

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

## PSYCHOTHERAPIE DER SCHLAFSTÖRUNGEN

Schlafstörungen sind weit verbreitet. Ihre negativen Konsequenzen sind eine schwere Bürde, und zwar nicht nur das nächtlich sorgenvoll durchgegrübelte Wachliegen, auch die Befindlichkeits- und Leistungsstörungen am nächsten Tag. Für nicht wenige ist sogar die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. An Aufklärung und konkreten Anweisungen mangelt es nicht. Sie sind aber meist leichter empfohlen als nächtlich befriedigend umgesetzt. Ist die Verzweiflung groß genug, liegt der Griff zur Schlaftablette nahe – durchaus verständlich, aber auf Dauer nicht risikolos. Da stellt sich die Frage: Gibt es nicht auch erfolgsversprechende psychotherapeutische Maßnahmen, die einem bei konsequenter Umsetzung wenigstens wieder einen befriedigenden Schlaf verheißen? Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zur Psychotherapie der Schlafstörungen aus Experten-Sicht für den Alltag bzw. die nächtliche Schlafbahnung.

### Erwähnte Fachbegriffe:

Schlafstörungen – Insomnien – Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus – Psychotherapie der Schlafstörungen – Folgen von Schlafstörungen – Schlafbedürfnis – individueller Schlafbedarf – natürlicher Schlaf-Wach-Rhythmus – Chrono-Typ – Schlaf-Früh- und Spät-Typen („Lerchen“ und „Eulen“) – Schlafmuster je nach Alter – Gesamtschlafzeit je nach Alter – Schlafphasen je nach Alter – Schlafrhythmus im Kindesalter – Schlafrhythmus im Jugendalter – Schlafrhythmus im Erwachsenenalter – Ratschläge: feste Zeiten, Schlafdruck, Schlafumgebung, Schlafzimmer, Mahlzeiten, Alkohol und Rauchen, Abendritual, Lichtreize, körperliche Aktivität usw. – Schlummertrunk – Alkohol-Narkose – Entspannungsverfahren – Progressive Muskelentspannung nach Jacobson – Autogenes Training – Biofeedback-Training – Phantasie-Reise – Stimulus-Kontrolle – Bettzeit-Restriktion – kognitive Therapie – kognitive Verhaltenstherapie – Grübelneigung – Gedankenkreisen – Gedankenstuhl – kognitive Umstrukturierung – paradoxe Intention – Achtsamkeit – computer-gestützte

Schlafbehandlung – internet-gestützte Schlaf-Beratung – internet-gestütztes Behandlungsangebot – Intensive Sleep Retraining – u.a.m.

## ALLGEMEINE ASPEKTE

Schlafstörungen sind häufig. Manche bezeichnen sie schon als „Volkskrankheit“ in unserer gestressten Zeit und Gesellschaft. Tatsächlich lässt die Statistik auch keine Zweifel aufkommen: Aus entsprechenden Erhebungen geht hervor, dass 37 % der europäischen Allgemeinbevölkerung mit ihrem Schlaf unzufrieden sind: 20 % klagen über zu kurzen Schlaf und fast 17 % über leichten Schlaf. Rund 36 % erfüllen tatsächlich mindestens ein Symptom, das für die Diagnose der Insomnie (entweder Ein- oder Durchschlafstörungen bzw. nicht erholsamer Schlaf mindestens dreimal pro Woche) beweisend ist.

Häufiger betroffen sind Frauen (Risikoverhältnis: 1 : 1,4), Ältere (wobei im höheren Alter das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern noch ausgeprägter wird) sowie Menschen mit geringerem Bildungs-Niveau. Von einer chronischen insomnischen Störung, wie das heute wissenschaftlich genannt wird, ist wahrscheinlich jeder Zehnte beeinträchtigt.

Bedeutsam ist dabei das, was man eine Co-Morbidität nennt. Tatsächlich diagnostiziert man bei chronischen Insomnien weitere seelische und körperliche Erkrankungen. Unter den körperlichen sind es vor allem musculo-skelettale Leiden (chronischer Rückenschmerz, Arthritis, Fibromyalgie, Schleudertrauma der Halswirbelsäule usw.) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Erhöhte Insomnie-Raten werden auch bei Diabetes, Magengeschwüren, Migräne, Asthma, chronisch obstruktiven Lungen-Erkrankungen und neurologischen Störungen sowie Menstruations-Beschwerden berichtet. Insgesamt ist das Insomnie-Risiko bei Patienten mit körperlichen Leiden im Vergleich zu Gesunden um das 2,2-Fache erhöht.

Allerdings weichen hier die subjektiven Einschätzungen bezüglich Quantität und Qualität des Schlafes deutlich von jenen Messwerten ab, die dann auch polysomnographisch, d. h. im Schlaflabor, objektivierbar sind. Der persönliche Leidens-Eindruck ist also nicht ohne Einfluss.

Etwas schwieriger wird es bei den seelischen Erkrankungen. Hier drohen Schlafstörungen vor allem bei Depressionen, Angststörungen und Alkohol-Abhängigkeit. Und hier zeigt sich dann auch, dass der Ausbruch einer Insomnie das Risiko einer Depression erhöht - und umgekehrt. Ähnliches gilt dann auch für Angststörungen, Alkohol-Abhängigkeit u. a.

Wenn nun so viele betroffen sind, wo liegen die Ursachen, die Hintergründe, die Verhaltens-Risiken - und damit die Chancen von Aufklärung, Prävention und Therapie? Dazu gibt es eine umfangreiche Literatur, und zwar sowohl fachlich als auch populär-medizinisch. Eines scheint aber bisher etwas zu kurz zu kommen: Gemeint ist die konkrete *Psychotherapie der Schlafstörungen*. Was heißt das und welchen Nutzen können gerade kummervoll beeinträchtigte Schlafgestörte daraus ziehen?

## **Psychotherapie der Schlafstörungen**

Unter *Psychotherapie* versteht man die Behandlung mit seelischen Mitteln. Das hört sich erst einmal schlicht an. Kompliziert wird es dann im Detail. Denn es gibt Dutzende von Psychotherapie-Verfahren mit ganz unterschiedlichen methodischen Ansätzen - und im Übrigen auch Erfolgen, vor allem „belegbaren Therapieerfolgen“, wie es in Fachkreisen heißt. D. h. objektivierbare Besserung des Leidensbildes oder gar „Heilung“ (ein Begriff, den man aber im Bereich seelischer Leiden ungern in den Mund nimmt, zu komplex sind im allgemeinen psychische Störungen, und damit rückfall-anfällig auf verschiedenen Ebenen).

Aber zurück zur Psychotherapie, und vor allem zur Psychotherapie von Schlafstörungen. Und hier zeigt sich gleich ein Problem: Die Behandlungsmethode mit der besten wissenschaftlichen Absicherung ist die so genannte *Insomnie-spezifische Kognitive Verhaltenstherapie (KVT-I)*. Sie ist sowohl für die Kurzzeit-Behandlung geeignet, erzielt aber auch nachweisbar gute Langzeit-Ergebnisse. Dies vor allem für Einschlafzeit, nächtliche Wachperioden, morgendliches Früherwachen, die Gesamtschlafzeit und - nicht zu vergessen bzw. zu unterschätzen - die subjektive(!) Einschätzung der Schlafqualität.

Allerdings trifft es nicht jeden so positiv und es bleibt auch bei einigen Patienten eine so genannte Rest-Symptomatik. Es besteht also durchaus weiterer Forschungsbedarf, neue Behandlungsverfahren zu entwickeln und deren Wirksamkeit zu belegen. Die Insomnie-spezifische kognitive Verhaltenstherapie hat sich allerdings auch für eine besonders schwierige Klientel als erfolgreich, zumindest beschwerde-lindernd erwiesen, nämlich Schlaf-Gestörte über 60 Jahre. Und für so genannte multi-morbide Patienten, die neben ihrer Schlafstörung noch an einer weiteren psychischen oder körperlichen Erkrankung leiden.

Trotzdem wird sie im Praxis-Alltag bislang noch nicht allzu häufig genutzt. Das hängt einerseits damit zusammen, dass die verhaltenstherapeutische Insomnie-Behandlung sowohl in der ärztlichen als auch in der psychologisch-psychotherapeutischen Ausbildung noch eine eher untergeordnete Rolle spielt und viele Ärzte, Psychiater und Psychologen daher mit ihr nicht ausreichend vertraut sind. Dann mangelt es natürlich auch an ausreichend kompetenter Beratung. Vielleicht stößt man bei manchem Arzt und Psychologen sogar auf ein

gewisses Unverständnis und muss sich mit der Verschreibung von Schlafmitteln zufrieden geben, obgleich man eigentlich an einem psychotherapeutischen Versuch interessiert wäre.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zur Psychotherapie der Schlafstörungen. Grundlage ist das Buch *Prävention und Psychotherapie der Insomnie*, Konzepte, Methoden und Praxis der Freiburger Schlafschule, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychophysiologie/Schlafmedizin am Universitätsklinik für Psychiatrie, von Elisabeth Hertenstein, K. Spiegelhalder, Anna Johann u. D. Riemann im Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2015. Im Einzelnen:

### **Kognitive Verhaltenstherapie der Schlafstörungen**

Die *kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie* ist eine Kombination aus verschiedenen Behandlungs-Elementen. Im Kern sind es etwa 6 Sitzungen, einmal wöchentlich. Wichtig ist zwischen den Sitzungen die besprochenen Therapie-Elemente zu üben und im Alltag konkret umzusetzen. Kein Erfolg ohne konsequente Anwendung.

Zu Beginn empfiehlt sich eine ausführliche Information über Schlaf, Schlafstörungen und entsprechende Ratschläge (Fachbegriff: Psychoedukation). Zweitens über Entspannungsverfahren (z. B. progressive Muskelentspannung nach Jacobson) und Drittens verhaltenstherapeutische Empfehlungen (z. B. Bettzeit-Restriktion, d. h. wie lange darf ich mich im Bett aufhalten) - und schließlich die kognitive Therapie.

Da die Forschung ständig voranschreitet, werden auch neue Kombinationen oder Schwerpunkte geprüft. Aktuell ist allerdings obige Kombinationsbehandlung derzeit am verbreitetesten und auch am besten erfolgs-abgesichert. Wie geht man im Detail vor?

- **Beziehungsaufbau**

Als Erstes gilt es eine vertrauensvolle Therapie-Beziehung zwischen Patient und Therapeut aufzubauen. Das beginnt damit, das Leiden des Patienten ernst zu nehmen. Das ist gerade bei Schlafstörungen nicht die Regel, nicht zuletzt im persönlichen Umfeld des Betroffenen („ach, Schlafstörungen, das hat doch jeder mal“). Daher gilt es dem Patienten erst einmal ausreichend Zeit zu geben sein Leidenbild zu schildern und seine Problematik nicht bagatellisiert zu sehen. Das Schlafdefizit ist das eine, die Einschränkung der Lebensqualität das andere, und keinesfalls das geringere. Kurz: Viel Verständnis für einen durchaus hohen Leidensdruck mit entsprechenden Sorgen, „wie es denn weitergehen soll“.

Dabei ist zu beachten, dass viele Insomnie-Betroffene erst dann professionelle Hilfe suchen, wenn schon alles andere umsonst war. Deshalb ist es wichtig, Hoffnung zu vermitteln und darauf zu verweisen, dass es wissenschaftlich überprüfte Verfahren gibt, mit denen dann doch die Mehrheit der Schlafgestörten mindestens befriedigend zurechtgekommen sind.

Wichtig ist auch ein Hinweis, der alle verhaltenstherapeutischen Verfahren betrifft: Bei dieser Therapieform wird der Patient nicht durch den Therapeuten „geheilt“, sondern zur aktiven Verhaltensänderung angehalten, trainiert, kontrolliert. Kurz: engagierte und konsequente Mitarbeit, nicht passives Abwarten, „wann sich endlich der Erfolg einstellt“.

- **Psychoedukation – Informationen und Ratschläge über den gesunden Schlaf**

In einem zweiten Behandlungsabschnitt sollte der Betroffene ausführlich über Schlaf, Schlafstörungen und die „Regeln“ für einen gesunden Schlaf informiert werden. Auch diejenigen Betroffenen, die glauben, schon alles über Schlaf zu wissen, sollten diesen wichtigen Abschnitt nicht überspringen. Denn nicht selten gibt es doch falsche Schlussfolgerungen und fehlgeleitete Überzeugungen, die ein ungünstiges Schlafverhalten regelrecht zementieren – und damit entsprechende Befürchtungen provozieren. Außerdem muss darauf geachtet werden, ob der Schlafgestörte die neuen Erkenntnisse nicht nur registriert, sondern auch akzeptiert - und vor allem umsetzt. Bequemer ist ersteres, erfolgreicher allerdings letzteres. Und - so erstaunlich sich das anhört - es ist leider nicht die Regel.

Was gibt es dazu für Unsicherheiten, irrige Meinungsbilder und damit riskante Fehlschlüsse bzw. Schlaf-, wenn nicht gar Lebens-Strategien?

- Vielfach, eigentlich fast grundsätzlich leiden Patienten mit Insomnie unter der Annahme, dass ihr ungesundes Schlafverhalten nach und nach ernste Konsequenzen nach sich ziehen wird. Beispiele: Merk- und Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Leistungseinbußen, schließlich körperliche, wenn nicht gar seelische Folgeerkrankungen. Das ist nicht völlig von der Hand zu weisen, aber auch keine unverrückbare Regel. Gewiss ist ein „gesunder Schlaf“ für Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Gesundheit bedeutsam, doch darf man die individuellen Unterschiede im Schlafmuster und Schlafbedürfnis nicht vergessen. Und die sind erstaunlich. Hier können entsprechende Hinweise die eigene Situation „ent-katastrophisieren“, wie man das in Fachkreisen nennt.

Das beginnt mit dem sehr individuellen Schlafbedürfnis, geht über das subjektiv wahrgenommene Schlafdefizit und hängt auch von Arbeitsbeginn, sozialen Verpflichtungen u. a. ab, von sonstigen Belastungen ganz zu schweigen. Oft kennen die Betroffenen ihr individuelles Schlafbedürfnis auch gar nicht, weil ihr

Tagesablauf und ihre „vom Wecker geregelte Schlafzeit“ dazu gar keine Erkenntnisse zulassen. Die Frage: Wie lange brauche ich *meinen* nächtlichen Schlaf, ist also beispielsweise im entspannten Urlaub besser zu beurteilen. Und ob der Betreffende seinen natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus kennt, d. h. die abendliche Müdigkeit registriert und akzeptiert und die individuell benötigte Schlafzeit überblickt, wenigstens im mittelfristigen Durchschnitt. Hier kann dann so manche erstaunliche Erkenntnis gewonnen werden, die zumindest obige Ent-Katastrophisierung unterstützen hilft.

Natürlich gilt es auch den so genannten „Chrono-Typ“ heraus zu finden, die individuelle „innere Uhr“. Denn manche Menschen sind Früh-Typen („Lerchen“), andere Spät-Typen („Eulen“). Das ist individuell, meist sogar angeboren, worauf aber die gesellschaftlichen, vor allem beruflichen Pflichten keine Rücksicht nehmen (können). Hier geht es allerdings nicht um die benötigte Schlafdauer, sondern um die zeitliche Phase, in der am besten geschlafen werden könnte. Und hier wird man dann auch erkennen bzw. respektieren müssen, wo Tag-Nacht-Bedingungen und individueller Chrono-Typ harmonisieren oder kollidieren.

Außerdem verändert sich das Schlaf-Muster über die Lebensspanne, und zwar ganz erheblich. Mit den Jahren sinkt die Gesamtschlafzeit von etwa 16 Stunden (Neugeborenes) bis zu 6 - 9 Stunden (Erwachsener). Auch der Anteil an Tiefschlaf, leichtem Schlaf und REM-Schlaf an der Gesamtschlafzeit verändert sich über die Lebensspanne. Mit steigendem Lebensalter besteht der Schlaf immer mehr aus den leichteren Schlafphasen, d. h. ist weniger erholsam und die Weckschwelle sinkt, will sagen: Ältere sind durch äußere Geräusche oder Berührungen leichter aufzuwecken als Kinder und junge Erwachsene.

Auch die Schlafphasen verändern sich über die Lebenszeit stark. Neugeborene schlafen unabhängig von der Tageszeit in Phasen von einigen Stunden und sind zwischendurch wach. Hier herrscht also noch keine klare Aufteilung im Tag-Nacht-Rhythmus und keine lange Schlafphase. Im Kleinkindalter beginnt sich das allmählich zu ändern und dem Erwachsenen-Rhythmus anzunähern. Die Gesamt-Schlafzeit wird kürzer und es bildet sich eine nächtliche Hauptschlaf-Phase heraus. Meist halten Kinder etwa bis zum Schulalter noch einen Mittagsschlaf, ohne dass dies den nächtlichen Schlaf beeinträchtigt.

Bei Jugendlichen verlagert sich der Schlafrythmus nach vorne: Sie sind meist „Eulen“ die erst nach Mitternacht müde werden und am frühen Morgen nur schwer in die Gänge kommen, was ja bekanntermaßen der „amtlichen“ Unterrichtszeit entgegensteht. Fairerweise darf mal also in diesem Alter nicht alles auf die abendlichen Aktivitäten und die mangelnde Schul-Motivation am nächsten Morgen schieben. Denn erst im jungen Erwachsenenalter bildet sich der spätere Chrono-Typ voll aus.

Im höheren Lebensalter erfolgt erneut eine Rhythmus-Verschiebung, diesmal nach vorne: Ältere Menschen gehen wieder etwas früher zu Bett und können in

den Morgenstunden nicht mehr so lange schlafen. Häufig wird auch wieder ein Mittagsschlaf gemacht. Junge und alte Menschen haben also einen ähnlichen Schlaf-Wach-Rhythmus, wenn auch mit kürzerer Gesamtschlafzeit und leichtem Schlaf in der 2. Lebenshälfte.

Dies alles gilt es zu berücksichtigen, damit keine unnötigen Befürchtungen aufkommen. Es muss also gesprochen, geklärt und strategisch geplant werden.

In diesem Zusammenhang ist auch die alte Erkenntnis wichtig, die sich wissenschaftlich inzwischen erhärtet hat: Der Körper holt sich „seinen“ Schlaf, und zwar bevor es zu ernsthaften negativen Auswirkungen eines scheinbaren Schlafmangels kommt. Bei schweren seelischen Störungen (z. B. Depression oder Manie oder auch bei bestimmten neurologischen Erkrankungen) kann diese Funktion zwar außer Kraft gesetzt sein. Beim Gesunden hingegen nicht. Allerdings muss auch genügend Schlafdruck vorhanden sein, damit man zum Einschlafen kommt. Deshalb ist eine Verlängerung der Bettzeit oder „das Nachholen“ von Schlaf in Form eines Nickerchens während des Tages dann nicht sinnvoll, wenn man unter Schlafstörungen leidet; das baut den Schlafdruck ab und erschwert das Einschlafen.

Wichtig ist schließlich auch die Tageszeit und die Nachtzeit, was sich erst einmal selbstverständlich anhört. Nicht aber bei der dann doch häufigeren Schicht- oder gar Nacharbeit. Hier herrschen eben besondere soziale Bedingungen, auf die man dann korrigierend oder wenigstens mildernd einwirken sollte. Der verpasste Schlaf einer durchwachten Nacht ist jedenfalls tagsüber nicht mehr ausreichend nachholbar.

### ● **Ratschläge für einen guten Schlaf**

Wichtig sind auch entsprechende „schlafhygienische Regeln“, wie es die Experten nennen. Sie sollten grundsätzlich detailliert durchgesprochen werden. Beispiele:

- Feste Zeiten für das Zubettgehen und morgendliche Aufstehen (auch am Wochenende!).
- Schlaf während des Tages kann den Schlafdruck abbauen und damit das Ein- und Durchschlafen in der Nacht erschweren. Hier muss man sich überlegen, zu welcher Entscheidung bzw. zu welchem Kompromiss man neigt.
- Schlafumgebung angenehm gestalten: Temperatur, Lichtquellen, Lärm (Ohrstöpsel), aktivierende, wenn nicht gar belastende Umstände und Gegenstände im Blickfeld, auch wenn einem das erst einmal nicht zwingend erscheint („das stört mich nicht...“).

- Im Schlafzimmer nicht arbeiten oder essen, falls möglich. Sonst kann man schwerer abschalten und Abstand von den Tages-Aktivitäten gewinnen.
- Keine schweren Malzeiten vor dem Schlafengehen.
- Nicht Rauchen und kein Alkohol („Schlummertrunk“?) bei Einschlafstörungen. Auch ab dem Nachmittag keine koffeinhaltigen Getränke mehr (also nicht nur Kaffee, sondern auch Schwarztee, Cola, bestimmte Energy-Drinks, ja sogar aktivierende Süßigkeiten).
- Angenehmes und beruhigendes Abendritual schaffen (Musik, Entspannungsübungen).
- Nachts nicht auf die Uhr sehen, selbst wenn man nicht schlafen kann. Setzt unter Zwang. Außerdem kann der Lichtreiz störend anregen.
- Keine sportliche Betätigung kurz vor dem Schlafengehen.
- Vorsicht durch Blaulicht-Stimulation (Fernseher, Computer, Smartphone)

Alle diese Regeln aber sind ja schon bekannt, würde man sagen. Und siehe: es stimmt. Heißt aber auch: Theoretisches Wissen führt nicht unbedingt zu richtigem Handeln. Das kann verschiedene Gründe haben: Einige Regeln beinhalten den Verzicht auf Genussmittel (Alkohol, Nikotin), wozu auch ein überlanger Fernseh-Konsum gehört. Viele legen sich auch ihre eigenen Argumente zurecht, um lieb gewordene Gewohnheiten zu rechtfertigen.

Ein gutes Beispiel ist der erwähnte „Schlummertrunk“ („Absacker“), der zwar das Einschlafen fördert aber nach kurzer Zeit wieder wach werden lassen kann, wenn man nur auf diese „Alkohol-Narkose“ angewiesen ist. Wer übrigens den regelmäßigen Einschlaftrunk praktiziert hat, kann nicht so ohne weiteres sofort aussteigen. Es drohen vielleicht keine Alkohol-Entzugssymptome (die dann wieder wach halten können), aber es fehlt auf verschiedenen, vor allem rituellen Ebenen etwas. Der Erfolg ist also nicht sofort registrierbar und schon bleibt es bei den alten Verhaltensmustern. Wenn, dann schon über ein bis zwei, besser noch mehr Wochen durchhalten, bevor man zu einem definitiven Entschluss kommt (weiter wie bisher oder jetzt ohne).

## ● **Entspannungsverfahren**

Der moderne Mensch ist tätig, muss tätig sein. Das gilt jedenfalls für viele Berufstätige und selbst jene, die es ruhiger angehen lassen könnten. Das führt zu einer Dauer-Anspannung, auch wenn es den meisten gar nicht so recht bewusst ist. Und damit zur Unmöglichkeit, „den Schlaf kommen zu lassen“. So lautet auch das Ziel der Entspannungsverfahren, nämlich die körperliche und damit auch kognitiv-emotionale Anspannung abzusenken. Hier fällt öfter in Expertenkreisen der Fachbegriff „Hyperarousal“ = Übererregbarkeit, d. h. Zustand

vermehrter seelischer, psychosozialer und körperlicher Anspannung mit Unruhe, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, gesteigerter Schreckhaftigkeit, vor allem aber übermäßiger Wachsamkeit und damit Ein- und Durchschlafstörungen.

Da empfehlen sich bestimmte Entspannungsverfahren, vor allem die *Progressive Muskelentspannung nach Jacobson (PMR)*, und zwar nach den Grundprinzipien: Aufmerksamkeit auf die subjektiv entwickelten Verspannungen lenken, z. B. Schulter- und Nackenmuskulatur, manchmal sogar Kieferpartie u. a. → anspannen → entspannen. Dabei gibt es verschiedene Versionen, je nachdem welche Muskelpartien in welcher Reihenfolge geübt werden und wie viel Zeit dafür eingeräumt wird.

Alternativ dazu können auch andere Entspannungsverfahren genutzt werden, z. B. das *Autogenes Training* oder das *Biofeedback-Training* (letzteres allerdings mit Geräte-Unterstützung).

Erfolgreich ist auch eine gedankliche Entspannung mit Hilfe eines *Ruhe-Bildes* oder einer *Phantasie-Reise*. Bewährt hat sich auch der Beginn mit einem Ruhe-Bild, um dies dann zu einer Phantasie-Reise auszudehnen. Meist handelt es sich um angenehme, vor allem entspannende Freizeit-Aktivitäten (also keine Bilder mit schnellen Bewegungen oder lauten Geräuschen wie sportliche Aktivitäten). Unterstützend wirken hier alle Sinne, also Licht, Farben, Geräusche, Gerüche, geschmackliche Eindrücke und körperliche Empfindungen wie Wärme, Berührung oder ein angenehmer Luftzug. Natürlich lässt das nicht sofort und auch nicht immer durchgehend und mit dem gewünschten Erfolg praktizieren, doch haben sich solche inneren Vorstellungsbilder (Fachbegriff: Imagination) als begleitend-unterstützend durchaus bewährt.

- **Bettzeit-Restriktion und Stimulus-Kontrolle**

Wie schon erwähnt, braucht es für die notwendige Einschlaf-Fähigkeit einen ausreichend hohen Schlafdruck, der dann während des Schlafes relativ rasch abgebaut wird. Ein Mittagsschlaf beispielsweise kann diesen Schlafdruck reduzieren. Zum anderen begünstigt ein möglichst langer Zeitraum zwischen dem morgendlichen Aufstehen und dem abendlichen Zubettgehen das erwünschte Einschlafen.

Viele Insomnie-Betroffene handeln aber gerade umgekehrt. So soll ein Mittagsschlaf die Erschöpfung nehmen und das schon lange kummervoll registrierte Schlafdefizit ausgleichen helfen. Oder man geht früh zu Bett, um durch ein rasches Einschlafen (was sich dann aber nicht einstellt) das angenommene Schlafdefizit auszugleichen. Manche bleiben am Morgen länger im Bett liegen und versuchen nochmals einzuschlafen, was nur selten gelingt. Oder man bleibt am Wochenende länger liegen, um den verpassten Schlaf nachzuholen.

All das erscheint zunächst sinnvoll - auf den ersten Blick. Tatsächlich aber können lange Bettzeiten, sowohl morgens als auch abends ohne wirklichen Schlaf, die gefürchtete Insomnie chronifizieren. Kurz: Ziel der so genannten *Bettzeit-Restriktion* ist es, den Schlafdruck zu maximieren, die Einschlafzeit zu verkürzen, die nächtliche Wachzeit zu reduzieren und den Tiefschlaf-Anteil zu erhöhen. Dadurch wird der Schlaf zwar kürzer, aber erholsamer, auch wenn das auf den ersten Blick nicht einleuchtet.

Die Schlaf-Therapeuten werden darauf hinweisen, notfalls sogar mittels eines Schlaftagebuchs, in dem die Schlaftagebuch-Daten analysiert und als durchschnittliche Schlaf-Effizienz in Prozent berechnet werden (80 bis 85 % als Grenzwert für eine gesunde Schlaf-Effizienz). Danach wird eine Bettzeit vereinbart, die der mittleren Schlafzeit entspricht. Tagsüber darf während dieser Zeit nicht geschlafen werden. Erhöht sich die erwähnte Schlaf-Effizienz (ab 90 %), kann auch die Bettzeit wieder erhöht werden.

Das Ganze kann seine Zeit dauern und ist nicht ohne Mühsal, was sich mitunter auf die Compliance oder Adhärenz (auf Deutsch: therapeutische Mitarbeit) niederschlägt, bei Konsequenz aber durchaus erfolgreich. Das Ziel ist die Einschlaf-Latenz und nächtliche Wachzeit zu reduzieren, den Schlaf erholsamer zu machen und drohende Schlafdefizit-Folgen wie Müdigkeit, Erschöpfungsneigung, Schläfrigkeit, beeinträchtigte Motivation und Leistungsfähigkeit sowie ggf. Kopfschmerzen langsam zurück zu drängen. In der Phase der stark reduzierten Bettzeit kann allerdings die Leistungsfähigkeit, auch die Fähigkeit ein Fahrzeug zu führen und komplizierte Maschinen zu bedienen, eingeschränkt sein. Die Schlaftherapeuten werden deshalb immer wieder darauf hinweisen, dass diese Therapiezeit anstrengend werden dürfte, aber das Ziel sich halt auch lohnt.

Nun gewinnt ja der Patient durch die Verkürzung der Bettzeit freie Zeit, die er für etwas anderes nutzen kann. Das hört sich sehr konstruktiv an, pflegt aber eher Unbehagen, wenn nicht gar Angst auszulösen. Wer kann es den Betroffenen verdenken. In dieser „frisch gewonnenen freien Zeit“ sollte er aber nicht passiv bleiben, sondern möglichst sinnvolle Aktivitäten suchen, für die vielleicht zuletzt wenig Raum geblieben ist. Das ist leichter gesagt als getan und kann bei entsprechender Einstellung auch in das Gegenteil umschlagen: ängstliche Grübeleien, warum es nicht funktioniert und was das für Folgen haben kann... Um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, nutzt man die so genannte *Stimulus-Kontrolle*. Dabei empfiehlt man folgende Regeln:

- Nur zu Bett gehen, wenn man sich wirklich schläfrig fühlt. Dabei gilt es zu unterscheiden: was ist Schläfrigkeit und was Erschöpfung. Schläfrig heißt, man droht bei einer monotonen Situation leicht einzuschlafen. Erschöpfung kann auch unruhig-gespannt machen und das Einschlafen verhindern.

- Im Weiteren soll man - wie mehrfach erwähnt - nur zum Schlafen ins Bett gehen, also nicht dort arbeiten, fernsehen, Computer und Smartphone betätigen u. a. (sexuelle Aktivität ist erlaubt).
- Keine langen Wachzeiten im Bett; wenn man nicht (wieder) einschlafen kann, dann aufstehen und einer beruhigenden Tätigkeit nachgehen. Zurück ins Bett erst wieder, wenn man sich schläfrig fühlt. Geht es wiederum nicht, das Ganze wiederholen.
- Morgens immer zur selben Zeit aufstehen und tagsüber nicht schlafen (auch nicht abends vor dem Fernseher!).

Wichtig bei all diesen Empfehlungen: Ein positiver Effekt braucht seine Zeit. Die ersten Wochen, vor allem aber Tage sind unerfreulich, anstrengend, frustrierend, erschöpfend. Wer aber durchhält, kann mit Erfolg rechnen, so die Therapeuten. Die Alternative wäre der medikamentöse Ansatz, der ja bekanntlich sofort wirksam ist, aber ohne eigenen Einsatz und dafür nicht ohne Langzeit-Risiken.

### • Kognitive Therapie

Bei der *Kognitiven Verhaltenstherapie bei Insomnien* (wir erinnern uns: vom Lat.: cognoscere = erkennen) macht man sich erst einmal klar, welchen nachhaltigen Einfluss Gedanken und Gefühle für den Schlaf haben. Das ist wichtig, bevor man mit einer Veränderung negativer, belastender und damit schlafstörender Grübeleien beginnen kann. Vor allem neigen ja manche Menschen dazu, sich in einer unbefriedigenden Einschlafsituation tiefschürfende Sorgen über Alltags-, ja Lebensprobleme zu machen. Das lässt sich aber auf diese Weise nicht lösen, im Gegenteil. Die Folge ist ein lang dauerndes, ja quälendes Gedankenkreisen. Daraus resultieren Ängste, Ärger, Kummer, Sorgen, ja Verzweiflung angesichts einer sich belastend-aufblähenden Risiko-, wenn nicht gar Gefahren-Situation - die es gar nicht gibt. So etwas kann in ein regelrechtes „Sorgen-Karussell“, wenn nicht gar Gedanken-Rasen münden und nicht nur das Einschlafen verhindern, sondern in Panik versetzen.

Hier empfehlen die Experten drei so genannte *Kognitive Interventionen*, nämlich den „Gedankenstuhl“, die „Kognitive Umstrukturierung“ und die „Paradoxe Intention“. Im Einzelnen:

- Beim **Gedankenstuhl** geht es darum, dass wir das - an sich ja durchaus akzeptable - Nachdenken über subjektiv belastende Lebensprobleme ganz bewusst auf einen Zeitraum und Ort am Tag einplanen, damit sich die teils lösbaaren, teils scheinbar ungelösten Probleme nicht auf die nächtliche Wachzeit stürzen können. Dafür soll man einen bestimmten Stuhl (daher der Begriff „Gedankenstuhl“) und/oder einen dafür geeigneten Ort innerhalb seiner Wohnung aussuchen. Hier würde man sich dann im erwähnten Zeitraum für z. B.

15 Minuten aufhalten, um zur Ruhe zu kommen und sich gedanklich zu sortieren. Dabei kann man sich auch Notizen machen, z. B. mit einer Pro- und Contra-Liste, einer Tätigkeits-Aufstellung was demnächst nötig ist etc. Wenn nun des Nachts plötzlich das unerfreuliche Grübeln den Schlaf verdrängt, kann man das Bett verlassen und den Gedankenstuhl aufsuchen (der sinnigerweise nicht im Schlafzimmer positioniert sein soll).

Kurz: Ort und Zeit für ein drohendes unergiebiges Gedankenkreisen konzeptionell gezielt und inhaltlich strukturiert auf den Tag legen, um dort zu einer Lösung oder zumindest einer Strategie zu kommen, was beim nächtlichen Sorgen-Grübeln kaum zu erwarten ist.

- Bei der **kognitiven Umstrukturierung** sollen jene Gedanken über Schlaf und Schlafstörungen identifiziert werden, die belasten, zumindest nicht hilfreich sind. Hier hilft für einige Zeit auch ein Gedanken-Protokoll. Man sammelt, notiert, identifiziert und wenn man weiß, was sich hier negativ-bedrohlich abzeichnet, sollte man für jeden belastenden Gedanken einen aufbauenden, zumindest neutralisierenden Alternativ-Gedanken bereit haben. Hier hilft es einem dann, die stichwortartigen Aufzeichnungen zu Rate ziehen zu können.

Ein Beispiel: Jeder braucht 8 Stunden Schlaf pro Nacht. Nur ich komme mal wieder nicht auf dieses Quantum. Alternativ-Gedanken: Der Schlafbedarf ist individuell. Es gibt Kurzschläfer mit unveränderter Leistungsbereitschaft; im Übrigen holt sich der Organismus seinen Schlaf, wenn nicht heute, dann morgen oder später. Die Gegenmaßnahmen mögen plakativ wirken (oder in der Tat auch sein), die belastenden Gedanken sind es aber auch. Also wird das eine mit dem anderen neutralisiert, zumindest so gut es geht.

- Die **paradoxe Intention** ist eine durchaus erfolgreiche Strategie in eigener Regie, um zu dem gewünschten Ergebnis zu kommen - indem man das Gegenteil tut. Was heißt das beispielsweise bei Einschlafstörungen? Die typische Einschlafposition einnehmen, dabei aber die Augen auf lassen und ganz bewusst versuchen, sich wach zu halten. Das Ergebnis ist mitunter erstaunlich.

- **Achtsamkeit**

Die *Achtsamkeit* ist zwar in den letzten Jahren zu einem häufigen Mode-Begriff geworden, nicht verwunderlich in unserer Zeit und Gesellschaft, aber als Bestandteil des buddhistischen Glaubens natürlich schon viele hundert Jahre alt. Falsch ist es also nicht, achtsam zu sein, und zwar nicht nur in Bezug auf Andere, auch und vor allem auf sich selber, was offensichtlich in den Hintergrund getreten und für viele sogar verloren zu sein scheint. Deshalb lassen sich entsprechende Achtsamkeits-Übungen mit verhaltenstherapeutischen Elementen gut kombinieren, auch bei Schlafstörungen.

So kann die Achtsamkeit beispielsweise für die erwähnten Entspannungsverfahren einspringen, obwohl die Achtsamkeits-Meditation kein eigentliches Entspannungsverfahren ist, wenn auch mit ähnlichem Effekt. Hier geht es vor allem um die alte Empfehlung: Aufmerksam zu sein, und zwar im Hier und Jetzt und alle Erfahrungen so anzunehmen, wie sie gerade sind. Für die Schlafstörungen bedeutet das ein Annehmen und Akzeptieren des Augenblicks, und zwar ohne Problemlösungs-Zwang und den Druck, hier und jetzt einschlafen zu müssen.

Bei einer Achtsamkeits-Übung wird ja die Aufmerksamkeit in der Regel auf einen bestimmten „Ankerpunkt“ ausgerichtet, z. B. der Atem. Sollten Gedanken kommen, werden sie bekanntermaßen nicht unterdrückt, sondern aufmerksam betrachtet - und dann lässt man sie auch wieder ziehen, ohne sich in ihren Inhalt zu verstricken. Achtsamkeit kann in formellen Meditations-Übungen praktiziert werden, wobei sich die Aufmerksamkeit auf den Atem oder einen anderen Ankerpunkt richtet, z. B. ein Mantra (kurze, stetig wiederholte Silbe). Dazu eignet sich fast jede Alltäglichkeit. Entscheidend ist - wie erwähnt - den aufkommenden Gedanken zu registrieren - und wieder ziehen zu lassen.

Natürlich müssen solche individuellen Achtsamkeits-Übungen erst einmal gelernt werden, bevor man sie als Einschlafhilfe nützen kann. Das kann seine Zeit dauern und sollte nicht übereilt werden. Dafür eignen sich bestimmte achtsamkeits-basierte Programme wie die „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion MBSR“ oder die „Akzeptanz- und Commitment-Therapie - ACT“ usw.

### • **Computer-gestützte Behandlung**

Wie schon angedeutet, ist es nicht ganz einfach, an eine wissenschaftlich fundierte Anleitung seitens ärztlicher und psychologischer Therapie-Angebote zu kommen. Die Grundlagen stehen zwar schon länger zur Verfügung, aber die Übertragung der Forschungs-Ergebnisse in die Versorgungspraxis hält sich in Grenzen. Schlafbahnende Arzneimittel oder konkrete Hypnotika helfen natürlich auch spontan und relativ sicher weiter, was nicht nur einfacher für den Therapeuten ist, sondern vom Betroffenen ja nachvollziehbar erwünscht, auch wenn er sich bei ausschließlicher und längerfristiger Medikation diesbezüglich nicht wohl fühlt („Sucht“?). Auch ist natürlich eine Psychotherapie allein oder in der Gruppe nicht jedermanns Wunsch. Dies dürfte nicht zuletzt Insomnie-Patienten betreffen.

Hier könnte eine neue Behandlungs-Strategie weiterhelfen, auch wenn man noch nicht so recht weiß, wie sich das im Laufe der Zeit etabliert und vor allem psycho-sozial auswirkt. Gemeint sind *computer- und internet-gestützte Beratungs- und Behandlungsangebote*. Das setzt allerdings einige Vorbedingungen voraus, die jedoch bei der kognitiven Verhaltenstherapie der Insomnie durchaus gegeben sind. Denn hier handelt es sich letztlich um ein konkretes und gut durchstrukturiertes Behandlungsprogramm, was auch durch die digitale Um-

setzung genutzt werden kann, und zwar zeitlich deutlich flexibler als bei konkreten Behandlungsterminen. Für nicht wenige könnte auch der anonyme Charakter einer solchen Therapie von Vorteil sein; hier muss man schließlich nicht vor einem Therapeuten oder gar einer Gruppe von seinen persönlichen Problemen berichten. Die Nachteile sind allerdings auch offenkundig: Weniger persönlich, was Diagnose und Therapie anbelangt und kein Austausch mit anderen Betroffenen, was durchaus seine Vorteile haben kann, vor allem was Motivation und Durchhaltevermögen anbelangt.

Konkrete Erfahrungen liegen schon vor, und zwar seit Jahren. Das gilt beispielsweise für Selbsthilfe-Manuale per E-Mail mit Hausaufgaben, Erinnerungen, Kontrollen, Korrekturen und Ergänzungen. Da jedoch das persönliche Engagement mehr oder weniger unkontrolliert bleibt, dürfte auch die Abbruchrate nicht gering sei.

Eines erscheint wohl nicht mehr zurückdrehbar: Die Nutzung von Computer, Internet und Handy wird auch in der Insomnie-Behandlung fortschreiten, wird zeit- und kostengünstiger sein können als eine Einzel- oder Gruppentherapie und einen niederschwelligeren Zugang ermöglichen. Und wenn es im einen oder anderen Fall erfolgreich ist, für jedermann sind auch die bisherigen Angebote nicht hundertprozentig effektiv, dann kann man von einem (digital orientierten) Fortschritt sprechen.

- **Intensive Sleep Retraining**

Das *Intensive Sleep Retraining* – *ISR* ist eine neue verhaltens-therapeutische Maßnahme. Die Grundannahme ist ähnlich wie bei der Bettzeit-Restriktion und Stimuluskontrolle (s.o.). Neu ist der Umstand, dass es sich hier um eine sehr kurze, aber intensive Intervention handelt.

Vor dem eigentlichen Training findet eine so genannte Schlafrestriktions-Nacht statt, in der höchstens 5 Stunden im Bett zugebracht werden dürfen. Das erhöht den Schlafdruck. Für das eigentliche Training wird der Patient im Schlaflabor für eine polysomnografische Schlafmessung verkabelt. So verbleibt er rund 25 Stunden, die in 50 Abschnitte von jeweils einer halben Stunde unterteilt werden. In jedem dieser Abschnitte hat man 20 Minuten Zeit um einzuschlafen. Wenn das gelingt, dürfen in der Tat 3 Minuten am Stück geschlafen werden, dann wird geweckt. Gelingt es nicht, muss bis zum nächsten Zeitabschnitt gewartet werden. Während dieser Wartezeiten darf man lesen, fernsehen usf. Nach dem Training bekommt man eine ausführliche Rückmeldung über die jeweiligen Schlaf- und Wachzeiten während jedes Zeitabschnitts.

Dieses Training scheint sehr schnell zu wirken, vor allem in Kombination mit einer klassischen Stimuluskontroll-Behandlung. Ob es jedermanns Sache ist, bleibt eine individuelle Entscheidung. Aber die Forschung schreitet voran und wer weiß, was noch alles eines Tages angeboten werden kann, um endlich

wieder einmal „normal schlafen zu können“, wie der klassische Patienten-Seufzer lautet.

## Schlussfolgerung

Schlafstörungen sind häufig - und lästig bis zermürend, je nach Betroffenheit. Die meisten ertragen es mehr oder weniger ergebnislos („Volkskrankheit“, wer hatte nicht schon Schlafstörungen). In einigen, wahrscheinlich nicht wenigen Fällen ist es aber ein Teufelskreis mit allen Konsequenzen auf psychosozialer, seelischer und sogar körperlicher Ebene. Hier muss etwas geschehen.

Am häufigsten ist die Pharmakotherapie, durchaus wirkungsvoll, aber nicht ohne Risiken, vor allem auf Dauer. Hier könnte, ja müsste eine verstärkte psychotherapeutische Behandlung der Insomnie einspringen. Das findet sich allerdings erst in Ansätzen. Dabei ist die Kognitive Verhaltenstherapie die bisher am besten belegte Behandlungsmöglichkeit. Sie ist allerdings im Gesundheitssystem noch nicht ausreichend verankert und bleibt deshalb wohl den meisten mangels Angebot erst einmal verwehrt.

Computer- und internet-gestützte Therapieverfahren wären eine Möglichkeit, die bei anderen Krankheitsbildern bereits mit nachweisbaren Behandlungserfolgen erstaunen lassen. Vielleicht hilft auch hier ein so genanntes gestuftes Behandlungsmodell („Stepped Care“-Modell). Es sieht vor, erst einmal kostengünstige, d. h. weniger aufwendige Therapieverfahren einzusetzen, die sich vor allem an die individuellen Bedürfnisse anpassen. Je nach Bedarf wird man dann zu intensiven Behandlungsformen kommen (müssen).

Bei den Schlafstörungen wären das erst einmal Flyer, Broschüren, Bücher, CDs oder DVDs und das Internet. In einem weiteren Schritt, falls nötig, wären es spezialisierte Pflegekräfte, die hier informieren könnten. Eine konkrete Behandlung wäre dann eine psychologische oder ärztliche Aufgabe. Das wären dann Gruppen- oder Einzeltherapie. Nur in ganz extremen Fällen käme es dann zu den eher teuren und zeitaufwendigen intensiveren Behandlungsmöglichkeiten der spezialisierten Psychologen und Schlafmediziner. Qualifizierte Selbstbeurteilungs-Instrumente könnten hilfreich sein, den Experten aber nicht ersetzen.

Inwiefern ein solches gestuftes Behandlungsmodell sich im Alltag umsetzen lässt und vor allem nicht nur kostengünstig, sondern auch effektiv ist, muss allerdings noch beforscht werden.

## Literatur

Grundlage dieser Ausführungen ist das Fachbuch *Elisabeth Hertenstein, K. Spiegelhalder, Anna Johann, D. Riemann: Prävention und Psychotherapie der Insomnie*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2015