



Leseprobe aus:

Binder/Schöller/Weeß, Therapie-Tools Schlafstörungen,
ISBN 978-3-621-28534-6 © 2020 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/9783621285346>

Binder • Schöller • Weeß

Therapie-Tools
Schlafstörungen

Ralf Binder • Florian Schöller • Hans-Günter Weeß

Therapie-Tools Schlafstörungen

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

Dr. Ralf Binder
Pfalzkrinikum für Psychiatrie und Neurologie
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
E-Mail: ralf.binder@pfaizkrinikum.de

Dipl.-Psych. Florian Schöller
Celenus Parkkrinik Bad Bergzabern
Kurtalstraße 83–85
76887 Bad Bergzabern
E-Mail: f.schoeller@parkkrinik-bad-bergzabern.de

Dr. Hans-Günter Weeß
Pfalzkrinikum für Psychiatrie und Neurologie
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
E-Mail: hans-guenter.weess@pfaizkrinikum.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28534-6 Print
ISBN 978-3-621-28535-3 E-Book (PDF)

1. Auflage 2020

© 2020 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Einbandgestaltung/Umschlaggestaltung: Lina-Marie Oberdorfer

Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	11
1 Einführung	12
2 Störungsbilder und Diagnostik	15
2.1 Störungsbilder	15
2.2 Diagnostik	15
3 Psychoedukation: gesunder Schlaf und Selbstbeobachtung	46
4 Psychoedukation: Erklärungsansätze von Insomnien	89
5 Behandlung der Insomnie	129
5.1 Verhaltenstherapeutische Standardinterventionen zur Schlaf-Wach-Strukturierung	129
5.2 Kognitive und metakognitive Interventionen	170
5.3 Emotionsbasierte Interventionen	202
5.4 Entspannungsverfahren	224
6 Komorbide Insomnien	264
7 Pharmakotherapie	285
Literatur	290

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

2 Störungsbilder und Diagnostik

2.1 Störungsbilder

2.2 Diagnostik

INFO 1	Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus	24
INFO 2	Alpträume	26
INFO 3	Aufwachstörung: Pavor nocturnus	28
INFO 4	Aufwachstörung: Schlafwandeln (Somnambulismus)	29
INFO 5	Nichtorganische Hypersomnie	30
INFO 6	Schlafbezogene Atmungsstörungen: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	31
INFO 7	Das Syndrom der unruhigen Beine: Restless-Legs-Syndrom (RLS)	33
INFO 8	Narkolepsie	35
INFO 9	Organisch bedingte Insomnien	36
AB 1	Screeningfragebogen Schlafstörungen nach ICD-10	37
AB 2	Diagnostisches Interview zur nichtorganischen und organischen Insomnie	39
AB 3	Schlaftagebuch	42

3 Psychoedukation: gesunder Schlaf und Selbstbeobachtung

INFO 10	Warum schlafen wir?	49
AB 4	Was ist Schlaf?	50
INFO 11	Schlafdefinition	51
INFO 12	Messung des Schlafes	53
INFO 13	Die Schlaf- und Wachstadien	55
INFO 14	Wissenswertes über die Schlafstadien	59
AB 5	Übung: Wie man den inneren Filter erkennt	62
AB 6	Meine Vorstellung vom Schlaf	63
INFO 15	Entwicklung des Schlafes über die Lebensspanne	66
INFO 16	Steuerung von Schlafen und Wachen: Zwei-Prozess-Modell der Schlaf-Wach-Regulation	70
AB 7	Wo liegt mein natürliches Schlafenster?	74
INFO 17	FAQs zum Schlafbedürfnis	75
AB 8	Das Wach- oder Aktivierungssystem »W«: Bären-Metapher	79
AB 9	Was Angst mit unserem Schlaf macht: Fortsetzung 1 der Bärenmetapher	82
AB 10	Was Schlafmangel ohne Angst mit unserem Befinden macht: Fortsetzung 2 der Bären-Metapher	85
INFO 18	Zusammenhang zwischen Schlaf- und Wachsystem	86
INFO 19	Gestörter Schlaf	87

4 Psychoedukation: Erklärungsansätze von Insomnien

AB 11	Fallbeispiele	95
INFO 20	Das Stresskonzept	97
AB 12	Meine Stressoren	99
INFO 21	Persönlichkeitseigenschaften	100
AB 13	Meine Grübelgedanken in der Schlafsituation	101
INFO 22	Lerntheoretische Modelle	102
INFO 23	Zusammenhang zwischen Verhalten im Bett und dazugehörigem Erleben	104
AB 14	Mein Verhalten in Schlafsituationen	105
INFO 24	Das Hyperarousal- oder Übererregungsmodell: die Teufelskreise von Ärger, Wut und Angst	106

AB 15	Mein Anspannungsthermometer	111
INFO 25	Der Zusammenhang von automatischen Gedanken und Einstellungen	112
AB 16	Meine problematischen Einstellungen zum Schlaf	113
AB 17	Gedankenprotokoll: Meine automatischen Gedanken in der Schlafsituation	114
AB 18	Meine automatischen Gedanken und Einstellungen	115
AB 19	Übung: Woran wir Monitoring erkennen	116
INFO 26	Ärger-Wut-Teufelskreis	118
AB 20	Mein Ärger-Wut-Teufelskreis	119
INFO 27	Teufelskreis der Angst	120
AB 21	Mein Teufelskreis der Angst	121
AB 22	Meine aktivierenden Überzeugungen, Gedanken, Emotionen und körperlichen Reaktionen zum Schlaf	122
INFO 28	Integrative Ansätze	123
INFO 29	Teufelskreis der Angst am Tage	125
AB 23	Mein Teufelskreis der Angst am Tage	126
INFO 30	Integratives Gesamtmodell der Schlafstörungen	127
AB 24	Gesamtmodell meiner Schlafstörungen	128

5 Behandlung der Insomnie

5.1 Verhaltenstherapeutische Standardinterventionen zur Schlaf-Wach-Strukturierung

INFO 31	Schlafhygiene	134
INFO 32	Schlafhygiene: Regeln	135
INFO 33	Schlafhygiene: Erläuterung der Regeln	136
AB 25	Mein Schlafhygiene-Check	140
AB 26	Was ich zukünftig an meiner Schlafhygiene verändern möchte	142
AB 27	Mein Einschlafritual	143
INFO 34	Stimuluskontrolle	144
INFO 35	Stimuluskontrolle: Wirkmechanismen	146
INFO 36	Stimuluskontrolle: FAQs	147
AB 28	Gedankenexperiment: Warum ich das Bett verlassen sollte	148
AB 29	Stimuluskontrolle: Anleitung	150
INFO 37	Bettzeitenrestriktion	152
AB 30	Bettzeitenrestriktion: Anleitung für Therapeuten	154
AB 31	Bettzeitenrestriktion: Anleitung für Patienten	157
AB 32	Durchführung der Bettzeitenrestriktion: Verlaufsprotokoll	159
INFO 38	Bettzeitenrestriktion: Schwierigkeiten	160
AB 33	Aktivitätenplan	161
AB 34	Bettzeitenrestriktion: Schwierigkeiten	163
AB 35	Situationsanalyse maladaptiver Gedanken in der Schlafsituation	165
AB 36	Barrieremanagement	167
INFO 39	Paradoxe Intention: Anleitung	168
INFO 40	Bettzeitenkompression	169

5.2 Kognitive und metakognitive Interventionen

AB 37	Schlafhinderliche Gedanken erkennen	174
AB 38	Auseinandersetzung mit unangenehmen Gedanken	175
AB 39	Übung: Der rosarote Elefant	178
AB 40	Gedankenstopp: Anleitung	179
AB 41	Sammlung unangenehmer Gedanken	181
AB 42	Sammlung angenehmer Gedanken	182
AB 43	Der Grübelstuhl	183
AB 44	Übung: Den Tag abschließen	184

AB 45	Problemlösetraining	186
AB 46	Wie sitzen Sie vor Ihrem Gedankencomputer?	194
INFO 41	Imaginationsübung: Der Lautstärke- und Bereitschaftsregler	195
AB 47	Der Lautstärke- und Bereitschaftsregler: Anleitung zur Imaginationsübung	196
AB 48	Umgang mit Gedanken	198
AB 49	Papierkorbübung	200
AB 50	Mails vom Verstand	201

5.3 Emotionsbasierte Interventionen

AB 51	Brief an den Schlaf	208
AB 52	Meine Wachzeit	211
AB 53	Meine alternative Wachzeit	213
AB 54	Die Regel des Professor Hayes	215
INFO 42	Radikale Akzeptanz	216
AB 55	Übung: Radikale Akzeptanz	217
AB 56	Emotionsakzeptanz	218
INFO 43	Wirkungsbereich von Emotionen	219
AB 57	Meine Emotionen, wenn ich nicht schlafen kann	220
INFO 44	Abschwächen von Emotionen	222
AB 58	Meine Optionen zum Abschwächen meiner Emotion	223

5.4 Entspannungsverfahren

INFO 45	Atemübungen	229
AB 59	Atemübungen: Anleitungen	230
AB 60	Die Weitzmann-Entspannung	233
INFO 46	Progressive Muskelentspannung (PM)	234
AB 61	Progressive Muskelentspannung: Anleitung	235
AB 62	Entspannungsübung: Protokoll	239
AB 63	Die Zitronenübung	241
INFO 47	Autogenes Training	243
AB 64	Die Ruheübung	246
AB 65	Die Schwereübung	247
AB 66	Die Wärmeübung	248
AB 67	Die Atemübung	249
AB 68	Die Herz- oder Pulsübung	250
AB 69	Die Sonnengeflechtübung	251
AB 70	Die Kopfübung	252
INFO 48	Fantasiereise	253
AB 71	Fantasiereise: Ablauf	255
INFO 49	Achtsamkeit	257
AB 72	Körperreise: Der Bodyscan	259
AB 73	Achtsames Zähneputzen	260
AB 74	Die 5-4-3-2-1-Technik	261
AB 75	Der Werkzeugkoffer meiner Techniken	262

6 Komorbide Insomnien

INFO 50	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	267
AB 76	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom: Ablauf der Desensibilisierung	268
INFO 51	Restless-Legs-Syndrom (RLS)	269
INFO 52	Narkolepsie	270
INFO 53	Insomnie bei Depression	271
INFO 54	Insomnie bei Angsterkrankungen	272
INFO 55	Alpträume	273

AB 77	Imagery Rehearsal Therapy	274
INFO 56	Schichtarbeit	276
INFO 57	Verhaltensempfehlungen für Schichtarbeit	278
INFO 58	Jetlag	280
INFO 59	Endokrinologische/hormonelle Störungen, chronische Schmerzen	281
INFO 60	Somnambulismus und Pavor nocturnus	282
AB 78	Checkliste bei Somnambulismus und Pavor nocturnus	284

7 Pharmakotherapie

INFO 61	Primäre Schlafmittel	287
INFO 62	Sekundäre Schlafmittel	288

1 Einführung

Schlaf ist ein elementarer biologischer Prozess. Aufgrund seiner individuellen und kollektiven Erlebbarkeit ist er vermutlich seit Anbeginn der Menschheit Gegenstand menschlicher Reflexionen. Lange Zeit galt Schlaf als passiver und von Inaktivität geprägter Zustand, wie er sich auch in den entsprechenden Mythologien wiederfindet. So galt Hypnos in der griechischen Mythologie als Gott des Schlafes und sein mit ihm eng verbundener Bruder Thanatos als Gott des Todes. In der Antike führte Aristoteles, später dann Galen, Schlaf auf eine Verdickung des Bluts im Gehirn zurück und sah seine Funktion in der Erholung des Gehirns, der Wahrnehmungsfähigkeit und dem Generieren »innerer« Wärme. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts beschäftigte sich die Medizin mit Schlaf hauptsächlich auf der Basis von Texten aus der Antike, bevor der Versuch einer systematischen empirischen und physiologischen Erforschung des Themenbereiches mit der Entwicklung erster wissenschaftlicher und standardisierter Experimente der Leipziger Schule in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts stattfand. 1863 erstellte Kohlschütter auf der Grundlage unterschiedlich lauter akustischer Reize zu verschiedenen Schlafzeitpunkten eine erste Schlaftiefenkurve. Der Beginn der modernen Schlafforschung wird heute in der Entwicklung des Elektroenzephalogramms (EEG) durch den Jenaer Psychiater Hans Berger gesehen. Zum ersten Mal konnte die elektrische Aktivität des Gehirns auch während des Schlafs erforscht und quantifiziert werden. 1937 wurde eine erste Einteilung verschiedener Schlafstadien anhand des EEGs vorgenommen (Loomis et al., 1937). Wenig später wurde erstmals der REM-Schlaf (Rapid Eye Movement, kurz REM) anhand von schnellen Augenbewegungen beschrieben (Aserinsky & Kleitmann, 1963). Eine Kommission von Schlafforschern schlug 1968 Empfehlungen zur einheitlichen Schlafstadienanalyse vor (Rechtschaffen & Kales, 1968). Sie beruht auf der Messung des EEGs, des Elektrookulogramms (EOG) und der Elektromyografie (EMG). Diese Auswerteregeln beruhten im Wesentlichen auf der Erfahrung der Grundlagenforschung mit Schlafgesunden. Erst die Kriterien der *American Association of Sleep Medicine* (Berry et al., 2015), die bis zuletzt 2018 (Berry et al., 2018) mehrfach an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen angepasst wurden, ermöglichten eine einheitliche Bewertung des Schlafes von Menschen mit Schlafstörungen.

Diese objektivierte Erfassung des Phänomens Schlaf ergänzt heutzutage die subjektive Beschreibung des Schlafverhaltens, der Schlafdauer und der Schlafqualität durch Patienten und Beobachter. Sie erlaubt eine exakte Diagnostik, Klassifikation und Definition von vielen Schlafstörungen. In der *Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen* in ihrer dritten Version (ICSD-3) werden derzeit mehr als 80 Formen von Schlafstörungen unterschieden. Für die klinische Praxis in Deutschland aktuell gültig und relevant ist die Klassifikation im Rahmen der ICD-10 (*International Classification of Diseases*). Die S3-Leitlinie *Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen* und die S3-Leitlinie *Insomnie* der *Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin* sind die Grundlage für die in diesem Buch empfohlenen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen. Anzumerken ist, dass in der ICD-11 der zunehmenden Bedeutung von Schlafstörungen in Medizin und Psychologie durch ein eigenes Kapitel Rechnung getragen wird.

Aufbau der Therapie-Tools Schlafstörungen

Das vorliegende Buch beschreibt die Diagnose, die Differenzialdiagnose und psychotherapeutische Behandlung der Insomnie und weiterer, für die therapeutische Praxis relevanter Schlafstörungen nach aktuellen schlafpsychologischen Erkenntnissen und psychotherapeutischen/medizinischen Leitlinien. Dabei liegt der Fokus auf den psychotherapeutischen Methoden der Kognitiven Verhaltenstherapie der Insomnie (KVT-I), die um Techniken der dritten Welle der Verhaltenstherapie ergänzt werden.

Da Patienten mit Insomnien bei Zuweisung zu dem psychotherapeutischen Behandler häufig bereits eine medikamentöse Behandlung aufweisen, wird kursorisch die Pharmakotherapie der Insomnie, ihre Indikationen und ihr Therapieregime im Rahmen der KVT-I dargestellt.

Neben den Behandlungstechniken der Insomnien stellt das Manual psychotherapeutische Techniken zur Behandlung von Albträumen, Schlafwandeln und Nachtschreck (Pavor Nocturnus) vor.

In Kapitel 2 werden die verschiedenen Formen der Insomnie nach den diagnostischen Kriterien der ICD-10 dargestellt. Moderne Definitionen des DSM-5 und des ICSD-3, die die Insomnie als ein Syndrom verstehen und auf die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Formen verzichten, werden aus pragmatischen Gründen an dieser Stelle nicht vorgestellt, finden sich für den interessierten Leser aber bei Weeß (2017).

Dieses Therapie-Tools-Buch gliedert sich in sieben Kapitel:

Kapitel 1. Nach der Einführung ins Thema werden Informationen zum Aufbau und zur Handhabung des Buches gegeben.

Kapitel 2. Hier werden den Therapeuten Informationen zur Insomnie und deren Differenzialdiagnose zur Verfügung gestellt. Strukturierte klinische Interviews und Fragebögen erleichtern den diagnostischen Prozess und tragen zu seiner Objektivierung bei. Neben den insomnie- und schlafspezifischen Fragebögen werden auch Standardverfahren, wie das STAI und der BDI-II, die in vielen psychotherapeutischen Praxen routinemäßig zum Einsatz kommen, vorgestellt und deren Nützlichkeit im diagnostischen Prozess der Insomnien beschrieben.

Kapitel 3 und Kapitel 4. In diesen Kapiteln werden Informationsmaterialien zur Psychoedukation zum gesunden Schlaf und zu den Ursachen von Insomnien beschrieben. Die Psychoedukation über diese beiden Themen gehört zum Standardvorgehen in der KVT-I. Der Patient wird so zum Experten seiner eigenen Störung, Fehlerwartungen an den Schlaf und Schlafmythen werden abgebaut und eine realistische Erwartungshaltung an den Schlaf gefördert. Die beiden Kapitel sind so aufgebaut, dass die Arbeits- und Infoblätter mit den Patienten gemeinsam durchgearbeitet werden können. Dem Therapeuten werden Anregungen gegeben, wie er bspw. mittels Metaphern, die in wörtlicher Rede dargestellt sind, das Vorwissen und emotionale Erleben des Patienten aktivieren und so die Vermittlung der Inhalte lebendig gestalten kann. Am Ende von Kapitel 4 werden Materialien zur Verfügung gestellt, mit denen ein individuelles Störungsmodell mit auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen erstellt werden kann, die dann die Voraussetzung für die Auswahl der therapeutischen Strategien in Kapitel 5 darstellen.

Kapitel 5. Hier werden sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten die verhaltenstherapeutischen Standardmethoden der Insomniebehandlung ausführlich vorgestellt und ihre Umsetzung erklärt. Dabei wird auch auf die erfolgreiche Anwendung metakognitiver und emotionsbasierter Verfahren in der Behandlung abgehoben. Fallstricke in der Behandlung und der Anwendung einzelner Techniken werden ausführlich besprochen und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Am Ende dieses Kapitels werden Entspannungstechniken vorgestellt, die in der Behandlung der Insomnie einen festen Baustein darstellen. Dem Therapeuten wird die Auswahl der zu vermittelnden Methode erleichtert, indem die Vielzahl der Verfahren klassifiziert und ihre jeweiligen Anforderungen an die Patienten beschrieben werden.

Kapitel 6. In diesem Kapitel werden Besonderheiten in der Behandlung von Patienten mit Insomnien dargestellt und besprochen. Dabei geht es insbesondere um die Behandlung der komorbiden Insomnien, wie sie beispielsweise sehr häufig bei affektiven Störungen, bei organischen Erkrankungen und bei Schichtarbeit auftreten. Ferner werden in diesem Kapitel Techniken zur Behandlung von Albträumen und zum Umgang mit Schlafwandeln und Nachtschreck vorgestellt.

Kapitel 7. Patienten mit Insomnie stehen mit Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung häufig unter dem Einfluss von Schlafmitteln. Es stellt sich sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten

häufig die Frage nach der Vereinbarkeit von medikamentöser und psychotherapeutischer Therapie. Darüber hinaus kann bei ausbleibendem Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung der Nichtorganischen Insomnie die Beratung des Patienten hinsichtlich des Nutzens und der Risiken einer Langzeitbehandlung mit primären und sekundären Schlafmitteln in Erwägung gezogen werden.


Handhabung des Therapie-Tools-Buches


Therapeuten, die nur wenig mit der Therapie der nichtorganischen Insomnie vertraut sind, empfehlen wir das Vorgehen entsprechend der Chronologie des Buches: Nach der durchgeführten Diagnostik, die sich an Kapitel 2 orientiert, folgt die Psychoedukation entsprechend der Vorgehensweise in den Kapiteln 3 und 4, die mit der Erstellung eines individuellen Störungsmodells endet. Aus diesem allgemeinen Vorgehen ergibt sich dann die Auswahl der möglichen Strategien, die tabellarisch aufgelistet sind und in den Abschnitten 5.1 bis 5.4 ausführlich dargestellt sind. Standardmäßig kommen zunächst die schlafstrukturierenden Techniken aus Abschnitt 5.1, hier insbesondere die Stimuluskontrolle, zum Einsatz, die von weiteren, dann auszuwählenden Techniken aus diesem Kapitel und den Techniken aus den Abschnitten 5.2 bis 5.4 komplementiert werden. Zur passenden Auswahl werden dem Therapeuten Entscheidungshilfen an die Hand gegeben.


Die Arbeitsmaterialien für die Patienten sind mit einem »P« markiert und in der Regel so formuliert, dass sie selbsterklärend sind. Somit können diese Arbeitsblätter von den Patienten auch außerhalb der Therapiesitzung selbstständig bearbeitet werden. Es ist jedoch ratsam, die Blätter in der Sitzung einzuführen und den intendierten Ablauf mit den Patienten gemeinsam zu besprechen. Somit können Verständnisfragen beantwortet, Umsetzungsdetails geklärt und Missverständnisse vermieden werden.


Gruppentherapeutisches Setting. Die Arbeits- und Informationsblätter eignen sich auch für den Einsatz in der Gruppe. Die Arbeitsmaterialien (insbesondere die der Kapitel 3 und 4, in der die Psychoedukation im Vordergrund steht, sowie die des Kapitels 5, in dem die Techniken vorgestellt werden) können dann mittels Beamer oder Dokumentenkamera präsentiert werden.


Zur besseren Orientierung sind die Arbeits- und Informationsblätter mit verschiedenen Icons ausgestattet. Hierdurch können Sie sofort erkennen, für wen die Materialien vorgesehen sind und wie sie eingesetzt werden sollen. Folgende Icons finden sich im Buch wieder:


 **Therapeut/in:** Das Icon bezeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für den Therapeuten vorgesehen sind.

 **Patient/in:** Das Icon bezeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für die Patienten vorgesehen sind.

 **Hier passiert was:** An diesen Stellen werden Handlungsanweisungen gegeben.

 **Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift in die Hand zu nehmen und sich Antworten bzw. Überlegungen zu notieren.

 **Input fürs Köpfchen:** Hier werden Informationen zum tieferen Verständnis und zum Weiterdenken vermittelt.

 **Ganz Ohr:** Das Icon kennzeichnet Texte oder Übungen, die der Therapeut dem Patienten vorlesen oder in sinngemäßer Weise wiedergeben kann.

Weiterer Hinweis. Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir in dem Buch die männliche Form verwendet, wenn das Geschlecht keine Rolle spielt. Gemeint sind dann natürlich immer männliche und weibliche Personen.

↳ Lerntheoretische Modelle gehen von der Annahme aus, dass Schlafstörungen durch Konditionierungsprozesse ausgelöst und aufrechterhalten werden.

Was sind Konditionierungsprozesse?

Es gibt verschiedene Arten, wie unser Gehirn neue Dinge lernt. Die den meisten Menschen augenscheinlichste Methode ist die, sich durch bewusste geistige Anstrengung neue Inhalte anzueignen: Man liest sich etwas durch, ruft aus seinem Gedächtnis bereits zu dem Lernstoff passende abgespeicherte Inhalte ab, stellt Zusammenhänge mit diesen her, wiederholt das Ganze mehrfach und erweitert so sein Wissen, indem im Gehirn neue Verbindungen zwischen Nervenzellen gebildet werden. Eine Methode, die sich eher fernab des bewussten Erlebens abspielt, ist das sog. »Assoziationslernen«, auch als klassisches Konditionieren bekannt: Hier werden, etwas vereinfacht ausgedrückt, Dinge miteinander verknüpft, die zeit- und ortsgleich auftreten. Auch wenn uns das wenig bewusst ist, spielt Konditionierung in unserem Alltag eine sehr große Rolle, gerade weil sie unbewusst verläuft. Wir lernen ständig Dinge, die wir miteinander verknüpfen, ohne dass uns das bewusst ist. Wir passen unser Verhalten an unterschiedlichen Orten entsprechend an, ohne dass wir darüber nachdenken müssen: So verhalten und benehmen sich Menschen in einem Fast-Food-Restaurant anders als bei einem guten Italiener; man »macht einfach das Richtige«, ohne darüber nachdenken zu müssen, da die Umgebung das adäquate Verhalten einfach »auslöst«. Dies funktioniert, weil das passende Verhaltensprogramm in der Vergangenheit gelernt wurde und mit der Situation verknüpft ist und dann unbewusst ablaufen kann. Oder wir betrachten uns ein Urlaubsbild: Sofort werden entsprechende Gefühle und Gedanken ausgelöst, die mit diesem Bild – vielleicht eine Situation am Strand- verbunden sind. Diese wiederum lösen Verbindungen an Bilder von Menschen aus, die wir dort kennengelernt haben, an Gespräche usw.

Assoziationslernen funktioniert dann besonders rasch und bildet enge Verknüpfungen aus, wenn Emotionen mit im Spiel sind: je stärker die Emotion, desto rascher der Verknüpfungsaufbau und desto stärker und somit auch leichter auslösbar die Assoziation (sind wir einmal vom Hund gebissen worden, löst der Anblick des Hundes sofort Angst aus, ohne dass wir darüber nachdenken müssen).

Übertragen auf die Insomnie beschreibt der lerntheoretische Ansatz nun Lernprozesse, die im Schlafzimmer bzw. der Schlafumgebung geschehen und einen inneren Zustand auslösen, der mit Schlaf nicht vereinbar ist.

So muss der Normalschläfer nicht unbedingt sehr müde sein, um schlafen zu können; der Anblick des Schlafzimmers, das Fühlen der Bettdecke und die horizontale Lage reichen bereits aus, um innerlich einen Zustand der Entspannung herbeizuführen, sodass Schlaf eintreten kann (das Schlafzimmer macht sozusagen müde).

Werden jetzt über einen längeren Zeitraum Verhaltensweisen im Schlafzimmer oder der Schlafumgebung gezeigt, die mit Schlaf inkompatibel sind, löst das Schlafzimmer nicht mehr automatisch den Zustand innerer Ruhe und Entspannung aus, die ja für das Eintreten des Schlafes notwendig sind, sondern Anspannung, bei langdauernden Schlafstörungen sogar automatisch Angst, ohne dass der Schläfer bewusst angstbezogene Gedanken denken muss. In der Praxis beschreiben die Betroffenen den Sachverhalt häufig so: »Vor dem Fernseher bin ich todmüde, könnte einschlafen, sobald ich im Bett bin, bin ich glockenhellwach. Es ist, als ob ein Schalter umgelegt worden sei.«

Was zählt nun zu diesen schlafinkompatiblen Verhaltensweisen? Alles, was mit dem Wachsein »assoziiert« ist, was man »eigentlich« nicht im Bett, sondern außerhalb des Schlafzimmers im Wachzustand macht:

Fernsehen im Bett, essen im Bett, aufstehen und bügeln, Computerarbeit im Bett oder in der Nacht, wenn man nicht schlafen kann, aber auch überlanges Lesen im Bett, um müde zu werden. Genauso aber auch schlafen zu Zeiten, zu denen man eigentlich aktiv sein will, also ausgeprägte Tagschlafepisoden.

Neben diesen »offenen«, von außen beobachtbaren Verhaltensweisen gibt es aber auch »innere«, nicht-beobachtbare schlafinkompatible Verhaltensweisen. Das sind Denkprozesse im Schlafzimmer, wie etwa über die Konsequenzen der Schlaflosigkeit nachzudenken, sich ärgern, über Probleme des Alltags nachdenken (der lerntheoretische Ansatz zählt Denken zum »inneren Verhalten«). Diese Tätigkeiten sind eigentlich immer mit Sorgen bzw. Ängsten verbunden; die wiederum führen, wie eben beschrieben, als starke Emotion zu einem besonders starken Assoziationslernen, sodass das Schlafzimmer nach einiger Zeit automatisch als ein Ort des Schreckens erlebt wird, indem automatisch die genannten Emotionen und ihre zugehörigen Gedanken ausgelöst und das Wachsystem aktiviert werden.

Der Kern des lerntheoretischen Erklärungsansatzes

Die Durchführung von Tätigkeiten, die mit Schlaf unvereinbar sind, da sie mit einer Aktivierung des Wachsystems verbunden sind, führen nach kurzer Zeit dazu, dass das Schlafzimmer automatisch seine schlaffördernden Hinweisreize verliert und stattdessen zu einem Ort der Aktivierung bzw. Erregung wird.

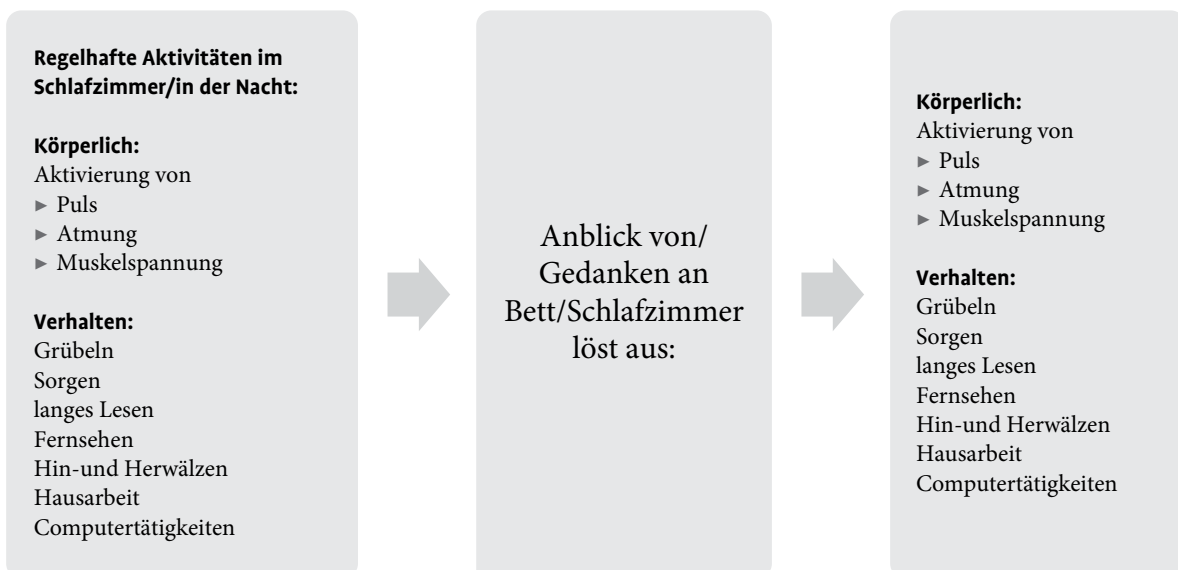



Suchen Sie in den Fallbeispielen von Frau H. und Herrn S. Hinweise auf Stresserleben, das zu ihren Schlafstörungen führte.

→ Zusammenhang zwischen Verhalten im Bett und assoziiertem Erleben bei Schlafgesunden



Zusammenhang zwischen Verhalten im Bett und assoziiertem Erleben bei Schlafgestörten



 Welche Tätigkeiten führe ich im Schlafzimmer oder im Bett aus, die mit einem inneren Zustand verbunden sind, der mit Schlaf nicht vereinbar ist?

.....

.....

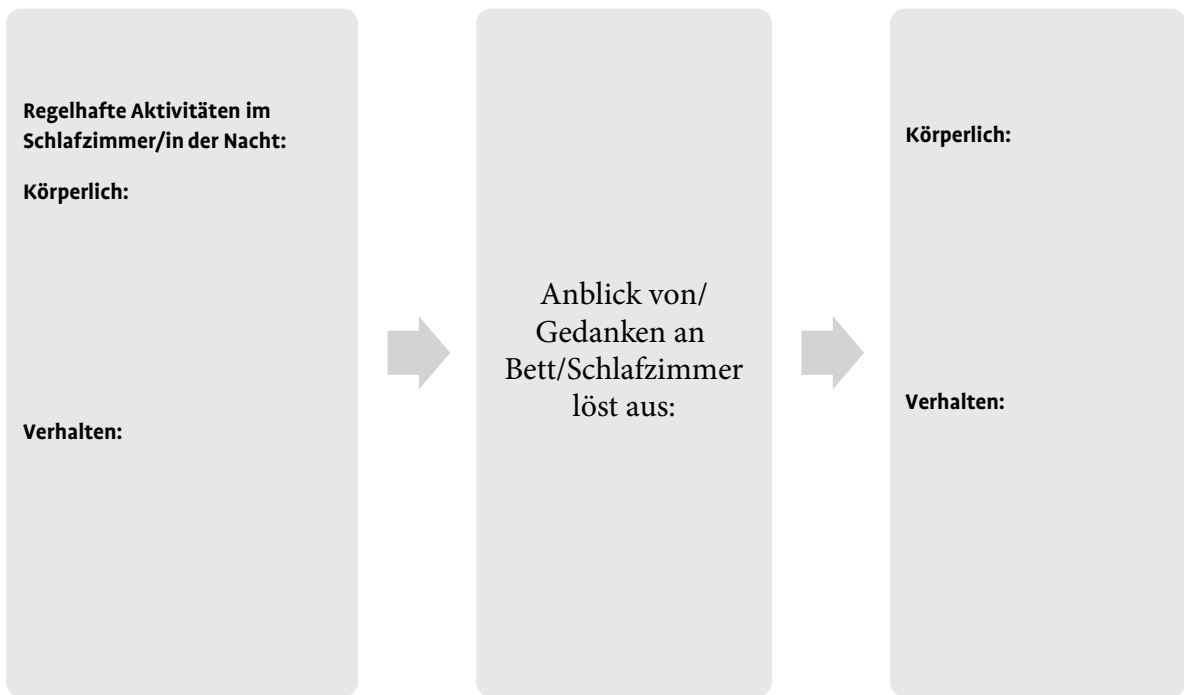
.....

.....

.....

.....

Zusammenhang zwischen meinem Verhalten im Bett und assoziiertem Erleben





(1) Nimm bis zu 11 Stunden vor dem Schlafengehen kein Koffein mehr zu dir.

Anzahl der Kaffeetassen/Cola (im Wochenschnitt): /

Meine letzte Tasse Kaffee/meine letzte Cola trinke ich meist um: / Uhr

(2) Vermeide Alkohol am Abend.

Meine durchschnittliche Alkoholmenge am Abend (bitte Getränk in Liter angeben): Liter

(3) Beende sportliche Aktivitäten 2–3 Stunden vor dem Schlafengehen.

Die durchschnittliche Uhrzeit, in der ich sportliche Aktivitäten beende: Uhr

(4) Vermeide laute Geräusche, zu helles Licht und zu hohe oder niedrige Temperaturen im Schlafzimmer.

(5) Vermeide schwer verdauliche Mahlzeiten 2–4 Stunden vor dem Zubettgehen.

Meine letzte Mahlzeit nehme ich im Schnitt ein um: Uhr

(6) Schaffe eine Pufferzone zwischen Tagesaktivität und Schlaf.

Meine entspannende Puffertätigkeit:

(7) Schalte Smartphone, Tablet und Internet 1–2 Stunden vor dem Zubettgehen ab.

Wie häufig in der Woche nutze ich die neuen Medien bis an die Bettzeit heran oder gar noch nachts? Mal

(8) Vermeide »blaues Licht« vor dem Zubettgehen.

Wie häufig pro Woche nutze ich 1–2 Stunden vor dem Schlafen Lichtquellen mit hohem Blaulichtanteil? Mal

(9) Nutze das Bett nur zum Schlafen; nicht fernsehen, essen, langes Lesen oder grübeln.

Wie häufig in der Woche bin ich wach im Bett und führe eine der genannten Tätigkeiten aus? (bitte Tätigkeit und Häufigkeit angeben): Mal

(10) Schaffe ein Einschlafritual.

Mein Einschlafritual ist:

(11) Schau nachts nicht auf den Wecker.

Wie oft schaue ich nachts auf die Uhr? Mal

(12) Iss nichts in nächtlichen Wachphasen.

Wie häufig in der Woche esse ich etwas in den Wachphasen? Mal

(13) Halte regelmäßige Bettzeiten ein, in etwa auch am Wochenende.

Wie oft halte ich in der Woche regelmäßige Bettzeiten ein? Mal


(14) Halte möglichst keinen Tagesschlaf.

Häufigkeit des Mittagsschlafs in der Woche: Mal

Minuten, die ich insgesamt am Tag Ruhe oder Tagesschlaf halte: Minuten

(15) Vermeide Schlaf am Abend vor dem Fernseher.

Wie oft am Abend schlafe ich vor dem Fernseher ein? Mal

 Ich möchte zukünftig Folgendes an meiner Schlafhygiene verändern:

▶

.....

.....

▶

.....

.....

▶

.....

.....

▶

.....

.....

▶

.....

.....

▶

.....

.....