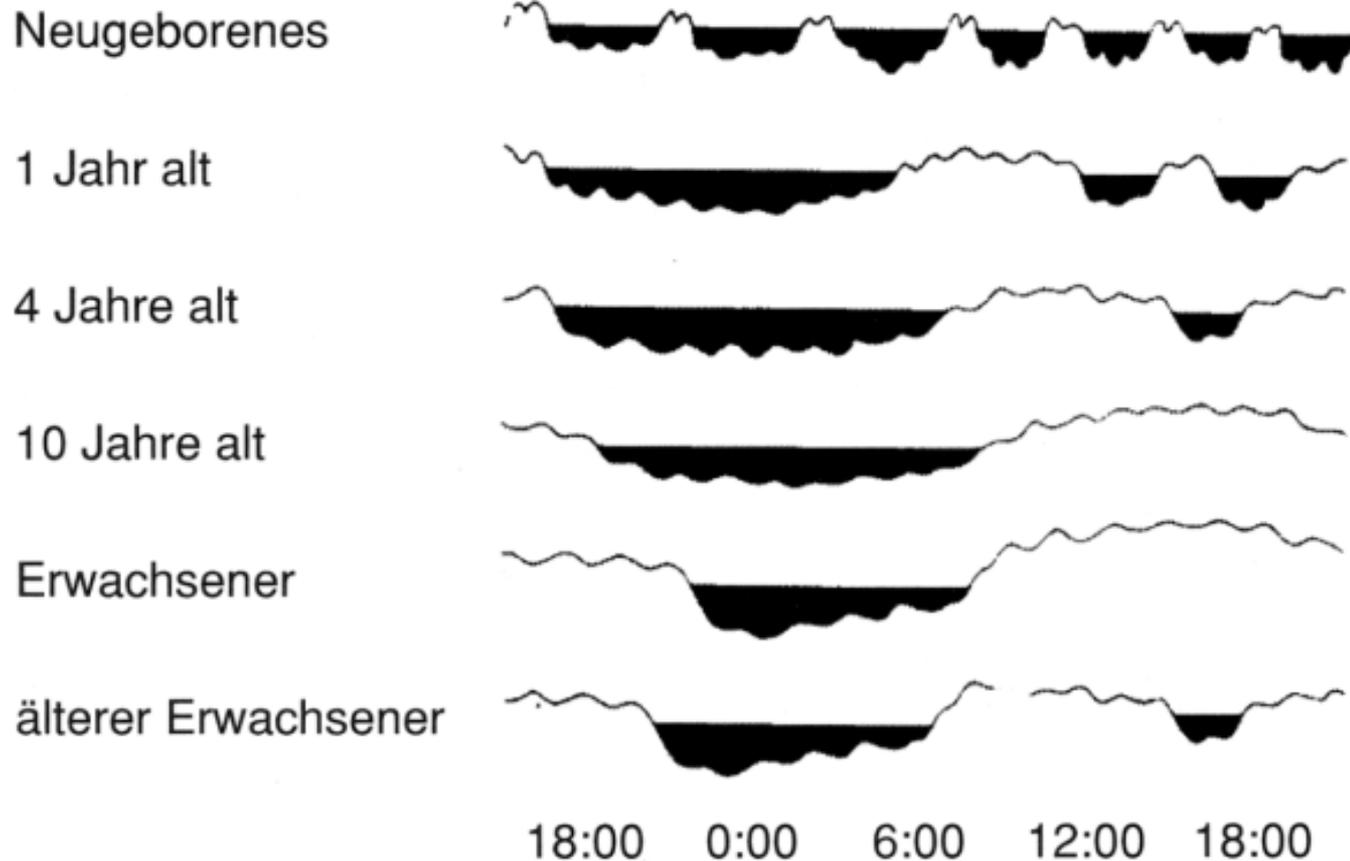
Clinical Psychology and Psychotherapy

Schlafdauer im Kleinkindalter

- Neugeborene benötigen ca. **14-15 h** Schlaf täglich
- Schlafdauer nimmt mit zunehmendem Alter ab
- Der Schlaf verteilt sich zuerst **gleichmässig über den Tag** hinweg (mehrere Schlafphasen)
- Ab ca. **12 Wochen** etabliert sich bei den meisten Kindern zunehmend ein **Nachtschlaf** (Schlaf tagsüber reduziert sich)

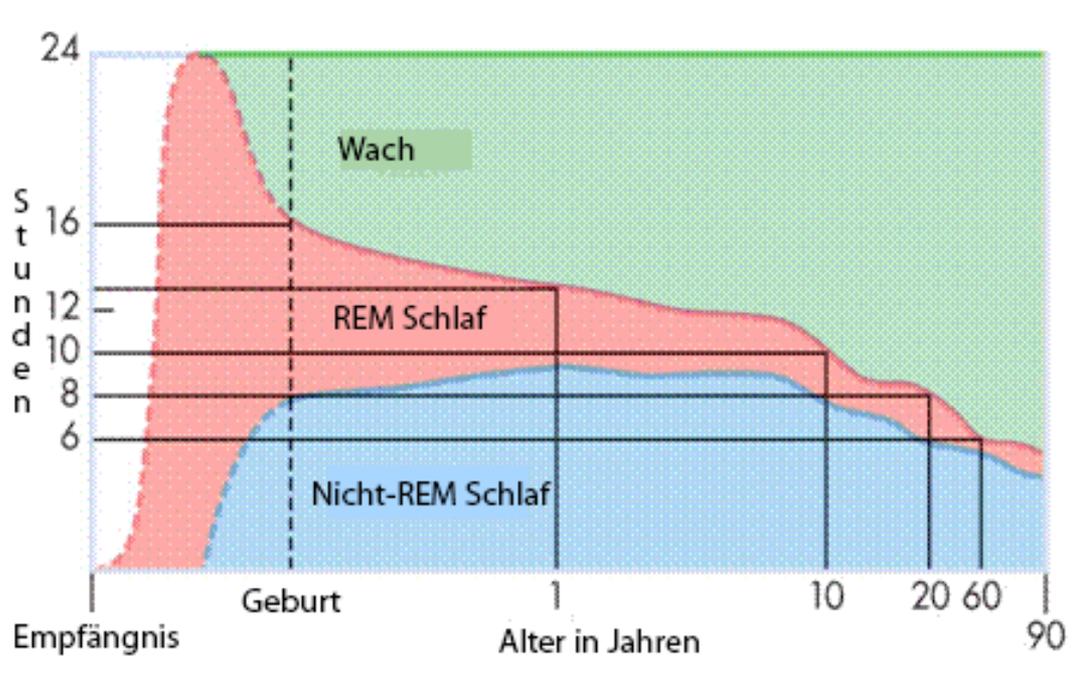


Veränderung Schlafdauer & Schlaf-Wachrhythmik



■ Abb. M36.26.3 Schlaf-Wach-Rhythmik über die Lebensspanne; schwarz ausgefüllt sind die Schlafphasen

Veränderung Schlafdauer & Schlafstadien



■ REM-Schlaf

- Hohe Hirnaktivität, schwacher Muskeltonus
- Anteil an REM-Schlaf wird im Verlauf der Nacht grösser
- Träume treten auf
- im Säuglingsalter ist REM-Schlaf-Anteil noch viel grösser

■ Delta-Schlaf (Tiefschlaf)

- relativ hoher Muskeltonus, wenig Hirnaktivität
- vor allem zu Beginn der Nacht

Schlafstörungen im Kindesalter (1)

Schlafstörung /- problem		Erscheinungsbild	Prävalenz
Obstruktive Schlafapnoe (OSA)		Schnarchen, Atempausen, Tagesmüdigkeit, Kopfschmerzen	1%-5%, zw. 2-8-jährig
Para-somnien	Schlafwandeln	Umhergehen, Verwirrung, kaum weckbar, erste Nachthälfte	17% Kinder, 4% Erwachsene
	„Confusional arousal“ schlaftrunkenes Erwachen	Verlangsamte Responsivität, verwaschene Sprache, Verwirrtheit, erste Nachthälfte	17% Kinder, 4% >15-jährige
	Pavor nocturnus	Schreien, wahrgenommene Angst und Schrecken, kaum weckbar, schaut durch einem durch, erste Nachthälfte	1-6.5% Kinder, 2.2% Erwachsene
	Alpträume	Angstinduzierende Träume, erhöhter Herzschlag, Schwitzen, Weinen, Erinnerung an Traum, zweite Nachthälfte	10-50% bei 3-5-jährigen

Schlafstörungen im Kindesalter (2)

Schlafstörung /- problem	Erscheinungsbild	Prävalenz
Verhaltensbedingte Schlafstörungen im Kindesalter	<ul style="list-style-type: none">- Fehlende Einschlafkompetenzen- Opposition gegen Bettzeit	10%-30%
Delayed sleep phase disorder	„Nachteule“, Schwierigkeit zu angemessener Zeit einzuschlafen und aufzuwachen	7%-16% bei Adoleszenten
Restless Legs Syndrome	Starker, unangenehmer Drang, die Beine zu bewegen, assoz. mit Eisenmangel, assoz. mit ADHS	2% der Kinder
Narkolepsie	Schlafzwang, auch an unüblichen Orten, abnormer Schlafrhythmus, Kataplexien, hypnagoge Halluzinationen, Schlaflähmungen	Sehr selten <0.001%

Polysomnographie



Bei differentieller
Indikation

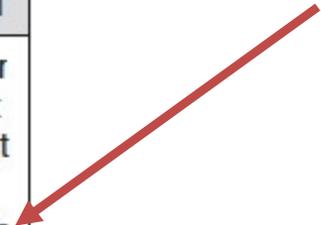
Ambulantes Assessment



DSM-5: Insomnie

Insomnie

Diagnostische Kriterien	F51.01
<p>A. Vorherrschende Beschwerden über Unzufriedenheit mit der Schlafquantität oder -qualität in Zusammenhang mit einem (oder mehreren) der folgenden Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Einschlafschwierigkeit. (Bei Kindern kann sich dies als Einschlafschwierigkeit ohne Intervention der Bezugsperson äußern.)2. Durchschlafstörung, charakterisiert durch häufiges Erwachen oder Wiedereinschlafschwierigkeit nach nächtlichen Wachvorgängen. (Bei Kindern kann sich dies als Schwierigkeit des Wiedereinschlafens ohne Intervention der Bezugsperson äußern.)3. Morgendliches Früherwachen mit der Unfähigkeit, erneut einzuschlafen. <p>B. Die Schlafstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>C. Die Schlafstörung tritt in mindestens 3 Nächten pro Woche auf.</p> <p>D. Die Schlafstörung besteht seit mindestens 3 Monaten.</p> <p>E. Die Schlafstörung tritt trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf.</p> <p>F. Die Insomnie kann nicht besser durch das Vorhandensein einer anderen Schlafstörung (z. B. Narkolepsie, atmungsbezogene Schlafstörung, Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung, Parasomnie) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich in deren Verlauf auf.</p> <p>G. Die Insomnie ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament).</p> <p>H. Gleichzeitig bestehende psychische Störungen und medizinische Krankheitsfaktoren bieten keine angemessene Erklärung für die vorherrschenden insomnischen Beschwerden.</p>	



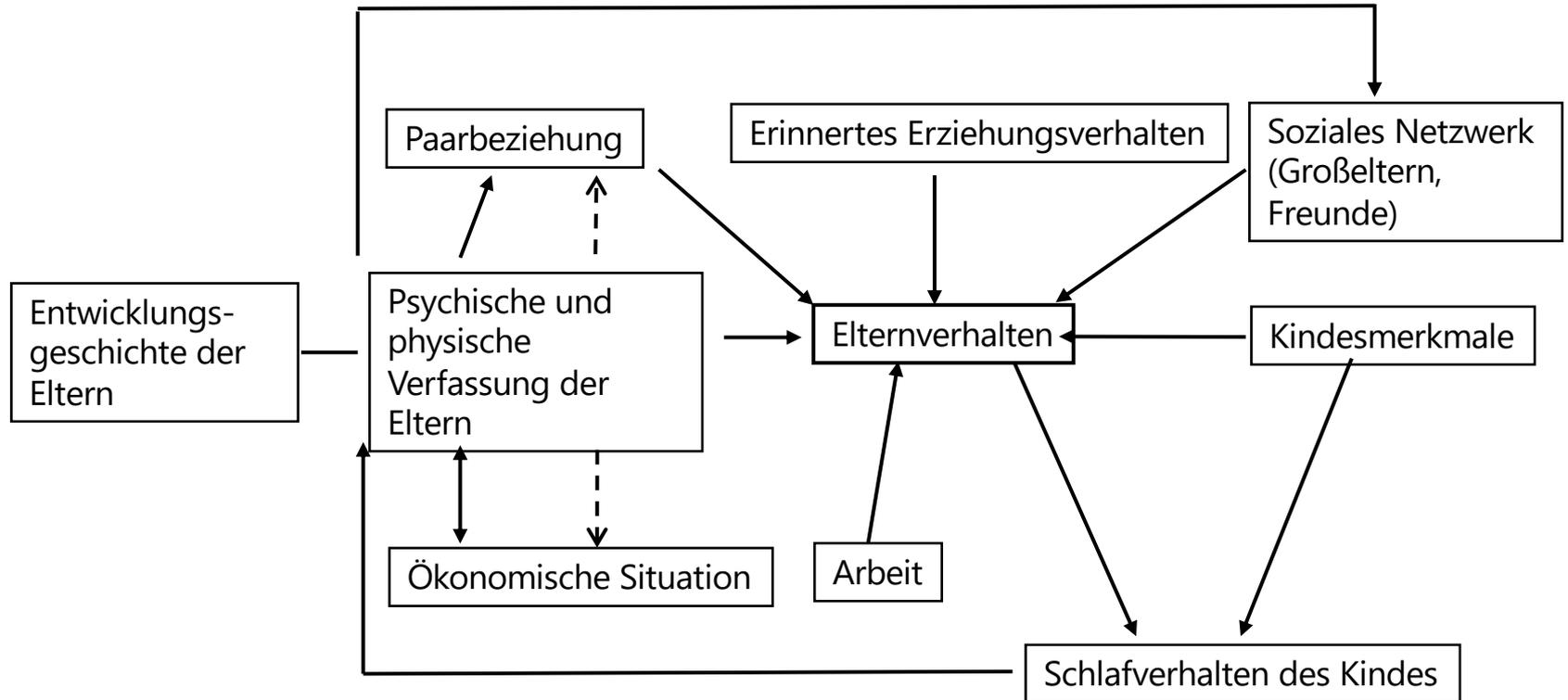
Häufigkeiten

- Prävalenz Insomnischer Beschwerden bei **Kleinkindern: 20-25%**
 - Insomnische Beschwerden bei **Jugendlichen: ca. 30%**
- ⇒ Generell: Anstieg in Kindergartenalter, Stabilisierung im Schulalter, erneuter Anstieg im Jugendalter
- ⇒ Hohe Tendenz zu Chronifizierung (ohne Behandlung) ab mittlerer Kindheit

Insomnische Störung als Komorbidität bei Kindern mit psychischen Störungen

- ADHD (25%-50%)
- Angststörungen (50%-85%)
- Depressive Störungen (70%)
- Autistische Störungen (44%-83%)
- Insomnie und Alpträume häufiges Symptom bei
PTBS

Schlafstörungen und Familiensystem



Schlaf & Emotionen

International Journal of Psychophysiology 89 (2013) 218–228



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Psychophysiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijpsycho

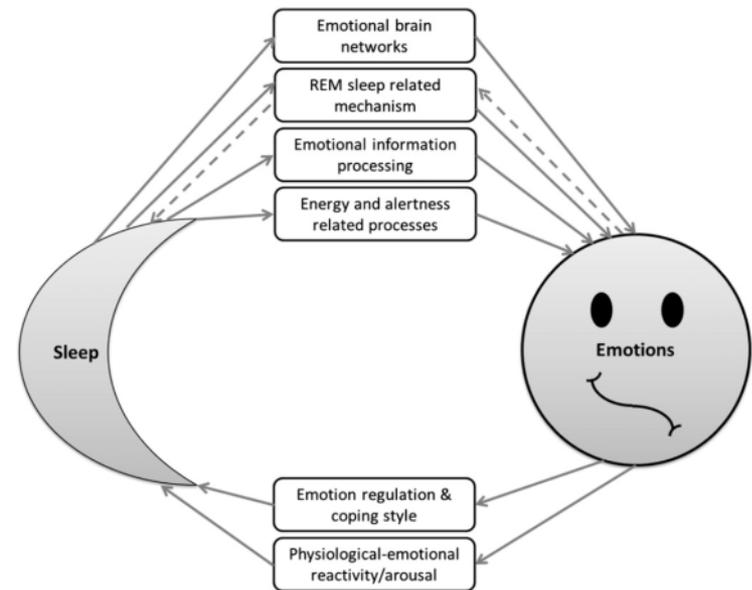
Review

Sleep and emotions: Bidirectional links and underlying mechanisms

Michal Kahn, Gal Sheppes, Avi Sadeh *

The School of Psychological Sciences, Tel Aviv University, Israel

M. Kahn et al. / International Journal of Psychophysiology 89 (2013) 218–228



Schlafmangel (Schlafdeprivation und –fragmentierung) geht mit folgenden **emotionalen Veränderungen** einher:

↑ negativer Affekt

↑ Ängstlichkeit, Depression, Verwirrung, Stimmungsschwankungen

↓ positive Stimmung, ↓ intensive positive Gefühle

↓ Willenskraft, Selbstdisziplin („Ego-Depletion“ i.e. „Selbsterschöpfung“)

Auslöser insomnischer Störungen bei Kindern

- Ein- und Durchschlafstörung aufgrund **inadäquater Einschlafassoziationen**
- Ein- und Durchschlafstörung aufgrund von **inkonsequentem Erziehungsverhalten**
- **Belastungssituationen**



Screen time

- **3x erhöhtes Risiko** für Einschlafstörung und **5x erhöhtes Risiko** für unruhigen Schlaf bei Adoleszenten, die durch eigenes Mobile mind. 1x pro Nacht geweckt werden (Förster et al., 2019)



Sleep Medicine Reviews 21 (2015) 50–58



Contents lists available at ScienceDirect

Sleep Medicine Reviews

journal homepage: www.elsevier.com/locate/smr



CLINICAL REVIEW

Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review

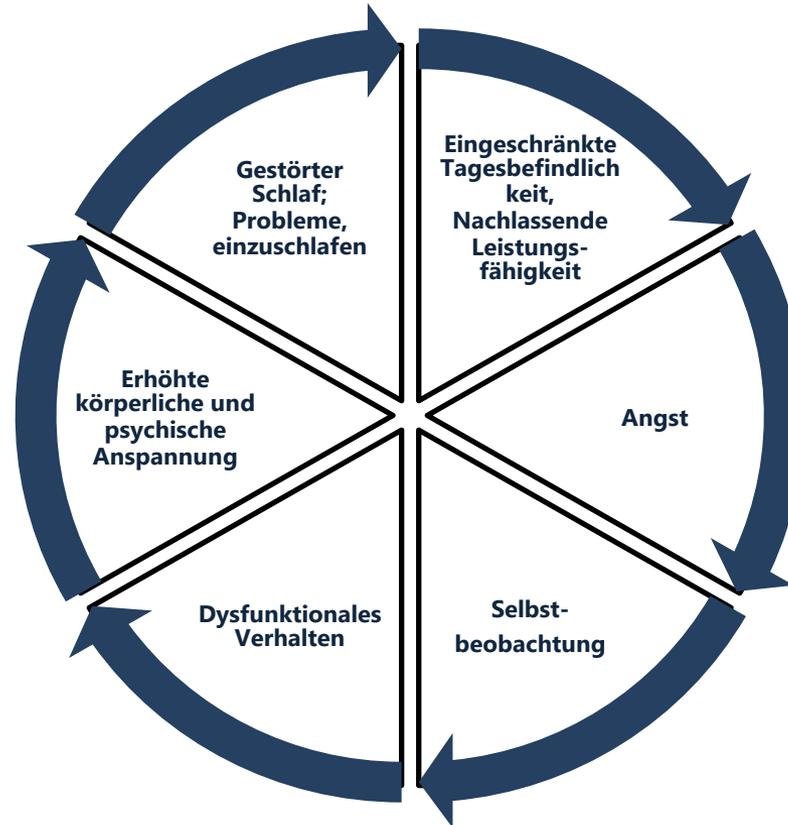


Lauren Hale*, Stanford Guan

Health Sciences Center, Level 3, Room 071, Stony Brook University, Stony Brook, NY 11794-8338, USA

- Systematische Literaturübersicht, 67 Studien
- Screen time ist **nachteilig assoziiert mit Schlafquantität & -qualität** → in 90% der Studien nachgewiesen

Teufelskreis der Insomnie



Warum Psychotherapie?

1. Insomnische Störungen im mittleren Kindesalter und Jugendalter sind **persistent**
2. **Hypnotikabehandlung** ist **nicht evidenzbasiert**, v.a. nicht für Langzeitverlauf (dito bei Erwachsenen)
3. **Eltern** sind wichtigste Trainer einer günstigen Schlafhygiene
4. Insomnie der Kinder belastet **Eltern-Kind-Beziehung** und Geschwister (Teufelskreis)
5. Schlafhygiene im Kindesalter prägt **regelmässigen Tag-Wachrhythmus** im Verlauf; dieser wiederum fördert die psychische Gesundheit

Schlafhygiene bei kleineren Kindern (1)

- **Regelmässige Zeiten**
- **Keine aufregenden Aktivitäten** vor dem Einschlafen
- Ruhige, abgedunkelte, angenehm temperierte **Schlafumgebung**
- **Bequemer Schlafplatz**, der nicht mit anderen Dingen assoziiert ist (Spielen, Bestrafung)
- **Einschlafhilfen**
- Fähigkeit des Kindes, in **Abwesenheit der Eltern einzuschlafen**
- **Einschlafrituale:**
 - Beruhigend
 - Ausserhalb des Bettchens (Säuglinge!)
 - Viel körperliche Nähe
 - Ungeteilte Aufmerksamkeit
 - Jeden Abend zur gleichen Zeit

Schlafhygiene bei kleineren Kindern (2)

- Bereits in der frühen Kindheit **Einführung eines Verhaltensmusters**: tagsüber gefüttert werden und nachts schlafen
- **Vermeiden von Hunger und Durst, aber auch von grösseren Mahlzeiten** oder massiver Flüssigkeitszufuhr zur Einschlafzeit
- **Nicht eingehen** auf Trink- oder Essenswünsche des Kindes, die nur der **Verzögerung des Schlafengehens** dienen
- **Keine anregenden Getränke**
- Bei kleineren Kindern **nicht zu viele** oder zu späte zusätzliche **Schlafphasen am Tag**

Zunehmende Regulierung: Positive Bettzeitroutinen, Mahlzeiten rhythmisieren, mehr Wachzeiten durch den Tag, Mahlzeiten nachts reduzieren, Annäherung an selbständiges Einschlafen

Beispiel für eine Abendroutine & bildliche Darstellung



Schlafanzug
anziehen



Auf Toilette
gehen



Hände
waschen



Zähne
putzen



Wasser
trinken



Vorlesen



Ins Bett
legen



Schlafen

Gestalten Sie die Routine beruhigend, kurz, absehbar und durchschaubar.

Schlafschwierigkeiten beim Kind – warum rasch handeln?

- **Rasch einsetzender Leidensdruck bei den Eltern**

Später, während Adoleszenz: Leidensdruck der Jugendlichen, beeinträchtigte Leistungsfähigkeit

- **Zusätzliche Risiken:** Postpartale psychische Gesundheit der Eltern, konsekutive Gefährdung des Kleinkindes, später: Leistungsabfall, depressive Entwicklung, Verschärfung der psychischen Problematik u.a.m.



Schlafhygieneregeln für Jugendliche

- **Geregelter Tagesablauf** (regelmässige Esszeiten)
- **Regelmässige Schlafzeiten**
- **Bettzeit begrenzen**
- Tagsüber nur **kurze Naps** (max. 30min, wenn überhaupt)
- **Schlafritual** von 15-30min
- **Ausklingzeit** einplanen, keine körperliche oder geistig anstrengende Tätigkeit kurz vor Zubettgehen
- Morgens 30min sich dem **Tageslicht aussetzen**, hilft wach zu werden

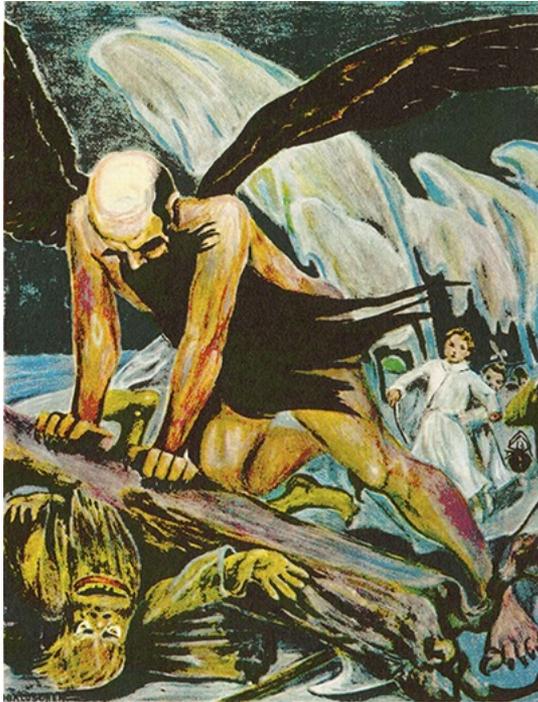


Schlafhygieneregeln für Jugendliche

- **Kein Alkohol** und **keine Medikamente**, die Schlaf beeinflussen können, nachmittags **keine koffeinhaltigen oder teeinhaltigen Getränke**, **kein Nikotin**
- **Schlafumfeld optimieren** (keine störenden Lärm- und Lichtquellen (kein helles Licht abends, Blaulichtfilter), keine extremen Temperaturen)
- Ausreichend **Bewegung/ Sport** tagsüber
- **Bett** nicht für Screenzeit benutzen
- Im Schlafzimmer **nicht rauchen**



Alpträume



- Häufiges Alter bei Manifestation:
18. Lebensmonat bis 7.
Lebensjahr (Schulalter); REM-
Schlaf assoziiert, 2. Nachthälfte
- Weinen während des Schlafes,
wacht auf, sucht Nähe, klare
Erinnerung, Angst, Schwitzen,
Herzklopfen

Umgang mit Albträumen

- Einrichten eines **Nachtlichts**
- Ggf. **Medienkonsum reduzieren**
- **Kinderbuch** „Das Traumfresserchen“ von Michael Ende
- **Beruhigend** mit dem Kind sprechen, trösten
- **Therapie**
 - Am Tag **zeichnen oder aufschreiben des Albtraums**
 - **Neues Ende erfinden** (aktiv, bewältigend), aufzeichnen oder aufschreiben
 - Geschichte täglich lesen, anschauen, erzählen
 - Mit der Zeit wird das neue Ende „hinzugeträumt“



Empfehlungen bei Schlafterror & Schlafwandeln

- Häufiger Anmeldeungsgrund
- Kind erinnert sich nicht > nicht darüber informieren
- Nicht wecken, Verletzungsgefahr beachten
- Auf genügend Schlaf achten
- Ev. Entspannungsverfahren, geregeltes Wecken
- Vorsatzbildung („Wenn ich nachts höre, dass ich schreie, drehe ich mich um und schlafe weiter“)