

Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Reinhold Kerbl

Univ.Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

Wann spricht man von einer Schlafstörung ?

Kinderärzte und praktische Ärzte werden häufig mit der elterlichen Sorge "**Mein Kind kann nicht schlafen**" konfrontiert. Die Objektivierung inwieweit eine tatsächliche "Schlafstörung" vorliegt oder nur ein sich vom Erwachsenenalter unterscheidendes altersgemäßes Schlafmuster, erfordert **Kenntnisse der "Normalität"** und eine **exakte Erhebung** des tatsächlichen Schlafverhaltens. Im Gegensatz zum Erwachsenenalter existiert in der Kinder- und Jugendmedizin keine exakte allgemein gültige Definition einer Schlafstörung.

Wie häufig sind Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter ?

Die **Prävalenz** von Schlafstörungen und schlafassoziierten Störungen im Kindesalter wird – abhängig von der angewandten Definition – sehr unterschiedlich angegeben (**10-40%**). Bei vielen dieser Probleme handelt es sich allerdings um keine Schlafstörungen im engeren Sinn, sondern um inadäquate Erwartungen, aber auch Fehlbetreuung durch die Eltern.

Abb.1

Die Entwicklung des zirkadianen Rhythmus

Ein **Neugeborenes** schläft etwa **16 Stunden** täglich, wobei die Schlafphasen zunächst relativ gleichmäßig auf Tag und Nacht verteilt sind. Im Laufe der ersten Lebensmonate entwickelt sich – unter Einfluss von Licht und Dunkel sowie dem sozialen Umfeld – die für den Erwachsenen "normale" **zirkadiane Rhythmik** und ist mit dem **6.Lebensmonat** ganz gut ausgebildet (bei allerdings großer individueller Breite).

Wieviel Schlaf braucht ein Kind ?

Ähnlich wie bei Erwachsenen ist das Schlafbedürfnis von Kindern **individuell sehr unterschiedlich**. Für verschiedene Lebensalter können folgende Mittelwerte und Normgrenzen gelten:

1 Monat: 14,5 Stunden (9-19)

1 Jahr: 14 Stunden (11-17)

5 Jahre: 11,5 Stunden (9,5-13,5)

10 Jahre 10 Stunden (9-11)

Das **individuelle Schlafbedürfnis** eines Kindes kann man **ermitteln**, indem man über mehrere Tage alle Schlafphasen aufzeichnet. Diese Gesamtschlafdauer kann dann - teils beliebig – über 24 Stunden aufgeteilt werden. Mehr Schlafzeit vom Kind einzufordern führt hingegen zwangsläufig zum "Konflikt" und einer (scheinbaren) Schlafstörung.

Exakte Anamnese und Schlaftagebuch

Wichtige Fragen der Anamnese beziehen sich daher u.a. auf gesamte **Schlafdauer, Verteilung der Schlafzeiten** über den Tag und **Schlafgewohnheiten**. Hilfreich ist dabei die Erstellung eines **Schlafstagebuches** über 14 Tage durch die Eltern. Manchmal (insbesondere bei Parasomnien) ist eine **Videodokumentation** in der häuslichen Umgebung für die Diagnostik hilfreich.

Alterstypische Schlafstörungen

Die typische Ursache der "Schlafstörung" ist in verschiedenen Lebensaltern unterschiedlich. Handelt es sich im **Säuglingsalter** oft noch um eine nicht völlig entwickelte zirkadiane Rhythmik (oft assoziiert mit dem elterlichen Unverständnis für diesen physiologischen Entwicklungsprozess), treten im **Kleinkindesalter** diverse "Ängste" (z.B. vor dem Alleinsein) auf, eventuell auch Alpträume. Im **Schulalter** können Schulängste hinzutreten, und beim **Jugendlichen** kann schließlich ein unregelmäßiger Tages- bzw. Wochenablauf die Schlafqualität und –quantität stören. Aus verminderter Schlafdauer und Schlafqualität resultieren in weiterer Folge vermehrte **Tagesmüdigkeit und Leistungseinschränkung**, z.B. im Schulalltag.

Organische und nicht-organische Schlafstörungen

Wie im Erwachsenenalter überwiegen auch im Kindes- und Jugendalter die **nicht organischen** Schlafstörungen. Dabei handelt es sich v.a. um **Störungen des Ein- und Durchschlafens** und um **Parasomnien** (Bruxismus, Somnambulismus, Enuresis nocturna, Pavor nocturnus). In den meisten dieser Fälle ist die Art der Schlafstörung bereits aus der Anamnese zu diagnostizieren. Im Gegensatz dazu erfordern **organische Schlafstörungen** (zentrales und obstruktives Schlafapnoesyndrom, Hypoventilationssyndrom, Narkolepsie, schlafbezogene cerebrale Anfälle u.a.) meist eine umfassende Abklärung in einem pädiatrischen Schlaflabor.

Abb.2

Obstruktive Schlafapnoen – unbedingt behandeln !

Obstruktive Schlafapnoen (OSA) im Kindesalter sind meist durch **hypertrophe Adenoide** und/oder **Tonsillen** bedingt. Sie gehen einher mit vermehrter Atemarbeit (thorakale und abdominelle Einziehungen), nächtlichen Entsättigungen, Hyperkapnien und schlechter Schlafqualität. Zwar gibt die **Anamnese** (Schnarchen, Mundatmung, morgendliche Mundtrockenheit, Lernschwierigkeiten u.a.) Hinweise auf ein OSA, der wirkliche Schweregrad lässt sich aber nur polygrafisch objektivieren. In den meisten Fällen führen **Adeno-/Tonsillektomie** zur raschen Behebung der Störung und **Verhinderung von Sekundärproblemen** (anatomische Deformitäten, OSA im Erwachsenenalter, pulmonale Hypertension, Rechtsherzhypertrophie).

Abb.3

Untersuchung im Schlaflabor – ja oder nein ?

In Österreich können polysomnografische Untersuchungen bei Kindern nur in **einigen wenigen pädiatrischen Schlaflabors** durchgeführt werden. Eine solche Untersuchung ist jedoch unbedingt zu empfehlen, wenn Verdacht auf eine **organische Schlafstörung** besteht. Nicht-organische Schlafstörungen bedürfen hingegen in der Regel keiner Schlaflaboruntersuchung.

Richtige Schlafhygiene – die wichtigste Maßnahme bei nicht-organischen Schlafproblemen

Aufklärung, Beratung, eventuell psychotherapeutische Betreuung sind die wichtigsten Maßnahmen bei nicht-organischen Schlafstörungen. In vielen Fällen kann alleine durch **Verbesserung der Schlafhygiene** das Problem gebessert oder beseitigt werden:

1. Angenehmes Klima, ruhiger (nicht zu abgelegener) Raum, gutes Bett
2. Eigenes Bett in der Nähe des elterlichen Schlafzimmers
3. Kein völlig abgedunkelter Raum
4. Geregelte Bettgehzeit ohne große zeitliche Schwankungen
5. Kein Stress vor dem Schlafengehen (Fernsehen, Computerspiele etc.)
6. Besprechen eventueller Ängste
7. "Abschließen" des Tages (Bettgehroutine: z.B. Gutenachtgeschichte, Abendgebet)
8. Keine Drohungen ("Wenn du nicht schläfst...")

Weiterführende Informationen

Weitere Tipps, Vorlagen für Schlaftagebücher und Kontaktadressen österreichischer pädiatrischer Schlaflabors finden Sie unter www.sids.at

Abbildungen

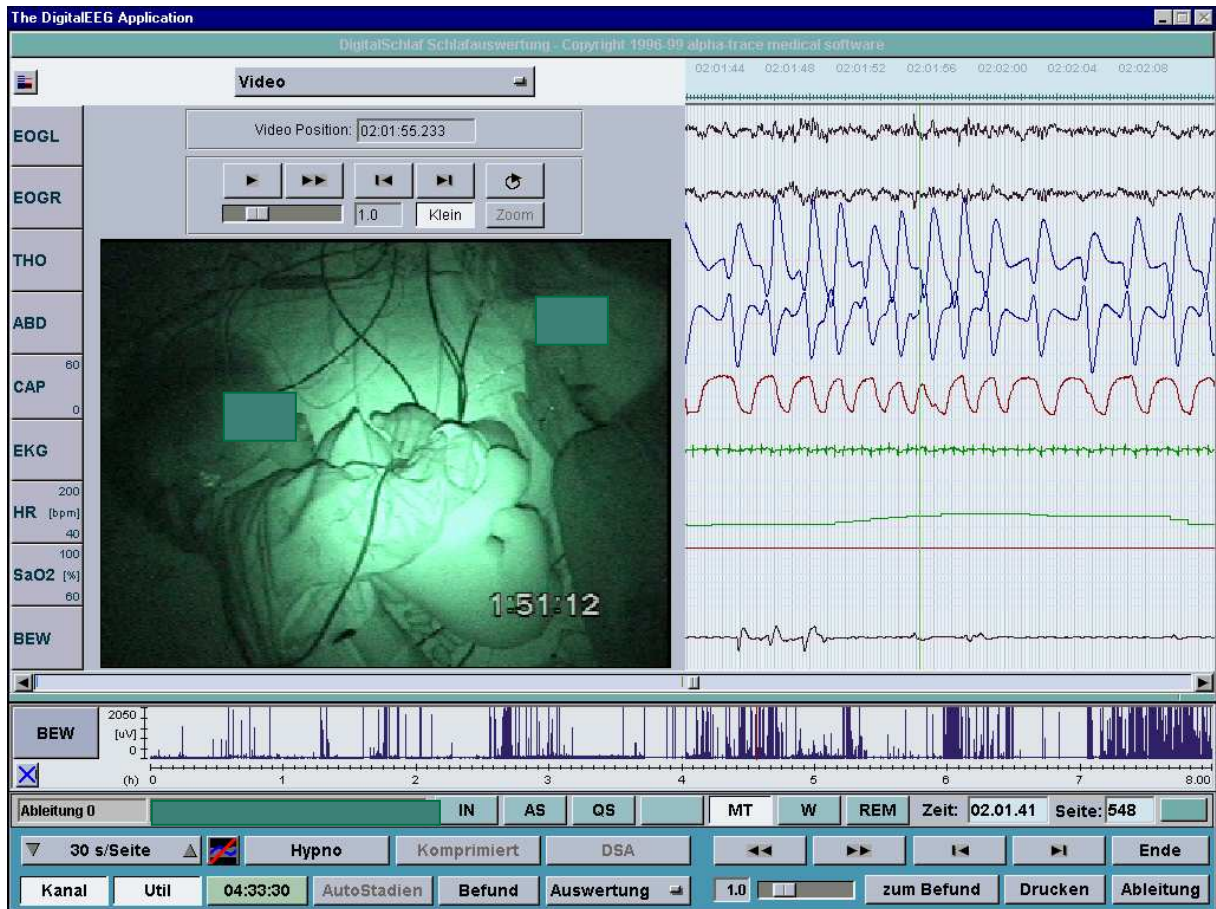


Abb.1

Schlaflabordokumentation der Schlafstörung bei einem Mutter-Kind-Paar. Mutter und Kind schlafen gewohnheitsmäßig im gleichen Bett und "kontrollieren sich" gegenseitig. Wiederholtes Erwachen ist aus den wiederholt auftretenden Bewegungen durch die ganze Nacht hindurch erkennbar (s. Balken "BEW" am unteren Bildrand = komprimierte Darstellung der Bewegungen während der ganzen Nacht).

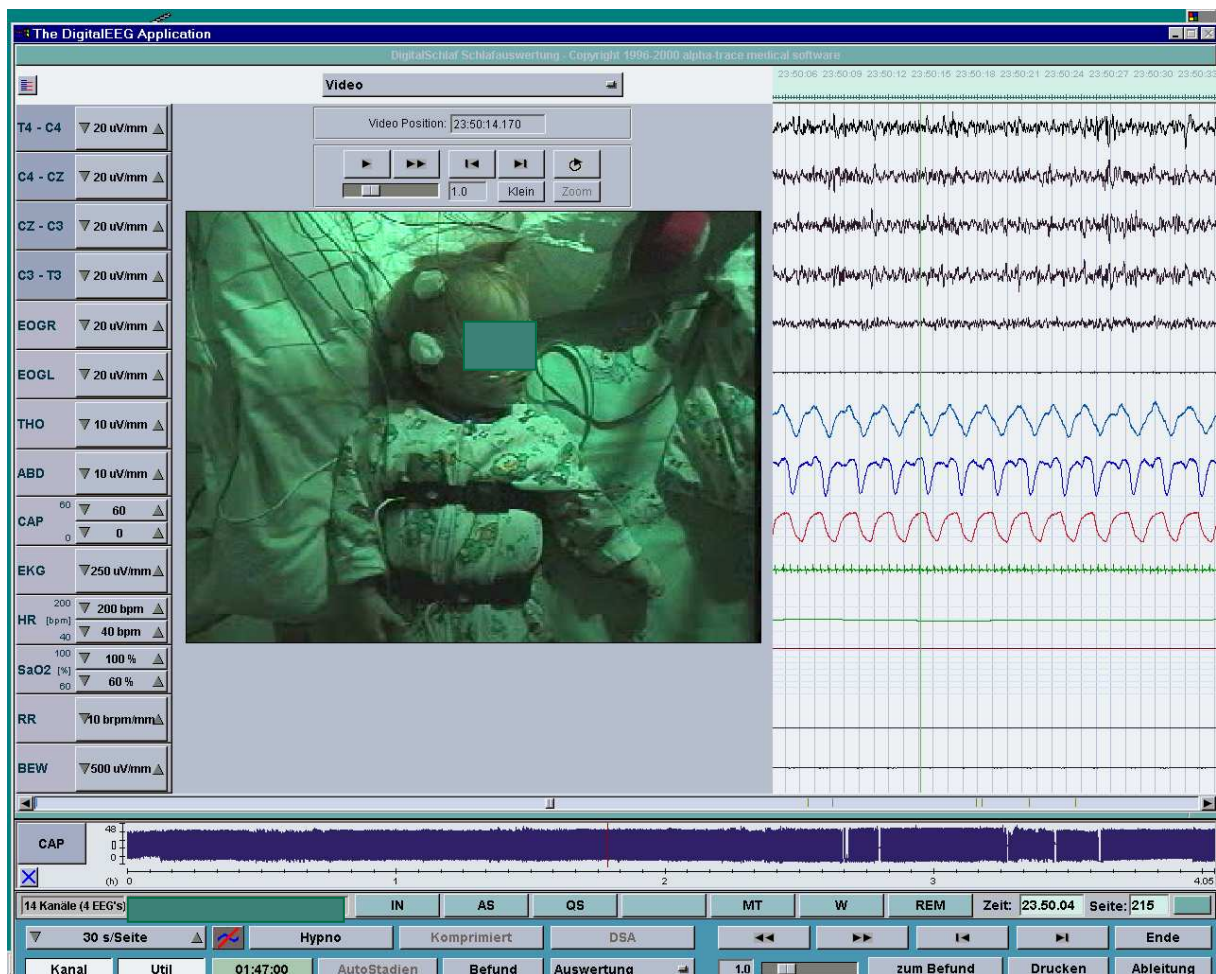


Abb.2

Eine Untersuchung im Schlaflabor ist dann angezeigt wenn aus Anamnese und klinischer Untersuchung die Art der Schlafstörung nicht eindeutig beurteilbar ist. Die Schlaflaboruntersuchung erfasst diverse physiologische Parameter (EEG, EOG, Atemtätigkeit, Herzaktion, Blutgase etc.) und erlaubt eine durchgehende Beurteilung der Schlafqualität sowie allfälliger organischer oder funktioneller Störungen.



Abb.3

Starke thorakale Einziehungen bei Atemwegshindernis (obstruktive Apnoen). Obstruktionen im Bereich der Luftwege führen zu erhöhter Atemarbeit und schlechter Schlafqualität, aber auch zu Langzeitfolgen wie anatomischen Fehlentwicklungen (u.a. Trichterbrust), pulmonaler Hypertension und Rechtsherzbelastung.