

## Kapitel 16

# Schlafstörung

L. Schindler

## Einführung

Ein- und Durchschlafstörungen nennt man zusammenfassend Insomnien (auch Hyposomnien). Ihre Häufigkeit in der Bevölkerung wird mit Prozentsätzen zwischen 15 und 25 angegeben (vgl. Knab, 1989). Wenn es sich dabei nicht um ein Begleitsymptom einer Grunderkrankung handelt, so spricht man von primärer oder auch psychogener Insomnie. Die Diagnostik ist häufig schwierig, wenn Schlafstörungen in Verbindung mit Angst oder Depression berichtet werden.

Personen, die unter chronischen Schlafstörungen leiden, berichten sowohl von einer verkürzten Schlafdauer und langen Wachzeiten in der Nacht, als auch von leichtem Schlaf, der wenig Erholung bietet und zu Müdigkeit am Tage führt. Neben dieser Verschlechterung von Quantität und Qualität des Schlafes leiden die Betroffenen auch an einer Beeinträchtigung in der Tagesbefindlichkeit und einem erhöhten Ausmaß an Belastung während des Tages berichtet. In der Regel ist zunächst schwierig zu bestimmen, was als Ursache und was als Wirkung anzusehen ist.

Ein allgemeingültiges „Schlaf-Soll“ kann nicht angegeben werden, da das Schlafbedürfnis individuell sehr stark variiert. So wird immer wieder von sog. „natürlichen Kurzschläfern“ berichtet, die angeben, mit 4 bis 5 Stunden Schlaf auszukommen. Generell nimmt die durchschnittliche Schlafdauer mit zunehmendem Alter ab (siehe auch Knab, 1989). Zudem scheinen Schlafgewohnheiten aber auch Lernprozessen zu unterliegen. Aus diesen Gründen können die üblichen Kriterien, die auf Dement & Guilleminault (1973) zurückgehen, nur als Richtwert angesehen werden. Nach diesen Kriterien liegt eine Schlafstörung vor, wenn die Schlafdauer mehr-

mals pro Woche unter 6 ½ Stunden liegt, bzw. wenn die Einschlaf latenz oder die nächtlichen Wachphasen über 30 Minuten betragen.

Die Bedingungen für die Entstehung von Schlafstörungen werden in einem erhöhten kognitiven und physiologischen Erregungsniveau gesehen, das mit Schlaf unvereinbar ist. Diese Erregung wird durch Belastung und durch fehlende Möglichkeiten zur Streßbewältigung während des Tages aufgebaut (siehe z. B. Waters, Adams, Binks & Varnado, 1993). Die Schlafumgebung gleicht den Bedingungen einer sensorischen Deprivation und begünstigt das Auftreten von Grübeln, was wiederum das Erregungsniveau aufrechterhält (Borkovec, 1982).

Akute Schlafstörungen, die durch besonders einschneidende Ereignisse ausgelöst werden, hat fast jeder schon erlebt. Eine solche akute Störung erstreckt sich jedoch meist nur über den Zeitraum einer einzigen oder einiger weniger Nächte. Es stellt sich daher die Frage, welche Bedingungen zu einer Chronifizierung führen. Aufschluß darüber erbringen Studien, in denen „gute“ und „schlechte“ Schläfer miteinander verglichen werden. Bei solchen Vergleichen zeigte sich, daß sowohl in der Lebenssituation als auch im Verhalten deutliche Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen bestehen (z. B. Schindler, Hohenberger-Sieber & Pauli, 1988). Schlafgestörte Personen erleben in verschiedenen Lebensbereichen deutlich mehr an Belastung und zeigen entsprechende Streßreaktionen, wie z. B. Unfähigkeit zur Entspannung (siehe auch Strauch, 1990). Die daraus resultierende Verunsicherung und negative Erwartung gegenüber dem eigenen Schlaf tragen ihrerseits zur Aufrechterhaltung und damit zu einer Chronifizierung bei. Ein weiterer aufrechterhaltender Faktor ist ein unregelmäßiger Schlaf/Wach-Rhythmus, der u. a. dadurch zustande kommt, daß versucht wird, Schlaf nachzuholen.

Aufgrund der aufrechterhaltenden Bedingungen sind für Personen, die an chronischen Schlafstörungen leiden, in der Regel Veränderungen in einer Reihe von verschiedenen Bereichen erforderlich. Sie subsumieren sich in zwei übergeordnete therapeutische Zielbereiche (vgl. Schindler, 1998).

Diese bestehen zum einen in der Veränderung des Schlafverhaltens (siehe z. B. Jacobs, Benson & Friedman, 1993); zum anderen schließen sie Veränderungen in der übrigen Lebenssituation ein, um die funktionalen Bedingungen zu modifizieren, welche für erhöhte emotionale Belastung und damit für die Aufrechterhaltung der Störung verantwortlich sind (vgl. Schindler & Hohenberger-Sieber, 1985).

In der gängigen Therapiefor schung zur Insomnie wird leider immer noch vorwiegend die Wirkungsweise von Einzeltechniken (z. B. Entspannungsverfahren oder Stimuluskontrolle) untersucht. Dies steht in deutlichem Wi-

derspruch zu dem heutigen Wissen über die multiplen Faktoren bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Aus dem oben beschriebenen Bedingungsmodell ergibt sich die Notwendigkeit einer breiten therapeutischen Intervention. Inzwischen ist die Effektivität eines solchen praxisorientierten Vorgehens sowohl anhand verschiedener kontrollierter Einzelfälle (z. B. Bootzin, 1985; Thoresen, Coates, Zarcone, Kirmil-Gray & Rosekind, 1980; Hohenberger-Sieber, Müller & Schindler, 1986), als auch anhand von Studien mit größeren Stichproben (Schindler & Hohenberger-Sieber, 1985; Schindler, 1991) bereits mehrfach demonstriert worden.

Der hier vorgestellte Fall wurde gewählt, weil sich an ihm sehr gut die funktionalen Bedingungen darstellen lassen, welche für Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen Störung verantwortlich sind. So läßt sich bei der folgenden Darstellung auch die Relevanz des Breitbandansatzes bei der Intervention gut aufzeigen.

## 1 Beschreibung der Störung

### *Biographische Angaben*

Der Patient Herr I. ist 32 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von 2 und 4 Jahren. Er arbeitet als leitender Angestellter in einem großen Wirtschaftsunternehmen.

Er hat einen um 6 Jahre jüngeren Bruder und eine um 12 Jahre jüngere Schwester. Emotionale Wärme habe er im Elternhaus nie gespürt. Die Mutter sei sehr launenhaft gewesen. Er beschreibt sie als streng und dominierend, dabei in ihren Stimmungen stark schwankend. Die sehr wechselhafte Beziehung zu ihr habe ihm Angst gemacht. Der Vater hingegen sei eher beständig gewesen; „weich“ auf seine Art, aber andererseits auch ein „Kopfmensch“, so wie er.

Auf Leistung wurde von den Eltern besonderer Wert gelegt, für entsprechende Ergebnisse erfuhr er Aufmerksamkeit. Er scheint immer bemüht gewesen zu sein, störungsfrei zu funktionieren und einwandfreie Leistungen zu erbringen. In Schule und Studium hätten ihn ausgeprägte Prüfungsängste begleitet.

Die kühle Atmosphäre in seiner Herkunftsfamilie und die dort gelernten Interaktionsformen erschweren es ihm bis heute, näheren emotionalen Kontakt in engeren Beziehungen aufzubauen. Dies gilt für den Kontakt mit Freunden und Kollegen, aber auch für die eigene Familie. Sowohl das Verhältnis zu seinen Kindern, als auch zu seiner Frau erscheint eher distan-

ziert. Seine Frau, die er mit 17 Jahren kennengelernt, und mit 24 geheiratet hat, ist zu Hause und nicht berufstätig.

### *Beschwerdebild*

Herr I. leidet unter massiven Einschlafschwierigkeiten, die als chronisch bezeichnet werden müssen. Der Beginn liegt ca. ein Jahr zurück, der verschärfte Zustand besteht seit ca. 2 Monaten. Er räumt ein, daß er schon immer sehr auf seine Gesundheit bedacht gewesen sei und sein Körpergeschehen genau beobachtet habe. Obwohl er bisher noch nie in seinem Leben ernsthaft krank gewesen sei, habe er zunächst an eine organisch bedingte Schlafstörung geglaubt. Eine ausführliche internistische Diagnostik habe jedoch keinen pathologischen Befund erbracht. Nachdem er kurz darauf mehrere Nächte hintereinander völlig schlaflos durchwacht hatte, habe er sich an die Ambulanz einer psychosomatischen Klinik gewandt. Die dort vorgenommenen neurologischen Untersuchungen ergaben keine Auffälligkeiten. Nach einer ersten Krisenhilfe von 4 Gesprächen und einer Medikation mit Halzion wurde dem Patienten dort eine weiterführende Psychotherapie empfohlen.

Entsprechend seinen Schilderungen während der ersten Sitzungen begann die aktuelle Symptomatik vor dem Hintergrund eines bevorstehenden Wechsels in eine Abteilung, in der er selbständig Geschäfte mit großem Risiko abwickeln müsse. Vor einem Jahr hatte er erfahren, daß sein Chef in Ruhestand gehen werde und er eventuell sein Nachfolger werden könne. Ein Vierteljahr später habe sich zunehmend abgezeichnet, daß er die Leitung übernehmen werde, was nun in Kürze der Fall sein wird. Im Zuge dieser Entwicklung habe er sich zunehmend von Kollegen isoliert gefühlt, sich auch selbst immer mehr zurückgezogen. Mit der neuen Position verbunden sei eine beträchtliche Gehaltserhöhung. Anfangs habe er sich darüber gefreut, inzwischen sei er eher beunruhigt; es sei für ihn ein ungutes Gefühl, nunmehr als Abteilungsleiter im Mittelpunkt zu stehen.

Die Beziehung zu seiner Familie schilderte er als distanziert; insbesondere seien ihm die Kinder manchmal lästig. Um sich die Nachtruhe zu sichern, schlafe er seit einigen Jahren alleine, da er sich vor allem anfangs durch die Kinder ziemlich im Schlaf gestört gefühlt habe. Für die Familie habe er unter der Woche wenig Zeit, da er häufig länger arbeiten und zudem über eine Stunde zur Arbeit fahren muß. Somit sieht er die Kinder wochentags nur noch kurz am Abend. Gelegentlich erreichen ihn abends auch noch geschäftliche Telefonate, die ihn dann den ganzen Abend hindurch gedanklich beschäftigen. Auch am Wochenende bleibt nur wenig freie Zeit, da er

sich erholen und Kräfte sammeln müsse. Familiäre Probleme würden ihm den Schlaf nicht rauben.

Noch aus seiner Schulzeit habe er sich einen Freundeskreis in seinem Heimatort erhalten. Man träfe sich zwar regelmäßig, allerdings in großen Abständen und immer seltener. Er fürchtet, sein beruflicher Aufstieg könnte auch diesen Freundeskreis gefährden, d. h. seine Freunde könnten neidisch werden und sich zunehmend entfremden.

Früher sei Schlaf für ihn ein Refugium gewesen, eine Flucht in die Traumwelt. Auch sei er schon immer auf ausreichenden und ungestörten Schlaf bedacht gewesen. Schlafstörungen kannte er so gut wie nicht; wenn sie auftraten, so waren sie auf eine Nacht beschränkt. Erstmals habe er dann vor ca. einem Jahr nach einer ausgedehnten Rennradtour und anschließendem Kaffeegenuß ein ansteigendes Unruhegefühl gespürt, welches sich auch negativ auf den Schlaf in der folgenden Nacht ausgewirkt hätte. Die Unruhegefühle während des Tages hätten in der Folge allmählich zugenommen; ein halbes Jahr später seien Tachykardien, Druckgefühle im Oberbauch und Völlegefühle im Magen hinzu gekommen; eine organische Abklärung habe keinen Befund erbracht. Die Beschwerden während des Tages sowie die Störung des Nachtschlafes hätten zu diesem Zeitpunkt quälende Ausmaße erreicht.

Über die weitere Entwicklung seiner Beschwerden hat er genaue Aufzeichnungen vorgenommen. Er konsultierte zunächst den Hausarzt und bekam Adumbran verschrieben. Als die Einnahme keine schnelle Besserung erbrachte, habe er das Medikament nach wenigen Tagen selbständig wieder abgesetzt. Ebenso habe er später das von der Poliklinik verschriebene Halzion nach zwei Tagen nicht mehr eingenommen.

Zunehmend leide er jetzt auch tagsüber unter gedrückter Stimmung und Mutlosigkeit, und es falle ihm vor allem am Wochenende schwer, aktiv Dinge anzugehen. Selbst wenn er sich tagsüber einigermaßen wohl fühle, spüre er, sobald er sich ins Bett lege, ein zunehmendes Erregungsgefühl und werde „hellwach“. Er höre nachts, wenn er auf der Seite liege, verstärkte Pulsationsgeräusche auf den Ohren, es kommt zu Magenschmerzen und Herzklopfen, die sich zu Angstzuständen steigern können. Er lege sich möglichst auf den Rücken und versuche, an nichts zu denken, um so einzuschlafen. Er vermittelt den Eindruck, als ob er völlig verspannt im Bett liege, ohne sich zu rühren. So liege er über mehrere Stunden wach, werde zunehmend hilflos und aufgewühlt. Seine Gedanken kreisten dann vorwiegend um berufliche Belange, vor allem um seine berufliche Entwicklung, d. h. um seine künftige neue Position und der Abwägung all ihrer Vor- und Nachteile. Oft liege er bis 4 Uhr früh wach, sei dann um 6 Uhr, wenn der Wecker klingelt, völlig übermüdet und zerschlagen.

## 2 Diagnostik

### Psychischer Befund

Im Erstgespräch wirkte der Patient aufgeschlossen und bemüht. Er sprach sehr schnell und schaute immer wieder in seinen Kalender, um keine falschen Aussagen bezüglich seiner Beschwerden zu machen. Affektiv erschien er wenig schwingungsfähig, er ließ so gut wie keine emotionale Betroffenheit aufkommen. In der Grundstimmung erschien er gedrückt, innerlich sehr angespannt und unruhig, in der Umgangsform erschien er freundlich und eher glatt, sehr angepaßt. Er war akkurat gekleidet, wirkte im Verhalten kontrolliert. Der Antrieb schien reduziert, das Denken formal und inhaltlich geordnet; Gefahr von Suizidalität bestand nicht.

Er beschrieb sich selbst als Kopfmensch und Grübler, er sei in allem sehr genau und gewissenhaft; er brauche Strukturierung, wolle an sich arbeiten, könne sich nicht fallen lassen. Er habe sich schon immer extrem gefordert, sei dabei aber auch immer schon nervös und unausgeglichen gewesen. Er führte vieles an seiner Persönlichkeit auf die Erfahrungen in Kindheit und Elternhaus zurück.

### Diagnostische Instrumente

Vor der Therapie, sowie 12 Monate danach wurde eine Fragebogenbatterie zur Veränderungsmessung eingesetzt. In diese Batterie wurden verschiedene Skalen aufgenommen, die den Annahmen über die aufrechterhaltenden Bedingungen der Symptomatik entsprechen (siehe Schindler et al., 1984; Schindler, Hohenberger-Sieber & Pauli, 1989; Schindler, 1991).

#### *Schlaffragebogen*

Der Bogen enthält neben persönlichen Angaben Fragen zu Quantität und Qualität des Schlafes, sowie Art und Dauer von nächtlichen Wachzeiten. Er wird mit der Instruktion vorgegeben, bei der Beantwortung die vergangenen zwei Wochen in Betracht zu ziehen.

#### *Lebenszufriedenheit*

Dieser Fragebogen wurde von Blau (1977) entwickelt. In der hier benutzten Form enthält er 10 verschiedene Lebensbereiche wie Freizeit, Sozial-

kontakt, und Familie. Auf einer Skala von 0 bis 50 wird die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Bereich eingeschätzt. Für jeden Lebensbereich sind entsprechende Ankerwerte vorgegeben. Die Angaben pro Lebensbereich können zu einem Gesamtwert addiert werden, der als Index von allgemeiner Lebenszufriedenheit dienen kann. Zu Beginn der Therapie lag dieser Wert bei 350.

### Depressionsskala D-S'

Die Depressionsskala D-S' wurde von v. Zerssen (1976) entwickelt. Sie enthält 16 Items mit einer vierstufigen Antwortskala. Die Skala ist anhand verschiedener Stichproben von psychiatrischen Patienten und „Normalpersonen“ entwickelt worden. Zu Beginn der Therapie zeigte der Summenwert von 24 eine stark ausgeprägte depressive Störung an.

### Verlaufsdagnostik

Von der ersten Sitzung an führte der Patient ein tägliches Schlafprotokoll, in dem er die Uhrzeit des Zu-Bett-Gehens und des Aufwachens, Gesamtschlafdauer und Wachzeiten notierte. Aus der Baseline der ersten drei Wochen war dabei klar zu erkennen, daß es sich um eine reine Einschlafstö-

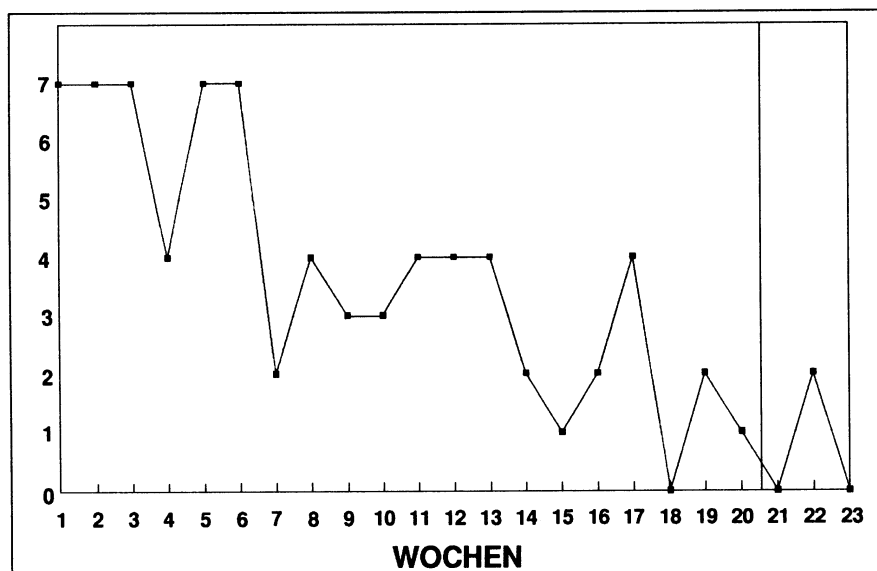


Abbildung 1: Einschlaflatenz über 30 Minuten (Häufigkeit pro Woche)

rung handelte. Nächtliche Wachzeiten waren nur selten, morgendliche Wachzeiten überhaupt nicht festzustellen. In der ersten Woche der Aufzeichnung schwankte die Einschlafzeit zwischen 1 ½ und 5 Stunden (Mittelwert bei 2 ½ Stunden). Die Gesamtschlafdauer zeigte ein Minimum von 2 und ein Maximum von 7 Stunden, mit einem Mittelwert von 5 Stunden in der ersten Woche der Aufzeichnung.

Der Gesamtverlauf für die Variable Einschlafzeit ist in Abbildung 1 abgebildet (für die Variable Gesamtschlafdauer siehe Abb. 2). Zur besseren Übersicht sind in der Abbildung Häufigkeiten pro Woche angegeben. D. h. aus den täglichen Aufzeichnungen wurde ermittelt, in wievielen Nächten pro Woche weniger als 30 Minuten Einschlafzeit bzw. mehr als 6 Stunden Gesamtschlafdauer festzustellen sind. Entsprechend ist in Abbildung 1 zu erkennen, daß Herr I. in den ersten drei Wochen jede Nacht länger als 30 Minuten wach lag, wenn er versucht hatte einzuschlafen. Mehr als sechs Stunden schlief Herr I. in der ersten Woche nur in zwei Nächten, in der zweiten Woche drei Nächte in der dritten Woche nur eine (siehe Abb. 2).

## Diagnose

Es handelt sich um eine sehr stark ausgeprägte Einschlafstörung, mit extrem verlängerter Einschlafzeit und dauerhaft reduzierter Gesamtschlafdauer.

Differentialdiagnostisch muß die depressive Symptomatik betrachtet werden, da Schlafstörungen als Begleitsymptom einer depressiven Entwicklung auftreten können. Es könnte bei der Diagnosestellung des weiteren an eine „Anpassungsstörung“ (im Sinne der DSM-IV, APA, 1996) im Zusammenhang mit der Veränderung der Berufssituation gedacht werden.

Kriterium bei der Entscheidung über die Diagnose muß der Bericht des Patienten sein (vgl. Lacks, 1987). Da Herr I. von sich aus die Schlafstörung in den Mittelpunkt seines Leidenszustandes stellt, müssen die depressiven Symptome als sekundär betrachtet werden. Eine solche depressive Begleitsymptomatik ist in der Regel bei Personen mit chronischer Insomnie zu beobachten.

Die Schlafstörung kann somit als primär angesehen werden, und nach der „Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen“ (ICSD; Schramm & Riemann, 1995) der Kategorie „psychophysiologische Hypsomnie“ zugeordnet werden (siehe hierzu Schindler, 1998).

Die Symptomatik muß vor dem Hintergrund einer narzißtischen und zwanghaften Persönlichkeit gesehen werden.

### 3 Verhaltensanalyse und Erklärungsmodell

#### Entstehung

Von Kindheit an ist die Lerngeschichte von Herrn I. davon geprägt, durch Leistung Anerkennung zu erlangen. So erklärt sich die Etablierung der stark ausgeprägten Leistungsorientierung. Aus der geschilderten Beziehung zu seinen Eltern wird auch deutlich, daß der Patient von klein auf fürchten mußte, bei Ausbleiben von Erfolg Anerkennung und Zuwendung zu verlieren. So ist erklärbar, warum sich Fehlschlagängste in so ausgeprägter Form etabliert und verfestigt haben.

Die bevorstehende berufliche Veränderung stellte für Herrn I. eine ausgeprägte Konfliktsituation dar. Einerseits strebte er den beruflichen Erfolg an, andererseits befürchtete er, den Aufgaben nicht gewachsen zu sein, sowie das Eintreten anderer negativer Konsequenzen, wie den Verlust der Freunde. Das daraus resultierende Ausmaß an Belastung erzeugte ein erhöhtes Anspannungsniveau. Als Schwellensituation erscheint der Tag mit zusätzlicher starker körperlicher Anstrengung (Radtour) und Kaffeingenuß. Diese Bedingungen führten zunächst zu akuten Schlafstörungen. Die bestehende Neigung von Herrn I., seine körperliche Befindlichkeit wachsam zu beobachten, trug in der Folge zur Chronifizierung bei. Durch eine solche Übersensibilität werden bereits geringe physiologische Schwankungen als bedrohlich erlebt. Die dadurch ausgelöste Alarmreaktion trägt ihrerseits zu einer weiteren Erhöhung des Erregungsniveaus bei.

#### Aufrechterhaltung

Die wiederholte negative Erfahrung bei dem Versuch einzuschlafen führte zu der Entwicklung von Erwartungsängsten hinsichtlich solcher Wachzeiten. Im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung trägt das damit einhergehende Erregungsniveau in der Folge tatsächlich zu erhöhter Einschlaflatenz bei. Des weiteren gewinnt die Schlafumgebung aversiven Charakter und wird so zum Auslöser für mit Schlaf inkompatibler Anspannung. Diese Anspannung wurde dadurch weiter aufrecht erhalten, daß der Patient sich gedanklich mit Probleminhalten (Beruf, Gesundheit) beschäftigte, während er wach lag. Morgens fühlte er sich meist zerschlagen und nicht leistungsfähig. Dies erhöhte seine Angst, den gestellten Anforderungen nicht gerecht werden zu können.

In dem Bemühen, „zur Ruhe zu kommen“, schränkte Herr I. alle Aktivitäten in der Freizeit zunehmend ein. Er traf keine Verabredungen mehr und

zog sich zunehmend von der Familie zurück. Durch den damit einhergehenden Verstärkerverlust verschärfte sich die depressive Entwicklung. Außerdem halten die dadurch erzeugten Schuldgefühle wiederum das Anspannungsniveau aufrecht. So wurde nicht nur durch zu wenig Schlaf, sondern auch durch die veränderte Tagesaktivität Stimmung und Befinden beeinträchtigt.

Linderung erhoffte sich Herr I. dadurch, daß er Schlaf nachholen wollte. Um zu genügend Schlaf zu kommen, ging er daher häufig sehr früh zu Bett. Genau dies trägt jedoch zur Aufrechterhaltung der Schlafstörung bei, da die Einschlaf latenz um so größer wird, je früher man zu Bett geht. Somit schließt sich der Teufelskreis, der die Störung aufrechterhält.

## 4 Therapieziele und Behandlungsplan

Herr I. wollte mit Hilfe der Therapie wieder einen erholsamen Schlaf erreichen. Dabei legte er weniger Wert auf die Länge der Schlafenszeit, aber besonderes Gewicht auf die Ungestörtheit des Schlafes. Er gab an, er wäre mit einer regelmäßigen Schlafdauer von 6 Stunden zufrieden, sofern dieser nicht längere quälende Wachzeiten vorausgehen würden. Entsprechend wurden als Therapieziel eine Einschlaf latenz von weniger als 30 Minuten und eine Gesamtschlafdauer von 6 Stunden definiert. Um diese Ziele zu erreichen ergaben sich folgende Interventionsbereiche:

- A. Veränderung des Schlafverhaltens
  - Veränderung der Einstellung zum Schlaf
  - Änderung der Schlafgewohnheiten
  - Wiederherstellung eines geregelten Schlaf/Wach-Rhythmus
  - Fähigkeit zur körperlichen Entspannung
  - Fähigkeit zur kognitiven Kontrolle
- B. Veränderung der übrigen Lebenssituation
  - Abbau von Fehlschlagangst und Erhöhung der Selbstverstärkungsrate
  - Reduzierung des überzogenen Leistungsanspruchs
  - Fertigkeiten zur Problemlösung und zum Streßmanagement
  - Fertigkeiten zur Beziehungsgestaltung
  - Ausbau von sozialen und anderen Aktivitäten

Die Behandlung erstreckte sich über 12 Sitzungen in einem Zeitraum von 5 Monaten. Zu Beginn fanden die Sitzungen meist einmal wöchentlich statt, später in Abstand von zwei Wochen. Im folgenden soll die Umsetzung Behandlung im einzelnen beschrieben werden.

### *Veränderung des Schlafverhaltens*

Herr I. hatte einerseits wenig Wissen über den Schlaf, andererseits herrschten bei ihm verschiedene irrationale Einstellungen vor (z. B. akute Gesundheitsgefährdung durch Schlafmangel). Entsprechend wurden dem Patienten zunächst grundlegende Informationen über Struktur und Funktion des Schlafs gegeben. Daraus ließ sich für ihn schlüssig ableiten, daß Wachphasen zwar unangenehm oder gar quälend sein können, daß aber der Organismus durchaus auch über absehbare Zeit mit einem Minimum an Schlaf auskommt.

Verschiedene Maßnahmen zur „Schlafhygiene“ (siehe Lacks, 1987) wurden ergriffen. Diese bestanden zum einen darin, daß der Patient auf eher niedrige Temperatur und ausreichende Belüftung des Schlafrumes achtete. Zum anderen mußten „Nickerchen“ am Tage v. a. an den Wochenenden unterbunden werden. Der Patient neigte dazu, sich tagsüber hinzulegen, um „Kräfte für die Woche zu tanken“; es war jedoch während der Verhaltensanalyse offensichtlich geworden, daß es ihm sowohl an Ideen wie an Antrieb für eine sinnvolle Gestaltung seiner freien Zeit fehlte. Entsprechende Aktivitäten mußten erst entwickelt werden (siehe Komponente B).

Um einen geregelten Schlaf/Wach-Rhythmus wiederherzustellen, wurde eine Tagesstruktur mit festen Zeiten des Zu-Bett-Gehens und des morgendlichen Aufstehens festgelegt. Dieser Zeitplan wurde über die gesamte Dauer der Therapie beibehalten.

Herr I. stand werktags um 6 Uhr auf. Entsprechend des angestrebten Zieles von 6 Stunden Schlafdauer ergab sich 23 Uhr als frühester Zeitpunkt des Zu-Bett-Gehens. Durch diese Beschränkung der Zeit im Bett, läßt sich die Wahrscheinlichkeit längeren Wachliegens verringern (vgl. Spielman, Sassin & Thorpy, 1987). Idealerweise wäre der Zeitpunkt des Zu-Bett-Gehens auf 24 Uhr festzulegen. Dies hatte jedoch starke Ängste bei Herrn I. geweckt und damit die Compliance gefährdet. Daher erschien 23 Uhr als Zeitpunkt der Wahl.

Um Fertigkeiten zur körperlichen Entspannung zu vermitteln, wurde das Training in progressiver Muskelentspannung (Jacobson, 1938) eingeführt. Nach ersten Übungen in der Sitzung erhielt der Klient eine entsprechende Tonbandkassette mit der Anweisung, zu Hause täglich zu üben. Diese Übungen sollten in zeitlichem Abstand vor dem Zu-Bett-Gehen vorgenommen werden.

In Ergänzung zur körperlichen Entspannung wurden Maßnahmen zur kognitiven Kontrolle eingeführt. Neben dem Training in Selbstinstruktionen beinhaltete dies die Übung von Ruhebildern (Lazarus, 1980).

Nachdem Herr I. die körperliche wie die kognitive Entspannung weitgehend beherrschte, sollten diese Fertigkeiten systematisch zur Förderung des Schlafes eingesetzt werden. Um den „Gedankenstop“ bei nächtlichem Grübeln weiter zu erleichtern, wurde vereinbart, daß er auftauchende Probleminhalte mit Stichwort kurz notiert. Diese Themen wurden dann in den folgenden Therapiesitzungen zum Gegenstand des Problemlösetrainings gemacht.

### *Veränderungen in der übrigen Lebenssituation*

Zunächst wurde ein sog. „positives Tagebuch“ eingeführt, welches das systematische Sammeln und schriftliche Fixieren von angenehmen Erlebnissen bedeutet. Dies sollte dazu dienen, der Fixierung der Aufmerksamkeit auf negative Gedanken entgegenzuwirken. Durch die Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus auf positive Selbstkognitionen wird die Stimmung angehoben, weitere angenehme Erfahrungen erleichtert, und somit das Selbstbild positiv verändert (vgl. Zimmer, 1993). Nach ersten Erfolgen wurde diese Komponente durch Übungen zur Wahrnehmung und zum Genießen positiver Erlebnisse ergänzt (vgl. Lutz, 1993).

Um die Selbstverstärkungsrate zu erhöhen mußten des weiteren die Leistungskriterien des Patienten modifiziert werden. Im Sinn des Selbstregulationsmodells (siehe Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) ist die Selbstverstärkungsrate das Ergebnis des Vergleiches von beobachtetem Verhalten und Anforderung an des eigene Verhalten. Liegt das Anspruchsniveau sehr hoch, kann das eigene Verhalten die gesetztem Kriterien nicht erfüllen. Das hohe Ausmaß an Selbstbestrafung das sich daraus ergibt, resultiert in dauerhaft reduzierter Selbsteffizienz. Daraus entwickelt sich ein chronisch erhöhtes Spannungsniveau, da der Patient fortwährend befürchtet, ihm gestellten Aufgaben nicht gewachsen zu sein.

Als Vorbereitung zur Beziehungsgestaltung in der Familie und zur Konfliktlösung im beruflichen Bereich wurden soziale Fertigkeiten hinsichtlich offener Kommunikation im Rollenspiel aufgebaut. Entsprechende Hausaufgaben dienten zur Umsetzung zwischen den Therapiesitzungen. In diesem Zusammenhang artikulierte Herr I. erstmals Schuldgefühle gegenüber der Familie, insbesondere die Kinder betreffend. Er würde gerne die Beziehung intensivieren, erlebte aber einen Interessenkonflikt mit seiner Arbeit, die ihn ja künftig noch mehr in Anspruch nehmen werde. Mittels sokratischem Dialog konnten erfolgreich Wertigkeiten hinterfragt, bzw. „Katastrophen-Denken“ weiter abgebaut werden.

Anhand von aktuell auftretenden Situationen, in denen Herr I. von starker Anspannung und Versagensängsten berichtete, wurden weitere „automati-

sche Gedanken“ exploriert und modifiziert (siehe Beck, Rush, Shaw & Emery, 1992). So wurden Einstellungen herausgearbeitet (z. B. „immer fehlerfrei arbeiten“; „alles muß absolut zuverlässig sein“) und kognitive Umstrukturierungen eingeleitet.

Es wurde eine Tagesstruktur für den Arbeitstag eingeführt, wobei darauf geachtet wurde, daß eine Reihenfolge von zunächst unangenehmen und anschließend angenehmen Erledigungen gewährleistet ist. Der Umgang mit Belastung bzw. Möglichkeiten zur Streßreduzierung wurden geübt und in Selbstkontrollprogrammen für die Zeit zwischen den Sitzungen festgelegt.

### Therapieverlauf

Bereits in der vierten Sitzung hatte Herr I. die ersten Maßnahmen zur Veränderung des Schlafverhaltens gut umgesetzt. So hatte er für die Werktage 23 Uhr als festen Zeitpunkt des Zu-Bett-Gehens etabliert, was allerdings nicht sofort auch zu einer Einschlafzeit von weniger als 30 Minuten führte.

Der Patient berichtete bereits nach den ersten Interventionen von zunehmender Verbesserung des Schlags. In der fünften Sitzung waren bereits

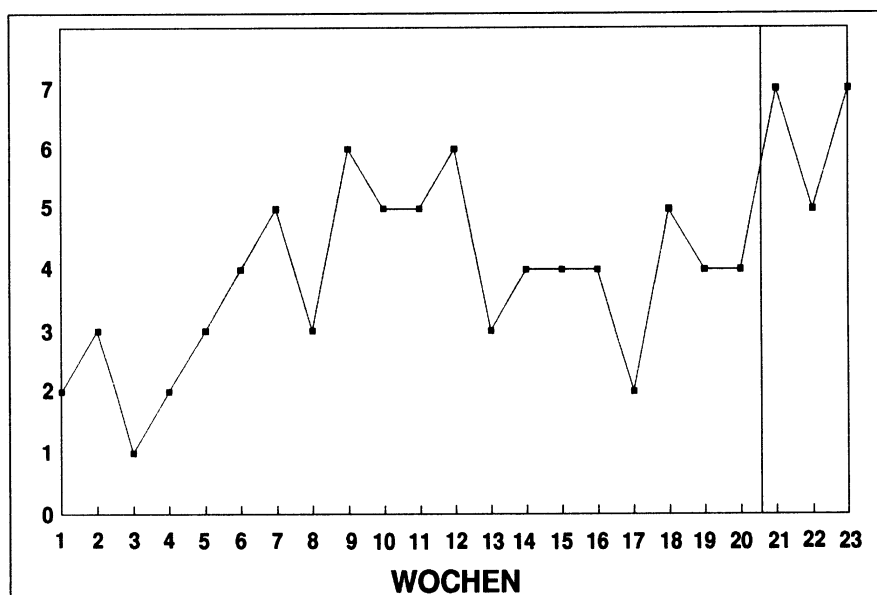


Abbildung 2: Schlafdauer über 6 Stunden (Häufigkeit pro Woche)

fünf gute Nächte pro Woche (Behandlungswoche 7) festzustellen, wie es sich aus dem Schlaftagebuch ablesen läßt (siehe Abb. 2).

Allerdings hatte Herr I. wiederholt Einbrüche am Wochenende erlebt. Wie bereits erwähnt, konnten als Bedingungen dafür Antriebslosigkeit und Inaktivität herausgearbeitet werden. Daraus ergab sich der weitere Ausbau persönlicher Interessen und Unternehmungen, der mittels eines Selbstkontrollprogrammes vorgenommen wurde.

Im Anschluß an die sechste Sitzung fuhr Herr I. mit seiner Familie für zwei Wochen in Urlaub. Dies war ein hilfreicher Umstand, um sich von der Arbeit weiter kognitiv zu distanzieren. Dazu gehörten Maßnahmen wie z. B. keine Fachbücher mitzunehmen, und nicht in der Firma anzurufen. Des weiteren war dadurch Zeit und Gelegenheit für Aktivitäten gegeben, die der Patient für sich alleine bzw. mit seiner Familie (Strandspaziergang, Spiele u. ä.) entwickeln wollte. Der Urlaub stellte jedoch andererseits eine gewisse Gefahr für den gerade erst etablierten regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus dar. Entsprechend ergab sich eine Stagnation in den Wochen 11 bis 13 (siehe Abb. 1).

Danach zeigten sich bis zur Behandlungswoche 16 die Veränderungen im Schlaf über 3 Wochen hinweg stabil (siehe Abb. 1 und 2). Im familiären Bereich bahnten sich erfolgreiche und dauerhafte Veränderungen an. Er fühlte sich in der Arbeit und Freizeit deutlich entspannter, die Atmosphäre in der Familie war bereits vertrauter geworden. Der Patient berichtete von wachsender Zuversicht. Jedoch in der 17. Woche zeigte sich ein Einbruch, der nochmals den Zusammenhang zwischen akuter Belastung und verlängerter Einschlaf latenz unterstreicht. Der Patient berichtete von einem neuen bevorstehenden „großen Problem“ in der Arbeit, die resultierenden Erwartungsängste hatten zu einem erhöhten Spannungsniveau geführt, was sich unmittelbar in einer verschlechterten Schlafqualität widerspiegelte.

Nach der erfolgreichen Bewältigung dieses Einbruchs und der entsprechenden Herausforderung, zeigte sich eine deutliche Entlastung im Arbeitsbereich. Herr I. war kommissarischer Leiter der Abteilung geworden, was ihn zu dieser Zeit bereits nicht mehr beunruhigte.

Mit Ausnahme von wenigen Nächten erlebte er erholsamen und stabilen Schlaf. Seine Selbsteffizienz war wiederhergestellt, er hatte Fertigkeiten gelernt, die im das Vertrauen gaben, auch alleine neu auftretende Schwierigkeiten bewältigen zu können.

Bei Ende der Therapie wurde das Weiterführen der Selbstkontrollprogramme über das Ende der Behandlung hinaus betont. Noch relevante oder verbliebene Zielbereiche wurden zusammengestellt und in eine Hierarchie gebracht, sowie einzelne Selbstkontrollprogramme vorstrukturiert. Im Sin-

ne des Selbstmanagements wurden aus dem Verlauf der Therapie übergeordnete Regeln zur persönlichen Veränderung zusammengefaßt, mit denen Herr I. eventuell künftig auftretende kritische Situationen selbst bewältigen kann (vgl. Kanfer et al., 1996).

## 5 Resümee

Anhand des Schlafstagebuchs ist zu sehen, daß Herr I. bei Ende der Behandlung das Therapieziel weitgehend erreicht hatte. Dies wird deutlich, wenn man die letzten drei Behandlungswochen betrachtet. In dieser Zeitspanne schlief er 4 bis 5 Nächte pro Woche mehr als 6 Stunden (siehe Abb. 2). Vor allem gab es nur noch 1 bis 2 Nächte pro Woche, in denen er über 30 Minuten zum Einschlafen benötigte (siehe Abb. 1). Wenn es länger als 30 Minuten dauerte, so lag Herr I. maximal 1 Stunde wach. Bei der Nachkontrolle nach einem Jahr (Wochen 21 bis 23 in den Abbildungen) zeigten sich noch weitergehende Verbesserungen. So berichtete Herr I. 12 Monate später nur noch von zwei schlechteren Nächten im Verlauf von drei Wochen.

Die Erfolge bildeten sich auch in den Fragebogeninstrumenten ab. So zeigt der Summenwert von 400 eine deutlich gestiegene Lebenszufriedenheit (u. a. in den Bereichen Selbstakzeptanz und Freizeit). Der Depressionswert von 9 Punkten liegt nunmehr im Normalbereich.

Herr I. kann aus verschiedenen Gründen als „typischer Fall“ einer Insomnie gelten. Dies betrifft zum einen die anfängliche körperliche Attribuierung, die bei Schlafstörungen in der Regel zu beobachten ist. D. h. vom Betroffenen wird häufig zunächst eine physische Ursache für den gestörten Schlaf geäußert. Entsprechend wenden sich Personen, die an Schlafstörungen leiden, meist an einen Arzt und werden dort medikamentös behandelt. Dies zeigt die Notwendigkeit einer besseren Information für Ärzte über die psychogenen Ursachen und die nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten.

Bei den Patienten ist meist eine starke Ambivalenz zu beobachten. Einerseits wissen sie meist aus eigener Erfahrung um die Zusammenhänge zwischen ihrer Lebenssituation und den Schlafstörungen. Andererseits machen ihnen die notwendigen persönlichen Veränderungen Angst, und sie hoffen auf ein externes Heilmittel. Für eine entsprechende Einstellungsänderung vor Beginn der Behandlung sind folgende Maßnahmen hilfreich:

- die Konfrontation mit den verschiedenen ärztlichen Untersuchungen (die ja in den meisten Fällen ohne Befund sind)
- die Vermittlung von Information über Schlaf und Schlafstörung
- eine schrittweise konfrontative, provokative Gesprächsführung

Diese Maßnahmen sind deswegen hilfreich, weil sie bereits auf eine entsprechende Bereitschaft treffen. Dadurch, daß der Patient sich an einen Psychotherapeuten gewandt hat, hat er sich ja bereits prinzipiell einem entsprechenden Erklärungsmodell und der daraus folgenden Intervention gegenüber geöffnet.

In der ersten Sitzung hat auch Herr I. zunächst ein körperlich ausgerichtetes Erklärungsmodell vertreten. Damit verbunden äußerte er eine eher passive, konsumorientierte Therapiehaltung: Therapie als Medikament. Mit Hilfe der genannten Maßnahmen gelang jedoch in den ersten beiden Sitzungen die notwendige Änderung der Therapiemotivation. Damit war auch die erforderliche Form von therapeutischer Arbeitsgemeinschaft hergestellt. Nachdem sich Herr I. der psychogenen Verursachung gegenüber geöffnet hatte, arbeitete er sehr motiviert und konsequent mit. Hierbei kam ihm seine Gründlichkeit und Zielstrebigkeit zugute. Die relativ kurze Behandlungszeit läßt sich durch diese Arbeitshaltung erklären. Auch nach Therapieabschluß führte er in Form von Selbstkontrollprogrammen die Änderungsschritte weiter.

Als eher untypisch im vorliegenden Fall muß das Therapieziel von 6 Stunden Schlaf angesehen werden. Meist werden von den Patienten eher 7 bis 8 Stunden angestrebt und es ist Aufgabe zu Beginn der Therapie, diese Erwartung auf ein realistisches Maß zu reduzieren.

Die relativ kurze Behandlungszeit auch bei einer stark ausgeprägten chronischen Störung läßt sich jedoch generell in Aussicht stellen, wenn es gelingt, den Konsens über ein entsprechendes Erklärungsmodell zu schaffen und eine konstruktive therapeutische Arbeitsbeziehung herzustellen (vgl. Schindler, 1991). Eine solche therapeutische Beziehung hat sich als die wichtigste Voraussetzung für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf erwiesen.

## Literatur

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Blau, T.H. (1977). Quality of life, social indicators, and criteria of change. *Professional Psychology, 11*, 464–473.
- Bootzin, R.R. (1985). Insomnia. In M. Hersen & C.G. Last (Eds.), *Behavior Therapy Casebook*. New York: Springer.
- Borkovec, T.D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 880–895.

- Dement, W.C. & Guilleminault, C. (1973). Sleep disorders: The state of the art. *Hospital Practice*, 8, 51–71.
- Hohenberger-Sieber, E., Müller, G. & Schindler, L. (1986). Treatment of sleep-maintenance insomnia: A case study using time-series analysis. *Behavioral Psychotherapy*, 14, 326–333.
- Jacobs, G.D., Benson, H. & Friedman, R. (1993). Home-based central nervous system assessment of a multifactor behavioral intervention for chronic sleep-onset insomnia. *Behavior Therapy*, 24, 159–174.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Knab, B. (1989). *Schlafstörungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. New York: Pergamon Press.
- Lazarus, A. (1980). *Innenbilder: Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe*. München: Pfeiffer.
- Lutz, R. (1993). Genußtraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Schindler, L. (1998). Schlafstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung*. Berlin: Springer.
- Schindler, L., Hohenberger, E. & Müller, G. (1984). Der Vergleich von guten und schlechten Schläfern: Eine Studie zur Exploration möglicher Interventionsbereiche. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 29, 145–153.
- Schindler, L. & Hohenberger-Sieber, E. (1985). The need of a multifaceted behavioral approach to the treatment of insomnia. In W.P. Koella, E. Ruether & H. Schulz (Eds.), *Sleep '84*. Stuttgart: Fischer.
- Schindler, L., Hohenberger-Sieber, E. & Pauli, P. (1988). Korrelate des gestörten Schlafes: Eine Replikationsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 118–130.
- Schramm, E. & Riemann, D. (Hrsg.) (1995). *Internationale Klassifikation der Schlafstörungen ICSD*. Weinheim: Beltz.
- Spielman, A.J., Saskin, P. & Thorpy, M.J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10, 45–56.
- Strauch, I. (1990). Schlaf: Ätiologie/Bedingungsanalyse. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Klinische Psychologie Bd. 1*. Bern: Huber.
- Thoresen, C.E., Coates, T., Zarcone, V., Kirmil-Gray, K. & Rosekind, M.R. (1980). Treating the complaint of insomnia: Self-management perspectives. In I.M. Ferguson & C.B. Taylor (Eds.), *A comprehensive handbook of behavioral medicine*. New York: Springer.
- Waters, W.F., Adams, S.G., Binks, P. & Varnado, P. (1993). Attention, stress, and negative emotion in persistent sleep-onset and sleep-maintenance insomnia. *Sleep*, 16, 128–136.
- Zerssen, v.D. (1976). *Depressivitätsskala D-S und D-S'*. Manual. Weinheim: Beltz.
- Zimmer, F.T. (1993). Kontrolle verdeckter Prozesse: Aufbau eines positiven Selbstkonzepts. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.