

Fricke, Leonie / Mitschke, Alexander / Wiater, Alfred und Lehmkuhl, Gerd
**Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen –
Konzept, praktische Durchführung und erste empirische
Ergebnisse**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 2, S. 141-154

urn:nbn:de:bsz-psydok-46484

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
42	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rüter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse

Leonie Fricke¹, Alexander Mitschke², Alfred Wiater² und Gerd Lehmkuhl¹

Summary

A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results

Sleep disorders are common in childhood. We introduce a new psychological treatment program for children with sleep disorders. The program consists of different educational modules and can be conducted in single and group setting. In this case study, the program was implemented with a small group of parents (4 participants) in order to receive information on the efficacy of treatment. Sleep behaviour and children's well-being were improved in all cases. Moreover, the assessment of the treatment concept was extremely positively rated without any exception.

Key words: sleep disorders in childhood – psychological treatment

Zusammenfassung

Schlafstörungen im Kindesalter stellen ein häufiges Problem dar. Es wird ein Behandlungsprogramm für kindliche Schlafprobleme vorgestellt, das verschiedene edukative Module enthält. Die Durchführung ist sowohl im Einzel-, als auch im Gruppensetting möglich. Um erste Erfahrungen mit dem Programm sammeln zu können, wurden Einzelfallstudien durchgeführt. Vier Familien nahmen an dem Gruppenprogramm teil. Durch die Teilnahme an dem Programm verbesserte sich bei allen Kindern das Schlafverhalten sowie wie auch das Befinden am Tage. Die Eltern beurteilten das Konzept, seine Anwendbarkeit und die Effektivität des Behandlungsprogramms als sehr positiv.

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.

² Kinderklinik, Krankenhaus Porz am Rhein.

Schlagwörter: Schlafstörungen im Kindesalter – psychologische Behandlung

1 Einleitung

Schlafstörungen stellen für die betroffenen Kinder und ihre Eltern häufig eine hohe Belastung dar. Im Projekt „Gesunder Schlaf für Kölner Kinder“³ wurde das kindliche Schlafverhalten an einer repräsentativen Stichprobe untersucht (Kraenz et al. 2003; Kraenz et al. 2004). Eltern von Einschulkindern wurden sowohl zum Schlafverhalten als auch zur Tagesbefindlichkeit ihrer Kinder mit Hilfe von Fragebögen befragt. 18 % der Eltern berichteten, dass ihr Kind Ein- und/oder Durchschlafprobleme habe. 23 % der Eltern gaben an, dass ihr Kind häufig nachts erwache. Die Auftretenshäufigkeit von Somnambulismus bzw. Pavor nocturnus lag bei 3 % bzw. 4 %. Weiterhin haben 14 % der Kinder nach Angabe der Eltern nächtliche Alpträume. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass Schlafprobleme im Kindesalter häufig auftreten und vor allem Ein- und Durchschlafstörungen von Bedeutung sind.

Dieses Bild wird auch durch andere epidemiologische Studien bestätigt: Owens et al. (2000) untersuchten ebenfalls mit Elternfragebögen 494 Kinder im Alter von 4 bis 11 Jahren. 8 % der Eltern berichteten, ihr Kind habe Einschlafstörungen, 7 % der Eltern gaben an, dass ihr Kind Probleme mit dem Durchschlafen habe. 12 % der Eltern beschrieben Tagesmüdigkeit, 4 % berichteten von schlafbezogenen Atemstörungen. Parasomnien wurden von 13 % der Eltern angegeben. In einer Studie von Paavonen et al. (2000) wurden 5813 Grundschulkindern im Alter von 8 bis 9 Jahren untersucht. Auch hier fanden sich in den Elternangaben hohe Prävalenzen für Schlafprobleme: Nach Angaben der Eltern hatten 22 % der Kinder Schlafprobleme. Am häufigsten wurden Einschlafprobleme mit 11 % berichtet. Paavonen et al. (2000) befragten in ihrer Untersuchung nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder. Im Selbsturteil berichteten 18 % der Kinder über Schlafprobleme. 13 % der Kinder gaben an, häufig Probleme mit dem Schlafen zu haben, 5 % berichteten von täglichen Schlafproblemen. Der Vergleich der Eltern- und Kinderangaben zeigte, dass in 7 % der Fälle Eltern und Kind gestörten Schlaf angaben. In 14 % der Fälle berichteten nur die Eltern, in 10 % der Fälle nur das Kind über Schlafprobleme. Owens et al. (2000) stellten hingegen in ihrer Studie fest, dass die Kinder im Selbsturteil häufiger als die Eltern Schlafprobleme beschrieben. Dies bezog sich vor allem auf Einschlafprobleme und nächtliches Erwachen.

Schlafprobleme sind häufig assoziiert mit psychiatrischen Erkrankungen. Stein et al. (2001) untersuchten 472 Kinder im Alter von 4 bis 12 Jahren. Ebenso wie auch in der Kölner Kinderschlafstudie (Kraenz et al. 2004) wurde ein Elternfragebogen verwendet. Beide Untersuchungen stellten einen Zusammenhang zwischen Schlafproblemen und psychiatrischen Auffälligkeiten fest. Vor allem die Assoziationen zwischen hyperkinetischen Störungen und Schlafstörungen wurden mehrfach belegt (u. a. Corkum et al. 1999).

³ Das Projekt wurde von der gemeinnützigen Imhoff-Stiftung gefördert.

Da Schlafstörungen häufig komorbid auftreten, ist eine differenzialdiagnostische Abklärung von großer Bedeutung. Hierbei müssen nicht nur psychiatrische Störungen, sondern auch organische Erkrankungen (z. B. Neurodermitis) erkannt und bei der Behandlung berücksichtigt werden. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Schlafprobleme im Kindesalter nicht selten entwicklungsbedingt auftreten und sich spontan wieder verbessern. Sie sind nicht grundsätzlich behandlungsbedürftig (Frölich u. Lehmkuhl 1998). Da sie häufig mit anderen Störungen gemeinsam vorhanden sind, sollte der Behandlungsansatz dieser komplexen Symptomatik gerecht werden.

Die Bedeutung von psychologischen Therapieprogrammen zur Behandlung von Schlafstörungen hat in den letzten Jahren immer mehr zugenommen. Hinreichend evaluierte Gruppenprogramme für die Therapie von Insomniebeschwerden bei Erwachsenen liegen bereits vor (Riemann u. Backhaus 1996; Müller u. Paterok 1999; Scharfenstein u. Basler 2004). Für Säuglinge und Kleinkinder sind bisher Strategien für die Behandlung von Schlafstörungen in Form von Elternratgebern vorhanden (z. B. Rabenschlag 2001). Für die Altersgruppe von 5 bis 13 Jahren liegen abgesehen von Schlafhygieneregeln nur verschiedene Einzelverfahren wie z. B. das „Geregelte Wecken“ zur Verbesserung von Durchschlafproblemen (Stores 2001) vor. Insofern besteht ein Bedarf für ein Behandlungskonzept, das für diesen Altersbereich geeignet ist.

2 Nicht-medikamentöse Behandlungsansätze bei Schlafstörungen im Kindesalter

Studien zur Wirksamkeit von psychologischen Behandlungsverfahren für schlafgestörte Kinder liegen kaum vor. Im Folgenden wird ein Überblick über die bereits vorliegenden Ansätze gegeben.

Die Schlafedukation und die Vermittlung und Einhaltung der Regeln zur Schlafhygiene sind die Basis jeder spezifischen Therapie bei Schlafstörungen. Die Wirksamkeit dieser edukativen Methoden wurde in verschiedenen Studien im Erwachsenenalter (z. B. Morin et al. 1999) untersucht. Auch im Kleinkindesalter (z. B. Ramchandani et al. 2000) konnte die positive Wirkung der elterlichen Schlafedukation belegt werden. Weiterhin wurde für diese Altersgruppe auch das Durchführen eines Schlafrituals als Einzelverfahren untersucht (z. B. Mindell 1999).

Die Verfahren der Schlafedukation und -hygiene sind in vielen Fällen geeignet, um das Schlafverhalten zu verbessern, reichen jedoch meist nicht aus, um Schlafstörungen vollständig zu beheben. Für das Erwachsenenalter wurden positive Effekte bei der Behandlung von Insomniebeschwerden mit Entspannungsverfahren, Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion (partieller Schlafentzug) nachgewiesen (Morin et al. 1999). Ungeeignet sowie auch undurchführbar für das Kindesalter erscheinen zum jetzigen Zeitpunkt die Methoden der Schlafrestriktion und Stimuluskontrolle. Als hilfreich für die Verminderung von kindlichen Einschlafproblemen kann das Durchführen von Entspannungsverfahren gelten. In kindgerechter Form werden Entspannungsverfahren bereits wirkungsvoll bei der Behandlung anderer Störungen wie z. B. Angststörungen eingesetzt.

Für die Behandlung von Alpträumen hat sich ein von Krakow (1995) beschriebener Ansatz (imagery rehearsal) bewährt. Es handelt sich hierbei um eine kognitive Methode, in der die betroffene Person den Alptraum verändert, indem das fehlende Ende des Alptraums durch eine positive Auflösung des Traums ergänzt wird. In einer Studie im Kontrollgruppendesign wurden 58 Erwachsene mit Alpträumen randomisiert einer Behandlungsgruppe und einer Warte-Kontrollgruppe zugewiesen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte die Behandlungsgruppe eine signifikante und klinisch bedeutsame Verminderung der Alpträume (Krakow et al. 1995). Kontrollierte Studien mit Kindern fehlen zur Zeit noch. Aufgrund verschiedener Einzelfalldarstellungen (z. B. Schredl 1999) ist davon auszugehen, dass auch Kinder von dieser Methode profitieren können. Im Unterschied zum Erwachsenenalter wird im Kindesalter als Medium zur Veränderung des Traumes nicht das Schreiben sondern das Malen verwendet.

Zur Behandlung von Nachtschreck und Schlafwandeln wird – abgesehen von Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen – die Methode des Geregeltten Weckens empfohlen (Stores 2001): Das Kind wird über einen Zeitraum von einem Monat 15 bis 30 Minuten vor der nächtlichen Episode geweckt. Frank et al. (1997) stellten fest, dass durch diese Intervention das Schlafwandeln bei drei Kindern eliminiert werden konnte und dieser Effekt bis zur 6-Monats-Katamnese anhielt. Neben der Behandlung von Parasomnien kann das Geregelte Wecken zur Behandlung von Durchschlafproblemen bei Kindern, die regelmäßig zu einer bestimmten Uhrzeit erwachen, eingesetzt werden (Stores 2001).

Weitere hilfreiche Maßnahmen bei der Behandlung von Schlafwandeln und Pavor nocturnus sind autosuggestive Verfahren. Hurwitz et al. (1991) untersuchten 27 erwachsene Patienten mit Schlafwandeln und Nachtschreck. In 74 % der Fälle konnte eine Verbesserung durch Selbsthypnose-Übungen erzielt werden. In einer Studie von Kohen et al. (1992) wurden 11 Kinder mit Nachtschreck mit dieser Methode behandelt, wodurch ebenfalls Verbesserungen der Arousal-Störung auftraten.

Neben diesen umschriebenen Schlafstörungen treten im Kindesalter auch häufig Störfaktoren auf, die mit der Schlafsituation zusammenhängen, sie beeinflussen, und deshalb einer speziellen Intervention bedürfen: Konflikte im Zusammenhang mit der Schlafsituation sind im Kindesalter häufig verbunden mit Ein- und Durchschlafproblemen. Die Verringerung bzw. Beseitigung dieser Probleme führt zu einer angenehmeren Schlafsituation, die für das Ein- und Durchschlafen förderlich ist. Im Kindesalter können hierfür Interventionsmaßnahmen wie das Aufstellen von Regeln eingesetzt werden. Diese Bausteine entstammen aus evaluierten Behandlungsprogrammen, die zum Beispiel für hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensstörungen des Kindesalters entwickelt wurden (z. B. Döpfner et al. 2002).

Kindliche schlafbezogene Ängste können ebenso wie Konfliktsituationen das Ein- und Durchschlafen beeinträchtigen. Für die allgemeine Behandlung von kindlichen Ängsten wurden verschiedene Verfahren in ihrer Wirksamkeit überprüft. Die gradierte Exposition stellte sich als wirksam heraus, ebenso wie der Einsatz von kognitiven Verfahren und Modellernen (Baving u. Schmidt 2001). Die Anwendung dieser Interventionen auch bei schlafbezogenen Ängsten kann betroffenen Kindern helfen, das Ein- und Durchschlafproblem zu reduzieren, da eine entspanntere und angstfreiere Schlafsituation geschaffen wird.

Aufbauend auf diesen vorliegenden Untersuchungsergebnissen wurde versucht, die Behandlungsansätze in einem Gesamtkonzept einzuarbeiten, das es ermöglicht, die Vielfalt an kindlichen Schlafstörungen zu berücksichtigen. Eine besondere Schwierigkeit bestand darin, in den Behandlungssitzungen die Möglichkeit zur Entwicklung individueller und konkreter Lösungsansätze zu bieten, die auf den Alltag übertragen werden können.

3 Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen

Das Konzept des Programms wurde für die Behandlung von kindlichen Insomnie- und/oder Parasomniebeschwerden entwickelt. Das Behandlungsprogramm kann im Gruppen- sowie auch Einzelsetting durchgeführt werden. Die Dauer der Durchführung liegt bei drei Monaten. Gruppensitzungen sind für eine Dauer von 90 Minuten angelegt. Die ersten sechs Sitzungen werden im wöchentlichen Abstand durchgeführt. Zwischen der sechsten und der siebten Sitzung sollte ein drei- bis vierwöchiger Abstand gelassen werden, da die Eltern dann mehr Zeit haben, die Interventionen, die ihm Rahmen der sechsten Sitzung besprochen werden, auszuprobieren und mit ihnen Erfahrungen zu sammeln.

Das Programm besteht aus vier Modulen, auf die sieben Sitzungen verteilt sind. Die vier Module repräsentieren verschiedene Themenschwerpunkte (Tab. 1). Einzelne Sitzungen können nach Bedarf ausgewählt und separat eingesetzt werden. Das erste und vierte Modul sollten jedoch in jedem Fall durchgeführt werden, da hier die Grundlagen der Schlafedukation, Schlafhygiene, Möglichkeiten zur Stabilisierung des verbesserten Schlafverhaltens sowie der Umgang mit Rückfällen besprochen wird. Das Programm ist als Elternprogramm konzipiert. Nur in speziellen Fällen sind gemeinsame Sitzungen von Eltern und Kind vorgesehen, um spezifische Interventionen (z. B. Verwendung einer Vorsatzbildung bei Schlafwandeln) durchführen zu können. In der Praxis hat sich jedoch auch die Durchführung von Eltern-Kind-Sitzungen bewährt.

Alle Sitzungen sind formal gleich aufgebaut. Die übersichtliche Strukturierung hilft dem Therapeuten bei der Durchführung und erhöht die Compliance der Eltern durch Transparenz und Übersichtlichkeit. Im Folgenden werden die einzelnen Bausteine kurz erläutert:

1. *Blitzlicht:* Das Blitzlicht dient der Rückmeldung der Eltern über die vergangene Woche.
2. *Information:* Hierbei geht es um die Vermittlung von Wissen. Jede Sitzung beschäftigt sich mit einem bestimmten Thema. Die Themen sind auf die vier Module (Tabelle 1) verteilt.
3. *Realisierung:* Dieser Baustein dient der Übersetzung der theoretischen Informationen in die Praxis. Die Eltern werden dabei angeleitet, Veränderungsmaßnahmen für die Familie individuell festzulegen und erhalten Hilfestellung für die praktische Durchführung.
4. *Hausaufgaben:* Der Baustein „Hausaufgaben“ soll die praktische Umsetzung zu Hause unterstützen.

Tab. 1: Aufbau des Behandlungsprogramms

<i>Module</i>	<i>Themen</i>	<i>Gruppensitzung</i>	<i>Inhalte</i>	<i>Konkrete Beschreibungen</i>
Modul 1	Allgemeine Informationen zum Schlaf und grundsätzliche Interventionen zur Verbesserung des Schlafverhaltens	Sitzung 1	Informationen zum Schlaf	Was ist normaler Schlaf?
		Sitzung 2	Schlafhygiene	Durch welche Verhaltensweisen kann ich den Schlaf meines Kindes positiv beeinflussen?
Modul 2	Allgemeine Informationen zum Erziehungsverhalten bei problematischen Situationen, die mit dem Schlafen zu tun haben	Sitzung 3	Oppositionelles Verhalten und Schlaf	Wie kann ich schwierige Situationen, die z. B. im Rahmen des Zubettgehens auftreten, mit meinem Kind bewältigen?
		Sitzung 4	Ängste und Schlaf	Was kann ich tun, wenn bei meinem Kind Ängste im Zusammenhang mit dem Schlafen auftreten?
Modul 3	Interventionen zur Verbesserung des Schlafverhaltens bei speziellen Schlafproblemen	Sitzung 5	Ein- und Durchschlafprobleme	Wie gehe ich mit Ein- und Durchschlafproblemen meines Kindes um?
		Sitzung 6	Alpträume, Nachtschreck und Schlafwandeln	Wie gehe ich mit Alpträumen, Schlafwandeln und Pavor nocturnus meines Kindes um?
Modul 4	Stabilisierung des Schlafverhaltens und Umgang mit Rückfällen	Sitzung 7	Stabilisierung des Schlafverhaltens und Umgang mit Rückfällen	Wie kann ich das positive Schlafverhalten meines Kindes festigen, und wie gehe ich am besten mit Rückfällen um?

4 Evaluation des Behandlungsprogramms

Das vorliegende Behandlungsprogramm wurde erstmals an einer Elterngruppe überprüft, um Hinweise auf die Durchführbarkeit, Wirksamkeit und Anhaltspunkte für mögliche Modifikationen des Konzepts zu erhalten.

4.1 Methodik

Im Zusammenhang mit der epidemiologischen Studie wurde kein generelles Behandlungsangebot gemacht. Eltern mit Kindern mit ausgeprägten Schlafproblemen erhielten die Möglichkeit, an einem Beratungsgespräch teilzunehmen. Mit den in-

teressierten Eltern und Kindern wurde in diesem Erstgespräch eine Schlafanamnese durchgeführt, um zu überprüfen, ob eine Indikation für das Programm besteht. Auf diese Weise entstand eine erste Elterngruppe mit dem Ziel, das entwickelte Programm hinsichtlich Durchführbarkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Die jeweiligen Termine wurden in einem Zeitraum von 2 bis 3 Monaten angeboten. Ausschlusskriterien für die Gruppenteilnahme waren schwere psychiatrische und organische Grunderkrankungen der Kinder.

Vor und nach der Behandlung füllten die Eltern Fragebögen zum Schlaf- und Tagesverhalten aus. Folgende Messinstrumente wurden eingesetzt: Vor der Behandlung füllten alle Eltern die Child Behavior Checklist (CBCL; Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist 1998) zur Erfassung von psychischen Verhaltensauffälligkeiten aus. Außerdem bearbeiteten die Eltern vor und nach dem Programm einen Fragebogen zum Schlafverhalten und den Fremd-Beurteilungs-Bogen zu hyperkinetischen Verhaltensweisen (FBB-HKS; Döpfner u. Lehmkuhl 1998). Mit Hilfe des FBB-HKS sollte das Verhalten am Tage näher erfasst werden. Am Behandlungsende wurde ein Katanesebogen zum kindlichen Schlafverhalten sowie ein Fragebogen zur Beurteilung des Behandlungsprogramms an die Eltern ausgeteilt. Mit Hilfe des zuletzt genannten Bogens wurde ausführlich die Einschätzung des Programms abgefragt.

4.2 Klinische Durchführung

In die erste Anwendungsstudie wurden vier Familien eingeschlossen. Das Behandlungsprogramm wurde im Gruppensetting mit den Eltern durchgeführt. An den Erstgesprächen nahmen die Kinder ebenfalls teil. Es waren drei Jungen und ein Mädchen. Zusätzliche Einzelsitzungen für Eltern und Kind ergänzend zu den Gruppensitzungen der Eltern waren in allen vier Fällen nicht notwendig. Alle Kinder waren im Alter von 7 Jahren. Die Störungsdauer der Schlafprobleme lag im Durchschnitt bei 4,6 Jahren, der Range lag zwischen 10 Monaten und 7 Jahren (das heißt seit der Geburt). Es handelte sich folglich vorwiegend um chronische und länger andauernde Schlafprobleme. Der Verlauf der Schlafprobleme wurde von den Eltern folgendermaßen beschrieben: Bei einem Kind waren die Schlafprobleme plötzlich aufgetreten und seitdem nicht wieder zurückgegangen, bei einem Kind hatten sich die Schlafprobleme mit der Zeit eingeschlichen, bei einem Kind waren sie seit der Geburt gleichbleibend vorhanden und bei einem Kind traten die Schlafprobleme phasenweise auf. Die folgenden Schlafprobleme lagen bei den Kindern vor: Zwei Kinder hatten Ein- und Durchschlafprobleme sowie nächtliche Ängste, ein Kind hatte Ein- und Durchschlafprobleme und schlafwandelte, ein Kind hatte Alpträume sowie frühmorgendliches Erwachen mit daraufhin erschwertem Einschlafen. Hinsichtlich der beschriebenen nächtlichen Ängste lagen im wesentlichen Angst vor Dunkelheit, Angst vor dem Alleinsein/Trennungsangst und Angst vor Gespenstern vor.

Alle Eltern füllten vor Beginn der Therapie die CBCL aus. Die Auswertung der Fragebögen ergab folgende Ergebnisse (Abb. 1): Zwei Kinder hatten im Gesamtwert sowie der Skala zum internalisierenden und externalisierenden Verhalten auffällige Werte im Vergleich zur Normstichprobe. Die anderen beiden Kinder hatten t-Werte im Grenzbereich. Bei Betrachtung der Einzelskalen fiel auf, dass auf der Skala „kör-

perliche Beschwerden“ kein Kind erhöhte Werte hatte. Hingegen zeigten zwei Kinder Werte im auffälligen Bereich auf den Skalen „Aufmerksamkeitsprobleme“ und „aggressives Verhalten“. Insgesamt kann die Stichprobe als verhaltensauffällig beschrieben werden.

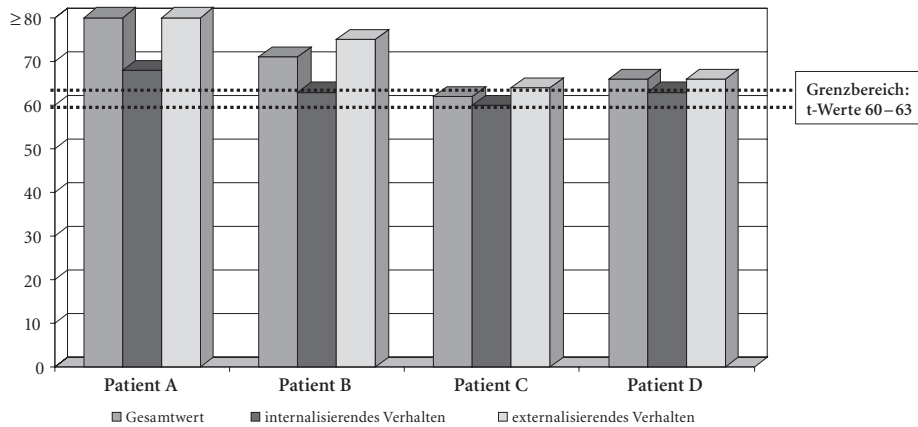


Abb. 1: Verhaltensauffälligkeiten der Kinder (erhoben mit der Child Behaviour Checklist)

4.3 Ergebnisse

Es kam zu keinem Behandlungsabbruch. Nach Beendigung der Gruppe wurde den Eltern ein Fragebogen zur Dokumentation des veränderten kindlichen Schlafverhaltens ausgehändigt (Abb. 2). Keine Familie beschrieb Verschlechterungen des Schlafverhaltens. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse jeder Familie nicht einzeln, sondern gemittelt dargestellt. Die Einschlafprobleme hatten sich verbessert. Die Gesamtschlafdauer aller Kinder hatte sich verlängert. Die Wachliegezeit in der Nacht hatte sich reduziert und die Erholbarkeit des Schlafes sich erhöht. Hinsichtlich der kindlichen schlafbezogenen Ängste gaben die Eltern an, dass sich diese vermindert hätten. Es fällt auf, dass neben diesen sehr positiven Ergebnissen keine Veränderungen der Parasomnien, das heißt Alpträume, Pavor nocturnus und Schlafwandeln von den Eltern berichtet wurden. Dies hat zwei Gründe: Zum einen spielt bei den Parasomnien die Aufklärung der Eltern eine besondere Rolle. Sie wirkt entlastend, verändert jedoch nicht die Auftretenshäufigkeit z. B. des Schlafwandels, da die Eltern hierdurch lernen, angemessen zu reagieren. Zum anderen ist dies vermutlich auch in der äußeren Form des Programms begründet. Interventionen, die die Parasomnien betreffen, werden erst am Ende des Behandlungsprogramms (in der vorletzten Sitzung) behandelt, benötigen jedoch Zeit, um wirkungsvoll zu werden. Da die Eltern den Fragebogen bereits nach einer Woche (nämlich in der letzten Gruppensitzung, die in diesem Durchlauf eine Woche nach der sechsten Gruppensitzung stattfand) ausfüllten, konnten die vermutlich später einsetzenden Effekte der Interventionen nicht beurteilt werden. Diese Einschät-

zung wird bestärkt durch die Studienbefunde, die die verwendeten Interventionen (z. B. Imagery Rehearsal bei der Behandlung von Alpträumen) bereits in ihrer Wirksamkeit belegen (s. Abschnitt 2). In der Konzeption des Behandlungsprogramms wurde demzufolge der Abstand zwischen den beiden letzten Sitzungen auf drei bis vier Wochen verlängert.

Insgesamt beschrieben die Eltern, dass sich das allgemeine Wohlbefinden des Kindes sowie auch ihr eigenes Befinden verbessert habe und die eigene Belastung durch die Schlafproblematik ihres Kindes zurückgegangen sei (Abb. 2).

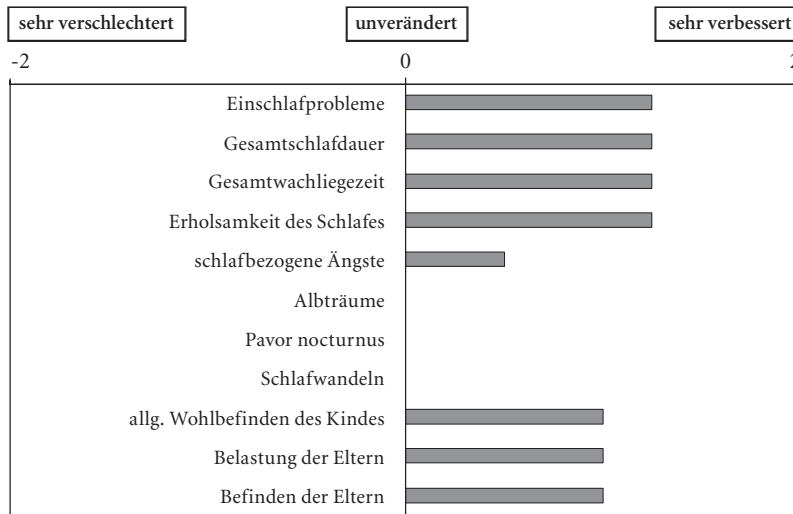


Abb. 2: Elterliche Einschätzung der Veränderung des kindlichen Schlafverhaltens und des Tagesbefindens

Die Erhöhung der Gesamtschlafdauer im Prä-Post-Vergleich ist aus Abbildung 3 ersichtlich. Bei Patient B erhöhte sich die Schlafdauer am stärksten. Dieser Junge schlief zu Beginn der Behandlung ca. 7 Stunden, wohingegen er nach der Behandlung ca. 9,5 Stunden schlief.

Ein wichtiger Aspekt ist die Auswirkung des veränderten Schlafverhaltens auf das Verhalten am Tage. Im Gegensatz zu Erwachsenen, die bei Schlafproblemen vermehrt mit Müdigkeit am Tage reagieren, neigen Kinder dazu, motorisch unruhig zu sein. Aus diesem Grund wurde der Fremd-Beurteilungs-Bogen zu hyperkinetischem Problemverhalten (FBB-HKS) von den Eltern ausgefüllt. Der FBB-HKS besteht aus drei Subskalen entsprechend den drei Hauptmerkmalen einer HKS-Problematik (Aufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität) sowie der Gesamtskala zum „hyperkinetischen Problemverhalten“:

Drei Eltern schätzten das Verhalten ihrer Kinder nach der Teilnahme an der Gruppe bezogen auf das hyperkinetische Problemverhalten als weniger auffällig ein, ein Elternteil stufte das Verhalten als gleich auffällig ein (Abb. 4). Alle Eltern beschrieben, dass sich ihr Kind nach der Behandlung besser konzentrieren könne.

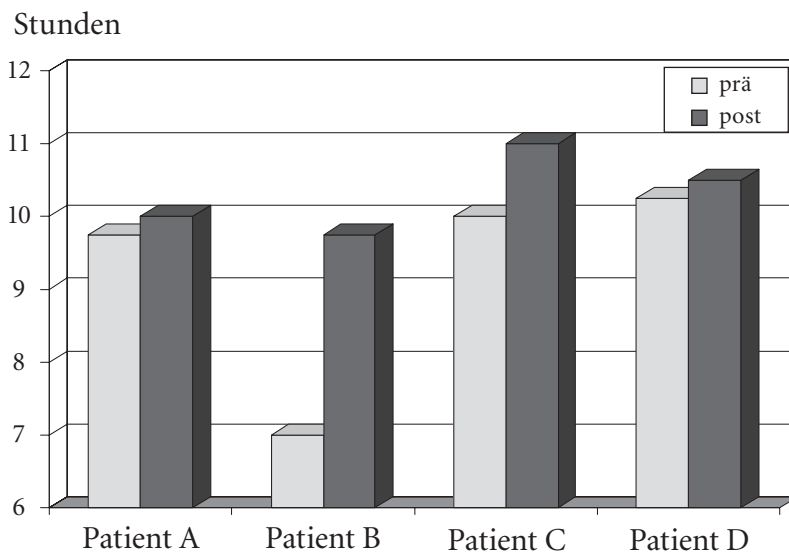


Abb. 3: Darstellung der Gesamtschlafdauer im Prä-Post-Vergleich

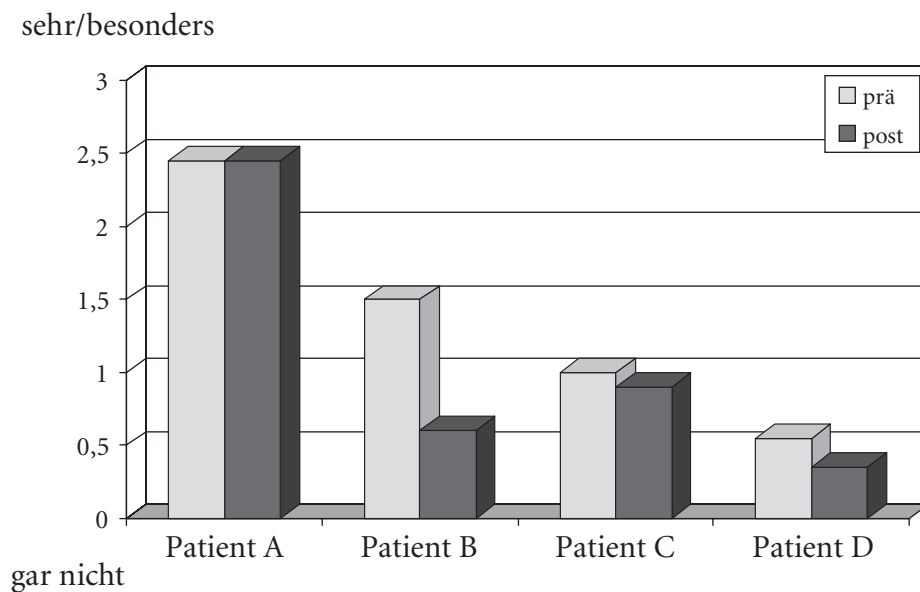


Abb. 4: Einschätzung der Eltern auf der Gesamtskala HKS (FBB-HKS)

Hinsichtlich der elterlichen Einschätzung des Schweregrads der Hyperaktivität gaben zwei Eltern an, dass ihr Kind nach der Behandlung weniger hyperaktiv sei, ein Kind war nach Angabe der Eltern nach der Behandlung hyperaktiver und ein Kind gleich bleibend gering hyperaktiv. Bei der Einschätzung der Impulsivität zeigte sich in drei Fällen eine Reduktion der Impulsivität nach der Teilnahme an der Gruppe im Vergleich zum Zeitpunkt der Baseline. In einem Fall erhöhte sich die Impulsivität nach Angabe der Eltern.

Ergänzend wurden die Eltern zu einer Einschätzung ihrer eigenen Kompetenzen und Selbsthilfemöglichkeiten mit den kindlichen Schlafproblemen umgehen zu können, befragt. Hierbei wurde differenziert zwischen gegenwärtigen und zukünftigen Bewältigungsmöglichkeiten. In beiden Bereichen schätzen die Eltern ihre Kompetenzen relativ hoch ein. Dies ist ein sehr wichtiger Aspekt, da ein Ziel der Gruppe die Schulung der Eltern hinsichtlich dieser Selbsthilfekompetenzen darstellt.

Da das Therapieprogramm sehr unterschiedliche Themenbereiche zum kindlichen Schlaf enthält, wurden die Eltern um eine Gesamtbeurteilung des Programms sowie der einzelnen Sitzungen gebeten (Abb. 5): Die Eltern beurteilten das Gesamtkonzept als auch den Informationsgehalt der Sitzungen als sehr gut. Die in jeder Sitzung ausgeteilten Informationsblätter wurden als hilfreich und auch verständlich beurteilt. Die Eltern gaben an, dass es mit Hilfe des Programms gut gelungen sei, die theoretischen Informationen in die Praxis, das heißt individuell zu Hause, umzusetzen. Die zugehörigen Arbeitblätter wurden als verständlich und hilfreich bewertet. Außerdem wurden die Hausaufgaben, die die Eltern jede Woche zu Hause durchführten, als unterstützend eingeschätzt. Auch der Austausch in der Gruppe erwies sich für die Eltern als unterstützend. Insgesamt konnte durch die intensive Befragung der Eltern festgestellt werden, dass das Programm in der durchgeführten Form gut angenommen und erfolgreich umgesetzt wurde.

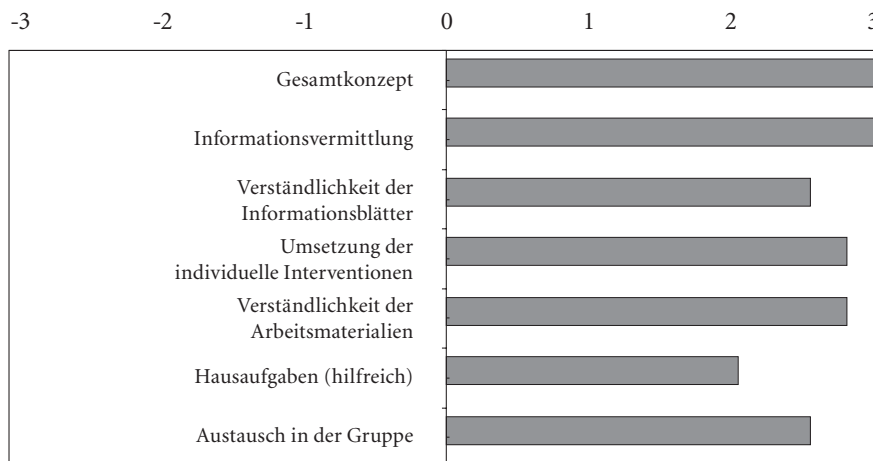


Abb. 5: Beurteilung des Gruppenprogramms durch die Eltern

5 Diskussion

Das dargestellte Programm stellt einen Therapieansatz bei Schlafstörungen im Kindesalter dar, der flexibel auf die individuellen Probleme eingehen kann. Die ersten Ergebnisse geben Anhaltspunkte für mögliche und notwendige Modifikationen des entwickelten Konzepts und veranschaulichen erstmals die Effekte der Behandlung.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich das Schlafverhalten aller Kinder nach Angabe der Eltern verbesserte. Ein- und Durchschlafprobleme wurden reduziert und die Gesamtschlafzeit erhöht. Dabei ist zu beachten, dass es sich nicht um objektive Messungen, sondern subjektive Einschätzungen der Eltern handelte. Auffallend ist, dass auch geringe Verbesserungen des Schlafverhaltens von den Eltern als sehr entlastend erlebt wurden. Dies wird deutlich an den elterlichen Einschätzungen der eigenen Belastung und des eigenen Befindens, das sich bei allen Eltern verbesserte. Die Eltern beurteilten jedoch nicht nur ihr eigenes Befinden, sondern auch das Befinden ihres Kindes positiver. Die Auswirkungen auf das kindliche Tagesverhalten werden noch offensichtlicher durch die Beurteilung des hyperkinetischen Problemverhaltens. Auf den ersten Blick ist es erstaunlich, dass das Behandlungsprogramm sichtbare Veränderungen im Fragebogen zum hyperkinetischen Problemverhalten zeigt. Es ist jedoch bekannt, dass Kinder – im Unterschied zu Erwachsenen – im Zusammenhang mit Schlafproblemen häufig keine Anzeichen von Tagesmüdigkeit aufweisen, sondern motorisch unruhig sind. Dennoch stellt sich die Frage, wie diese Effekte zu verstehen sind. Einerseits könnte das verbesserte Schlafverhalten zu einer Reduzierung des hyperkinetischen Problemverhaltens geführt haben. Andererseits könnten aber auch verminderte Eltern-Kind-Konflikte zum Beispiel durch das Umsetzen von Interventionen der dritten Behandlungssitzung zum Thema „Oppositionelles Verhalten und Schlaf“ eine verbesserte Tagessymptomatik bewirkt haben. Die Vermutung liegt nahe, dass das insgesamt veränderte Interaktionsverhalten von Eltern und Kind zu einer Veränderung des Schlaf- und des Tagesverhaltens geführt hat.

Kindliche Schlafprobleme können die unterschiedlichsten Ursachen haben. Wie auch in der hier dargestellten Gruppe setzen sich aus diesem Grund die Gruppen meist heterogen zusammen. Das Behandlungsprogramm ist so konzipiert, dass die wichtigsten Problembereiche in den sieben Sitzungen aufgegriffen werden. Neben dem ökonomischen Vorteil des Gruppensettings profitieren die Eltern in der Gruppe durch die Beobachtung und den Austausch mit anderen Familien. Sie können beobachten, wie diese mit Problemen umgehen, die bei ihnen selbst keine Rolle spielen. Die Eltern bekommen einen Überblick über allgemeine Selbsthilfemöglichkeiten, die ihnen helfen, auch bei neu auftretenden Schlafproblemen adäquat zu reagieren. Dies wird gestützt durch die Einschätzungen der Eltern in der dargestellten Gruppe: Die Eltern beurteilten alle Themen als sehr hilfreich, auch wenn die Thematik in der eigenen Familie bisher keine oder eine untergeordnete Rolle gespielt hatte. In der Praxis bewährt sich auch die Durchführung im Einzelsetting bzw. von Eltern-Kind-Sitzungen. In diesem Fall können einzelne Module oder Sitzungen des Programms herausgegriffen werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass auf diese Weise mit wenigen Sitzungen, das Schlafverhalten positiv verändert werden

kann. Aufgrund der positiven Bewertungen des Konzepts wurden nur geringfügige Modifikationen des Behandlungsprogramms vorgenommen. Eine wesentliche Änderung, die bereits im Ergebnisteil dargestellt wurde, bestand darin, dass der Abstand der letzten beiden Sitzungen erhöht wurde. Den Erfahrungen nach ist es sinnvoll, einen Zeitraum von drei bis vier Wochen zwischen der sechsten und der siebten Behandlungssitzung festzulegen.

Studien zur Komorbidität von kindlichen Schlafproblemen verdeutlichen, dass die Berücksichtigung von anderen Erkrankungen bei der Therapie von Schlafstörungen von großer Bedeutung ist. Die Angaben der Eltern in der CBCL ergaben, dass alle Kinder entweder im Grenzbereich oder im auffälligen Bereich im Vergleich zur Normstichprobe lagen. Die Schlussfolgerung, dass die Schlafproblematik in vielen Fällen nur die Spitze des Eisberges darstellt, wird von Studienergebnissen gestützt (z. B. Kraenz et al. 2004). Möglicherweise bietet das vorliegende Behandlungskonzept für Familien einen Ansatzpunkt, Schlafprobleme zu bewältigen und Ressourcen zu wecken, die die Familie für die selbständige Lösung der Gesamtproblematik nutzen kann. In manchen Familien hilft das Programm auch, den Weg zu bahnen, der es den Familien ermöglicht, weitere fachliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Da den vorliegenden Ergebnissen nur Einzelfälle zugrunde liegen, ist die Durchführung einer Evaluationsstudie eine notwendige Voraussetzung zur Überprüfung der Wirksamkeit des entwickelten Behandlungsprogramms.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998): Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers, K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Baving, L.; Schmidt, M. H. (2001): Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 29 (3): 206–220.
- Corkum, P.; Moldofsky, H.; Hogg-Johnson, S.; Humphries, T.; Tannock, R. (1999): Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impact of subtype, comorbidity and stimulant medication. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38 (10): 1285–1293.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (1998): DISYPS-KJ – Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV. Göttingen: Huber.
- Döpfner, M.; Schürmann, S.; Frölich, J. (1997, 2002): Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten. Weinheim: Beltz.
- Frank, N. C.; Spirito, A.; Stark, L.; Owens-Stively, J. (1997): The use of scheduled awakenings to eliminate childhood sleepwalking. Journal of Pediatric Psychology 22 (3): 345–353.
- Frölich, J.; Lehmkuhl, G. (1998): Diagnostik und Differentialdiagnostik von Schlafstörungen im Kindesalter. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 66: 553–569.
- Hurwitz, T. D.; Mahowald, M. W.; Schenck, C. H.; Schluter, J. L.; Bundlie, S. R. (1991): A retrospective outcome study and review of hypnosis as treatment of adults with sleepwalking and sleep terror. The journal of nervous and mental disease, 179 (4): 228–233.
- Kohen, D. P.; Mahowald, M. W.; Rosen, G. M. (1992): Sleep-terror disorder in children: the role of self-hypnosis in management. American journal of clinical hypnosis 34 (4): 233–244.

- Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G. (2003): Schlafprobleme bei Schulanfängern – Erste Ergebnisse der Studie „Gesunder Schlaf für Kölner Kinder“. *Kinder- und Jugendarzt* 34 (7): 562–569.
- Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G. (2004): Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53: 3–18.
- Krakow, B.; Kellner, R.; Pathak, D.; Lambert, L. (1995): Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy* 33 (7): 837–843.
- Mindell, J. A. (1999): Empirically supported treatments in pediatric psychology: bedtime refusal and night wakings in young children. *Journal of pediatric psychology* 24 (6): 465–481.
- Morin, C. M.; Hauri, P. J.; Espie, C. A.; Spielman, A. J.; Buysse, D. J.; Bootzin, R. R. (1999): Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep* 22 (8): 1–23.
- Müller, T.; Paterok, B. (1999): Schlafraining. Göttingen: Hogrefe.
- Owens, J. L.; France, K. G.; Wiggs, L. (1999): Behavioural and cognitive-behavioural interventions for sleep disorders in infants and children: A Review. *Sleep Medicine Reviews*, 3 (4): 281–302.
- Owens J. A.; Spirito, A.; Mc Guinn, M.; Nobile, C. (2000): Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *Journal of Developmental and behavioural pediatrics* 21 (1): 27–36.
- Paavonen, E. J.; Aronen, E. T.; Moilanen, I.; Piha, J.; Räsänen, E.; Tamminen, T.; Almquist, F. (2000): Sleep problems of school-aged children: a complementary view. *Acta Paediatrica* 89: 223–228.
- Rabenschlag, U. (2001): So finden Kinder ihren Schlaf. Freiburg i. Br.: Herder.
- Ramchandani, P.; Wiggs, L.; Webb, V.; Stores, G. (2000): A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *British Medical Journal* 320: 209–213.
- Riemann, D.; Backhaus, J. (1996): Behandlung von Schlafstörungen – Ein psychologisches Gruppenprogramm. Weinheim: Beltz.
- Scharfenstein, A.; Basler, H.-D. (2004): Schlafstörungen – Auf dem Weg zu einem besseren Schlaf – Trainerhandbuch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schredl, M. (1999): Die nächtliche Traumwelt – Eine Einführung in die psychologische Traumforschung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stein, M. A.; Mendelsohn, J.; Obermeyer, W. H.; Amromin, J.; Benca, R. (2001): Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics* 107 (4): 1–9.
- Stores, G. (2001): A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Leonie Fricke, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln, Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln; E-Mail: leonie.fricke@uni-koeln.de