



Angelika A. Schlarb

KiSS

Therapeutenmanual

Das Training für Kinder von 5 bis 10 Jahren
mit Schlafstörungen



Kohlhammer

Angelika A. Schlarb

Unter Mitarbeit von
Julia Schmidt

KiSS **Therapeutenmanual**

Das Training für Kinder von 5 bis 10 Jahren
mit Schlafstörungen

Verlag W. Kohlhammer

Wichtiger Hinweis

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten

© 2014 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Umschlagabbildung: © Alan Heartfield; Yvonne Bogdanski;

Alexander Vasilyev; Allisija Hallgerd; Valus Vitaly

Zeichnungen: Andreas Urra

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

ISBN 978-3-17-023832-9

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
1 Ab wann wird das Schlafproblem eine Schlafstörung? Die Probleme der Klassifikation	11
2 Prävalenz und Persistenz von Schlafstörungen bei Kindern	14
3 Auswirkungen von chronifizierten Schlafproblemen oder -störungen	15
4 Einflussfaktoren auf den kindlichen Schlaf	16
5 Zielgruppe – Für welche Störungsbilder ist das KiSS-Schlafbehandlungs- programm einsetzbar?	18
6 Diagnostik kindlicher Schlafstörungen	19
Konzeption des KiSS-Manuals	22
1 Arbeit mit den Eltern	22
2 Therapeutische Strategien für die Eltern	24
3 Therapeutische Techniken für die Kinder	26
4 Kalimba, der Zeopard	27
Exkurs: Pharmakologische Behandlung	28
5 Ziele des KiSS-Behandlungsprogramms	28
6 Arbeiten mit dem Therapeutenmanual	29
Sitzung 1 (E1): Informationen rund um den Schlaf	32
Sitzungsvorbereitung	33
Begrüßung und Einführung	33
Überblick über Training und Sitzungen	35
Gruppenregeln	35
Vorstellungsrunde	36
Sitzung 1 – Inhaltlicher Einstieg	37
1.1 Der kindliche Schlaf	37
1.2 Aufgaben des Schlafs	38
1.3 Der Zusammenhang von Schlaf und dem Verhalten am Tag	39
1.4 Schlafstörungen und beeinflussende Faktoren	40
1.5 Regeln und Rituale für einen guten Schlaf	42
1.6 Die Geschichtensammlung	50
1.7 Überblick über Kindersitzung K1 (Sitzung 2) für die Eltern. Thema: Kalimba, der Zeopard, Zauberschlaf, Zauberschlaf	51
1.8 Umgang mit den Hausaufgaben	53
Hausaufgaben (Sitzung 1/E1)	54
1.9 Das Schlafprotokoll	55
Hausaufgaben (Sitzung 2/K1)	58
Sitzung 2 (K1): Kalimba, der Zeopard, Schlafprobleme, Zauberschlaf	60
2.1 Nicht-Mitmachecke vorbereiten	60
2.2 Kindermappen austeilen	61

2.3	Begrüßung	61
2.4	Regeln für unsere Kindersitzungen	62
2.5	Vorstellung des Programms, Einführung und Erklärung von »Imaginationsübung«	64
2.6	Besprechung des Belohnungssystems	64
2.7	Vorstellung von Kalimba, dem Therapietier	66
2.8	Geschichte und Zaubertrick	66
2.9	Von magischen Schlawflecken und Schlafsternen	67
2.10	Zauberatem	70
2.11	Imaginationsübung: Kalimba und der Schutzpanzerfleck	70
	Hausaufgaben (Sitzung 2/K1)	73
 Sitzung 3 (E2): Das Schlafproblem verstehen und angehen		75
	Begrüßung und Überblick über die Sitzung	76
	Revision der Hausaufgaben	76
	Sitzung 3 – Inhaltlicher Einstieg	77
3.1	Erziehungsverhalten und Schlaf	77
3.2	Die 3-Schritte-Technik	77
3.3	Erziehungsstrategien	83
3.4	Anwendung positiver Verstärkung: Entwickeln eines weiterführenden Belohnungssystems	90
	Hausaufgaben (Sitzung 3/E2)	91
3.5	Überblick über Kindersitzung K2 (Sitzung 4) und K3 (Sitzung 5) für die Eltern	92
	Hausaufgaben (Sitzung 4/K2)	93
	Hausaufgaben (Sitzung 5/K3)	95
 Sitzung 4 (K2): Problemlösestrategien		97
4.1	Begrüßung	97
4.2	Revision der Hausaufgaben	98
4.3	Wiederholung der therapeutischen Elemente aus K1	99
4.4	Das eigene Bett ist wichtig	101
4.5	Schlafritual	101
4.6	Die Sorgenkiste	102
4.7	Umgang mit Alpträumen	104
4.8	Spaziergang durch den Zoo	105
4.9	Heldengeschichten-Brainstorming	106
4.10	Imaginationsübung: Schlafbaum	107
4.11	Extra-Mitmachaufkleber verteilen	109
	Hausaufgaben (Sitzung 4/K2)	110
 Sitzung 5 (K3): Mein Werkzeugkasten – Was ich jetzt alles kann		111
5.1	Inhalte des Werkzeugkastens	111
5.2	Begrüßung	112
5.3	Revision der Hausaufgaben	112
5.4	Was klappt, was klappt nicht – Als Gruppe neue Ideen finden	113
5.5	Heldengeschichte erzählen	113
5.6	Inhalte des Werkzeugkastens	114
5.7	Quiz mit Lernzielkontrolle	114
5.8	Imaginationsübung: Die Geschichte vom kleinen Kalimba	115
5.9	Zum Schluss: Kalimbas Heimreise	117
	Hausaufgaben (Sitzung 5/K3)	117
5.10	Extra-Mitmachaufkleber verteilen	118
5.11	Urkunden	118

Sitzung 6 (E3): Wiederholung & Durchhalten	119
Begrüßung und Überblick über die Sitzung	119
Revision der Hausaufgaben	120
Sitzung 6 – Inhaltlicher Einstieg	120
6.1 Tipps zum Belohnungssystem	120
6.2 Typische Fallen	120
6.3 Hintergründe des eigenen Verhaltens erkennen	121
6.4 Metaphern & Geschichten	121
6.5 »Muss«- und »Kann«-Regeln nochmals ausfüllen lassen	123
Hausaufgaben (Sitzung 6/E3)	125
 Literatur	 127
 Stichwortverzeichnis	 131

Content⁺ PLUS

Folgende Materialien erhalten Sie im Shop des Kohlhammer-Verlags unter ContentPLUS. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der vorderen Umschlaginnenseite.

- Zu den Schlafprotokollen:
 - Anleitung
 - Schlafprotokoll Eltern
 - Schlafprotokoll Kind
- Imaginationsübungen als Hörfassung
- Geschichtensammlung
- Präsentation zu den Elternsitzungen
- Kindermappe
- Kalimbas Schlafritualfotos
- Mitmachkarte K2 und K3
- Quiz
- Urkunde

Vorwort

Kindern dabei zu helfen, gut zu schlafen, sich erholt und wach dem Tage mit seinen vielfältigen Neuigkeiten widmen zu können und dazu die Eltern zu erleben, die aufgrund eines ruhigen Nachtschlafs nun wesentlich entspannter den Erziehungsaufgaben und den Alltagsaufgaben nachkommen können, ist äußerst befriedigend und macht zudem Spaß.

Therapie für Kinder ist eine spezielle Herausforderung, da Kinder nicht nur durch Gespräche und Einsicht zu einem veränderten Verhalten finden. Das bedeutet, dass die Therapie für die Kinder anregend, spannend und unterhaltsam sein, zugleich jedoch auch genau Folgendes beinhalten muss: dass die Kinder umlernen, dass sie lernen, mit den eigenen Ängsten zurechtzukommen, lernen, alleine bleiben zu können, lernen, Grenzen und auch Regeln einzuhalten. Bei all dem ist es mir immer ein Anliegen, den Kindern geeignete Mittel an die Hand zu geben, um die Probleme selbst zu lösen. So können sie ihre Selbstwirksamkeit erhöhen und wissen, welche Strategien sie in zukünftigen Situationen, die evtl. doch wieder auch Irritationen bezüglich des Schlafes mit sich bringen, einsetzen können.

Dieses Manual ist für Therapeuten konzipiert, die Kindern im Alter zwischen 5 und 10 Jahren helfen wollen, besser und gesünder zu schlafen. Es umfasst alle Techniken und Vorgehensweisen, die bereits evaluiert wurden. Das Besondere ist der Einsatz von einem Stoffleoparden, Kalimba, durch den die Kinder spielerisch in der Therapie Unterstützung erhalten. Durch diese Vorgehensweisen sind all die oben genannten Ziele vereint: Das Kind hat Unterhaltung, es kann selbstständig damit arbeiten, es ist in der Lage, das Gelernte leichter zu behalten und die Techniken sind einfach. Damit die Eltern die Kinder optimal unterstützen können, werden diese in das therapeutische Vorgehen integriert und über sinnvolle und schlaf-förderliche Erziehungsstrategien unterrichtet.

Dieses Buch ist nun das Resultat von einigen Jahren Arbeit. Neben der Idee ist für die Umsetzung ein gutes Team notwendig, das immer wieder bereit ist, die Dinge zu hinterfragen, auch Kleinigkeiten nochmals zu ändern und an allen möglichen Ecken und Enden mit anzupacken. Auf diesem Wege war eine Vielzahl an Personen beteiligt und all diesen möchte ich danken. Unter anderem waren hierbei Barbara Schwerdtle, Vivien Schwedler, Dominika Kulessa, Helen Gosemärker, Victoria Weltzer, Vesna Milicevic, Julia Wahl, Marco Gulewitsch und besonders Kerstin Velten-Schurian sowie weitere Mitarbeiter und Praktikanten der ersten Stunde wie Peter Heinrich tätig, die immer und immer wieder um Verbesserung bemüht waren. Herzlichen Dank für diese Unterstützung.

Tübingen, Juli 2013

Angelika A. Schlarb

Einleitung

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 Schlafes, 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. Einschlafatenz äußern kann. Diese Kinder zeigen eine starke Abwehr ins Bett zu gehen, zögern die Zubettgehroutine 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).