

Kindheit bedeutet Veränderung. Die Kinder lernen jeden Tag Neues, erweitern ihr Wissen über die Welt und ihr Wissen über sich. Sie lernen Denken, Handeln und nach und nach auch Planen und Strategien anzuwenden. Auch beim Schlaf ergeben sich vielfältige Veränderungen. So verändern sie ihren Schlafrhythmus vom polyphasischen über den biphasischen und schließlich hin zum monophasischen Schlafrhythmus. Bei diesen Umstellungen kann es immer wieder zu Irritationen und Schwierigkeiten bis hin zu Störungen kommen. Neben dem Schlafrhythmus verändert sich auch die Gesamtschlafdauer (Iglowstein 2003). So sinkt in den ersten fünf Lebensjahren die Schlafdauer von 16 bis 17 Stunden (etwa 70 % des Tages) auf ca. 11 Stunden. Dies bedeutet, dass ein Schulkind gegenüber einem Neugeborenen nur noch ca. 50 % des Tages schläft. Während sich im 3. Lebensmonat die Schlafmenge zwischen 10 und knapp 19 Stunden bewegt, schläft ein 1-jähriges Kind ca. zwischen 11 und 16 Stunden. Um das 4. oder 5. Lebensjahr wird der Mittagsschlaf in der Regel aufgegeben und ab 5 Jahren schlafen Kinder nachts gewöhnlich durch, hierbei werden kurze Aufwachepisoden als klinisch unbedenklich eingestuft. Mit 6 Jahren schlafen dann 96 % der Kinder im Mittel zwischen ca. 9 und gut 12,5 Stunden, mit 10 Jahren dann zwischen 8,5 und ca. 11 Stunden und mit 16 Jahren zwischen 6,5 und 9,5 Stunden (Jenni et al. 2005). Wie die Daten aufzeigen, ist insgesamt eine Abnahme des Schlafes über die Altersspanne hinweg zu verzeichnen. Bedeutsam ist, dass interindividuell jedoch bisweilen erhebliche Unterschiede existieren. Diese große interindividuelle Variabilität von Schlafablauf und Schlafdauer erschwert eine Abgrenzung von »normalem« zu »gestörtem« Schlaf (Hajak 1995).

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

Wie oben beschrieben, gibt es eine Reihe von Besonderheiten des kindlichen Schlafs, die bisweilen eine Interpretation erschweren. Zum einen ist in der Altersgruppe 5–10 Jahre zu unterscheiden, ob das Kind noch einen Mittagsschlaf macht. Manche Autoren sehen die Anforderungen an die Kinder bezüglich des Schlafverhaltens relativ strickt, so ist z. B. Ferber der Meinung, dass sich ab dem 4. oder 5. Lebensjahr ein geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus etabliert haben und kein Tagesschlaf mehr benötigt werden sollte (Ferber 1996). Jedoch gibt es auch andere Ansätze, die diese Zeit als Schlaf-Lern-Phase betrachten, in der ein natürlicher, individueller und den sozialen Anforderungen entsprechender Tag-Nacht-Rhythmus erlernt wird (Steinberg et al. 2000). So wird von Vertretern dieser Position das Allein-Einschlafen, das nächtliche Durchschlafen und die Fähigkeit, selbstständig wieder einzuschlafen bei nächtlichem Erwachen als Lernprozess gesehen, der interindividuell unterschiedlich verläuft. In der Behandlung ist es sinnvoll, die Zusammenhänge von Schlafen und Wachen zu erfragen. Schläft das Kind trotz Tagesschlaf in der Nacht gut, ist in der Regel kein Handlungsbedarf gegeben. Jedoch kann ein noch in späteren Kinderjahren stattfindender Tagesschlaf das Bedürfnis auf zeitigen Nachtschlaf deutlich verringern, so dass die Eltern sich bisweilen wundern, wenn das Kind am Abend nicht müde ist. In einem solchen Fall wäre es sinnvoll, über die Notwendigkeit eines Tagesschlafes nachzudenken.

Betrachtet man das Thema »Schlafstörungen bei Kindern«, so ist vor allem relevant, dass entweder das Kind oder die Eltern oder beide einen Leidensdruck durch die Situation empfinden müssen. Das bedeutet, dass den Eltern zunächst die Schlafprobleme selbst oder ande-

re häufige Folgeerscheinungen als störend auffallen müssen. Entscheidend bei der Diagnostik ist, ob es zu einer subjektiven Beeinträchtigung für das Kind beim Einschlafen, Durchschlafen oder auch bei Tagesaktivitäten kommt (Wiater und Scheuermann 2007; Anders et al. 1978). Weiterhin sind die zeitliche Stabilität der Problematik sowie die Häufigkeit entscheidend. Einschlafprobleme werden in der Regel bei Kindern als pathologisch und schlafgestört klassifiziert, sobald mehrfach pro Woche (in der Regel dreimal in der Woche) Schlafprobleme auftreten (bspw. eine erhöhte Einschlafdauer von mehr als 20 oder 30 Minuten) und dies über mind. den letzten Monat zutrifft. Wie oben beschrieben wurde, sollte ein sekundärer Leidensdruck (z. B. durch schlechteres Konzentrationsvermögen in der Schule) sowie die Beeinträchtigungen der Eltern und Geschwister ebenso beachtet werden. Nicht gerade eine Erleichterung ist der Umstand der doch heterogenen Symptomatik beim Kind. So stellt zwar die erhöhte Tagesmüdigkeit ein Symptom dar, das meist am eindeutigsten mit dem Schlaf in Zusammenhang gebracht wird, gleichzeitig zählt es jedoch nicht zu den am weitesten verbreiteten Folgen bei Kindern. Häufiger treten unklare Schul- und Lern-, Verhaltens- und Konzentrationsprobleme auf (Anders et al. 1978; Schlarb et al. 2012). Diese sind dann bisweilen die Gründe, beim Pädiater oder Psychotherapeuten vorstellig zu werden (Mindell 1993; Lehmkuhl und Frölich 1998; Schlarb et al. 2010). Ungefähr 3,3 % der Besuche von pädiatrischen Praxen finden aufgrund einer Insomniesymptomatik des Kindes statt. Meist sind die Eltern deutlich durch die schlaflosen Nächte gezeichnet und berichten oftmals von familiären Häufungen. Eine vorrangige pädiatrische Behandlungsstrategie besteht meist darin, pflanzliche oder homöopathische Beruhigungspräparate für das Kind zu verschreiben (Schlarb et al. 2010). Hinzu kommt, dass Pädiater zwar gut über frühe kindliche Schlafstörungen informiert zu sein scheinen, weniger gut hingegen über spezifische Schlafstörungen bei älteren Kindern (Mindell et al. 1994). Die Annahme, dass sich eine Schlafproblematik im Kindesalter »herauswachse«, ist jedoch nicht zu halten. In den meisten Fällen persistiert die kindliche Schlafproblematik über einen längeren Zeitraum und führt oftmals zu psychischen und langfristigen auch zu physischen Beeinträchtigungen (Roberts et al. 2008).

1.1 Schlafstörungen in der Kindheit

In diesem Abschnitt werden die häufigsten Schlafstörungen dieses Altersabschnitts (5–10 Jahre) dargestellt. Es wird besonders auf die Erkrankungen eingegangen, die mit KiSS behandelt werden können.

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, wie z. B. Müdigkeit, Gereiztheit, Ängstlichkeit etc. Die Behaviorale Insomnie des Kindesalters (ICSD-2) ist dieser Kategorie zuzuordnen. Diese umfasst zwei Störungstypen, den Sleep-Onset-Association-Typus und den Limit-Setting-Typus. Beide findet man vor allem in den ersten Lebensjahren sehr häufig; sie werden im Folgenden genauer dargestellt.

Sleep-Onset-Association-Typ (SOT)

Diese Störung kann sowohl Ein- als auch Wiedereinschlafschwierigkeiten umfassen. 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 Objekte zum Einschlafen, z. B. immer unbedingt ein bestimmtes Plüschtier, ohne das sie nicht schlafen können und dessen Abwesenheit (wie z. B. beim Waschen, im Urlaub) dazu führt, dass die Schlafprobleme auftreten. Oftmals benötigen die Kinder auch die Anwesenheit der Eltern beim Einschlafen, das Sitzen der Eltern am Bett oder auch eine bestimmte Schlafumgebung wie das Elternbett oder Sofa. Fehlen diese Stimuli, verschärft sich die Ein- und Wiedereinschlafproblematik bis die gewohnten elterlichen Stimulationen wieder herbeigeführt werden.

Limit-Setting-Typ (LST)

Dieser Subtyp ist durch eine elterliche Grenzsetzungsproblematik gekennzeichnet. Die Eltern setzen keine, inkonsistente oder nicht vorhersehbare Grenzen, was sich in teilweise sehr massiven Widerständen beim Zubettgehen oder einer sehr verlängerten Zubettgehprozedur bzw. Einschlafatanz äußern kann. Diese Kinder zeigen eine starke Abwehr ins Bett zu gehen, zögern die Zubettgeroutine und das Zubettgehritual bisweilen provokant hinaus und benötigen viel Zeit, um tatsächlich einzuschlafen. Häufig fordern diese Kinder mehrfach Dinge, wie eine weitere Gute-Nacht-Geschichte oder noch weiteres Fernsehen. Oft stehen diese Kinder mehrfach wieder aus dem Bett auf, obwohl die Schlafenszeit eigentlich vereinbart war, und fordern von den Eltern bestimmte Maßnahmen oder ziehen evtl. auch um ins Elternbett (da es ihnen dort besser gefällt). In Zusammenhang mit dem Limit-Setting-Typus stehen geringe elterliche Erziehungsskills.

Parasomnien

Zu den Parasomnien zählt eine Reihe unterschiedlicher Störungen. Im Folgenden wird auf die Störungen eingegangen, die häufig vorkommen und auch differentialdiagnostisch abgeklärt werden sollten. Auf die Darstellung der Enuresis wird in diesem Fall explizit verzichtet, da hierbei die Eltern meist wegen dieses konkreten Problems schon in die Ambulanz oder Sprechstunde kommen.

Pavor Nocturnus

Meist sind die Eltern sehr beeindruckt von diesem Störungsbild, da sich der 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 bspw. durch Schwitzen, Gesichtsröte, Tachypnoe, Tachykardie und Mydriasis bemerkbar macht. Die von den Kindern geäußerte große Furcht steht in Verbindung mit einer ausbleibenden Reaktion auf direkte Ansprache. Oftmals erkennen die Kinder nicht einmal ihre Eltern. Die Kinder sind schlecht zu wecken und schwer zu beruhigen. Am Morgen besteht weitgehende Amnesie bezüglich der nächtlichen Ereignisse. Ein direkter Zusammenhang mit emotionalen Problemen existiert nicht. Im ICSD-2 wird für den Pavor Nocturnus eine Prävalenz von 1–6,5 % angegeben. Hingegen berichten Laberge et al. (2000) über eine Häufigkeit des Nachtschrecks von 14,7 % in der Altersgruppe der 3- bis 10-Jährigen.

Alpträume

Alpträume sind im Gegensatz zum Nachtschreck nächtliche Ereignisse, die meist in der zweiten Nachthälfte stattfinden. Das Kind erwacht in der Regel mit deutlich negativen Emotionen aus dem Traum. Die Emotionen sind von den Eltern wahrnehmbar, nicht selten weint das Kind und muss von den Eltern beruhigt werden. Im Gegensatz zum Pavor Nocturnus ist das Kind wach, und kann meist vom Trauminhalt erzählen. Circa 1,7–5 % (Lehmkuhl et al. 2008, Schlarb et al. 2010; Schredl et al. 2000) der Kinder leiden unter wiederkehrenden Alpträumen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Alpträume im Vor- und Grundschulalter nicht selten sind und typischerweise mit diesem Entwicklungsstadium des Kindes einhergehen. Jedoch können wiederkehrende Alpträume für das Kind sehr belastend sein und stehen oftmals auch mit Ängsten in Verbindung. Im Schnitt sind bei 3,1 % der Patientenkontakte wiederkehrende Alpträume der Grund, einen Pädiater aufzusuchen. Die Behandlungsempfehlung von 58,9 % der Kinderärzte lautet Beratung, Beruhigung, Aufklärung und Gespräch, 10,7 % überweisen zur Psychotherapie (Schlarb et al. 2010).

Schlafwandeln/Somnambulismus

Der Somnambulismus ist gekennzeichnet durch ein plötzliches Aufrichten oder Aufstehen bis hin zu komplexen Verhaltensweisen im Schlaf. Schlafwandeln beginnt in der Regel ca. 60–120 Minuten nach dem Einschlafen und passiert hauptsächlich im Tiefschlaf 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 % (Lagerberg et al. 2000).

Hingegen zeigen Studien aus dem deutschsprachigen Raum mit 3–4 % deutlich niedrigere Prävalenzen für Somnambulismus und Pavor Nocturnus Störungsbilder (Wiater und Scheuermann 2007).

Schlafbezogene Atemstörungen

Das Schlafapnoe-Syndrom zeichnet sich durch ein 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/Stunde oder zehn Apnea-Hypopnea/Stunde. Das Obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom weist eine Prävalenz von 1–2 % v. a. bei Vorschulkindern auf (Anders und Eiben 1997). Bei Verdacht auf eine vorliegende Apnoe sollte ein Kinderschlaflabor aufgesucht werden. Diese findet man unter anderem auch im Verzeichnis auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung (DGSM).

2 Prävalenz und Persistenz von Schlafstörungen bei Kindern

Genaue Daten hinsichtlich des Vorkommens von kindlichen Schlafstörungen sind schwierig zu eruieren, denn die Studienlage differiert sehr stark nach eingesetzter Diagnostik und Begriffsbestimmung. Schlafprobleme haben sehr viele Kinder. So konnten verschiedenste Studien aufzeigen, dass zwischen 25 % und 40 % der Kinder im Vorschul- und Schulalter unter Schlafproblemen leiden (Mindell 1993; Dahl 1996; Kahn et al. 1989; Palm et al. 1989; Esser und Schmidt 1987). Über Einschlafprobleme klagten zwischen 25 und 33 % aller Schulkinder (Schäfer 1993). Kahn et al. (1989) berichten von 43 % der 8- bis 10-jährigen Kinder, die länger als sechs Monate an Schlafproblemen litten.

Auch die Daten anhand der Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach 1991) von Kindern im Alter von 4 bis 10 Jahren ergaben ähnlich hohe Prävalenzen (Lehmkuhl et al. 1998; Wiater et al. 2005). Diese werden in ► **Tabelle 1** dargestellt. Vergleicht man die Angaben unter »manchmal« mit denen unter »häufig«, spiegelt sich eigentlich das typische Bild von Schlafschwierigkeiten und Schlafstörungen wider.

Eine andere Publikation dieser Arbeitsgruppe mit 6 464 Schulanfängern zeigte ebenfalls vielfältige Schlafprobleme in diesem jungen Alter auf. So berichteten ca. 25 % der Kinder, die unter Einschlafproblemen litten, zusätzlich auch von Durchschlafproblemen. Über Einschlafprobleme klagten 10 %, über Durchschlafprobleme oder nächtliches Aufwachen 8–23 %, am Morgen nur schwer erweckbar zu sein beklagten 11 %, Pavor Nocturnus gaben 2,7 % an, Schlafwandeln 3,9 % und an Alpträumen zu leiden sogar 14 % (Kraenz et al. 2003). Insgesamt jedoch differieren die Angaben aus den verschiedenen Studien. Vor allem im anglo-amerikanischen Raum werden meist höhere Prävalenzzahlen angegeben (Owens 2000; Mindell et al. 2006; Salzarulo und Chevalier 1983).

Wie schon oben beschrieben, haben Schlafstörungen bei Vorschulkindern die Tendenz zu persistieren (Bruni et al. 2000). Meist bestanden bei Kindern die Schlafprobleme schon früh und waren konsistent (Sadeh 2005). So zeigt eine Untersuchung an 218 Kindern von 2–15 Jah-

ren, dass Einschlafprobleme bei Kindern im Vor- und Grundschulalter signifikant häufiger auftreten, wenn bereits im 1. Lebensjahr Probleme mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus auftraten (Salzarulo und Chevalier 1983). Auch die Daten einer prospektiven Längsschnittstudie weisen in die gleiche Richtung. Kinder, denen mit 5 Jahren Schlafprobleme diagnostiziert wurden, wiesen mit 10 Jahren immer noch ein erhöhtes Risiko für Schlafprobleme auf (Pollock 1992).

Syndrom	Gesamt (n = 1030)		Jungen (n = 496)		Mädchen (n = 534)	
	Manchmal (%)	Häufig (%)	Manchmal (%)	Häufig (%)	Manchmal (%)	Häufig (%)
Schlafstörung	13,3	4,5	6,5	2,8	6,8	1,7
Alpträume	23,8	1,9	13,3	0,8	10,5	1,1
Insomnie	21,7	4,7	11,2	2,6	10,5	2,1
Hypersomnie	7,9	1,2	4,0	0,6	3,9	0,6
Sprechen im Schlaf/ Schlafwandeln	13,0	1,6	6,3	1,0	6,7	0,6

Tab. 1: Angaben in Prozent von Schlafstörungen von Kindern im Alter von 4–10 Jahren in der Elternbeurteilung (CBCL) getrennt nach Geschlechtern (aus Lehmkuhl et al. 1998)

Zwar nehmen gerade im Kindesalter die Schlafstörungen insgesamt eher ab, jedoch »wachsen« die meisten Kinder nicht aus diesen Problemen heraus (Schlarb et al. 2010). Insgesamt jedoch sinkt das prädiktive Risiko für eine Stabilität der Schlafstörungen wiederum signifikant über einen längeren Beobachtungszeitraum (11 Jahre) (Gregory und O'Connor 2002).

So ist daraus zu schließen, dass es notwendig ist, auch im Kindesalter die Schlafprobleme zu behandeln. Werden diese nicht behandelt, überdauern die Probleme häufig die Kindheit und bestehen in vielen Fällen sogar noch im Erwachsenenalter (Schlarb et al. submitted).

3 Auswirkungen von chronifizierten Schlafproblemen oder -störungen

Persistieren die kindlichen Schlafprobleme, zeigen sich vielfältige Auswirkungen (Bruni et al. 2000). So gehen Schlafstörungen meist mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten einher (Hagenah 2002; Lehmkuhl et al. 2008). Bislang ist jedoch der directionale Zusammenhang noch nicht vollständig geklärt. Denn Schlafstörungen können einerseits als Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung psychischer Störungen gesehen werden, andererseits treten oftmals Schlafstörungen im Rahmen von psychiatrischen Erkrankungen auf (Hagenah 2002). Insgesamt jedoch scheint eine reduzierte Schlafmenge und/oder Insomnie deutlich beeinträchtigende Funktionen zu haben. Kinder und Jugendliche mit signifikant weniger Schlaf als Gleichaltrige lernen schlechter (Schlarb et al. 2012), neigen eher zu aggressiven Verhaltensweisen (Velten-Schurian et al. 2010). Auch Alpträume haben umfassende Auswirkungen: So zeigen diese Kinder meist deutlich schlechtere Schulleistungen (Wiechers et al. 2011) und über eine erhöhte Ängstlichkeit bei diesen Kindern berichten beispielsweise Laberge und Kollegen (2000).

Man kann auch eine Reihe von komorbid auftretenden Erkrankungen feststellen. So zeigen auch depressive Kinder und Jugendliche Veränderungen hinsichtlich ihres Schlafverhaltens (Remschmidt und Schulz 1999). Daneben sind auch bei Angststörungen Ein- und Durchschlafstörungen sowie Alpträume belegt (Garland 1995). So berichten Jugendliche mit Angsterkrankungen häufig über beunruhigende Träume und auch die Schlafqualität wird als reduziert erlebt (Nielsen et al. 2000). Alpträume als Folge von traumatisierenden Erfahrungen im Kindesalter sind bisher nur eingeschränkt erforscht. Meist berichten diese Kinder von Ängsten vor der Dunkelheit, Alpträumen und Ein- sowie Durchschlafstörungen (Perrin et al.

2000). Bei Kindern mit ADHS werden meist Einschlafprobleme sowie häufiges nächtliches Erwachen festgestellt (Rickel und Brown 2007). Daneben wird meist von Eltern und Kind über Müdigkeit am Tage, Alpträume und Enuresis Nocturna bei vorliegender ADHS gesprochen (Fricke-Oekermann und Lehmkuhl 2007; Chervin et al. 2002; Baeyens et al. 2005). Besonders oft sträuben sich diese Kinder, zu Bett zu gehen und zeigen Widerstände hinsichtlich des Einschlafens, jedoch wachen sie auch nachts häufiger auf und haben morgens Probleme aufzustehen. Auch schlafbezogene Atemstörungen und Tagesschläfrigkeit treten häufiger auf (Cortese et al. 2009).

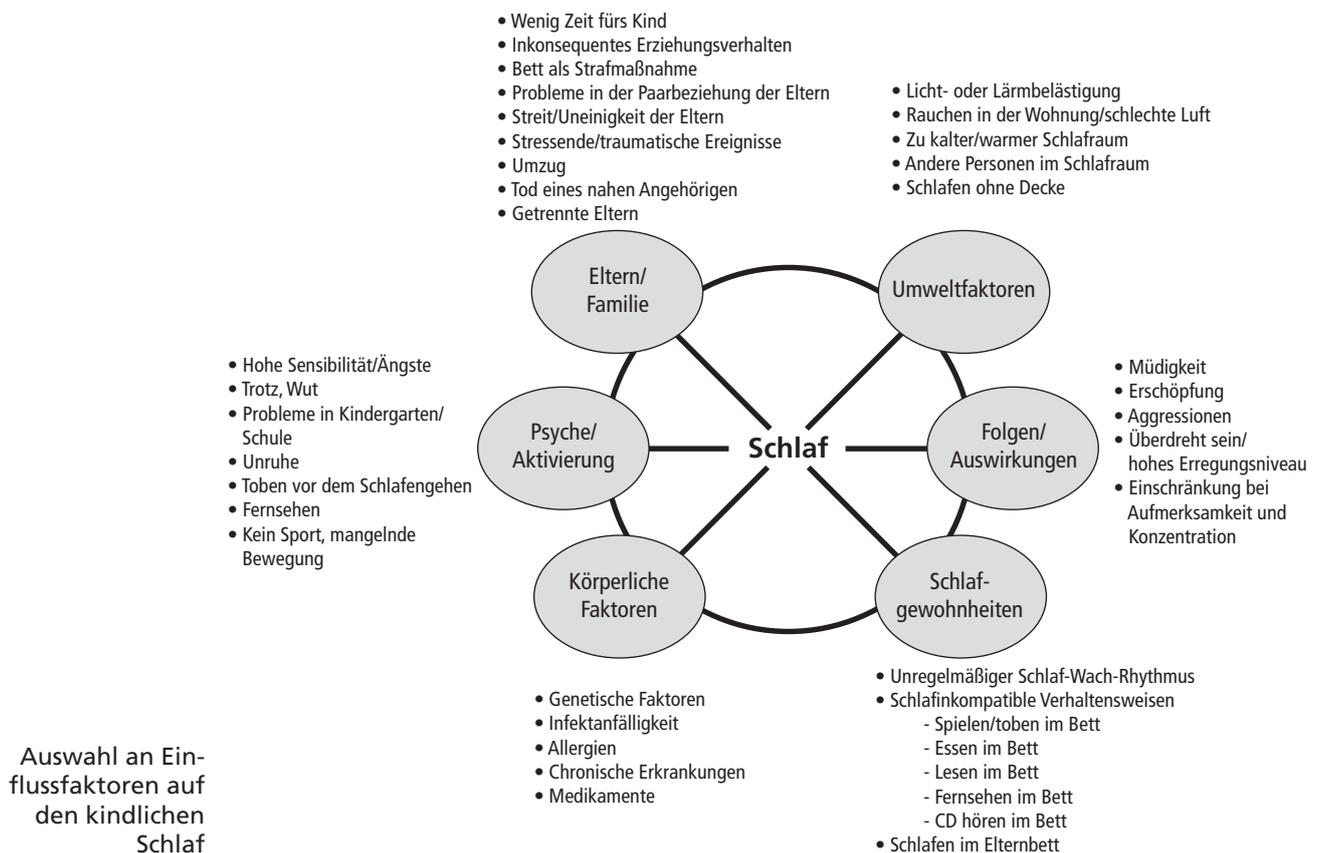
4 Einflussfaktoren auf den kindlichen Schlaf

4.1 Einfluss der Eltern und der Familie

Je jünger das Kind ist, desto größer ist der Einfluss der Eltern auf den kindlichen Schlaf. Neben diesem wesentlichen Einflussfaktor gibt es jedoch noch weitere Faktoren, die den Schlaf durchaus deutlich mit bedingen und bei einer Therapie berücksichtigt werden sollten. Im Folgenden soll auf die Einflussfaktoren eingegangen werden, welche bei Kindern zwischen 5 und 10 Jahren wichtig sind.

4.2 Das kinderspezifisch modifizierte Modell

Folgendes Modell basiert auf dem der Erwachsenen (Morin 1993; Backhaus 1997) und stellt eine kindgerechte Darstellung in Form eines multifaktoriellen Modells dar. Auf diesem Modell fußt auch das KiSS-Behandlungsprogramm.



Für Kinder zwischen 5 und 10 Jahren sind vor allem folgende Faktoren bei der Behandlung der Schlafproblematik wichtig: Schlafgewohnheiten, körperliche Faktoren, Psyche/Aktivierung, Eltern/Familie, Umweltfaktoren, Folgen/Auswirkungen des Schlafproblems. Gerade das Zusammenwirken mehrerer Faktoren begünstigt die Entstehung und Aufrechterhaltung von kindlichen Schlafstörungen. Im KiSS Training werden gleichzeitig mehrere dieser Faktoren modifiziert, um den Schlaf zu verbessern und negative Wechselwirkungen abzuschwächen. Ziel ist somit, schlafförderliche Faktoren zu schaffen und die erwünschte Besserung der Symptomatik mit Kind und Eltern zu erzielen.

4.3 Funktionales und dysfunktionales Erziehungsverhalten

Das Erziehungsverhalten der Eltern spielt bei Kindern im Alter von 5 bis 10 Jahren eine entscheidende Rolle. In der Regel gilt die Meinung, dass für ein gesundes Schlafverhalten elterliche Verhaltensweisen notwendig sind, die die Bedürfnisse des Kindes berücksichtigen und zugleich zu einer günstigen Eltern-Kind-Beziehung führen. Sind diese Gegebenheiten vorhanden, schläft das Kind in der Regel deutlich besser:

- Emotionale Wärme, Zuneigung
- Klare, sinnvolle Regeln
- Konstruktiver Umgang mit Problemverhalten
- Anregungen zu Entwicklung und Lernen
- Angemessene Beaufsichtigung bzw. Freiräume

Berücksichtigen Eltern diese Verhaltensweisen, so wirkt sich konsequentes Erziehungsverhalten und das Durchführen einer angemessenen Zubettgehrououtine in der Regel positiv auf das Schlafverhalten des Kindes aus (z. B. Adams und Rickert 1989). Generell ist bei der Behandlung von Schlafstörungen bei Kindern zu beachten, dass dysfunktionales Erziehungsverhalten nicht bedeutet, dass die Eltern absichtlich dysfunktional sind. In der Regel wird ein für die Eltern eindeutig dysfunktionales Erziehungsverhalten von diesen auch meist erkannt und vermieden. So ist den Eltern im Allgemeinen bekannt, dass Bestrafungen in Form von Schlägen, Drohungen oder lautem Schreien sowie unkontrollierte Wutreaktionen keine angemessenen Erziehungsweisen sind (Maccoby und Martin 1983).

In der Therapie mit den Eltern muss eher das unscheinbare und nicht sofort offensichtlich dysfunktionale Erziehungsverhalten, wie bspw. die ungünstige Zuwendung elterlicher Aufmerksamkeit für unerwünschtes kindliches Verhalten, bearbeitet werden, da dies von den Eltern in der Regel nicht a priori wahrgenommen wird (Patterson 1982). Auf die Schlafproblematik bezogen bedeutet dies, dass die Eltern meist nicht wahrnehmen, dass sie ihren Kindern oftmals Aufmerksamkeit für unerwünschtes Verhalten (z. B. Kind trotz und verlangt nach immer neuen Dingen im Bett wie Milch, andere Puppe oder noch ein Lied) zukommen lassen und sich daher das Problemverhalten stabilisiert oder gar zunimmt. So ist auch zu erklären, dass Kinder, deren Eltern beim Einschlafen anwesend sind, mehr Schlafprobleme haben (Adair et al. 1991). Jedoch ist immer auch zu prüfen, ob die Anwesenheit der Eltern nicht der Versuch einer adäquaten Reaktion auf die Schlafproblematik des Kindes ist. Auch ist in der Behandlung zu berücksichtigen, dass Eltern mit Erziehungsschwierigkeiten positives Verhalten ihres Kindes oftmals ignorieren oder nicht ausreichend beachten (z. B. das Kind geht allein ins Bett oder Lob für das Im-Bett-Bleiben und Nicht-ins-Elternbett-Wechseln). Dies trägt ebenso zur Stabilisierung der kindlichen Schlafproblematik bei. Auch können kindliche Schlafprobleme eine Folge konditionierter Fehlverhaltensweisen sein. Beispielsweise führt oftmals das Fehlen von klaren Einschlaf- und Zubettgehritualen zum Auftreten von Schlafproblemen seitens des Kindes.

Generell ist es wichtig, dass der Therapeut berücksichtigt, dass dysfunktionales Erziehungsverhalten sowohl Ursache als auch Folge von Verhaltensauffälligkeiten und damit auch Schlafstörungen des Kindes sein kann (Kazdin 1995). Diese Reziprozität sollte dem Therapeuten immer präsent sein. So kann ein Schlafproblem des Kindes auch ungünstiges oder problematisches Erziehungsverhalten bewirken.

Insgesamt wird der Therapeut den Eltern vermitteln, dass nicht alle Erziehungsfehler zu kindlichem Problemverhalten führen müssen, sondern dass dysfunktionales Erziehungsver-