

Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaft

und Psychologie

Seminar: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen

Dozent: Prof. Dr. Hartmut Schulz

LV S 12557, SS 2003

Schlafrestriktionstherapie

Hausarbeit verfasst von:

Julia Holle

Hauptfach Psychologie

Matrikelnummer 3868550

Inhalt

1 Einleitung:	Einführung in das Thema	1
2 Hauptteil:	2.1 Hintergrund Primäre Insomnie	
	2.1.1 Für welche Patienten eignet sich die Therapie?	1
	2.1.2 Merkmale und Symptome	2
	2.2 Mechanismus und Wirkweisen der Schlafrestriktion	
	2.2.1 Deprivationseffekt	2
	2.2.2 Weitere Wirkmechanismen	3
	2.2.3 Problematik	3
	2.3 Vorgehensweise	
	2.3.1 Das Schlafenster	4
	2.3.2 Die Schlafeffizienz als Dirigent	4
	2.3.3 Allgemeine und individuelle Modifikation	5
	2.3.4 Ergebnisse bei Spielman et al.	5
	2.4 Einbettung in das Basisprogramm	5
	2.4.1 Aufklärung	6
	2.4.2 Basiswissen und Beratung	6
	2.4.3 Schlafhygiene	6
	2.4.4 Umgang mit Medikamenten	7
	2.4.5 Aktivitätsplanung	7
	2.5 Begleitende Maßnahmen	7
	2.5.1 „Kognitives Umstrukturieren“	7
	2.5.2 Physiologische Entspannungstechnik	8
	2.5.3 Stimuluskontrolle	8

2.6 Anwendung am Beispiel der Gruppentherapie	8
2.6.1 Formale Struktur	8
2.6.2 Die Sitzungen 1 bis 6	9-11
2.6.3 Nach der Therapie	11
2.6.4 Ergebnisse	11
2.7 Medikamentöse Therapie	11
2.8 Nicht-medikamentöse Therapien im Vergleich	12
3 Schlusswort	12
4 Literaturverzeichnis	13

1 Einleitung: Einführung in das Thema

„Schlaf ist doch die köstlichste Erfindung“ – diese Aussage von Heinrich Heine mag zutreffen, solange der Schlaf ungestört ist, die Realität jedoch sieht für breite Bevölkerungsschichten weitaus anders aus: Schlafstörungen betreffen 20 bis 30% der Menschen in den westlichen Industrienationen. In der Hälfte dieser Fälle handelt es sich um eine chronische „Insomnie“ (Schlaflosigkeit). Hauptsächlich betroffen sind Menschen in zunehmendem Alter, davon Frauen häufiger als Männer. Mit der „Insomnie“ ist nicht die komplette Schlaflosigkeit gemeint, sondern der Mangel an Schlafqualität und Schlafquantität, was sich in Ein- und Durchschlafstörungen zeigt. Patienten empfinden ihren Schlaf als nicht erholsam und klagen insbesondere über Tagesmüdigkeit (Sturm & Clarenbach, 1997, S.VII; Hohagen, 1996, S.3).

Die Schlafrestriktionstherapie gilt als drastisches, aber auch als eines der wirksamsten nichtmedikamentösen Therapieverfahren, was Meta-Analysen von Lacks & Morin 1992 und Morin 1994 zeigen (vgl. Müller & Paterok, 1999, S.31). Entwickelt wurde sie von Spielman, Saskin und Thorpy (1987), die der Vermutung nachgingen, dass einer der bedeutendsten Faktoren, der zur Chronifizierung der Insomnie führt, die exzessiv im Bett verbrachte Zeit ist. Infolgedessen basiert die Schlafrestriktionstherapie auf der Verkürzung der Bettliegezeit und nutzt gezielt den dadurch hervorgerufenen verstärkten Schlafdruck, zu Gunsten einer Verbesserung der Einschlafzeit und der Verminderung des Wachliegens in der Nacht.

Im Gegensatz zu der in der Praxis vorherrschenden Behandlung mit rezeptpflichtigen Schlafmitteln, geht es bei dieser Maßnahme darum, den Schwerpunkt auf die Beseitigung der breitgefächerten Ursachen der Insomnie zu legen. Dies soll darüber hinaus, in Kombination mit der Vermittlung von Basiswissen, einen Entwicklungs- und Lernprozess der Patienten beinhalten

(Müller & Paterok, 1999; Schulz & Paterok, 1996).

Zunächst möchte ich auf die primäre Insomnie und auf den Patiententypus eingehen, für den sich die Schlafrestriktionstherapie eignet. Zum Verständnis der Wirkweise der Therapie bedarf es einer kurzen Merkmalsbeschreibung der Schlafstörung. Anschließend stelle ich die Schlafrestriktion und deren Wirkmechanismen, sowie die genaue Vorgehensweise und problematische Aspekte, dar. Darauf folgend geht es im Sinne der multikausalen Schlafrestriktionstherapie zur Beschreibungen des Basisverfahrens und der Begleitmaßnahmen über. Das Beispiel eines „Gruppentrainings“ mit Ergebnissen soll den therapeutischen Verlauf verdeutlichen. Ein kritischer Einblick in die medikamentöse Behandlung bilden zusammen mit Ergebnissen aus Vergleichsstudien anderer alternativer Therapien den letzten Punkt.

2 Hauptteil

2.1 Hintergrund primäre Insomnie

2.1.1 Für welche Patienten eignet sich die Therapie?

Die Schlafrestriktionstherapie richtet sich speziell an Patienten mit primärer Insomnie. Zu dieser Gruppe zählt die „Psychophysiologische Insomnie“, deren Hauptursache, so wird angenommen, ein erhöhtes physiologisches, emotionales oder kognitives Erregungsniveau ist. Ähnlich zu dieser Form ist die „Idiopathische Insomnie“, die allerdings schon in der Kindheit entsteht. Als letzter Insomnietyp ist die „Fehlbeurteilung des Schlafes“ zu nennen. Bei dieser Form lassen sich mittels objektiver Messungen im Schlaflabor, entgegen der Wahrnehmung der

Betroffenen, keine Auffälligkeiten für eine Schlafstörung feststellen (Morin, 1993, vgl. Müller & Paterok, 1999, S.17).

Auch bei Patienten mit gleichzeitig vorliegender sekundärer Insomnie kann die Schlafrestriktion in einer begleitenden Einzeltherapie zur Behandlung der Primären Insomnie angewendet werden. Bei sehr schweren psychiatrischen oder organischen Störungen, die u.a. zur zweiten Gruppe gehören, ist die Schlafrestriktion jedoch nicht angebracht. Weiterhin ausgeschlossen sind Betroffene mit ohnehin sehr geringer Bettliegezeit und solche, deren Alltag durch die anfängliche Leistungsverminderung, die durch die drastische Kürzung eintritt, behindert werden würde. Auf Grund der erforderlichen konsequenten Selbstkontrolle ist von der Behandlung mit der Schlafrestriktionstherapie auch bei Behinderten und sehr alten Menschen abzuraten (Müller & Paterok, 1999, S.50).

2.1.2 Merkmale und Symptome

Die Patienten selbst klagen über Ein- und Durchschlafstörungen, unerholsamen oder flachen Schlaf und frühes Erwachen am Morgen. Das Gefühl, kaum und in sehr seltenen Fällen gar nicht geschlafen zu haben, geht einher mit subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen am Tag, wie Müdigkeit, mangelnder Konzentration und Leistungsdefiziten. In Leistungs- und Reaktionszeittests konnten allerdings keine Auffälligkeiten nachgewiesen werden (Bonnet, 1984; Müller, 1996, vgl. Müller & Paterok). Oft neigen Patienten dazu, das Schlafdefizit und die vermeintlichen Folgen zu dramatisieren und geben zudem weitaus weniger Schlaf an, als in der Realität zutrifft.

Ein wesentliches Problem bei den Patienten ist nicht allein die Schlafdauer, die sie bemängeln, sondern der Mangel an Schlauftiefe und Schlafkontinuität, der von einem Missverständnis zwischen Schlafwunsch und dem tatsächlichen Vermögen zu schlafen herrührt. Typisch für Betroffene ist ein schlafstörendes Fehlverhalten: Zusätzliche Ruhepausen tagsüber, sehr frühes Zubettgehen am Abend und spätes morgendliches Aufstehen gehören häufig zur Tagesordnung, lassen den Schlaf oberflächlich werden und destabilisieren den zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus, die „Schwankungen im tagesperiodischen Bereich“ (Schering-Lexikon Schlafmedizin, 1988; Müller & Paterok, S.25, 35).

Von einer Chronifizierung der Insomnie spricht man, wenn die Erkrankung mindestens einen Monat anhält (nach Klassifikation des Diagnosesystems „ICD-10“, 1993). Dies ist der Fall bei 85% der Patienten (vgl. Müller und Paterok, 1999). Hintergrund sind aufrechterhaltende Faktoren und ein Verselbstständigungsprozess, der mit den möglichen physiologischen und kognitiven Ursachen meist nur noch wenig zu tun hat: Die Wach-Zeit im Bett wird angefüllt mit Grübeleien über den mangelnden Schlaf, gefolgt von dem Druck, schlafen zu müssen. Das Gefühl der Unkontrollierbarkeit und Ausweglosigkeit der eigenen Situation wirkt sich physisch auf eine erhöhte Herzfrequenz und starke Anspannung, u.a. aus und wirkt wiederum schlafstörend. Erfolgreiche Selbsttherapieversuche verstärken das Gefühl der Hilflosigkeit („Psychophysiologisches Modell der primären Insomnie“ nach Backhaus, 1997 aus Backhaus und Riemann, 1999).

2.2 Mechanismus und Wirkweisen der Schlafrestriktion

2.2.1 Deprivationseffekt

Bei der Schlafrestriktionstherapie kommt maßgeblich der in einer Vielzahl von Studien bestätigte, sogenannte Schlafdeprivationseffekt zur Wirkung. Dieser Effekt führt bei gesunden Schläfern zu geringerer Einschlafdauer, weniger Schlafunterbrechungen und insgesamt kürzeren Wachliegephasen. Zu Grunde gelegt wird ein kurzfristiger Schlafentzug, der in der darauf folgenden Nacht zu vermehrten Tiefschlafphasen führt. Diese „Erholungsnacht“ ist

Ausdruck der Selbstregulierungsfähigkeit des Körpers. Er holt den verpassten Schlaf von alleine nach (Borbély et al., 1981).

Bei Insomniebeschwerden wird mittels der Schlafrestriktionstherapie kein kompletter Schlafentzug für eine bestimmte Zeit verordnet, sondern die Bettliegezeit der Patienten wird individuell so gekürzt, dass sich ein längerfristiger Deprivationseffekt einstellt.

Damit sowohl die Ein- und Durchschlaffähigkeit, als auch das Erholungsgefühl auf Dauer wieder zunehmen, ist bei der Schlafrestriktion der Rückgewinn der Schlafkontinuität entscheidend. Dies geschieht durch die Zunahme an qualitativem Tiefschlaf und nicht durch die Schlafdauer, da nämlich die zweite Nachthälfte ausschließlich aus Leichtschlaf besteht. Ein festgelegter Rahmen der Zubettgeh- und Aufstehzeit und das Auslassen eingeschobener Ruhepausen am Tag, steigern nicht nur den Schlafdruck, sondern stabilisieren auch den Schlaf-Wach-Rhythmus synchron zu den übrigen biologischen Rhythmen (Müller & Paterok, S.23, 35f).

2.2.2 Weitere Wirkmechanismen

Der Schlafdruck dämpft zusätzlich die physische Übererregung, wie Herzrasen, Schwitzen etc., der Tiefschlafanteil steigt und die Wachphasen werden reduziert. Damit fällt auch die Grübelzeit weg und führt zu einer merklichen Entlastung. Die Verselbstständigung der Störung wird gestoppt, da die Assoziation zwischen „Bett“ und schlafhindernden Gedanken, wie „Ich werde wieder nicht schlafen können“ gebremst wird. Die Schlafrestriktion konfrontiert die Patienten direkt mit ihrer Angst, um den Schlaf zu kommen und bewirkt eine Auseinandersetzung durch die Vorschrift einen normalen Alltag zu leben, anstatt sich weiter der Schonhaltung hinzugeben. Nach und nach verliert der Schlaf seinen unvorhersehbaren, variablen Charakter und der Patient erlangt die Kontrolle über sein Schlafverhalten zurück.

Unstimmigkeiten zwischen Wahrnehmung und tatsächlichem Schlaf werden geklärt. In einigen Fällen übertrifft nach beendeter Therapie die subjektiv empfundene Schlafdauer sogar die tatsächlichen Werte im Schlaflabor.

Ein Hinweis mehr darauf, dass nicht die Schlafdauer, sondern Kontinuität und Tiefe entscheidend für einen zufriedenstellenden und erholenden Schlaf sind (Schulz & Paterok, S.692; Müller & Paterok, S. 35-37).

2.2.3 Problematik

Da bei Insomniepatienten im Schnitt 12 bis 14 Jahre vergehen, die angefüllt sind mit nicht angemessenen Therapien und erfolglosen Selbsttherapieversuchen (Kales & Kales, 1984; Lacks, 1987), ist die Erwartung der Patienten auf Heilung stark eingeschränkt. So nehmen sie oft resigniert von einer weiteren Therapie Abstand, die keine revolutionären Maßnahmen birgt.

Die Therapie ist sehr strikt angelegt, da nur durch eine konsequente Schlafrestriktion eine Umstellung des Körpers auf einen stabilen Schlaf-Wach-Rhythmus erfolgt. Durchschnittlich kann von einer Verbesserung der Einschlafzeit und der Kontinuität nach einer sechswöchigen Therapie ausgegangen werden. Jedoch verstärkt sich anfänglich die subjektiv erlebte Tagesmüdigkeit und die damit einhergehenden Folgen, wie verminderte Konzentration, und hält in der Regel drei bis vier Wochen an. Die Ursache dafür liegt in der besonders in der ersten Woche drastisch abnehmenden Schlafdauer, die sich erst in der dritten Woche auf den Ausgangswert stabilisiert. Dieser Effekt ist mit dem Hintergrund des Konfrontationsgedankens gewollt: Anstatt des Versuchs mehr Schlaf zu erzwingen, werden die Patienten mit ihrem Schlafdefizit konfrontiert. Die Konsequenz ist, dass vorerst noch weniger Erholbarkeit statt findet, in Verbindung mit der Furcht dauerhafte körperliche oder seelische Schäden davon zu tragen. Ein weiterer problematischer Faktor ist die erforderliche Selbstdisziplin auch nach der Therapie, da sich ein dauerhafter Erfolg nur

einstellen kann, wenn die Regeln der Schlafrestriktion weiterhin selbstständig angewendet werden (siehe 2.6.4 „Ergebnisse der Gruppentherapie“).

In der Studie von Spielman et al. führte dies zu einer Abbruchrate von 28,6%. In neueren Studien mit erweiterten Methoden, auf die später eingegangen wird, konnten hinsichtlich einer geringeren Abbruchrate positive Ergebnisse erzielt werden (Vgl. Backhaus & Riemann, 1999, S. 52; Paterok & Müller, S. 40, 51, 148).

2.3 Vorgehensweise

2.3.1 Das Schlaffenster

Die Verkürzung der Bettliegezeit wird auf jeden Patienten individuell abgestimmt durch ein sogenanntes „Schlaffenster“, das wöchentlich neu berechnet wird. Eine Änderung innerhalb einer Woche darf nur in Absprache mit dem Therapeuten unternommen werden. Bedingung zur Festlegung der genauen Zeiten, ist ein zwei Wochen lang geführtes Schlafprotokoll vor Therapiebeginn und ein wöchentliches Protokoll innerhalb der achtwöchigen Therapie, wie Spielman et al. sie durchführten. Der Patient notiert die Bettzeit und schätzt seine Einschlafdauer, sowie die Zeit seiner nächtlichen Schlafunterbrechungen.

Aus den Daten der letzten Woche des auf zwei Wochen angelegten Protokolls und aus den Daten der letzten fünf Tage der folgenden siebentägigen Protokolle wird das erste „Schlaffenster“, die Zeit, die der Patient täglich im Bett verbringen darf, berechnet. Die Auslassung der Tage begründet sich in dem sogenannten „Adaptationseffekt“. Das erstmalige Führen eines Schlafprotokolls, Erwartungsängste nach der Therapiesitzung, wie auch die Umstellung des Körpers auf eine veränderte Schlafzeit können insbesondere verstärkte Einschlafprobleme mit sich bringen. Diese Abweichung ist bei der Ermittlung des Schlaffensters störend.

Die durchschnittliche wöchentliche, bzw. fünftägige Schlafdauer jeder Nacht, bestimmt das Schlaffenster. Von der Gesamtbettzeit (TBT=“total bed time“) werden die geschätzten Wachphasen abgezogen, sodass sich die Gesamtschlafzeit (TST=“total sleep time“) ergibt. Diese Gesamtschlafzeit legt die Zeit des Schlaffensters, die Zeit die der Patient im Bett verbringen darf, fest. Folglich verkürzt sich bei Insomniepatienten, die erheblich unter langen Wachphasen leiden die erlaubte Bettzeit erheblich. Die Mindestbettzeit beträgt nach der klassischen Methode von Spielman et al. 4,5 Stunden und sollte nicht unterschritten werden. Schätzt der Patient seine Gesamtschlafdauer auf 5 Stunden, wird somit das Schlaffenster auf eben diese 5 Stunden begrenzt. Hat er zuvor 9 Stunden im Bett gelegen, z.B. von 22.00 bis 7.00 Uhr, wird nun eine Verkürzung der Bettzeit um 4 Stunden vorgenommen, z.B. auf 0.30 bis 5.30 Uhr. Die Aufstehzeit ist von Natur aus stärker als die Zubettgehzeit vom zirkadianen Rhythmus bestimmt: „Die zirkadiane Uhr hält den Körper im Einklang mit den Tag- und Nachtphasen der Erde, muss aber selbst jeden morgen vom Sonnenlicht neu synchronisiert werden“, Schlafforscher Jürgen Zulley, Universitätsklinik Regensburg (Berliner Zeitung, September 2003). Ratsam ist deshalb, die Aufstehzeit von Beginn an festzulegen, um spätere Rhythmusschwankungen zu vermeiden. Alltagsbedürfnisse, z.B. Zeit des Arbeitsbeginns, spielen eine wichtige Rolle, allerdings auch der Faktor, dass die wache Zeit am Abend besser genutzt werden kann im Bezug auf gesellschaftliche Aktivitäten, als etwa die Zeit um 4.00 Uhr morgens. (Müller & Paterok, S. 35f; Backhaus & Riemann, S. 51)

2.3.2 Die Schlafeffizienz als Dirigent

Der prozentuale Anteil der geschlafenen Zeit an der gesamten Bettzeit ist bedeutend für den Therapieverlauf sowohl bei der Beschränkung, als auch bei der Erweiterung des Schlaffensters. Die Schlafeffizienz (SEF) gibt eben diesen Anteil als „Grad der Entmüdung, der durch den Schlaf erreicht wird“ (Schering-Lexikon Schlafmedizin, 1998) an.

Auf Grundlage des Schlafprotokolls wird ab der Berechnung des zweiten Schlafens, d.h. für die zweite Therapiewoche, der Quotient aus Schlafdauer (TST) und Bettliegezeit (TBT) ermittelt und mit 100 multipliziert: $SEF = TST/TBT \times 100\%$. Bei der Therapie nach Spielman et al., wird das Schlafenster vom Patienten dann um 15 Minuten erhöht, wenn die Schlafeffizienz im Mittel über 5 Tage bei 90% oder darüber liegt, z.B. von 1.00 – 6.00 auf 0.45 – 6.00 Uhr. Liegt die SEF zwischen 90 und 85% bleibt die vorhergehende TBT bestehen. Sinkt die SEF auf unter 85% wird das Schlafenster um 15 Minuten verkürzt. Dies gilt jedoch nicht, wenn das Schlafenster dadurch kleiner als die untere Grenze von 4,5 Stunden sein sollte. Es wird so lange fortgefahren bis eine individuell zufriedenstellende Schlafdauer erreicht ist. Eine Schlafeffizienz zwischen 80 und 90% mit einer Gesamtschlafdauer pro Nacht von 5 bis 6 Stunden, stellt sich in der Regel nach 6 bis 8 Wochen ein (Müller & Paterok, S.35-37; Backhaus & Riemann, S. 51f).

2.3.3 Allgemeine und individuelle Modifikation

Neben dieser Methode von Spielman et al. gibt es verschiedene Abwandlungen:

Nach dem Therapiemanual von Tilmann Müller und Beate Paterok (Hogrefe, 1999) wird das Schlafenster ab einer SEF von 85% um 15 Minuten erhöht und entsprechend herabgesetzt, wenn sie unter 85% fällt. Der Mindestrahmen für das Schlafenster beträgt 5 Stunden. Die Autoren empfehlen auch eine Anpassung im Rahmen der individuellen Motivation in Absprache mit dem Patienten, wenn sich etwa ein Herauf- oder Herabsetzen dieser 5-Stundengrenze um 30 Minuten als sinnvoll erweist. Eine Verschiebung bezüglich der Zubettgeh- und Aufstehzeit ist möglich, sollte jedoch nicht um mehr als eine Stunde sein und auf keinen Fall zu oft passieren, da sich der Schlaf-Wach-Rhythmus sonst weiterhin verschiebt. Einmalige Ausnahmen, z.B. ein 20 minütiger Mittagsschlaf, sollen ausschließlich in einer schwerwiegenden akuten Krise, vereinbart werden (Müller & Paterok, S.36, 154).

Glovinsky und Spielman (1991) raten bei älteren Patienten, deren Schlafeffizienz sich von Natur aus reduziert, zu einer Senkung des Schlafeffizienz-Kriteriums auf 80 %.

Darüber hinaus sollte eine drastische Verkürzung der Bettzeit nur zu Beginn der Therapie vollzogen werden: So lassen sich weitere Rückschritte vermeiden, die der Motivation der Patienten schadet. Bei ausgeprägter Fehlwahrnehmung des Schlafzustandes empfiehlt sich, trotz subjektiv niedrig empfundener Schlafeffizienz, eine wöchentliche konstante Steigerung des Schlafens (Vgl. Backhaus & Riemann, S.53).

2.3.4 Ergebnisse bei Spielman et al.

In der Studie von Spielman et al. (1987) zeigte sich direkt nach der achtwöchigen Therapie eine signifikante Verbesserung bezüglich der Einschlafzeit, der Schlafeffizienz und der nächtlichen Wachliegezeiten. 86% der 35 Behandelten bekundeten eine allgemeine Verbesserung der Symptome (Vgl. Schulz & Paterok, S.639). Studien mit über 50 älteren Patienten (Anderson et al., 1988) und weitere Untersuchungen bis hin zu 12 Monaten nach der Therapie bestätigten diese Ergebnisse (Vgl. Müller & Paterok, S.37).

2.4 Einbettung in das Basisprogramm

Den recht hohen Abbrecherquoten von 28,6% bei Spielman et al. von 1987 wird mittels eines Basisprogramms versucht, entgegen zu wirken. Zu der Schlafrestriktionstherapie gehört deshalb eine ausführliche Schlafedukation, die eine Aufklärung über die Therapiemaßnahmen und deren Begleiterscheinungen enthält, als auch die Schlafhygiene und der richtige Umgang mit Medikamenten (Backhaus & Riemann, S. 52; Müller & Paterok).

2.4.1 Aufklärung

Die ausführliche Aufklärung des Patienten über den Therapieverlauf findet im Rahmen der einstündigen Anamnese, dem Diagnosegespräch zwischen Therapeut und Patient statt. Nur so sind die Erwartungen des Patienten an die Schlafrestriktionstherapie nicht utopisch, Ergebnisse vorheriger Studien können motivieren und er hat die Möglichkeit realistisch zu überdenken, ob er den Anforderungen gewachsen ist.

Inhalt der Aufklärung ist die Verschlechterung der Tagesbefindlichkeit innerhalb der ersten drei bis vier Wochen samt Folgeerscheinungen, wie Müdigkeit am Arbeitsplatz und Schläfrigkeit beim Autofahren. Der Patient erfährt, dass die Schlafverkürzung in der Therapiemaßnahme weder zu körperlichen Schäden noch zur Verrücktheit führt und, dass etwaige durchgemachte Nächte vorkommen und sogar wünschenswert sind. Eine Betonung liegt auf der konsequenten Einhaltung der Regeln: keine Verlängerung der Schlafzeiten weder am Wochenende noch im Urlaub. Die Teilnahme an den Therapiesitzungen ist Pflicht. Zudem erläutert der Therapeut oder Arzt, wie wichtig eine strenge Selbstkontrolle über das Schlaf-Wachverhalten ist, damit sich nach 6 Wochen eine wesentliche Verbesserung des Schlafs einstellt. Der Therapeut entlastet den Patienten nicht nur durch sein Verständnis für die Problematik, sondern kann mehr noch Hoffnung auf Erfolg signalisieren (Müller & Paterok, S. 50f).

2.4.2 Basiswissen und Beratung

Die Vermittlung von Basiswissen, teils im Beratungsgespräch und insbesondere während der Therapie, revidiert Fehlannahmen, die zu den insomniespezifischen chronischen Symptomen führen, bestenfalls anhand medizinischer Befunde. Dies hat oft einen entlastenden und beruhigenden Effekt auf den Patienten, da unrealistische Erwartungen vom Nachtschlaf abgebaut werden. Schwerpunktmäßig wird erläutert, dass ein Unterschied zwischen ursächlichen und aufrechterhaltenden Faktoren liegt und wie es zu einer Verselbstständigung der Insomnie kommt. So erfährt er, dass Schlafunterbrechungen zu einem gesunden Schlaf gehören und mit dem Alter zunehmen, dass Schlafverlust nicht schädlich ist, da der Körper diesen in der Folgenacht durch vermehrten Tiefschlaf reguliert. Patienten werden darauf aufmerksam gemacht, dass auch kurzer Schlaf gesund sein kann, sofern der Schlaf-Wach-Rhythmus nicht durch Schonverhalten und mangelnde Tagesaktivität gestört ist. So tragen Mittagsschlaf und langer Schlaf am Wochenende zu erheblich geringerem Schlafdruck bei. Gelegentlich schlechte Nächte sind normal und Schlafstörungen führen sehr selten zu körperlichen Dauerschäden. Wichtig für den Patienten zu wissen ist, dass Grübeln im Bett und Schlafdruck den Schlaf verhindern. Des weiteren notwendig ist die Aufklärung über die Diskrepanz zwischen physischem Schlaf und subjektiver Wahrnehmung (Hajak & Rüther, S.116f).

2.4.3 Schlafhygiene

„[Die] Schlafhygiene [umfasst] alle Umstände, Verhaltensweisen und Maßnahmen, die einen guten und erholsamen Schlaf bewirken“ (Schering Lexikon Schlafmedizin, 1998). In Form von Regeln fasst sie die praktische Umsetzung des Basiswissens zusammen. Zwar wissen Schlafgestörte meist mehr über die Regeln der Schlafhygiene als Gesunde, verhalten sich dennoch weniger danach (Lacks & Rotert 1986). Zum einen widersprechen individuelle Erfahrungen den Regeln der Schlafhygiene und zum anderen erkennen einige nicht den Zusammenhang von vielen Faktoren. Der Patient bedarf der Ermutigung für einige Zeit (etwa 2 bis 3 Wochen) auf das „unhygienische“ Schlafverhalten zu verzichten und im Nachhinein anhand des Schlafprotokolls mit dem Therapeuten zu bewerten.

So ergab sich z.B., dass bei 20% der Patienten, die Mittagsschlaf halten, kein schlechterer Nachtschlaf eintritt (Backhaus & Riemann, S.45; Müller & Paterok, S.23; Hajak & Rütger, S.120).

2.4.4 Umgang mit Medikamenten

Im Rahmen der Anamnese und auch im Verlauf der Therapie muss auf den Umgang mit Schlafmitteln und das erfolgreiche Absetzen eingegangen werden, da sonst Rebound-Effekte eintreten können. Zu schnelles Absetzen eines Hypnotikums, wie z.B. Benzodiazepin, kann eine vorübergehend stärker ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörung verursachen, als vor der Einnahme (Backhaus, Riemann, S.18).

2.4.5 Aktivitätsplanung

Um die gewonnene Zeit zu füllen und nicht zu riskieren von der Müdigkeit überwältigt zu werden, ist ein Aktivitätsprogramm notwendig. Im Vordergrund sollten im Sinne einer Belohnung und der Motivation angenehme Freizeitaktivitäten stehen (Backhaus & Riemann, S.53).

2.5 Begleitende Maßnahmen

Weiterhin ist die Schlafrestriktionstherapie nach Meta-Analysen von Murtagh und Greenwood die einzige Therapie mit einem deutlichen Effektverlust im posttherapeutischen Verlauf. So sinkt die Einschlafzeit von einer Effektstärke von 0.85 auf 0.57. In diesem Sinne sollte die Schlafrestriktion in Kombination mit physischen und kognitiven Entspannungstechniken durchgeführt werden, da diese die Effektstärken für Einschlafzeit, Schlafdauer, Wachliegedauer und Schlaffeffizienz längerfristig eher halten oder sogar im Nachhinein noch verbessern (Morin et al., 1994; Murtagh & Greenwood, 1995; Backhaus & Riemann, 1996, vgl. Backhaus & Riemann, 1999, S.65). Eine kognitive Einstellungsänderung trägt enorm zur Verbesserung der subjektiven Erholung bei und fördert eine positive Haltung gegenüber dem Schlaf. Patienten wird die Angst vor der Erkrankung und den Maßnahmen der Schlafrestriktionstherapie genommen. Von Physiologischen Entspannungstechniken können Einschlafgestörte profitieren, da diese Verfahren erregungs- und angstmindernd wirken (Hajak & Rütger, S.114, S.124f).

2.5.1 „Kognitives Umstrukturieren“ (Backhaus & Riemann, S. 56-59)

Zum Abbau von insomnietytischen schlafbehindernden Gedanken und Ängsten und zur „Entkatastrophisierung“ des Schlafs, ist ein erster Schritt die Methode des „Realitätstestens“, z.B. mit Hilfe des Schlaftagebuchs. Der Patient erkennt aus seinen Aufzeichnungen, dass es auch gute Nächte gibt und der Zusammenhang zwischen schlechter Nacht und schlechtem Tag, als auch umgekehrt, nicht so eng ist wie vermutet. Der Schlaf wird entdramatisiert und auf kognitiver Ebene umstrukturiert: Für negative schlafbezogene Gedanken werden positive Alternativen gesucht. Der Patient soll hierzu seine Gedanken, die er sich über den Schlaf macht, schildern und auf dem Hintergrund seines neuerlangten Wissens aus der Schlafedukation einschätzen, für wie realistisch er seine Befürchtungen hält. So findet er leicht selbst konstruktive Alternativen für seine irrtümlichen Gedanken und Ängste. Um eine konkrete Einstellungsänderung zu erreichen, muss diese Methode mehrmals angewendet werden.

Ein weiterer Schritt, die „Reattribution“ (Backhaus & Riemann, S.57), richtet sich an sehr leistungsorientierte Patienten, die ihr eigenes Schlafproblem aus der objektiven Einschätzung heraus nehmen. So interpretieren sie die individuelle Störung nicht nur als dramatischer sondern auch als persönliches Versagen. Die Beurteilung anderer

Personen mit gleichen Beschwerden, deckt dies auf. In Gruppentherapien können die Teilnehmer solche Fehlinterpretationen gegenseitig an sich feststellen und aufklären.

Hilfreich zur Bewusstmachung ist das Protokollieren von Gedanken in konkreten Situationen. Zusätzlich werden entsprechende Gefühle, die Gedanken mit sich bringen wahrgenommen.

2.5.2 Physiologische Entspannungstechnik

Unter der Vielzahl von Entspannungsverfahren, wie z.B. Autogenes Training, Meditation oder der Progressiven Muskelentspannung, hat sich in Vergleichsstudien keine Methode als deutlich besser hervorgehoben.

Nicht nur die persönlichen Vorlieben des Patienten sind entscheidend, sondern auch das richtige Erlernen der Technik unter Anleitung eines Fachmanns. Hinzu kommt tägliches Training vor allem am Tag, damit am Abend kein Druck aufkommt und die Therapieeffekte im Laufe der Zeit nicht nachlassen. Der Patient sollte informiert sein, dass diese Verfahren beruhigen und nicht direkt den Schlaf anstoßen.

Erregungsminderung kann bei einigen Patienten mit primärer Insomnie allerdings auch Konfliktgefühle hervorrufen und die Einschlafzeit sogar verschlechtern. Diejenigen, die tagsüber keinerlei Aktivitäten nachgehen und sich fälschlicherweise versuchen zu schonen, finden in der Entspannungstechnik ebenso keine Hilfe. Zu einer professionellen Diagnose im Voraus wird daher geraten. (Hajak & Rütger, S.124 - 126)

2.5.3 Stimuluskontrolle

Die Stimuluskontrolle arbeitet gegen die negative Assoziation von „Bett“ und der Verzweiflung, nicht schlafen zu können, an. Der Patient muss, wenn sich im Bett keine Müdigkeit einstellt, jedes Mal wieder aufstehen und sich in einem anderen Raum aufhalten, bis er wieder glaubt, müde genug zu sein, um Schlaf zu finden. Da auch bei der Stimuluskontrolle die Bettzeit anfänglich verkürzt wird, bietet sie sich eventuell dann als Begleitmaßnahme zur Schlafrestriktion an, wenn der Patient sein optimales Schlafenster erreicht hat. Die extreme Einschränkung der Bettliegezeit durch die Anwendung beider Therapien gleichzeitig, ist schwierig einzuhalten (Hajak & Rütger, S.121; Müller & Paterok, S.121).

2.6 Anwendung am Beispiel der Gruppentherapie

Basierend auf dem Therapiemanual von Müller und Paterok (Hogrefe, 1999, S.62-148) soll im Folgenden die Vorgehensweise der Schlafrestriktion bei einer Gruppentherapie geschildert werden. Die erweiterten Methoden, die in den vorherigen Abschnitten beschrieben wurden, sind mit Ausnahme der physischen Entspannungstechnik, in diesem Beispiel integriert. Die Aktivitätsgestaltung- und Planung wird in jeder Sitzung weiter ausgearbeitet.

2.6.1 Formale Struktur

Die Therapie findet in einem Zeitraum von 8 Wochen mit mindestens 6 Sitzungen von 1 ½ Stunden statt. Sowohl zwischen dem 4. und 5., als auch zwischen dem 5. und 6. Treffen liegen 2 Wochen Pause, damit schon während der Therapie Erfahrungen im selbstständigen Umgang mit den Schlafrestriktions-Maßnahmen gesammelt werden. Die Gruppe besteht aus 2 Therapeuten und 9, maximal 11 Personen. Kleinere Gruppen sind im Hinblick auf eine mögliche Abbrecherquote von 20 bis 30% nicht empfehlenswert.

Mit Ausnahme der ersten und letzten Sitzung laufen alle Sitzungen nach der gleichen festen Struktur ab. Der „Trainingscharakter“ ähnlich dem Schulunterricht mit Vorträgen über die Schlafrestriktionstherapie, Hausaufgaben,

Übungen und regelmäßigem Feedback der Teilnehmer zu ihren Erfahrungen, kennzeichnen diese Gruppentherapie. So werden auch die Ergebnisse der berechneten Schlaffeffizienz und das Schlaffensters der gesamten Gruppe mitgeteilt. Die Berechnung erfolgt spätestens ab der dritten Woche weitgehend eigenständig.

Gerade Durchhalteprobleme, auf Grund der sich verstärkenden Tagesmüdigkeit werden mit den Therapeuten, hier genannt „Trainer“, genauestens besprochen, um Frustration abzubauen und entgegen zu wirken. Auf die Wichtigkeit der Einhaltung des Schlaffensters und auch auf das Therapieziel, einen erholsamen Schlaf zurück zu erlangen, werden zur Motivation regelmäßig hingewiesen.

Zur Kontrolle der einzelnen Patienten über strikte Einhaltung des Schlaffensters, dient ein Verlaufsbogen, in welchen alle Patienten am Ende jeder Sitzung die jeweiligen Daten aus dem Schlafprotokoll und dem berechneten Schlaffenster eintragen. Somit haben die Trainer einen Überblick über Verbesserung oder mögliche Verschlechterung des Schlaf- und Wachverhaltens und können darüber hinaus konkret auf Teilnehmer zugehen, die sich nicht trauen, vor der ganzen Gruppe über Durchhalteschwierigkeiten oder depressive Verstimmungen zu sprechen.

Bei akuten oder weiterführenden Problemen einzelner Teilnehmer, die nicht direkt symptomorientiert sind, empfehlen sich zusätzliche Einzelsitzungen.

Für Notfälle wird ebenfalls ein Sorgentelefon angeboten. Durch den Kontakt zwischen Therapeut und Teilnehmer außerhalb der Sitzungen, können eventuelle Fensteränderungen abgesprochen werden.

2.6.2 Die Sitzungen

Sitzung 1:

In der ersten Sitzung erläutern die Trainer den formalen Ablauf des Kurses und die zu behandelnden Themen. Aufmerksam wird auf die Wichtigkeit der Hausaufgaben, das sorgfältige Ausfüllen des Schlafprotokolls und die aktive Mitarbeit gemacht. Es folgt ein Vortrag über das Prinzip der Schlafrestriktion, die Unterschiede zwischen Ursachen und aufrechterhaltenden Faktoren einer Insomnie und den Wirkmechanismus des Deprivationseffekts. Der Angst, ernsthaft körperlich oder seelisch durch die Schlafrestriktion zu erkranken, wird mit medizinischen Befunden, die diese Folgen widerlegen, entgegen gewirkt. Fragen zum Schlaf werden geklärt und Fehlannahmen anhand der Schlafhygiene abgebaut. Der Hinweis darauf, dass die Umstellung des Körpers zeitlich sehr individuell ist, dient der Verminderung von Erfolgsdruck.

Die Hausaufgabe für die nächste Sitzung ist die Vorbereitung für die Aktivitätsgestaltung der gewonnenen Zeit: Die Teilnehmer notieren täglich wann und auf welche Weise sie Müdigkeit bewältigt haben und welche der ausgeführten Aktivitäten sie als angenehm, bzw. unangenehm empfanden.

Sitzung 2:

Nach der ersten Restriktionswoche ergeben sich bei einigen Teilnehmern äußerste Probleme, das Schlaffenster einzuhalten. Es wird abgeklärt, inwieweit Motivation besteht, die Maßnahmen weiter durchzuhalten, oder ob alternative Therapien sinnvoller wären.

Ausnahmen, wie etwa Ruhepausen am Tag, für einzelne mit großen Problemen, werden zu diesem frühen Zeitpunkt nicht zugelassen, da sich sonst die konsequente Einhaltung der Maßnahmen für andere Gruppenteilnehmer nicht durchsetzt. Einzige Änderungsmöglichkeit ist eine Verschiebung des Schlaffensters um maximal eine Stunde.

Strategien im Umgang mit Müdigkeit werden vermittelt. Der Zweck der Hausaufgabe ist die Bewusstwerdung der Patienten über die eigene Lebensführung, d.h. Müdigkeit als Ausrede für eine aktive Freizeitgestaltung zu nutzen: Sie notieren, welchen Freizeitaktivitäten sie nachkommen und welche sie lange nicht ausgeführt haben.

Sitzung 3:

In dieser Sitzung kommt insbesondere der Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander über auslösende Ereignisse, Verselbstständigung der Insomnie und einhergehende Gedanken, zum Zuge. Die Trainer betonen Verbesserungen und Einzelerfolge, die aus den Schlafprotokollen ersichtlich sind, zur Ermutigung anderer, mit dem Hinweis auf die individuell unterschiedliche Umstellungszeit auf einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus.

Für gruppenspezifische negative Kognitionen über den Schlaf werden nach der Technik des Kognitiven Umstrukturierens gemeinsam konstruktive Alternativen gesucht. Hausaufgabe ist die Umsetzung von 2 bis 3 Aktivitäten. Diese sollen wegen dem stärksten Schlafdruck möglichst abends stattfinden und genau nach Zeit, Ort und Art der Aktivität in einem Planungsprotokoll notiert werden. Dadurch fällt die Umsetzung leichter.

Sitzung 4:

Im Feedback zur vorhergehenden Woche erzählen die Teilnehmer, wie stark ihre Müdigkeit bei den jeweils ausgeführten Aktivitäten war und in welcher Stimmung sie sich befanden. Die Trainer erklären den Zusammenhang zwischen hohem Aktivitätsniveau und Zufriedenheit, bzw. niedriger Aktivität und Stress. Dies hilft besonders denjenigen, die sich abends wegen Müdigkeit nicht durchringen können, das Aktivitätsprogramm einzuhalten. Zur weiteren Motivation erhalten die Teilnehmer eine Liste von Aktivitäten aus verschiedensten Bereichen.

Ab dieser Sitzung ist für ältere Teilnehmer, die vor der Therapie gewohnt waren, Mittagsschlaf zu halten, eine Ausnahme zugelassen. Sie dürfen sich maximal 20 Minuten am Nachmittag hinlegen, müssen aber ansonsten das Schlafenster weiter einhalten.

Der folgende Vortrag „Eine Reise durch die Nacht“ (Müller und Paterok, S.110-118) hat zum Zweck, die eigenen Vorstellungen zum Schlaf in Relation zu der heutigen Zeit und der westlichen Kultur zu sehen. Auf wissenschaftlicher Basis wird die qualitative und quantitative Schlafstruktur erklärt. Beispiele von extremen Kurzschläfern zeigen insbesondere, dass nicht die Dauer, sondern die Qualität in Abhängigkeit von Alter, Tagesaktivität und individuellem Schlaf-Wach-Rhythmus, entscheidend ist.

Von dieser Sitzung an sollen die Freizeitaktivitäten immer mittels Protokoll geplant und ausgeführt werden.

Sitzung 5:

Erfahrungen in den letzten zwei Wochen und auch Änderungen im Verhalten bezüglich der Schlafhygiene werden ausgetauscht. Die Trainer regen zu einer weiteren Anwendung der Regeln an, indem sie eine tatsächliche Verbesserung nach disziplinierter mehrwöchiger Anwendung bestätigen.

Der Vortrag über Schlafmittel, deren Wirkungen und Nebenwirkungen, der Einfluss von Alkohol auf den Schlaf und Regeln zu einem sinnvollen Umgang mit Schlafmitteln schließt Methoden zum erfolgreichen Absetzen der Medikamente ein, damit kein „Rebound-Effekt“ eintritt.

Sitzung 6:

Die Abschlussitzung beinhaltet besonders die Besprechung von Problemen bei der weiteren Anwendung der Schlafrestriktion im Alleingang und einer Anleitung zur Vorgehensweise. Beispiele aus Studienergebnissen

verdeutlichen, dass insbesondere bei bisher schwachen Effekten oder Verschlechterungen im Nachhinein, die nicht ungewöhnlich sind, eine äußerst strikte Einhaltung der Methoden für weitere Monate nötig ist, damit sich Erfolge zeigen. Die Trainer weisen auf die Notwendigkeit der weiteren Berechnung des Schlafens und der Schlafeffizienz hin, da so eine sichere Selbstkontrolle gegeben ist. Die Vereinbarung von Folgetreffen, 3 und 6 Monate später, steigert die Motivation und signalisiert den Patienten Rückhalt.

Zu den Vorteilen einer Gruppentherapie kommen der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und das Gefühl nicht alleine mit seinen Problemen da zu stehen, hinzu. Gegenseitige Motivation und erste kleine Erfolge anderer Teilnehmer spornen zum Weitermachen an (Müller & Paterok, S.62-146).

2.6.3 Nach der Therapie

Für weitere 12 Wochen nach Therapieende wenden die Patienten die Schlafrestriktion nach der gelernten Form an. Um nicht die Schlafkontinuität zu gefährden, dürfen sie die Bettliegezeit nicht über 6,5 Stunden ausdehnen. Eine Lockerung bezüglich des Schlafens und des Mittagsschlafs kann nach einer dreiwöchigen stabilen Schlafeffizienz von mindestens 85% vorgenommen werden. Bei einer Verschlechterung wird zur ursprünglichen Form zurückgekehrt.

Wenn eine Verschlechterung im Zusammenhang mit Stress und belastenden Lebensereignissen eintritt, können die Patienten eine zusätzliche Einzelberatung auch nach der Schlafrestriktionstherapie wahrnehmen. Die Notwendigkeit einer weiterführenden nichtschlafspezifischen Therapie, einer Nutzung von Entspannungstechniken oder einer Abklärung im Schlaflabor wird überprüft. (Müller & Paterok, S.146, S.148)

2.6.4 Ergebnisse der Gruppentherapie

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Therapiemanuals wurde die Maßnahme in der beschriebenen Form an drei Gruppen getestet. Die Abbrecherquote lag in den ersten beiden Gruppen bei 20% und in der letzten bei Null. Folgende Resultate ergaben sich nach der Therapie: Die Patienten gaben sowohl direkt nach der Therapie, als auch 3 und 6 Monate später eine globale Verbesserung ihres Schlafs an, was die signifikanten Verbesserungen der Daten aus den Schlafprotokollen bestätigen. Die bedeutend angestiegene Schlafeffizienz erleidet nach drei Monaten einen leichten Rückgang, erhöht sich jedoch nach weiteren drei Monaten erneut. Hingegen nehmen Einschlafdauer und nächtliche Wachliegezeit nach anfänglichem Erfolg innerhalb von sechs Monaten wieder zu. Klinisch signifikant ist das erfolgreiche Absetzen von Schlafmitteln, bzw. deren Reduzierung. Grübeln, Fokussieren auf den Schlaf und die häufig einhergehende Depressivität nehmen deutlich ab. Patienten mit im Vergleich stärkeren Beschwerden profitierten zwar gleichermaßen von der Schlaftherapie, neigen jedoch dazu, die Schlafrestriktion nach Therapieende nicht konsequent weiter zu führen. Vorteilhaft bei diesen psychisch eher labilen Patienten, ist eine dauerhafte Betreuung oder eine weiterführende Psychotherapie (Müller & Paterok, S.39-43).

Alles in Allem gilt die Schlafrestriktionstherapie „als eine effektive und höchst ökonomische non-medikamentöse Maßnahme“ (Müller & Paterok, 1999, S.38).

2.7 Medikamentöse Therapie

Insomniepatienten nehmen teilweise über Jahre verschreibungspflichtige Schlafmittel (Hypnotika) ein, wobei die wenigsten von ihnen ausreichend über die Nachteile und Risiken informiert sind. In akuten Fällen ist eine befristete Einnahme notwendig, längerfristig jedoch ist die Schlafmitteltherapie nicht als Lösung anzusehen, da sie nicht an die Bekämpfung der Ursachen herangeht. Hypnotika bewirken eine Verlängerung des Leichtschlafs zu Gunsten des

Tiefschlafs. Durchschnittlich erhöht sich der Gesamtschlaf nur um eine halbe Stunde, wird aber subjektiv als viel länger wahrgenommen, was zu einer psychischen Abhängigkeit führen kann. „Hang-over“ Effekte am nächsten Tag treten auf und die Wirkung der Schlaferholsamkeit lässt nach. Das zu schnelle Absetzen bewirkt den „Rebound-Effekt“, die Wiederkehr der Symptome in verstärkter Form. (Müller & Paterok, S.26-28)

2.8 Nicht-medikamentöse Therapien im Vergleich

Meta-Analysen von nicht-medikamentösen Therapien ergeben, dass sich die größte Verbesserung bezüglich der Einschlafzeit und der nächtlichen Wachliegezeit, bei Schlafrestriktion, multimodaler Therapie und Stimuluskontrolle zeigt. Dies trifft sowohl direkt nach Therapieende, als auch 3 und 6 Monate nach der Therapie zu. Getestet wurden 511 Patienten in 32 Studien und 2102 Patienten in 59 Studien (Lacks & Morin, 1992; Morin et al., 1994, vgl. Müller & Paterok, S.31). Bei dem Vergleich zwischen der Schlafrestriktionstherapie und der Stimuluskontrolle wurden kaum Unterschiede in der Effektivität gefunden (Anderson et al., 1988. Vgl. Schulz & Paterok). Die Schlafrestriktion zählt allerdings zu den bisher am wenigsten überprüften Therapien (Müller & Paterok, S.31).

3 Schlusswort

Die Schlafrestriktionstherapie eignet sich zur Behandlung von primären Insomnien und greift durch die Schlafverkürzung direkt in den destabilisierten Schlaf-Wach-Rhythmus ein. Schlaftiefe, Kontinuität und ein geregelter Schlaf sind die maßgeblichen Ziele. Die obligatorische Einbettung in das allgemeine Basisprogramm nicht-medikamentöser Therapien, die Konzentration auf aus- und erfüllende Freizeitaktivitäten, sowie begleitende kognitive und physiologische Entspannungstechniken, bewirken einen Lernprozess.

Die frühe und angemessene Behandlung der Erkrankung ist wichtig, sowohl für das Wohlbefinden des Patienten, als auch für den therapeutischen Effekt: Bei einer chronischen Insomnie im fortgeschrittenen Stadium ist es schwer, die Ursachen nachzuvollziehen, insbesondere bei auftretenden Folgekrankheiten. Zudem bestehen in den Anfängen der Krankheit noch positive Erwartungen auf Heilung.

Viele Autoren bemängeln die Tatsache, dass nicht-medikamentöse Therapien bei niedergelassenen Ärzten kaum bekannt sind – und das nicht allein in Deutschland: So wird in einem Artikel aus Norwegen des Jahres 2000 die erfolgreiche Behandlung der primären Insomnie mit der so gut wie unbekanntem Schlafrestriktion und Stimuluskontrolle, innerhalb einer Pilotstudie, beschrieben (Bjorvatn, 2000: Chronic sleep problems, abstract).

T. Müller und B. Paterok gehen mit ihrer Informationsseite im Internet (schlafgestoert.de, 2000) für Ärzte und Betroffene, einen wichtigen Schritt, der den Weg zu mehr Aufklärung in diesem Bereich ebnet.

4 Literaturverzeichnis

- T. Müller; B. Paterok (1999): Schlafraining: ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen. Hogrefe-Verlag Göttingen
- J. Backhaus; D. Riemann (1999): Schlafstörungen. Hogrefe-Verlag Göttingen
- G. Hajak; E. Rüther (1995): Insomnie: Ursachen, Symptomatik und Therapie. Springer-Verlag Berlin
- F. Hohagen (1996): Insomnien: Diagnostik, Prävalenz und Behandlung. Urban & Schwarzenberg München
- A.J. Spielman, P. Saskin, M.J. Thorpy (1987): Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. Abstract of *Sleep*, Feb. 1987, S.45
- H. Schulz; B. Paterok (1996): Psychologische Störungen und ihre Behandlung. Enzyklopädie der Psychologie, Band 2, Kap.9, S.691-696. Hogrefe-Verlag Göttingen
- P. Clarenbach et al. (1998): Schering-Lexikon Schlafmedizin. MMV Medizin Verlag München
- Sturm; P. Clarenbach (1997): Checkliste Schlafstörungen. Georg Thieme Verlag Stuttgart