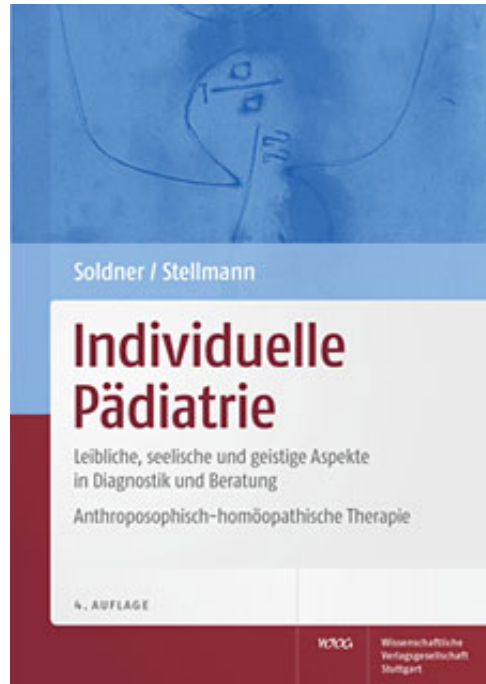


Soldner / Stellmann Individuelle Pädiatrie

Leseprobe

[Individuelle Pädiatrie](#)
von [Soldner / Stellmann](#)



<http://www.narayana-verlag.de/b10356>

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Narayana Verlag GmbH
Blumenplatz 2
D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Fax +49 7626 9749 709
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>

In unserer [Online-Buchhandlung](#) werden alle deutschen
und englischen Homöopathie Bücher vorgestellt.



7 Psychosomatische Störungen

Ganz im Allgemeinen gehört es zu den mühsamsten Dingen, irgendeine Gewissheit über die Seele zu erlangen. ... So könnte es wohl scheinen, als gäbe es ein einheitliches Verfahren bei allen Gegenständen, deren Wesen wir kennen wollen ... Wenn es aber kein einheitliches und gemeinsames Verfahren gibt..., dann wird die Untersuchung noch schwieriger. Denn dann wird man bei jedem Einzelnen feststellen müssen, welches der richtige Weg ist.

Aristoteles, Über die Seele

Die nachfolgend dargestellten Störungen werden allgemein mit dem Seelischen des Kindes in Verbindung gebracht und teilweise als seelisch bedingt angesehen. Dem entspricht die Überschrift dieses Kapitels. — Dem Leser der vorangehenden Kapitel wird jedoch deutlich geworden sein, dass es *bei jedem Krankheitsbild* notwendig ist, den rein *körperlich fassbaren Aspekt* zu differenzieren von der *lebendigen Eigentätigkeit* des Organismus, die als Prozessgefüge auf den Erhalt, die Regeneration eines Organs gerichtet verläuft und die reale Grundlage aller (Selbst-)Heilungsvorgänge ist. Von der Lebensorganisation, dem Ätherleib des Menschen zu unterscheiden ist der *seelische Aspekt*, der sich unmittelbar in *Empfindung* (z.B. dem Schmerz), *Bewusstsein und aktiver Eigenbewegung* (^Kap. 1.3) zu erkennen gibt und in unterschiedlichster Weise am Krankheitsgeschehen beteiligt sein kann: Jede Form von Husten stellt, so gesehen, bereits eine psychosomatische Störung dar, und es gibt kaum ein Krankheitsgeschehen, an dem das Seelische nicht Anteil hätte. Dieser Anteil ist kaum je rein passiver Natur; selbst die Art und das Ausmaß des Schmerzes hängt neben leiblichen Faktoren in erheblichem Ausmaß von der regulierenden Tätigkeit der Seelenorganisation ab [Egle et al. 1999, 19]. Die seelische Wahrnehmung spiegelt sich leiblich z. B. in Atem- und Pulsfrequenz.

Die geistige Individualität, *das menschliche Ich*, ist vom Seelischen im engeren Sinne zu unterscheiden (* Kap. 1.3). Sie hebt den Menschen heraus aus dem Kreis beseelter Organismen, verleiht ihm eine Entwicklungs- und Lernfähigkeit, die potenziell jeden Menschen zur Verwirklichung freien Denkens und selbstverantwortlichen Handelns befähigt. Das menschliche Ich ist die Inkarnation einer schöpferisch tätigen, geistigen Individualität in einem irdischen Wesen. Alle Prozesse im menschlichen Organismus stehen im seinem Dienst und werden von ihm beeinflusst. Die Gegenwart des Ichs ist in jedem neugeborenen Kind und auch in jedem schwer behinderten Kind wahrnehmbar. Der intentional-willenshafte Charakter des Ichs ist die Grundlage kindlicher Entwicklung, die Fähigkeit des Ichs, in der gegenseitigen Wahrnehmung und Anteilnahme von Ich und Du zu leben und zu wirken, die Grundlage menschlicher Reifung. Im Dialog, in der gegenseitigen Achtung und Hilfeleistung von Ich und Du hat Medizin als praktische Wissenschaft, als Kunst des guten Handelns [Wieland 2006] ihre Wurzel.

In den vorangehenden Kapiteln wurde vielfach dargestellt, wie die Tätigkeit des Ichs bis in scheinbar rein somatische Erkrankungen hinein (z.B. die Pneumonie, * Kap.5.1.1) einen wesentlichen Anteil von Krankheitsentstehung und -verlauf bestimmt. - Jede

Erkrankung des Menschen ist in dieser Perspektive ein psycho-somatisches Geschehen. Dabei kann es trügerisch sein, von der Ebene der primären Krankheitserscheinung auf den ursächlich zugrunde liegenden Aspekt zurückzuschließen. Schnittverletzungen an den Extremitäten können Folge autoaggressiven Verhaltens, Somnolenz kann durch Hirndruck bei einem Hirntumor bedingt sein. Die Symptomatik einer Zöliakie kann als Misslaunigkeit und Müdigkeit erscheinen, während das Ausmaß einer Anorexia nervosa nahezu messbar werden kann an der Gewichtskurve, dem Ausbleiben der Regelblutung, evtl. Elektrolytstörungen: Somatischen Parametern, die mit der Ursache der Erkrankung nichts zu tun haben. Diese Überlegungen zeigen, dass der Begriff »psychosomatisch« einen vorläufigen Charakter hat und an sich noch wenig leistet für ein diagnostisches und therapeutisches Begreifen menschlicher Erkrankungen. — In Wirklichkeit bleibt es dem Arzt immer aufgegeben, *alle Aspekte des Menschseins in seine Wahrnehmung und Urteilsbildung einzubeziehen, als gleichermaßen wirkliche, am Geschehen beteiligte*. Ihr Verhältnis zueinander, ihre ätiologische Bedeutung im Krankheitsgeschehen ist nie vollständig vorhersagbar und verallgemeinerbar, so wenig wie die angemessene therapeutische Antwort! In einer Zeit, in der katalogisierte Diagnosen und therapeutische Leitlinien stark in den Vordergrund gerückt werden, ist es notwendig, darauf hinzuweisen: Streng *verallgemeinern* kann man begrifflich nur *innerhalb eines Aspekts* (z. B. Grenzwerte der normalen Natriumkonzentration; der Wachstumsgeschwindigkeit; der »Meilensteine« in der kindlichen Entwicklung, Testmaßstäbe für kognitive Leistungen). *Individuell* werden Diagnose und Therapie aber erst, wenn die wesensmäßig so unterschiedlichen Aspekte des Seelischen, des Lebendigen, Geistigen und Physischen *vom Arzt aufeinander bezogen* und in ihrem Verhältnis zueinander bestimmt werden. *Dieser Akt ist immer nur bezogen auf das Individuum, den jeweiligen Patienten möglich und stellt die entscheidende Qualität individueller Pädiatrie dar.*

7.1 Schlafstörungen

It turned out that the greatest determining factor of sleep disturbance was the child's perception of parental conflict

Palmstierna, Sepa, Ludvigsson [2008]

A sleep-deprived parent often experiences helplessness, frustration, anxiety, anger, self-blame, negative self-evaluation, and depression.

Jan et al. [2008]

Viele Eltern empfinden das Schlafverhalten ihres Kindes als abnorm, fühlen sich selbst dadurch belastet. Andere wiederum berichten erst auf eine entsprechende Anamnesefrage des Arztes hin vom Schlafverhalten ihres Kindes; dabei kann es auch sein, dass dieses aus ärztlicher Sicht deutlich gestört erscheint, während die Eltern es akzeptieren. Nicht selten besteht eine seelische Ambivalenz: Eltern, vor allem Mütter schlafgestörter Kinder leiden selbst an Übermüdung, sind häufig »gestresst«, was mit einer mehr oder weniger unbewussten Aggression gegenüber Kind und/oder Partner einhergeht. Der britische Künstler Henry Moore stellte in einer Plastik eindrucksvoll diese archetypische Empfindung der Mutter dar, von ihrem Kind förmlich »gefressen« zu werden (in der Plastik droht das an der Brust angelegte Kind gleich einem Wolf die Mutter zu verschlingen). Andererseits bin-

det die Mutter in diesen Situationen oft das Kind vermehrt an sich, durch fehlende Abgrenzung (z.B. durch Vorgabe fester Rhythmen), durch eigene Unsicherheit und Schuldgefühle, durch Partnerschaftskonflikte, die kindliche Schlafstörungen bewirken und / oder durch diese entstehen und unterhalten werden können (siehe die beiden in obigem Motto zitierten Arbeiten).

Im Rahmen einer individuellen Pädiatrie kommt heute der Diagnostik, Elternberatung und Therapie von Schlafstörungen wachsende Bedeutung zu. Sie führt in einer durch die Anthroposophische Medizin und Homöopathie erweiterten Praxis im Allgemeinen zu sehr befriedigenden Ergebnissen.

7.1.1 Funktionen des Schlafes

Im Elternurteil finden sich bei den Erstklässlern beachtenswert hohe Prävalenzen für Ein- und/oder Durchschlafstörungen (15%) sowie wiederkehrende Alpträume (14%). ... Im Hinblick auf die Komorbidität besteht... ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für Hyperaktivität oder emotionale Probleme.

Kraenzetal. [2004]

Die Ergebnisse sprechen für eine enge Beziehung zwischen Schlafproblemen und emotionalen Störungen.

Lehmkuhl, Wiater et al. [2008]

Nach Geburt und Tod stellen das Einschlafen und Erwachen die tiefgreifendsten psycho-somatischen Zustandsveränderungen des Menschen dar. Sie sind nicht passive Folge äußerer Umstände (z. B. Lichtveränderungen), sondern werden vom menschlichen Organismus *aktiv* hervorgebracht. - Bereits diese einfache Tatsache kann Arzt und Eltern ins Bewusstsein rufen, dass Einschlafen primär nicht von außen bewirkt, erzeugt werden soll, sondern *vom Kind gelernt werden muss*¹. — In *rhythmischer Folge* wechseln sich dabei psy-chosomatisch fundamental unterschiedliche Zustände ab:

- * Der Wachzustand, in dem Sinneswahrnehmung und Bewusstsein, Gefühlszustände und Willensimpulse das Leibesgeschehen zunehmend durchdringen und in seiner Ausrichtung bestimmen.
- * Der Schlafzustand, in dem die Sinneswahrnehmung der Außenwelt, das denkende Bewusstsein, die aktive Aufrichtung und Fortbewegung aufgehoben sind, während gleichzeitig leibesaufbauende Wachstums- und Regenerationsprozesse führend werden.
- « Zwischenzustände, in denen das Seelische - in Form des Träumens, des Somnambulismus u. a. - leiblich aktiv wird, während weiterhin das Ich nicht unmittelbar eingreift (kein Wachbewusstsein, selbst geführtes, voll erinnerbares Bewusstsein und Handeln).

Entwicklungsgeschichtlich entsteht der Schlaf-Wach-Rhythmus im Zusammenhang mit zunehmender Atmungsaktivität (Grundumsatz; Stoffwechselrate) und Wärmeentfaltung (Warmblütigkeit; Homöothermie) der höheren Tiere. Während Kaltblüter nur einfach

¹ Sollte dies für uns alle ebenso für das Sterben gelten? Einschlafen ist eine Frage vitaler Ermüdung und des Vertrauens der Seele in das, was ihr Rückhalt gibt. Vgl. Qirke [2010, 605-612]

organisierte Ruhephasen zeigen, weisen hoch entwickelte Säugetiere und Vögel bereits einen differenzierten, in sog. REM- und Non-REM-Phasen mehrphasig gegliederten Schlaf auf. Die genaue Beobachtung wie die physiologischen Befunde sprechen dafür, dass auch träumende Zwischenzustände bei diesen Tieren auftreten [Schmidt u. Thews 1995, 152]. Je tiefer das Seelische das Leibliche durchdringt, umso deutlicher erscheint die Notwendigkeit, diesen Wachzustand durch eine entsprechende Schlaftätigkeit auszugleichen. Dem entspricht die lebensnotwendige Bedeutung des Schlafes, die beim Menschen gut bekannt ist [Schmidt u. Thews 1995, 152]. Diese ist rein physiologisch bis heute in keiner Weise zu verstehen. Im Gegensatz zur Lebensnotwendigkeit von Flüssigkeit und Nahrung, die sich scheinbar als Bedarf berechnen lassen, lässt sich der »Gehalt« des lebensnotwendigen Kernschlafes weder in ml noch kcal angeben; es sind nur rein zeitliche Angaben möglich — und dies mit relativ großen Toleranzen —, die zunächst offen lassen, was sich in dieser Zeit als offenbar notwendiger Ausgleich des Wachzustandes vollzieht.

Schlaf ist darüber hinaus eine Erscheinung kultureller Entwicklung: In der Wildnis gibt es keinen tiefen Schlaf. Eine erwachsene Giraffe, die als ausgewachsenes Tier im Wachzustand keine natürlichen Feinde hat, schläft in freier Wildbahn weniger als eine Stunde am Tag (und erreicht nur eine Lebensdauer von ca. zehn Jahren, während sie im Zoo fast dreimal älter werden kann.) - *Ein tiefer Schlaf erfordert die Sicherheit eines geschützten Raumes, Vertrauen in die menschliche Gemeinschaft, die solche Räume schafft.* Dies beleuchtet auch das Auftreten von Schlafstörungen in Familien, deren Eltern vor einer Trennung stehen, Schlafstörungen bei und nach Hospitalisierung von Kindern und in anderen, vergleichbaren Situationen. Bei Erwachsenen schätzt man heute den Anteil von Menschen mit behandlungsbedürftigen Schlafstörungen auf 10 % [Girke 2010,605]. Wenn man bedenkt, dass kleine Kinder durch Nachahmung lernen, und dass das kindliche Temperament einerseits, die Eltern andererseits unstreitig für Schlafstörungen im Kindesalter von zentraler Bedeutung sind, dann gilt es festzustellen, dass es vielleicht mehr behandlungsbedürftige Schlafstörungen auf der Erwachsenen- als auf der Kinderseite gibt. Kinderärzte, die Schlafstörungen beeinflussen oder gar behandeln wollen, sind nolens volens immer Familienärzte.

Leiblich gesehen steht der Schlaf in Zusammenhang mit *aufbauenden* Stoffwechselprozessen, mit *Wachstumsprozessen*, während Wachbewusstsein und aktive Selbstbewegung mit der Dominanz abbauender Stoffwechselprozesse zusammenhängen. Der *Tiefschlaf* ist mit der *Impulsierung des Wachstums* verbunden, der REM-Schlaf mit *Lernprozessen* (s. unten). *Beide Qualitäten* des Schlafes sind miteinander assoziiert und bei Säuglingen und Kleinkindern physiologisch besonders intensiv ausgeprägt. An der Normalisierung des Puls-Atem-Quotienten während der Nacht wird die *ordnende Funktion* des Schlafes deutlich, die vielfach ausgleichen kann, was durch »ungesund«-chaotisierende seelische Impulse tagsüber leiblich bewirkt wird [Roßlenbroich 1994, 21-23; Hildebrandt 1960, 533-615; 1998]. *Der Rhythmus von Wachen und Schlafen stabilisiert und ordnet das gesamte rhythmische Geschehen im Menschen.* Die Grundfunktion des rhythmischen Systems ist es, das Ineinanderwirken polarer Kräfte und Funktionen (z. B. Atmung und Kreislauf, Nerven- und Verdauungssystem etc.) zu ermöglichen, zu organisieren und das Überwiegen einseitiger Qualitäten auszugleichen [Roßlenbroich 1994, 43"]. Alle psychosomatischen Zusammenhänge sind letztlich rhythmisch vermittelt; der Gewinn, *die Aufrechterhaltung seelisch-leiblicher Gesundheit, entscheidet sich primär an der Schwingungsfähigkeit und Stabilität des rhythmischen Systems.* - Welche Brisanz diesem Thema innewohnt, zeigen die

heute dominierenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch das Asthma bronchiale und andere chronische Erkrankungen des rhythmischen Systems (*• Kap. 6.5).

Hier kommt der Erkenntnis große Bedeutung zu, dass insbesondere der REM-Schlaf mit Lernprozessen verknüpft ist, die für die lebenslange Gesundheitsentwicklung von elementarer Bedeutung sind: *den Lernprozessen des Immunsystems*. »Anhand von Versuchen an Ratten konnte gezeigt werden, dass es bei selektiver REM-Unterdrückung zu einer schweren Immunsuppression kommt, die von einer Sepsis gefolgt wird. Beim Menschen führt ein kompletter Schlafentzug längstens nach *M* Tagen zum Tode durch eine Septikämie, wie leider noch immer gängige Foltermethoden zeigen.« [Qirke 2010, 610]

Schließlich ermöglicht gerade der Schlaf, dass *die Ergebnisse der wachen seelisch-geistigen Tätigkeit in entsprechende Gestaltungsprozesse des Leiblichen einfließen können*: «Lernen erhöht die REM-Schlafdauer, und REM-Schlaf geht mit einem Anstieg der neuronalen RNS- und DNS-Synthese einher, die für das Langzeitgedächtnis essenziell ist.» Das Wachstum und Aktivitätsniveau plastischer Synapsen [Schmidt u. Thews 1995, 153] des Gehirns wird in den entsprechenden Schlafphasen angeregt - und man darf annehmen, dass das für ein Organ wie den Thymus (*• Kap. 6.3.3.4) und immunologische Lernprozesse in vergleichbarer Weise gilt. Diese sind leibliche Bildungsvorgänge, die ihre eigentlich formende Ursache aus der Ich-Aktivität, den Seelenerlebnissen untertags beziehen. Das gilt nicht nur für das Gehirn; auch das Skelett- und Muskelwachstum z.B. folgt wesentlich der Form, in der Skelett und Muskulatur vom wachen Menschen beansprucht werden. »Entgegen älteren Annahmen hat der REM-Schlaf vor allem beim Erlernen *praktischer Fähigkeiten* seine Bedeutung« [Qirke 2010, 610]. Damit weitet sich die Bedeutung des Schlafes aus: er entlastet nicht nur den Leib vom unmittelbaren Eingreifen des Seelischen und Geistigen (von Astralleib und Ich), sondern ermöglicht andererseits, dass jetzt im Sinne dieser höheren menschlichen Wesensglieder *der Leib individualisiert aufgebaut wird*. »Man kann also beim schlafenden Menschen nicht von einer bloß vegetativen Betätigung des Organismus sprechen. ... Der Unterschied zwischen Schlafen und Wachen ist nicht ein solcher, in dem menschlich-animalische und vegetativ-physische Betätigung abwechseln. Der Tatbestand ist ein völlig anderer« [Steiner u. Wegman 1991, 38]. Zwar wird mit dem Einschlafen die Lebensorganisation führend; andererseits aber werden ihre, im Schlafsich vollziehenden Aufbauprozesse orientiert durch das, was die seelisch-geistig geführte Tätigkeit im Wachen bis in die Substanzbildung angeregt bzw. bewirkt hat: »im wachenden menschlichen Organismus sind der astralische Leib und die Ich-Organisation selbst, im schlafenden deren substanzielle Reste tätig« [Steiner u. Wegman 1991, 39]. Diese Umsetzung seelisch-geistiger, intentionaler Tätigkeit in die (unbewusste) Bildung und Veränderung des Leibes hinein ist von zentraler Bedeutung für menschliches *Lernen und Können*: erst was »durch die Nacht«, bis ins Leibliche hinein gegangen ist, hat sich der Mensch wirklich angeeignet! Dies gilt nicht nur für Langzeitgedächtnis und Erinnerung, sondern für alles Können: jeder Pianist erlebt, dass er das am Vortag Geübte am nächsten Tag in einer Weise spielen kann, die über dem Niveau liegt, das am Vortag erreicht wurde. So zeigt auch das Kleinkind oft nach dem Erwachen am Morgen neue Fortschritte und Fähigkeiten.

Es muss offen bleiben, was das Seelische, das Ich des Menschen im tiefen Schlaf erfährt. Nichts spricht gegen die Annahme, dass die seelisch-geistige Individualität selbst nur zeitlich begrenzt die unmittelbare Durchdringung und Führung des Leibes leisten kann, dass das bewusste Tagesgeschehen sie auf Dauer ebenso überfordert, wie andererseits die leib-

liche Organisation keinen fortdauernden Wachzustand erträgt. - Die Anthroposophie greift aus eigener geisteswissenschaftlicher Beobachtung die Aussagen früherer Kulturen wieder auf, dass der Schlaf der Seele, dem Ich eine Regeneration ermöglicht durch das Heraustreten aus der engen leiblichen Bindung und eine Wiederannäherung an die übersinnliche, geistige Ursprungssphäre, der die menschliche Individualität ursprünglich entstammt und in die sie nach dem Tode zurückkehrt [Steiner 1989, 66 f.; vgl. dazu Girke [2010, 608f., einschl. Literatur].

Der Rhythmus von Wachen und Schlafen stellt eine elementare Herausforderung für ein psychosomatisches Verständnis des Menschen dar. Zugleich kann aus dem Dargestellten deutlich werden, welche weitreichende Bedeutung dem Schlaf für Entwicklung und Reifung des Kindes und seiner Gesundheit zukommt. Therapeutisch wiederum ergibt sich aus der Darstellung die Konsequenz, dass viele Aspekte, die in diesem Buch behandelt werden, von der Entwicklung der Immunregulation in früher Kindheit bis zu Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen durch die Qualität des Schlafes nachhaltig beeinflusst werden. Die Behandlung von Schlafstörungen insbesondere in früher Kindheit kann sich damit vielfältig auf die kindliche Entwicklung positiv auswirken, zumal Studien ergeben, dass frühkindlich erworbene Schlafmuster intraindividuell eine große Konstanz aufweisen. Schlafen lernen gehört zu den elementaren Lernprozessen der frühen Kindheit.

7.1.2 Entwicklung des Schlafes im Kindesalter

Die Schlafdauer des Neugeborenen steht mit durchschnittlich 16 Stunden zu den Wachphasen im Verhältnis 2 : 1 — bis zum Erreichen des Erwachsenenalters kehrt sich dieses Verhältnis genau um [Schmidt u. Thews 1995, 149]; mit 3 Jahren beträgt es im Allgemeinen 1:1. Anfangs verteilen sich zahlreiche (bis zu ca. zwölf) Schlafperioden von relativ kurzer Dauer fast gleichmäßig auf Tag- und Nachtzeit (polyphasischer Schlaf). Erst mit sechs bis zwölf Monaten erreicht der Nachtschlaf im Normalfall seine volle Ausdehnung. Individuell sehr verschieden verschmelzen die anfangs zahlreichen, kurzen Schlafphasen ab der 3. Lebenswoche allmählich zu einem monophasischen, in die verschiedenen, bekannten Schlafstadien differenzierten Nachtschlaf [Kast-Zahn u. Morgenroth 1997, 30; Hellbrügge 1965]. - Ab der 4. Lebenswoche bildet sich in der Wärmeorganisation (messbar an der Körpertemperatur) eine Tag-Nacht-Rhythmik aus, ab der 6. Lebenswoche wird diese am Pulsfrequenzverhalten erkennbar; verschiedene Nierenfunktionen beginnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine Tag-Nacht-Rhythmik zu zeigen (dies dauert bis zum 2. Lebensjahr), während z. B. der elektrische Hautwiderstand bereits in der ersten Lebenswoche eine klare 24-Stunden-Periodik aufweist [Roßlenbroich 1994, 114-119].

In wissenschaftlichen Untersuchungen wie in der pädiatrischen Praxis zeigt sich eine *sehr große Variationsbreite der Schlafdauer* (bereits beim Säugling in den ersten Lebenswochen liegen die Extreme bei 7 bzw. 20 h!) [Hellbrügge 1965, Hellbrügge et al. 1963, Largo 2001], ohne dass dies primär erziehungsbedingt wäre. Nicht selten bestehen aber Ähnlichkeiten zu einem Elternteil; und in fast jedem Fall bestehen pädagogische und medizinische Möglichkeiten, das Schlafverhalten der oben dargestellten, normalen Entwicklung anzunähern. - Grundlegend für die Ausbildung einer stabilen Tag-Nacht-Rhythmik ist die Vorgabe eines regelmäßigen Tagesrhythmus, vor allem in Bezug auf das Licht, die Ernährung und die Kommunikation mit dem Kind.

Mit der Erfindung der Glühlampe durch Edison (der nahezu fanatisch davon überzeugt war, dass die Menschen viel zu viel schlafen) im 19. Jahrhundert wurde die Menschheit zunehmend unabhängig vom natürlichen Tag-Nacht-Rhythmus (von Webb als »Edison-

Effekt« gekennzeichnet) [Barbely 1984]. Der *Rhythmusverlust* in der Arbeitswelt, die Freigabe der Zeitgestaltung in der individuellen Freizeit überfordern zunächst viele junge Eltern mit der Aufgabe, ihren Kindern die notwendige Struktur im Tagesablauf zu bieten, damit sich der dargestellte Reifungsvorgang des Schlafes im Einklang mit der Umgebung vollziehen kann. Verunsicherung und Angst, Überreiztheit und Übermüdung kennzeichnen heute viele Erwachsene ebenso wie ein unregelmäßiges, in seiner Funktion beeinträchtigtes Schlafverhalten. Besonders problematisch sind die Schichtarbeit, Spät- und Nachtdienste. - *Da das Kleinkind primär durch Nachahmung lernt, eigentlich sich einfügen will in eine vom Erwachsenen vorgegebene Ordnung, ist es notwendig, dass diese von den Eltern geschaffen, gelebt wird.* So ist es bei Schlafstörungen primär notwendig, anamnestisch und in der Beratung diese Aufgabe anzusprechen, in der ein wesentlicher therapeutischer Schlüssel liegt (> Kap. 4.4).

Betrachtet man ein schlafendes Neugeborenes genauer, so stellt man fest, dass der scheinbar ruhige Schlaf wellenförmig von Unruhe und Bewegung unterbrochen wird; manchmal ertönt ein Stöhnen, dann wieder ein tiefer, langer Atemzug, mitunter ein Aussetzen der Atmung ... Fast hat es den Anschein, als setze das Kind in metamorphosierter Gestalt die Geburtswehen der Mutter fort. - Die Schlafforschung hat gezeigt, dass auch später, wenn sich (ca. ab dem 6. Lebensmonat) die verschiedenen Schlafphasen innerhalb des Nachtschlafes differenziert haben, die aufeinander folgenden Phasen von Tief- und REM-Schlaf durch kurze Momente unvollständigen Erwachens voneinander getrennt werden: »Kein Kind schläft wirklich durch!« [Kast-Zahn u. Morgenroth 1997, 33].

In diesen Phänomenen spiegelt sich ein Spiel zwischen Seele und Leib (Astral- und Ätherleib) unterhalb des Ich-Bewusstseins wider. Dies macht auch die Nähe zum Geburtsvorgang, der primären Beseelung des Leibes im ersten Atemzug verständlich. Offensichtlich wirkt die Seele nachts *rhythmisch* in die leiblichen Aufbauprozesse ein, unterhalb der Ich-Ebene des Bewusstseins; es liegt sehr nahe, anzunehmen, dass dies für den oben dargestellten Prozess der Verarbeitung der Wacherlebnisse im Traum, im individualisierten Wachstums- und Wandlungsprozess der Organe von wesentlicher Bedeutung ist. *Zugleich liegt in den dargestellten Momenten unvollständigen Erwachens eine physiologische Grundlage möglicher Schlafstörungen.* So liegen ab dem 6. Lebensmonat die Zeitpunkte dieser Wachmomente zu den Zeiten, an denen sich Durchschlafstörungen am häufigsten manifestieren (z.B. 21.30-22.30, 1.30, 3.00-4.00 Uhr). Es ist bekannt, dass diese Zeitpunkte z.B. für die Tag-Nacht-Phasenumkehr in verschiedenen Organen bedeutsam sind (3.00 z.B. für den Leber-Galle-Rhythmus); offensichtlich ist damit jeweils ein verstärktes seelisches Eingreifen verknüpft. Es ist wichtig, den Eltern dieses Wissen zu vermitteln, damit sie auf vorübergehende nächtliche Unruhe und kurzes Erwachen nicht sofort mit Eigenaktivität reagieren. Denn diese verleiht einem an sich notwendigen Vorgang grundsätzlich den Charakter der (interventionspflichtigen) Störung. *Wissen die Eltern hingegen um die Natur und Bedeutung der seelisch-leiblichen Wechselwirkungen während des Schlafes, dann ist ihnen mehr Zurückhaltung und Wahrnehmung möglich;* damit können sie ihrem Kind die notwendige Atmosphäre ruhiger Gegenwart und Zuwendung geben, in der es selbst wieder einschläft.

7.1.3 Anamnese und Diagnose

Zunächst ist die Frage zu klären, ob eine kindliche Schlafstörung vorliegt. Dazu ist es notwendig, die normale Schlafentwicklung und ihre Variationsbreite zu kennen. Beispielsweise wachen bis zu 60 % aller Kleinkinder ab 5 Uhr, bis zu 90 % ab 6 Uhr spontan auf, was

sich im Schulalter deutlich ändert. Nicht selten präsentieren Eltern das Erwachen ihrer Kinder zu einem Zeitpunkt, in dem früher ein Landwirt die Stalltür öffnete und vielleicht auch der Kinderarzt den Wecker ausstellt, als Schlafstörung (5.00-6.00). Ganz allgemein sind *Zeichen der Übermüdung tagsüber* bei Kind und Eltern wichtiges Anzeichen einer therapiebedürftigen Schlafstörung. Ein weiteres Zeichen liegt darin, dass die Eltern ihr Erleben so schildern, dass nur durch (immer längere, häufigere) Eigenaktivität ihrerseits das Kind zum Einschlafen bzw. erneuten Einschlafen zu bringen sei. Ggf. kann ein *Schlafprotokoll* das Ausmaß der Störung verdeutlichen. - Von Ein- bzw. Durchschlafstörungen zu unterscheiden sind:

- Unruhe tags und nachts (hyperaktive Kinder z. B. zeigen oft Einschlafstörungen und einen kurzen Schlaf— vgl. *• Kap. 7.5). Hier liegt möglicherweise eine gegenseitige Verstärkung der Phänomene vor, das Problem kann aber nicht auf die Schlafstörung reduziert werden.
- Sog. Parasomnien: Pavor nocturnus, Alpträume, Somnambulismus. Diese sind diagnostisch-therapeutisch, auch in ihren Folgen für die Tagesaktivität (s. oben) durchaus als Störungen des Schlafes anzusprechen.

Bei Schlafstörungen des Säuglings ist eine sorgfältige *Schwangerschaftsanamnese* notwendig (»-Kap. 2.4):

- War das Kind bereits im Mutterleib unruhig? Vorzeitige Wehen, Blutungen, Tokolyse, seelischer und leiblicher Stress disponieren deutlich zu frühkindlichen Schlafstörungen.

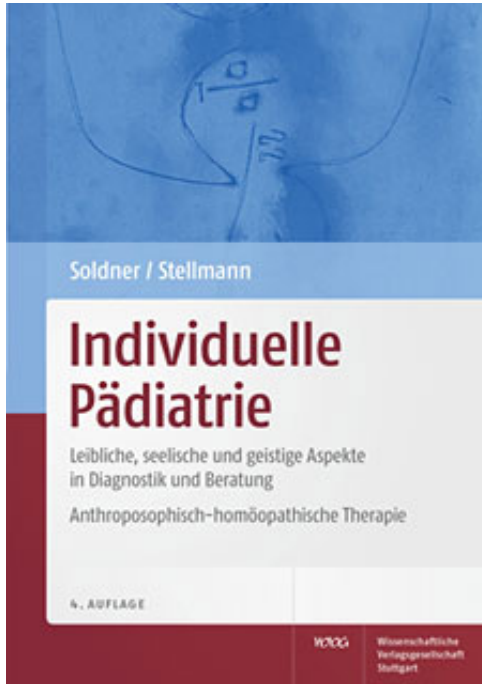
Weiterhin ist die Frage nach der *Geburt* (* Kap. 2.2, *• Kap. 2.3) von Bedeutung (Geburtstrauma? Mechanische Irritationen, Schockerlebnisse?).

An diese Fragen schließt sich die Klärung an, ob das Kind von Anfang an Schwierigkeiten hatte zu schlafen bzw. ein unruhiges Kind war, oder ob es sich ein späterer Zeitpunkt bestimmen lässt, von dem an sich Schlafstörungen manifestierten. - Solche *Auslöser* können z. B. sein:

- « gastroösophagealer Reflux (*• Kap. 4.7.1),
- « Zahnung,
- « Infekte,
- Impfungen (*• Kap. 3.5.7), Medikamente,
- « Nahrungsumstellungen und -Unverträglichkeiten (vor allem auf Kuh- oder Sojamilch), Darmsymbiosestörungen (besonders Candida, *• Kap. 4.6),
- leibliche Traumen, seelische Schockerlebnisse.

Von besonderer Bedeutung sind *Trennungsängste* (*• Kap. 7.2) von Kind und Eltern, familiäre Krisen, Trennung der Eltern. Die Anamnese sollte hier vorsichtig versuchen, sich einen realistischen Eindruck zu verschaffen, ohne Schuldzuweisungen zu verteilen. Wichtig ist auch die *Schlafanamnese der Eltern* in Grundzügen zu erheben, da die nachstehend dargelegte Therapie mit besonderer Umsicht angelegt werden muss, wenn ein oder beide Elternteile selbst an Schlafstörungen leiden oder die elterliche Schlafsituation belastet ist. Eine Sonntagspredigt vom Rhythmus sollte der Arzt vermeiden, solange er nicht die gelebten Rhythmen der Familie kennt und von daher entwickelt, wie

eine positive Veränderung schrittweise realisiert werden könnte.



Soldner / Stellmann

Individuelle Pädiatrie

Leibliche, seelische und geistige Aspekte
in Diagnostik und Beratung.

Anthroposophisch-homöopathische
Therapie

1018 Seiten, geb.
erschienen 2011



Mehr Homöopathie Bücher auf www.narayana-verlag.de