

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/012 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 131 - 140

Nichtorganische Schlafstörungen (F51)

1. Klassifikation

Die ICD-10-Kriterien der Dyssomnien sind vor allem auf die im Kindes- und Jugendalter sehr seltenen intrinsischen Schlafstörungen ausgerichtet, und die extrinsischen nichtorganischen Schlafstörungen sind nur unzureichend operationalisiert. Bei Säuglingen und sehr jungen Kleinkindern sind Schlafstörungen häufig mit anderen Störungen des zirkadianen Rhythmus, wie z.B. Fütterstörungen, verbunden. Diesen "Regulationsstörungen im Säuglingsalter" ist ein eigenes Kapitel der Leitlinien gewidmet.

1.1 Definition

Dyssomnien: Primär psychogene Zustandsbilder mit einer Störung von Dauer, Qualität oder Zeitpunkt des Schlafes, die deutlichen Leidensdruck verursacht oder sich störend auf die soziale und schulisch-berufliche Leistungsfähigkeit auswirkt. Das Häufigkeitsmaximum der Insomnien liegt im Kleinkindalter, das der übrigen Dyssomnien in der Adoleszenz.

Die hierunter beschriebenen Schlafstörungen sind häufig Symptome anderer psychischer oder körperlicher Erkrankungen, bzw. zusätzliche psychische und/oder körperliche Faktoren können die Schlafstörung beeinflussen. Nichtorganische Schlafstörungen werden als eigenständiges Störungsbild diagnostiziert, wenn die Schlafbeschwerden im Vordergrund der Symptomatik stehen. Organische Ursachen der Schlafstörung müssen ausgeschlossen sein. Parasomnien: Abnorme Episoden von Verhaltensmustern oder physiologischen Ereignissen, die während des Schlafes oder des Schlaf-Wach-Übergangs auftreten. Das Häufigkeitsmaximum liegt in der Kindheit, nach der Pubertät treten die Parasomnien nur noch selten und meist in Verbindung mit psychopathologischen Auffälligkeiten auf.

1.2 Leitsymptome

Nichtorganische Insomnie (F51.0)

- Ungenügende Dauer und/oder Qualität des Schlafes

Nichtorganische Hypersomnie (F51.1)

- Übermäßige Schlafneigung, z.T. Schlafanfälle tagsüber

Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.2)

- Mangelnde Synchronisation zwischen dem individuellen, endogenen Schlaf-Wach-Rhythmus und dem Schlaf-Wach-Rhythmus der Umgebung

Pavor nocturnus (F51.4)

- Plötzliches Erwachen mit Panikschrei und Zeichen vegetativer Erregung und intensiver Angst
- Desorientiertheit, erschwerte Erweckbarkeit
- Völlige Amnesie für die Episode oder allenfalls fragmentarische Erinnerungen
- Tritt meist während des ersten Drittels des Nachtschlafs auf

Schlafwandeln (F51.3)

- Umhergehen während des Tiefschlafs
- Wenig Reagibilität auf Außenreize, erschwerte Erweckbarkeit, Amnesie nach dem Aufwachen
- Beträchtliches Verletzungsrisiko
- Triggerung durch z.B. fiebrige Erkrankungen, psychischen Stress, Alkohol, Lärm
- Auftreten meist im ersten Drittel des Nachtschlafs

Alpträume (F51.5)

- Aufwachen mit lebhafter und detaillierter Erinnerung an intensive Angstträume meist in der zweiten Nachthälfte
- Häufige Wiederholungen gleicher oder ähnlicher Träume
- Nach dem Aufwachen rasche Orientierung

1.3 Schweregradeinteilung

Einteilung gemäß der Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen ICDS.

Dyssomnien

- Leicht: sporadisches Auftreten der Symptomatik und geringe Beeinträchtigung von subjektivem Befinden und allgemeiner Leistungsfähigkeit des Betroffenen und/oder der Bezugsperson
- Mittel: tägliches Auftreten der Symptomatik und mittelgradige Beeinträchtigung von subjektivem Befinden und allgemeiner Leistungsfähigkeit des Betroffenen und/oder der Bezugsperson
- Schwer: tägliches Auftreten der Symptomatik und ausgeprägte Beeinträchtigung von subjektivem Befinden und allgemeiner Leistungsfähigkeit des Betroffenen und/oder der Bezugsperson.

Pavor nocturnus

- Leicht: tritt seltener als 1-mal pro Monat auf
- Mittel: tritt seltener als 1-mal pro Woche auf
- Schwer: tritt fast jede Nacht auf und/oder ist ggf. mit körperlicher Verletzung einhergehend.

Schlafwandeln

- Leicht: tritt seltener als 1-mal pro Monat auf, und weder der Patient noch andere werden dabei verletzt
- Mittel: tritt häufiger als 1-mal pro Monat, aber nicht allnächtlich auf, und weder der Patient noch andere werden dabei verletzt
- Schwer: tritt fast jede Nacht auf und/oder geht mit körperlicher Verletzung einher.

Alpträume

- Leicht: tritt seltener als 1-mal pro Woche auf und führt zu keiner Beeinträchtigung des psychosozialen Leistungsniveaus
- Mittel: tritt häufiger als 1-mal pro Woche, aber nicht jede Nacht auf und führt zu einer leichten Beeinträchtigung des psychosozialen Leistungsniveaus
- Schwer: fast allnächtliches Auftreten und mittlere bis schwere Beeinträchtigung des psychosozialen Leistungsniveaus.

1.4 Untergruppen

Bei den folgenden Schlafstörungen lassen sich Untergruppen bilden:

Nichtorganische Insomnie

- Insomnie durch inadäquate Schlafhygiene, charakterisiert durch unregelmäßige Einschlafzeiten, Verlust bzw. Nichtausbilden von Einschlafritualen und in der Folge Einschlafen erst bei Übermüdung und Schläfrigkeit am Tage
- Belastungsbedingte Insomnie: Schlafstörung im Zusammenhang mit emotionalem Stress (kindliche Ängste, akuter Stress, chronische Konfliktsituationen etc.)
- Umweltbedingte Schlafstörung: durch störende Umweltfaktoren (Lärm, Temperatur, unkomfortables Bett, unruhige Geschwister im gleichen Raum etc.) bedingte Schlafstörung/Schläfrigkeit am Tage
- Intrinsische Insomnie: Schlafstörung ohne erkennbare äußere Ursache, die teilweise durch ein konditioniertes Verhalten von Anspannung und Angst um die Schlafsituation aufrechterhalten wird und in der Kindheit sehr selten ist.

Nichtorganische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

- Verzögertes Schlafphasensyndrom: spätes Einschlafen und Schwierigkeiten, zu einer üblichen Zeit zu erwachen, bzw. übermäßige Schläfrigkeit am Morgen
- Vorverlagertes Schlafphasensyndrom: verfrühte Schläfrigkeit mit Unvermögen, bis zu einem üblichen Zeitpunkt wachzubleiben, und verfrühtes morgendliches Erwachen
- Unregelmäßiges Schlaf-Wach-Muster: Verlust des normalen Schlaf-Wach-Musters und Auftreten zeitlich desorganisierter, unregelmäßiger Episoden von Schlafen und Wachen.

1.5 Ausschlussdiagnosen

Keine bekannt

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Befragung von Patient und/oder Bezugsperson (ggf. Schule, Kindergarten)

- Schlafgewohnheiten
- Abendliche Aktivitäten und Essgewohnheiten
- Vorbereitung auf das Zubettgehen, Bettgezeit
- Rituale, evtl. geäußerte Ängste
- Dauer der Einschlafzeit, Verhalten und Befinden währenddessen
- Häufigkeit, Ursachen, Dauer von Aufwachphasen
- Schwierigkeiten beim Wiedereinschlafen
- Exakte Schilderung episodischer Ereignisse (Symptomatik, Häufigkeit, Dauer)
- Verhalten während des Schlafs (Unruhe, Schnarchen, Bettnässen etc.)
- Gesamtschlafdauer, Dauer ungestörter Schlafepisodes
- Aufwachzeit, spontanes Wachwerden, Erweckbarkeit
- Befindlichkeit nach dem Erwachen
- Verhalten tagsüber
- Müdigkeit, Schlafphasen
- Antrieb
- Konzentration und Leistungsfähigkeit
- Stimmung
- Hyperaktivität
- Reaktionen der Bezugspersonen.

Internistische und neurologische Untersuchung

Schlafstagebuch

Ggf. ist eine stationäre Beobachtung zu erwägen (bei unklaren oder umfeldabhängigen Schlafstörungen).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung von Bezugsperson (und Patient)

- Beginn und Entwicklung der Symptomatik
- Bekannte Auslöser? (Emotionaler Stress, Somatische Erkrankungen)
- Symptomverschlechternde/-verbessernde Umstände
- Ängstlichkeit, Trennungsangst, soziale Überempfindlichkeit in der Vorgeschichte
- Oppositionelles Verhalten in der Vorgeschichte
- Substanzmissbrauch in der Vorgeschichte.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Befragung von Bezugsperson (und Patient)

- Bei Insomnie v.a. Angststörungen, depressive Störungen, Zwänge, Substanzmissbrauch, hyperkinetisches Syndrom
- Bei Hypersomnie v.a. Depression, Substanzmissbrauch
- Bei Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen v.a. affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen (schizoid, schizotypisch, vermeidend)
- Bei Schlafwandeln und Pavor nocturnus v.a. gegenseitige Komorbidität
- Bei Alpträumen v.a. posttraumatische Belastungsstörung, Ängste, Depressionen, Insomnie, sensitive Persönlichkeit (bei Persistieren über die Adoleszenz).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Befragung von Bezugsperson (und Patient)

- Intelligenzminderungen
- Somatische Komorbidität (v.a. Schmerzzustände, Bettlägerigkeit)
- Psychosoziale Belastungsfaktoren (MAS-Achse V)
- Familienanamnese v.a. im Hinblick auf Schlafstörungen, Ängste, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen
- Erziehungsverhalten, Umgang mit dem Symptom
- Schlafumgebung
- Nächtliche Abwesenheit der Bezugsperson (z.B. bei Schichtarbeit).

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Apparativ-technische Untersuchungen. EEG-Ableitung bei Pavor nocturnus und Schlafwandeln, Schlaflaboruntersuchung immer bei Hypersomnien. Ansonsten ggf. zur Objektivierung der Symptomatik

- Polysomnographie
- (Video-)Beobachtung
- Temperaturmessung (bei zirkadianer Rhythmusverschiebung)
- Bestimmung atemphysiologischer Parameter (bei Hypersomnie)
- HLA-Typisierung bei Hypersomnie zur Differenzialdiagnostik einer Narkolepsie.

Testpsychologie allgemein. Darüber hinaus:

- Ggf. Leistungsdiagnostik (bei Verdacht auf Intelligenzminderung)
- Ergänzende Komorbiditätsdiagnostik entsprechend dem vermuteten Störungsbild

- Evtl. Beschwerdefragebögen, Persönlichkeitstests, Konzentrationstest.

2.6 Weitergehende Diagnostik

Gezielte Befragung von Patient und/oder Bezugsperson bezüglich der wichtigsten Differenzialdiagnosen:

- Durch nächtliches Füttern bedingte Schlafstörungen
- Schlafstörungen bei Nahrungsmittelallergien
- Narkolepsie
- Atmungsbezogene Schlafstörungen
- Epileptische Anfälle
- Dissoziative Störungen
- Medikamentös bedingte Schlafstörungen
- Schlafstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen.

Das Schlaflabor wird eingesetzt bei Verdacht auf ein epileptisches Geschehen und zur Differenzialdiagnose einer dissoziativen Störung gegenüber Schlafwandeln. Eine spezifische EEG-Diagnostik (Langzeit-EEG, Schlafentzugs-EEG) ist notwendig bei Verdacht auf ein epileptisches Geschehen, CCT oder MRT bei Verdacht auf eine neurologische Erkrankung. Bei vermuteter Nahrungsmittelallergie ist eine Allergietestung sinnvoll.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Eine Schlaflaboruntersuchung ist bei anamnestisch und/oder durch Beobachtung gut erhebbarer Symptomatik entbehrlich bzw. bei seltenem Auftreten der Störung wenig Erfolg versprechend.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Besonderheiten des kindlichen Schlafs

Entwicklungsabhängig verändert sich das Schlafmuster. Bei Neugeborenen lassen sich im NREM-Schlaf noch keine Stadien unterscheiden. REM-Schlaf und NREM-Schlaf nehmen je ca. 50% der Schlafzeit ein, und die zyklische Abfolge der Schlafstadien erfolgt wesentlich häufiger als beim Erwachsenen (alle 30-70 min). In den ersten Lebensmonaten entwickeln sich die typischen Schlafstadien und bis Ende des ersten Lebensjahrs die zirkadiane Rhythmik, nach Frühgeburt oder Sauerstoffmangelversorgung auch noch später.

Die individuelle Gesamtschlafdauer pro Tag variiert, Anhaltswerte sind jedoch folgende Zahlen:

- Mit 6 Monaten ca. 12-16 h
- Mit 3 Jahren ca. 11,5-13,5 h
- Mit 6 Jahren ca. 10-12 h
- Mit 10 Jahren ca. 9,5-10,5 h
- Mit 14 Jahren ca. 8-9,5h
- Mit 16 Jahren ca. 7,5-9 h
- Mit 17-18 Jahren ist dann das durchschnittliche Schlafbedürfnis Erwachsener (7-8 h) erreicht.

In den ersten 3 Lebensjahren treten Schlafperioden von bis zu 2 Stunden noch am Vormittag und am frühen Nachmittag auf. Danach verschwinden in aller Regel die morgendlichen Schlafzeiten, während der Nachmittagsschlaf bis etwa zum Schulalter allmählich verschwindet. In der Adoleszenz kommt es durch psychosoziale Umstände, aber auch durch Reifungsvorgänge der zirkadianen Rhythmik zu späteren Bettgehzeiten, die in Zusammenhang mit früheren Aufwachzeiten (infolge schulisch-beruflicher Anforderungen) häufig nicht durch den geringeren Schlafbedarf kompensiert werden. Daraus resultiert nicht selten ein Schlafdefizit in der Woche mit verlängerten Schlafzeiten am Wochenende.

Nichtorganische Insomnie (F51.0)

- Ein- und Durchschlafstörungen bzw. Früherwachen
- Anwesenheit der Bezugsperson zum Einschlafen/Wiedereinschlafen notwendig
- Auftreten mindestens 3-mal pro Woche mindestens einen Monat lang
- Überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafstörung bzw. deren Konsequenzen
- Morgendliche Müdigkeit
- Ängstlich angespannte oder depressive Stimmung zur Schlafenszeit
- Verursacht deutliche Erschöpfung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit
- Bei Vorhandensein anderer psychiatrischer Symptome steht die Insomnie im Vordergrund
- Fehlen organischer Ursachen.

Nichtorganische Hypersomnie (F51.1)

- Verlängerter Nachtschlaf
- Exzessive Schläfrigkeit während des Tages (nicht nur als Folge ungenügenden Nachtschlafs oder verlängerter Schlaf-Wach-Übergangszeiten)
- Verlängerte Übergangszeiten vom Aufwachen zum völligen Wachsein
- Länger dauernde (bis zu 1 Stunde), wenig erholsame Schlafanfänge tagsüber
- Verhindern der Schlafanfänge möglich
- Tägliches Auftreten über einen Monat lang oder wiederholt in kürzeren Perioden
- Verursacht deutliche Erschöpfung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit

- Tritt oft im Zusammenhang mit anderen psychiatrischen Störungen (z.B. affektive Störungen) auf
- Fehlen neurologischer oder internistischer Ursachen

Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.2)

- Fehlende Synchronizität des individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus mit dem der Umgebung
- Insomnie während der Hauptschlafperiode und Hypersomnie in der Wachperiode, z.B. typisch in der Adoleszenz als Schlafphasenverzögerung
- Tägliches Auftreten über einen Monat lang oder wiederholt in kürzeren Perioden
- Verursacht deutliche Erschöpfung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

Pavor nocturnus (F51.4)

- (Wiederholte) Episoden plötzlichen Erwachens aus dem Tiefschlaf beginnend mit einem Panikschrei
- Charakterisiert durch heftige Angst, vegetative Übererregbarkeit und Körperbewegungen
- Kein adäquater Kontakt mit der Umgebung währenddessen
- Dauer 1-10 Minuten
- Meist Auftreten im ersten Nachtdrittel
- Beruhigungsversuche meist ergebnislos
- Meist kurzfristige Desorientiertheit im Anschluss
- Meist völlige Amnesie für das Ereignis, gelegentlich fragmentarische Erinnerungen
- Fehlen körperlicher Erkrankungen (Hirntumor, Epilepsie).

Schlafwandeln (F51.3)

- Ein- oder mehrmaliges Verlassen des Bettes während des Schlafs und Umhergehen meist während des ersten Drittels des Nachtschlafs
- Meist starre Mimik, wenig Reagibilität auf Außenreize, erschwerte Erweckbarkeit
- Wenige Minuten nach Erwachen von der Episode keine psychische Beeinträchtigung (mehr) nach gelegentlicher kurzfristiger Desorientiertheit
- Amnesie nach dem Aufwachen (direkt nach der Episode oder am Morgen)
- Kein Hinweis auf organisch bedingte psychische Störung (Epilepsie, Demenz).

Alpträume (F51.5)

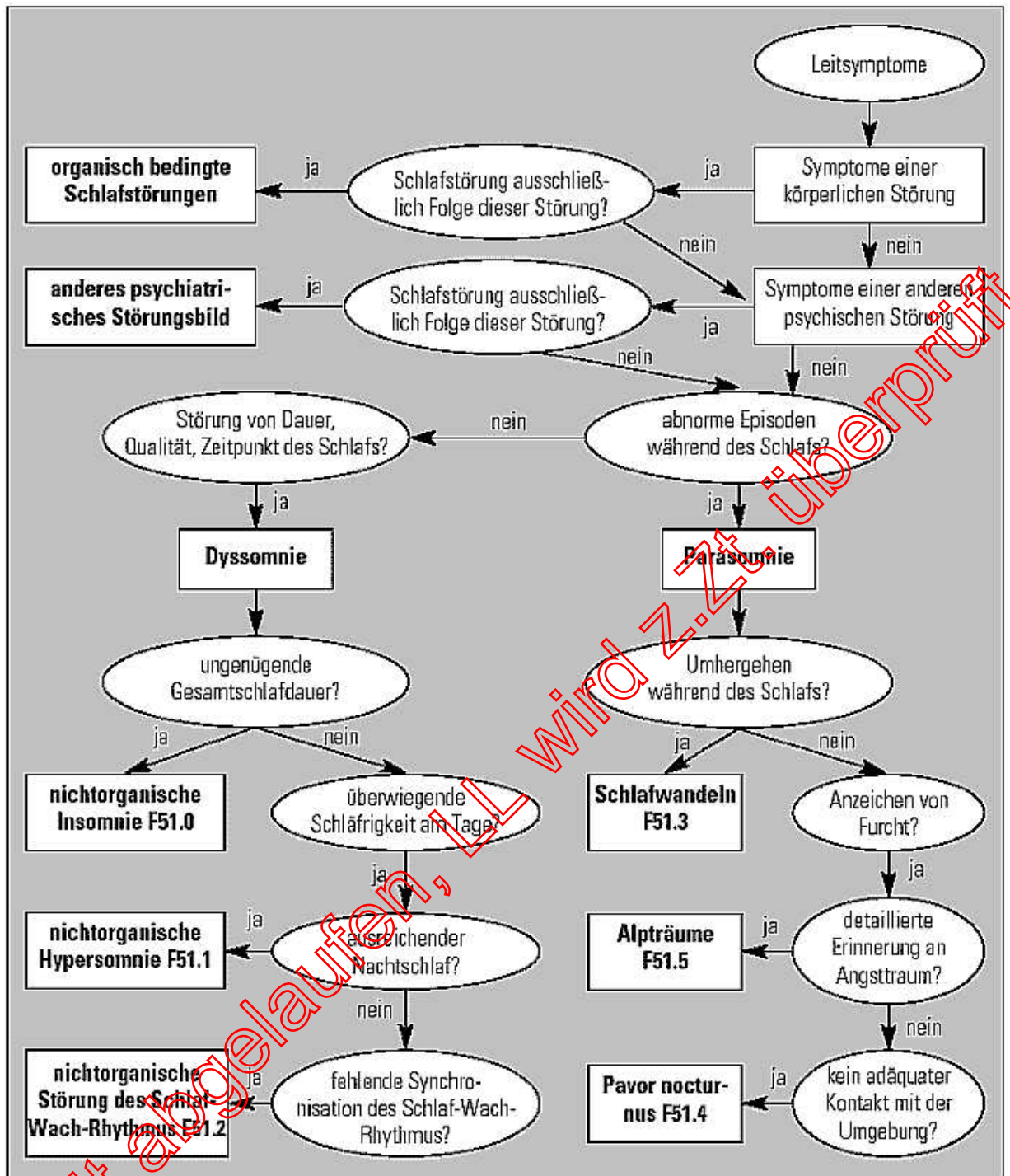
- Aufwachen aus dem Schlaf mit lebhafter, detaillierter Erinnerung an Träume mit extrem ängstigenden Inhalten (Bedrohungen von Leben, Sicherheit oder Selbstwertgefühl)
- Aufwachen zeitunabhängig vom Traum meist in der zweiten Nachthälfte
- Nach dem Erwachen rasche Orientierung
- Ängste vor erneuten Alpträumen, dem Wiedereinschlafen, dem Zubettgehen
- Häufiger in Zusammenhang mit psychosozialen Stress
- Das Traumerlebnis und die Schlafstörung infolge des Aufwachens verursachen erheblichen Leidensdruck.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Intelligenzminderung im Hinblick auf Durchführbarkeit/Modifikationen pädagogisch-therapeutischen Vorgehens und der Mitverursachung durch nicht alterstypische Ängste
- Beeinflussung der therapeutischen Möglichkeiten durch die Behandlung zusätzlicher somatischer Erkrankungen (z.B. Schmerzzustände, Bettlägerigkeit, häufige Blutzuckerkontrollen bei Diabetes o.Ä.)
- Psychosoziale Belastung und Interventionen im häuslichen Rahmen (Compliance, störungsaufrechterhaltende Faktoren)
- Ausmaß der Entwicklungsbeeinträchtigung durch die Störung.

Abb. 20: Diagnostischer Entscheidungsbaum bei Schlafstörungen

Gültigkeit ab dem 1.11.2010
Wird nicht überprüft



3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Siehe auch Entscheidungsbaum (Abb. 20)

Tritt die Schlafstörung als wesentliches Symptom einer anderen psychiatrischen Störung auf (z.B. Alpträume bei posttraumatischer Belastungsstörung, Insomnie bei depressiver Störung), hat die Behandlung der Grundstörung Vorrang.

Bei autonom gewordenen, primär belastungsabhängigen Schlafstörungen Behandlung der Schlafstörung parallel zur evtl. noch vorhandenen Belastungsstörung.

4. Interventionen

Evidenz der Therapieempfehlungen

Es existieren wenig kontrollierte Studien zur Behandlung kindlicher Schlafstörungen, sodass sich die meisten therapeutischen Empfehlungen in der Literatur auf die Meinung respektierter Experten stützen (Grad der Evidenz V nach Cooke, Sackett). Härtere Evidenz existiert für verhaltenstherapeutische Interventionen bei Insomnien sowie in bestimmten Fällen für die pharmakologische Behandlung mit Melatonin.

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Primär ambulante Behandlung; stationäre Behandlung in folgenden Fällen:

- Schwierige psychosoziale Situation (z.B. Misshandlungsgefahr)
- Erschwerte Durchführbarkeit von Interventionen im häuslichen Milieu (Compliance, psychosoziale Belastung)
- Komorbidität mit anderen, schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen
- Schwere Ausprägung der Dyssomnie.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und diebezügliche Beratung

Am Beginn steht die genaue Aufklärung von Bezugsperson und/oder Patient über das spezifische Störungsbild.

- Wesentlichste Intervention ist bei allen Schlafstörungen eine ausführliche Beratung über:
 - Charakteristika des normalen altersadäquaten Schlags
 - Entwicklungsspezifische potenzielle, schlafbezogene kindliche Ängste
 - Individuell unterschiedliches Schlafbedürfnis (Kurz-/Langschläfer, Früh-/Spätschläfer)
- Angemessene Schlafhygiene:
 - Regelmäßige Zeiten
 - Keine aufregenden Aktivitäten vor dem Einschlafen
 - Ruhige, abgedunkelte, angenehm temperierte Schlafumgebung
 - Bequemer Schlafplatz, der nicht mit anderen Dingen assoziiert ist (Spielen, Bestrafung)
 - Einschlafrituale
 - Zubettbringen bei Müdigkeit des Kindes
 - Fähigkeit des Kindes, in Abwesenheit der Eltern einzuschlafen
 - 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 Schlafens dienen
 - Nicht zu große Mengen anregender Getränke über den Tag bzw. keine derartigen Getränke einige Stunden vor dem Schlafen
 - Bei kleineren Kindern nicht zu viele/zu wenige oder zu frühe/zu späte zusätzliche Schlafphasen am Tag.

Weitere spezifische Therapie (falls notwendig)

Nichtorganische Insomnie:

- Verhaltenstherapeutische Verfahren wie Extinktion, graduelle Extinktion oder positive Routinen (II) (bei überfürsorglicher Erziehung zur adäquaten Trennungsbewältigung und Autonomie). Für Erwachsene ist eine gute Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Methoden auch als Gruppentherapie belegt (I)
- Selten medikamentöse Behandlung (V) zur vorübergehenden Entlastung: sedierende Neuroleptika (z.B. Pipamperon), Antihistaminika, Benzodiazepine (Adoleszenz).

Nichtorganische Hypersomnie:

- Sozialpsychiatrisch (bei sozialen Problemen infolge der Störung)
- Vermeidung von Schlafentzug, sedierenden Pharmaka, Alkohol und Nikotin
- Medikamentöse Behandlung (V): MAO-Hemmstoffe, Stimulanzien.

Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus:

- Chronotherapie (allmähliche Verlagerung der Schlafphasen bis zum Erreichen der adäquaten Schlafzeit) mit Verzögerung oder mit Vorverlagerung der Schlafphasen (V).

Pavor nocturnus/Schlafwandeln:

- Sicherung der Schlafumgebung, ansonsten in der Regel keine Therapie notwendig bzw. auch keine sicher wirksame Behandlung bekannt
- Bei starker Belastung durch die Störung ggf. Entspannungsverfahren (V)
- Sehr selten bei starker Eigengefährdung/Fremdgefährdung: Versuch einer Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen (V) oder Imipramin (V)

Pharmakotherapie mit Melatonin

- Das Hormon Melatonin erwies sich bei Erwachsenen als wirksam bei der Prävention und Behandlung von Jetlag (I) sowie bei der Behandlung des verzögerten Schlafphasensyndroms (II-III). Bei Kindern bisher Einsatz bei Insomnien im Rahmen von mentaler Retardierung/neurologischen Störungen (II-III) und bei primärer Insomnie (II). Es existieren jedoch noch keine ausreichenden Daten zu Langzeitfolgen bei Dauermedikation, und die Substanz ist in der BRD nicht zugelassen. Deshalb sollte eine Anwendung derzeit nur nach strenger Indikationsstellung und Ausschöpfung anderer Therapiemöglichkeiten erfolgen.

Bei allen Störungsbildern sollte eine adäquate Therapie zusätzlicher psychopathologischer Auffälligkeiten (Komorbidität) erfolgen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Wesentlich ist die Mitwirkung der Bezugsperson(en) und deren detaillierte Information und Anleitung sowie die

Beurteilung der diesbezüglichen Ressourcen (s. auch Kap. 4.1). Ansonsten Vorgehen wie in Kapitel 4.2 beschrieben.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Bei Einschlafproblemen ist eine nachtklinische Behandlung erforderlich. Bei weniger ausgeprägter Problematik stellt die teilstationäre Behandlung evtl. eine Alternative zur vollstationären Behandlungsindikation dar. Ansonsten Vorgehen wie in Kapitel 4.2 beschrieben.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Belastungsinduzierte Schlafstörungen treten nach Rückkehr in eine belastete häusliche Situation wieder auf; die besondere Beachtung sozialpsychiatrischer Interventionsmöglichkeiten ist daher indiziert.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Einbeziehung der Jugendhilfe (s. auch Kap. 4.5) bei persistierenden häuslichen Belastungen, falls Unterstützung der Erziehungspersonen oder Herausnahme aus einer chronischen Stresssituation notwendig sind
Rehabilitationsmaßnahmen bei störungsbedingten sozialen Einbußen (z.B. Verlust des Ausbildungsplatzes bei schwerer Hypersomnie) oder schwerer psychiatrischer Komorbidität.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Keine Angaben.

Literatur:

1. Anders TF, Eiben LA, Pediatric sleep disorders: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997), 36, 9-20
2. Berger M, Riemann D (Hrg.) (1992) Handbuch des normalen und gestörten Schlafs. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
3. Cookie IE, Sackett DL (eds.) Evidence-based obstetrics and gynecology. Clinical Obstetrics and Gynecology (1996), 10, 551-567
4. Dahl R (1993) Parasomnias. In: Ammerman RT, Last CG, Hersen M (Hrg.), Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents, 281-299. Allyn & Bacon, Boston
5. Iglowstein I et al., Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. Pediatrics (2003), 111, 302-307
6. Mindell JA, Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. Journal of Pediatric Psychology (1999), 24, 465-481
7. Morin CM, Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. The Journal of Clinical Psychiatry (2004), 65 (Suppl. 16), 33-40
8. Ramchandani P et al., A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. BMJ (2000), 320, 209-213
9. Rossmann P, Schlafwandeln. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (1986), 14, 159-171
10. Schramm E, Riemann D (Hrg.) (1995) Internationale Klassifikation der Schlafstörungen ICDS. Beltz, Weinheim
11. Steinhausen HC (1999) Schlafstörungen. In: Steinhausen HC, von Aster M (Hrg.), Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen, 517-536. Beltz, Weinheim
12. Stores G, Medication for sleep-wake disorders. Archives of the disabled Child (2003), 88, 899-903
13. Stores G, Practitioner review: Assessment and treatment of sleep disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry (1996), 37, 907-925

Verfahren zur Konsensbildung:

Bearbeiter dieser Leitlinie

M. Pitzer, M.H. Schmidt, U. Rabenschlag

Korrespondenz an:

Dr. med. Martina Pitzer
Klinikdirektorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 21.01.2008; 14:25:09

Gültigkeit abgelaufen, LL wird zum Überprüft