

Schlafstörungen als Schlüsselsymptom depressiver Erkrankungen – Schlafspezifische Interventionsstrategien der Hypnotherapie bei Depressionen

Heinz-Wilhelm Gößling

Einleitung und Ausgangspunkt

Klinisch gesehen gehören Schlafstörungen zu den Leitsymptomen depressiver Erkrankungen. Ca. 80 bis 90 % depressiv erkrankter Menschen geben Schlafstörungen als eine ihrer Hauptbeschwerden an, sehr häufig in Form unspezifischer Einschlaf- und Durchschlafstörungen (Tsuno, Besset, & Ritchie, 2005). Als ein Charakteristikum bestimmter Depressionsformen gilt frühmorgendliches Erwachen zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit. Im ICD-10 wird diese depressionsspezifische Form einer Durchschlafstörung dem sog. „somatischen Syndrom“ zugeordnet, mit welchem depressive Episoden einhergehen können und dessen Vorliegen bzw. Nichtvorliegen im ICD-10 zusätzlich kodiert wird.

Auch nach Überwindung einer depressiven Episode leiden viele Patienten unter einer anhaltenden Beeinträchtigung des Nachtschlafs. Gemäß einer US-amerikanischen Verlaufsstudie bestanden bei 38 % betroffener Patienten innerhalb eines Jahres nach Abklingen ihrer depressiven Erkrankung weiterhin Schlafstörungen, die mit einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergingen (Li et al., 2012).

Nähere Untersuchungen zu dem Ursache-Wirkungs-Verhältnis von Depressionen und Schlafstörungen zeigen, dass diese nicht nur als ein Folgesymptom depressiver Zustandsbilder aufzufassen sind, sondern als eigenständiger Risikofaktor und als Mit-auslöser für den Beginn einer depressiven Episode fungieren. Zudem stellt das Wiederauftreten von Schlafproblemen, nachdem eine Depression überwunden wurde, einen starken Risikofaktor für eine depressive Wiedererkrankung dar. Diese Befunde weisen hin auf eine zirkuläre Wechselbeziehung zwischen gestörtem Schlaf und depressiver Verstimmung (Johnson, Roth, & Breslau, 2006; Alvaro et al., 2013).

Schlafstörungen sind somit als ein eigenständiger Auslöse-, Risiko- und Rückfallfaktor für depressive Erkrankungen anzusehen (Zimmermann & Pfeiffer, 2007). Sie sind ein Schlüsselsymptom an der Schnittstelle zwischen psychologischen und biolo-

Heinz-Wilhelm Göbbling

**Schlafstörungen als Schlüsselsymptom depressiver Erkrankungen –
Schlafspezifische Interventionsstrategien der Hypnotherapie bei Depressionen**

Schlafstörungen gelten als ein eigenständiger, mitverursachender Risiko-, Auslöse-, und Rückfallfaktor depressiver Erkrankungen. An der Schnittstelle zwischen biologischen und psychologischen Einflussfaktoren einer Depression ist der gestörte Schlaf ein Schlüsselsymptom und damit effektiver Ansatzpunkt für spezifische therapeutische Interventionen. Dargelegt wird das breite Repertoire schlafspezifischer Behandlungsansätze in klinischer Hypnose und Hypnotherapie. Mehrere der im Einzelnen beschriebenen Interventionen liegen in standardisierter Modulform vor und sind Bestandteil eines insgesamt 31 Module umfassenden Therapiemanuals „Hypnotherapeutische Depressionstherapie bei leichten bis mittelgradigen Depressionen“ (HDT). Die Wirksamkeit von HDT wird derzeit im Rahmen einer kontrollierten, randomisierter Studie an der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen überprüft.

Schlüsselwörter: Schlafstörungen, Depressionstherapie, Hypnose, Hypnotherapie, Therapiemanual

**Sleep disturbance as a key symptom of depressive disorders –
sleep focused interventions in hypnotherapy for depression**

Sleep disturbances are an important risk factor for beginning and relapsing of depressive disorders. They are a key symptom at the interface between biological and psychological impact on depression and therefore an effective target for specific therapeutic interventions. Hypnosis and hypnotherapy offer a large repertoire of sleep focused interventions. Standardized modular forms are available from some of the described interventions. These modules are part of the therapeutic manual "Hypnotherapeutic Depression Therapy (HDT) in mild to moderate depression", which contains 31 therapeutic modules totally. At present the efficacy of HDT is investigated by a controlled, randomized study at the department of psychiatry and psychotherapy of the University of Tübingen.

Keywords: Sleep disturbance, depressive disorders, hypnosis, hypnotherapy, therapeutic manual

Dr. med. Heinz-Wilhelm Göbbling
Seelhorststraße 61
30175 Hannover
kontakt@dr-hwg.de

erhalten: 6.2.2017

akzeptiert: 25.2.2017

gischen Bedingungsfaktoren depressiver Zustände. Im subjektiven Erleben vieler depressiver Patienten gehört „Nicht-mehr-schlafen-können“ zu den am stärksten belastenden Erfahrungen ihrer Erkrankung, die von eindrucklichen Gefühlen des Alleinseins und der Hilflosigkeit, des Dauerstresses und der Verzweiflung geprägt ist.

Von daher greift die gezielte Behandlung von Schlafproblemen in das pathogenetische Bedingungsgefüge depressiver Erkrankungen ein und stellt keinesfalls ein „Kurieren am Symptom“ dar (Übersicht in: Zimmermann & Pfeiffer, 2007). Schlafspezifische Interventionsformen sollten integraler Bestandteil bei der psychotherapeutischen Behandlung depressiver Störungen sein, vergleichbar dem Ansatz, wie er in der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen schon lange etabliert ist, dort allerdings mit zum Teil gravierenden Nebenwirkungen behaftet.

In der Hypnotherapie wurden eine ganze Reihe von effektiven, schlaffördernden Behandlungsstrategien entwickelt, die – frei von negativen Nebenwirkungen – an natürliche Ressourcen des Patienten anknüpfen und dessen Selbstwirksamkeitserleben stärken (Scholz, 2011; Gößling, 2014, 2015, 2016; Schlarb, 2015). Viele dieser insomniespezifischen Interventionstechniken aus der Hypnotherapie haben sich sowohl in der ambulanten als auch stationären bzw. teilstationären Behandlung von Schlafstörungen, welche im Rahmen depressiver Erkrankungen auftraten, bewährt. Einen Überblick zu den dabei häufiger eingesetzten hypnotherapeutischen Interventionsformen gibt Tabelle 1.

Die in Tabelle 1 aufgeführten Interventionstechniken bauen nicht aufeinander auf. Sie können als Bausteine in einem modular konzipierten Therapieprogramm dienen, welche je nach den individuellen Gegebenheiten und dem Stand des jeweiligen therapeutischen Prozesses eingesetzt werden können. Zeigt sich der Patient beispielsweise empfänglich für schlafmedizinische Erkenntnisse, könnte die unter 5. genannte Intervention „Hypnotherapeutische Nutzung von Schlafphysiologie und Chronobiologie“ angewandt werden. Steht andererseits sein Erleben von nächtlichen Grübelgedanken im Vordergrund, wäre die unter 3. aufgeführte Intervention „Utilisation und ‚Transformation‘ schlafverhindernder Grübelgedanken“ angezeigt. Die Nummerierung dient

Tab. 1: Schlafspezifische Behandlungsstrategien, die sich in der Hypnotherapie depressiver Erkrankungen bewährt haben

1. Visualisierung des Zustands „Nicht schlafen können“ mit anschließender zielorientierter Zeitprogression in den Zustand „Wieder tief und fest schlafen“ im Rahmen einer ziel- bzw. wunschorientierten Zeitprogression
2. Aneignung einer Selbsthypnose-Technik als mentale Einschlaf- bzw. Wiedereinschlafhilfe
3. Utilisation und „Trance“-formation schlafverhindernder Grübelgedanken
4. Verwendung spezifischer Metaphern, Imaginationen und Geschichten
5. Hypnotherapeutische Nutzung von Schlafphysiologie und Chronobiologie

Schlafspezifische Interventionsstrategien

lediglich einer Zuordnung gleichwertiger Therapiemodule. Sie stellt weder eine zeitliche Reihenfolge noch eine inhaltliche Hierarchisierung dar.

Nachfolgend werden die aufgeführten Interventionstechniken im Einzelnen beschrieben. Dabei sind wortwörtliche Formulierungsbeispiele kursiv gesetzt und mit Anführungszeichen versehen.

Zur Interventionstechnik 1:

Visualisierung des Zustands „Nicht schlafen können“ mit anschließender, zielorientierter Zeitprogression in den Zustand „Wieder tief und fest schlafen“

In einem ersten Schritt wird bei dieser Interventionstechnik das Schlüsselsymptom „Nicht-schlafen-können“ von einer Beobachterposition aus detailliert betrachtet und untersucht. Mit Hilfe einer dissoziativen Hypnosetechnik schaut der Patient von oben in sein Schlafzimmer und auf die dort liegende, keinen Schlaf findende Person – also auf sich selbst. Er erkennt Einzelheiten dieser allabendlich wiederkehrenden, intimen Situation, die von ihrer Bedeutung her möglicherweise in einem noch nicht bewusst wahrgenommenen, tieferen Zusammenhang mit seinem Unruhezustand stehen, wie z.B. die Beschaffenheit seines Schlafplatzes, seine „Bett“-Situation innerhalb einer Partnerschaft, einer Familie oder des Alleinseins.

Der zweite Schritt führt über eine wunsch- bzw. zielorientierte Zeitprogression in eine entsprechend veränderte Situation ein Jahr später. Der Patient stellt sich vor, er könne sich selbst in einem Zustand des tiefen, festen Schlafs sehen und den Schlafplatz um ihn herum, an dem dieses geschieht. Angestrebt wird eine mittlere Trance-tiefe, welche ein intensives Erleben des imaginierten Zielzustands und dessen räumlich-örtlichen sowie sozialen Kontext ermöglicht. Über das unter Hypnose intensivier-te, projektive Erleben werden unwillkürliche, schlaffördernde bzw. depressionslösen-de Tranceprozesse angestoßen, die Veränderungsprozesse im Alltag des Patienten bahnen.

Zum praktischen Vorgehen im Einzelnen

Vor Beginn einer Tranceinduktion wird dem Patienten im Vorgespräch deutlich gemacht, dass es nicht darum geht, einen konkreten Veränderungsplan zu entwerfen oder ihn zu bewussten Veränderungsbemühungen anzuregen. Im Vordergrund stehe vielmehr, es seinem Unterbewussten, seiner Phantasie zu erlauben, einfach „ins Blaue hinein“ sich einen erwünschten bzw. ersehnten Zustand vorzustellen.

Anschließend wird mit Hilfe entspannungsfördernder Suggestionen ein zunächst leichter Trancezustand angeregt und der Patient dann gebeten, sich vor seinem „*inneren Auge vorzustellen, wie Sie die Erde vom Mond aus betrachten ... von dort oben aus auf diesen blauen Planeten schauen ... von weit oben durch ein Fernrohr schauen und die Weltmeere, die Kontinente, die ersten großen Städte erkennen können ...*“

Dann folgt der Blick von oben ins Schlafzimmer mit Visualisierung des Zustands „Nicht schlafen können“: „*Und während es Nacht wird auf der Erde, richten Sie Ihr Fernrohr auf die Stadt/das Dorf (je nach derzeitigem Wohnort des Pat.). Zoomen Sie sich die Stadt/das Dorf mit Ihrem Fernrohr näher heran. Es ist Nacht und Sie richten Ihren Blick auf das Haus, in dem ... (Vorname und Name des Pat. und XY [falls nicht alleine wohnend]) mit seiner/ihrer Familie, Freund/Freundin, Frau/Ehemann wohnt. Schauen Sie auf das Haus und stellen Sie sich vor, einen Blick in das Schlafzimmer zu werfen ..., in dem ... (Vorname des Pat.) wach liegt, nicht schlafen kann ...*“

Der Pat. wird gebeten, darauf zu achten, was in seinem Gesicht zu sehen ist, was er mit den Armen und Beinen macht, sich das Bett genauer anzuschauen, in dem er liegt, und dann seinen „*Blick auf das weitere Drumherum zu richten, was da sonst noch im Zimmer zu sehen ist ... welche Einzelheiten fallen Ihnen auf, wenn Sie mit ruhigem Teleskopblick auf das Schlafzimmer schauen ... sich Zeit lassen, das alles in Ruhe zu betrachten ...*“

Danach folgt eine Trancevertiefung mit Zeitprogression: „*Und jetzt können Sie sich ausruhen ... das Fernrohr beiseite legen ... sich tiefer in den Sessel sinken lassen, um sich von den inneren Bildern ausruhen ... und während Sie sich Zeit nehmen, auf diese angenehme Weise sich im eigenen Rhythmus zu entspannen, dreht sich die Erde weiter und weiter ... und es vergehen die Tage und Wochen, Monat um Monat, bis ein Jahr vergangen ist ...*“

Schließlich folgt ein Blick von oben ins Schlafzimmer mit Visualisierung des Zielzustands „Wieder tief und fest schlafen“: „*Ein ganzes Jahr ist vergangen und jetzt können Sie Ihr Fernrohr noch einmal in die Hand nehmen, um zu schauen, was dort unten auf der Erde bei ... (Vorname des Pat.) passiert ist. Stellen Sie sich vor: Wir wissen nicht, wie und wann genau es passiert ist, aber ... (Vorname des Pat.) kann wieder schlafen, tief und fest schlafen. Suchen Sie mit ihrem Fernrohr den Ort auf der Erde, wo ... (Vorname des Pat.) gerade schläft ... schauen Sie sich das Gesicht an, wie er/sie da so tief und fest schläft ... und achten Sie auf die Haltung der Arme, der Hände ... schauen Sie noch einmal genau hin ... was sehen Sie drumherum, neben ihm/ihr ... was gibt es sonst noch im Zimmer zu sehen ... welche Einzelheiten fallen Ihnen auf, wenn Sie von oben, mit ruhigem, gelassenem Teleskop-Blick in das Zimmer schauen ... wo es sich befindet ... in welchem Haus ... an welchem Ort ... was sonst in der Umgebung können Sie wahrnehmen?*“

Die Re-Orientierung wird eingeleitet, in dem der Pat. gebeten wird, „*sich mit dem Fernrohr wieder weiter weg zu zoomen, ... alles noch einmal im Überblick zu sehen von weit oben ... und während sich Ihr innerer Blick immer weiter von der Erde entfernt, verabschieden Sie sich gleichzeitig von den inneren Bildern und orientieren sich zurück in das Hier und Jetzt ... kommen mit Ihrer Aufmerksamkeit Schritt für Schritt zurück ... zurück in diesen Raum, in dem wir uns befinden ... werden wacher und wacher, in diesem Sessel, in dem Sie jetzt gerade sitzen ... beginnen, sich ein wenig zu bewegen ... sich zu recken und zu strecken...*“

Zur Interventionstechnik 2: Aneignung einer Selbsthypnosetechnik als mentale Einschlaf- bzw. Wiedereinschlafhilfe

Hauptziel dieser Intervention ist es, dem Pat. ein Selbsthilfwerkzeug an die Hand zu geben, um Schlafprobleme, eines der Kernsymptome von Depressionen, besser bewältigen zu können. Schlafstörungen im Rahmen depressiver Erkrankungen manifestieren sich zum einen in ausgeprägten Problemen beim Einschlafen, zum anderen in Durchschlafstörungen bzw. durch Früherwachen. Letztgenanntes Phänomen gilt als besonders charakteristisch für depressiv bedingte Insomnien. Durchschlafstörungen wiederum sind dadurch gekennzeichnet, dass betroffene Patienten darunter leiden, nach nächtlichem Aufwachen nicht oder zeitlich sehr verzögert wiedereinschlafen zu können.

Der Pat. soll motiviert werden, diese Form der Selbsthypnose regelmäßig, möglichst einmal am Tag, zu üben und anzuwenden. Eine angenehme Tranceerfahrung bereits in der Anleitungssitzung wirkt als stark wirksames Motivationserlebnis. Als günstig hat sich erwiesen, die Selbsthypnose zunächst einige Male in einer Situation zu üben, in der es nicht um Einschlafen, sondern um ein entspanntes Dösen geht. Dafür kommt am ehesten eine ca. 20minütige Ausruhezeit, möglichst am Nachmittag in der sog. Siesta-Zeit, in Frage.

Eine in dieser Form „verordnete“ Ausruhezeit verfügt zudem über mehrere therapeutisch günstige Nebeneffekte: Sie hilft gegen Tagesmüdigkeit (Campbell, Murphy, & Stauble, 2005), führt zweitens zu einer veränderungsfördernden „Musterunterbrechung“ der infolge eines Schlafdefizits beim Patienten vorliegenden psychovegetativen Übererregung (Hyperarousal) und wirkt drittens als chronobiologischer Zeitgeber.

Bei einer Mehrzahl der Menschen zeichnet sich der Zirkadianrhythmus aus durch ein biphasisch verteiltes Leistungstief, welches zugleich mit einer starken physiologischen Regenerationsbereitschaft einhergeht. Die erste Regenerationsphase stellt sich nach dem Mittag in der Zeit zwischen ca. 13.30 Uhr und 15.30 Uhr ein, die zweite Regenerationsphase umfasst die Nachtschlafzeit mit einem Leistungstiefpunkt um ca. drei Uhr nachts. Eine der Siesta ähnliche 20minütige Ausruhezeit am frühen Nachmittag greift somit die physiologische Erholungsbereitschaft des Organismus auf. Zugleich gibt es Hinweise darauf, dass sie eine Synchronisierung und Stabilisierung des zweiphasischen, chronobiologischen Grundrhythmus fördert (Rodenbeck, 2007).

Mit dem Erlernen einer Selbsthypnosetechnik findet der Pat. zu einer nachhaltigen Form von Leidensbewältigung, welche langfristig die weitere Prognose seiner depressiven Erkrankung positiv beeinflusst. Denn bei Depressionen gehören Schlafstörungen zu den Symptomen, die nach Abklingen der übrigen depressiven Symptomatik häufig fortbestehen (s.o.), zumeist in abgeschwächter Form. Anhaltende Schlafprobleme erhöhen das Risiko eines Wiederauftretens depressiver Episoden bzw. einer Chro-

nifizierung der depressiven Erkrankung. Generell gilt das (Wieder-) Auftreten von Schlafproblemen als wichtigster Prädiktor einer depressiven Neu- bzw. Wiedererkrankung (Himmerich et al., 2014).

Beim Patienten fördert Aneignung von Techniken zur Selbsthilfe die Zuversicht, wieder gesund zu werden. Bereits erste Erfolgserlebnisse während der (fremdhypnotischen) Anleitungsphase führen zur Induktion einer positiven Veränderungserwartung – ein elementares Wirkprinzip in der Psychotherapie (Grawe, 2000). Zudem geht erfolgreiche Anwendung von erlernten Selbsthilfetechniken mit unmittelbarem Erleben von Selbstwirksamkeit einher. Dies ist umso wichtiger, als schwerere Schlafstörungen sehr häufig Gefühle von Versagensängsten, Ohnmacht und deprimierenden Zukunftserwartungen auslösen. Die Hinführung zu einer Selbsthilfetechnik enthält für Patienten Botschaften wie „Ich kann selbst etwas tun, damit es mir besser geht“ oder „Der Therapeut traut mir das zu, der Therapeut glaubt an mich und daran, dass ich Selbsthypnose lernen kann“.

Die Anwendung von Selbsthypnose kann zu einer effektiven Reduktion des bei chronifizierten Schlafstörungen sich entwickelnden Zustands psychovegetativer Übererregung, der mit erhöhtem Spiegel des Stresshormons Cortisol (Hyperarousal) einhergeht (Basta et al., 2007) beitragen. Gerade bei länger bestehenden Schlafstörungen stoßen konventionelle Standardtechniken zur Selbstentspannung wie Progressive Muskelrelaxation (PMR) oder Autogenes Training (AT) schnell an ihre Grenzen. Diese fokussieren auf die motorischen (AT, PMR) bzw. vegetativen (AT) Phänomene von Entspannungs- vs. Anspannungszuständen. Der Zustand des Hyperarousal im Circulus vitiosus der Insomnie beinhaltet jedoch auch eine stark ausgeprägte kognitive sowie emotionale Ebene.

Die im Folgenden erläuterte Selbsthypnosetechnik hingegen bezieht alle Ebenen des Hyperarousal ein, indem sie symptombezogene, imaginative Elemente verwendet. Diese imaginativen Elemente werden je nach den persönlichen Vorlieben und Eigenarten des Patienten modelliert, die seinen persönlichen „inneren Paradiesort“ kennzeichnen. Das geschieht auch, um die individuellen Ressourcen (Selbstheilungskräfte) des Patienten zu nutzen. Somit zeichnet sich diese Technik durch eine konsequente Ausrichtung an den individuellen Gegebenheiten beim Patienten aus – ein weiterer, wichtiger Unterschied zu schematisch vorgehenden, herkömmlichen Entspannungstechniken.

Zum praktischen Vorgehen im Einzelnen

Zunächst wird der Patient vom Therapeuten bei der Suche nach seinem inneren „paradiesischen“ Ort angenehmer Entspanntheit und Gelassenheit unterstützt. Der Therapeut erläutert in kurzer Form, was den inneren Paradiesort auszeichnet: *„An diesem Ort ruhen wir ‚in uns selbst‘, sind also unabhängig vom Zugewesen anderer Menschen. Wir befinden uns dort in einer Gemütsverfassung, die sich durch Gefühle von Unbeschwertheit, Zufriedenheit und Geborgenheit auszeichnet. Es ist unser inne-*

Schlafspezifische Interventionsstrategien

res Paradies, in dem wir uns dann aufhalten, und dieser Ort lädt uns ein zu einem angenehmen Dösen, zum Träumen, vielleicht auch zu einem Nickerchen.“

Der innere Paradiesort kann aus Erinnerungen an eine Urlaubsreise (ggf. auch reaktiviert über Urlaubsfotos), aus erlebten oder ausgemalten Situationen am Meer, in den Bergen oder sonst in der freien Natur bestehen. Nicht selten ist es mit einem Erleben des Geschaukelt- oder Getragen-werdens verbunden. Es kann sich auch um einen Platz in der häuslichen Umgebung handeln, an dem sich die Person gerne aufhält, um sich auszuruhen, wie z.B. eine Bank im Park, ein Liegestuhl im Garten oder auf dem Balkon, ein Platz auf der Liegewiese oder an einem Gewässer.

Mit Hilfe einiger weniger Nachfragen verschafft sich der Therapeut einen Eindruck von der Beschaffenheit des gefundenen inneren Paradiesortes. Dabei vergewissert er sich vor allem auch, ob dieser für die Übung in Frage kommt (Gemütsverfassung wie oben beschrieben; sinnliches Selbsterleben des Patienten steht im Vordergrund; Ambivalenz- und Konfliktfreiheit in der Situation gegeben; Situation lädt zum Dösen bzw. Einschlafen ein).

Im nächsten Schritt wird der Patient gebeten, die Augen zu schließen und sich intensiver darauf zu konzentrieren, den Paradiesort vor seinem inneren Auge entstehen zu lassen. Geleitet wird seine Binnenwahrnehmung durch spezifische Fragen des Therapeuten, welche die drei Hauptsinne (Sehen, Hören, körperlich Spüren) beim Patienten aktivieren: Was sehe ich dort? Was höre ich dort? Was spüre ich dort körperlich?

Als Vorbild dient die originär von Betty Erickson beschriebene 5-4-3-2-1-Selbsthypnosetechnik. Dabei werden die drei Hauptsinneskanäle jeweils fünf Mal hintereinander, im zweiten Durchgang vier Mal, dann drei Mal, danach zwei Mal und schließlich im letzten Durchgang ein Mal angesprochen, und der Patient wird jeweils gebeten darauf zu achten, was er außerdem noch wahrnehmen kann; er wird gebeten, jede Sinneswahrnehmung für sich innerlich mit dem Satz zu wiederholen: „*Ich sehe ... ich sehe*“, dann weiter „*Ich höre ...*“ (fünfmal) und schließlich fünfmal „*Ich spüre ...*“, daraufhin weiter im zweiten Durchgang jeweils viermal ...usf.

Zur Interventionstechnik 3: Utilisation, Reframing und „Trance“formation schlafverhindernder Grübelgedanken

Bei dieser Intervention werden depressionstypische Kognitionen aufgegriffen, die sich in schlafverhindernden Grübelgedanken äußern und als entscheidender Bedingungsfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Schlafstörungen, gerade auch im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen gelten. Grübelndes Gedankenkreisen tritt dabei nicht nur als ein Symptom depressiver Zustände auf, sondern ist zugleich kognitiver Ausdruck des bei anhaltender Schlaflosigkeit einsetzenden psy-

chophysischen Hyperarousal.

Hypnotherapeutisch gesehen kann schlafverhinderndes Gedankenkreisen als eine Form von Negativ-Trance aufgefasst werden, die fast jedem depressiven Patienten vertraut ist. Im Sinne eines konsequenten „Pacing“ können Grübelgedanken des Patienten in den therapeutischen Raum geholt werden. Dort wird der „Grübelmodus“ zunächst zur Induktion einer therapeutischen Trance genutzt. Bereits dadurch erfolgt indirektes Reframing: aus einem belastenden inneren Monolog wird ein entlastender therapeutischer Dialog.

Die weitere therapeutische Bearbeitung findet prozessorientiert statt und greift inhaltlich Schlüsselthemen des Patienten auf, die sich in Grübelgedanken (= innerer, ungewollter Monolog) manifestieren. Demgemäß sind alternative Vorgehensweisen möglich, je nachdem, welches Material, ggf. in welcher Form, beim Patienten auftaucht, wenn er seine Grübelgedanken im Beisein des Therapeuten ausspricht. Beispielhaft sind in der nachfolgenden Tabelle 2 fünf verschiedene Formen von Inhalten, die in geäußerten Grübelgedanken hervortreten können, mit einer darauf bezogenen hypnotherapeutischen Interventionsform aufgeführt.

Die oben skizzierten Vorgehensweisen zielen auf eine individualisierte Thematisierung zentraler Problemlagen und Konfliktthemen des depressiven Patienten mit prozessorientiert eingesetzten hypnotherapeutischen Methoden wie Imagination, Zeitprogression, Stellvertretertechnik, assoziative Erlebensintensivierung und den kommunikativen Möglichkeiten einer interpersonalen Trance (Gilligan, 1998). Dabei können Themen zum Vorschein kommen, die dem Patienten noch nicht bewusst zugänglich sind. Es ist nicht Ziel der Intervention, diese Themen im normalwachen, vollbewussten Zustand zu kommunizieren. Die unterbewusste bzw. vorbewusste (indirekte) Kommunikationsebene sollte möglichst beibehalten werden.

Von daher ist es auch nicht Ziel der Intervention, „schnelle Lösungen“, Entscheidungen, konkrete Handlungsschritte etc. zu finden bzw. herbeizuführen oder Veränderungsbemühungen zu induzieren. Im Vordergrund steht die Förderung unterbewusster Prozesse und eine achtsame, zugewandte Akzeptanz des jeweiligen Erlebens, Fühlens, Denkens im spezifisch veränderten Bewusstseinszustand einer Trance. Der im hohen Maße prozessorientierte Charakter dieser Intervention spiegelt sich auch darin, dass der intuitiven Kommunikation zwischen Patient und Therapeut, welche sich im Rahmen einer interpersonalen Trance (Gilligan, 1998) ergibt, eine übergeordnete, leitende Funktion zufällt.

Zum praktischen Vorgehen im Einzelnen

Zunächst wird dem Patienten erläutert, dass die *„heutige Sitzung dazu dienen soll, sich ausführlich mit Ihren abendlichen/nächtlichen Grübelgedanken zu befassen.“* Er wird gefragt, wann er zuletzt – im Bett liegend – gegrübelt hat. Dabei sollten der konkrete Zeitpunkt und die situativen Umstände des grüblerischen Gedankenkreisens erfasst werden.

Schlafspezifische Interventionsstrategien

Die erfragten Angaben dienen dem Therapeuten dazu, sich einen Einblick in die konkreten Gegebenheiten der betreffenden Grübelphase zu verschaffen, auf die sich die nachfolgende Trance bezieht. Die obigen Fragen sollen den Patienten auf seinen „Grübelmodus“ einstimmen, wobei darauf zu achten ist, dass zu diesem Zeitpunkt noch nicht näher auf die Inhalte der Grübelgedanken eingegangen wird.

Die explizite Tranceinduktion beginnt damit, den Patienten zu bitten, „*hier in Ihrem Sessel eine möglichst grübelfördernde Haltung einzunehmen, indem Sie es sich*

Tab. 2: Inhaltliche Kategorien von Grübelgedanken, die unter Hypnose verbalisiert und für eine spezifische, hypnotherapeutische Interventionsform genutzt werden können:

- a) Bildhafte Formulierungen des Patienten wie Mauer, Wand, Loch, Tunnel etc.
→ Arbeit mit einer Imagination.
- b) Erkennbarwerden einer Ziel- bzw. Wunschvorstellung, die häufig indirekt formuliert ist und erkennbar wird in Negativ-Formulierungen wie: Mir fehlt mehr Gelassenheit, ich kann mich nicht entscheiden; ich schaffe einfach nicht, mich endlich von dieser Beziehung zu verabschieden/zu lösen; mir fehlt der Mut zu einem Neubeginn etc.
→ Übergang in eine ziel- bzw. wunschprojektive Zeitprogression (Wiederbegegnung in der Zukunft).
- c) Auftauchen einer belastenden Emotion, vor allem in Bezug auf die konkrete Lebenssituation oder auf ein konkretes Lebensereignis wie Trauer, Einsamkeit, Ärger, Wut, Verzweiflung, Enttäuschung etc.
→ Ausdifferenzierung und Intensivierung des emotionalen Erlebens (Fragen nach begleitenden Kognitionen, in welchen Situationen am stärksten, körperliche Begleitphänomene, was ist der schmerzlichste Punkt in diesem Gefühlszustand) mit anschließendem „Loslassen“, einem Lösen von dieser Anstrengung (dem bewussten Aushalten einer belastenden Emotion) und Übergang in eine nicht wertende, „achtsame“ Körperwahrnehmung („Body Scan“).
- d) Auftauchen von Selbstvorwürfen, Selbstanklagen, Schuldgefühlen (Repräsentanten des Über-Ich)
→ Anwendung einer Stellvertretertechnik: Vorstellung, dass ein guter Freund/eine gute Freundin sich ähnlich selbst zermartert und diese selbstanklagenden, sich schuldig fühlenden Gedanken hat. Mit diesem Freund/dieser Freundin führt der Patient einen fiktiven Dialog.
- e) (Restkategorie) Falls keine der vier obigen Kategorien eindeutig hervortritt bzw. keine der entsprechenden Vorgehensweisen passend erscheint
→ in leichter Trance weitere, gemeinsame Erkundung des assoziativen Felds, in dem die Grübelgedanken eingebettet sind. Je nach Art des dann auftauchenden Materials Fortsetzung mit einem Vorgehen, wie unter a) bis d) aufgeführt.

im Therapiesessel so bequem wie möglich machen ... die Augen schließen ... und Arme und Beine wie im Bett beim Einschlafen schwer werden zu lassen ... Jetzt bitte ich Sie, sich auf die Grübelgedanken zu konzentrieren, die Ihnen an dem ... gestrigen/vorletzten etc. Abend/in der letzten/vorletzten Nacht durch den Kopf gingen. Sprechen Sie das aus, was genau Ihre Grübelgedanken waren. Sie können dabei Ihre Augen ruhig zulassen, denn Grübeln geht bei geschlossenen Augen leichter als bei offenen ... richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Grübelgedanken, so gut und so genau es geht, und sprechen Sie sie aus ... was genau denken Sie?“

Die geäußerten Grübelgedanken/-inhalte werden vom Therapeuten möglichst wortgetreu, jedoch in etwas verlangsamer, zeitlich gedehnter Form, wiederholt; danach wird kurz (ca. 7-10 Sek.) gewartet, ob spontan ein weiterer Grübelgedanke vom Pat. geäußert wird. Falls das nicht der Fall sein sollte, wird der letztgenannte Grübelsatz nochmals wiederholt und dann gefragt: „*Und über was grübeln Sie noch?*“

Falls ein neuer Grübelgedanke auftaucht, wird dieser in der beschriebenen Art (möglichst wortgetreu, jedoch etwas verlangsamt) wiederholt und erneut nach weiteren Grübelgedanken gefragt. Falls der Patient keine weiteren Grübelinhalte ausspricht, werden die beiden bisherigen Grübelsätze in der beschriebenen Form wiederholt und noch einmal nach weiteren Grübelinhalten gefragt: „*Und über was grübeln Sie noch?*“

Ggf. kann dieses Vorgehen noch ein bis zwei Mal wiederholt werden. Während der gesamten Interventionsfolge achtet der Therapeut darauf, ob die geäußerten Grübelgedanken bildhaftes Material, eine – häufig indirekt geäußerte – Ziel- bzw. Wunschvorstellung, eine belastende Emotion oder Selbstvorwürfe bzw. Schuldgefühle enthalten (vgl. obige Tabelle in Abb. 2 zu den inhaltlichen Kategorien a - e von Grübelgedanken). Daraus leitet sich ab, wie er zur Vertiefung der Trancearbeit weiter vorgeht, d.h. ob er sich für eine Imagination, eine zielorientierte Zeitprogression, eine assoziative Erlebensintensivierung, eine Stellvertretertechnik oder eine weitere assoziative Erkundung des thematischen Felds entscheidet.

Entscheidet sich der Therapeut für eine Imagination, greift er das vom Pat. benutzte bildhafte Wort wie „Nebel“ oder „Wand“ oder „Loch“ etc. auf und bittet den Patienten, ein Bild davon vor seinem inneren Auge auftauchen zu lassen und genauer zu betrachten. Die Imagination wird fortgesetzt mit einer Intensivierung der Dissoziation: dem Patienten wird vorgeschlagen, mit seiner Beobachterposition einige Meter zurückzugehen, um das, was er vor seinem inneren Auge sieht, mit größerem Abstand betrachten zu können.

Jetzt wird therapeutischerseits darauf geachtet, ob spontan hilfreiche bzw. nützliche Elemente auftauchen wie z.B. „Licht“ oder „Ausgang“ oder „Leiter“. Falls das nicht der Fall sein sollte, regt der Therapeut dazu an mit der Frage: „*Wenn Sie an dem Bild etwas verändern könnten, welches hilfreiche oder nützliche Element würden Sie dann hinzufügen?*“ Ggf. können auch Lösungsmöglichkeiten angeboten werden wie „Stopp-Schild“, „Umleitung“, „Brücke“, „Sessel“ etc.

Schlafspezifische Interventionsstrategien

Schließlich wird der Patient gebeten, sich das Ganze aus der Vogelperspektive vorzustellen: „... das, was Sie da vor sich sehen, von oben zu betrachten, wie von einem Hubschrauber aus ... sich alles in Ruhe von oben anzuschauen, und Sie können darauf achten, welches Element Sie im Moment gerade besonders anspricht ...“ Danach erfolgt der Übergang in die Re-Orientierung, ggf. Fraktionierung und erneute Trance.

Zur Interventionstechnik 4: Verwendung spezifischer Metaphern, Imaginationen und Geschichten

Schlafspezifische Metaphern und Imaginationen

Die Wirkung von Metaphern bzw. metaphorischen Imaginationen bei Schlafstörungen wurde in verschiedenen, empirischen Studien untersucht. So konnten Behre und Scholz (1998) nachweisen, dass bei Patienten, die unter chronischen Schlafstörungen litten, sich alle fünf untersuchten Schlafparameter (Einschlaflatenz, Erholungsgefühl, Häufigkeit nächtlichen Erwachens, Gesamtdauer des Nachtschlafs, Dauer des Wachliegens) deutlich verbesserten, nachdem sie hypnotherapeutisch gestaltete Audiokassetten mit metaphorischen Anekdoten gehört hatten. Symptomspezifische Hypnosen zeigten sich den unspezifischen Hypnosen tendenziell überlegen. Der Unterschied erreichte allerdings nur im Hinblick auf einen der untersuchten Schlafparameter (Häufigkeit nächtlichen Erwachens) statistische Signifikanz.

In einer ausgesprochen sorgfältig angelegten, experimentellen Studie konnten Rasch und Mitarbeiter nachweisen, dass durch Hören einer Imagination mit schlafspezifischen Metaphern die Schlaftiefe der Probanden verändert wird. Verwendet wurde u.a. die Metapher eines Fisches im Meer, der sukzessive tiefer und tiefer schwimmt. Mithilfe einer Audioaufnahme, in der die Teilnehmer vor ihrem Mittagsschlaf eine standardisierte, metaphorische Suggestion hörten, wurde der Anteil von Tiefschlafphasen signifikant um 81% gesteigert. Es stellte sich heraus, dass der spezifische Typus dieser Suggestion darüber entscheidet, ob die Schlaftiefe des Probanden zunahm (Cordi, Schlarb, & Rasch 2014; vgl. auch Cordi et al., 2015).

Die in Tabelle 3 aufgeführten metaphorischen Imaginationen können in Entspannungstrancen eingebettet werden oder bei passender Gelegenheit in anderweitig thematisch ausgerichtete Trancesitzungen einfließen. Häufig verwenden Patienten, die sich von bestimmten Metaphern besonders angesprochen fühlen, diese später in autohypnotischen Trancen.

„Gute-Nacht“-Geschichten

Schon immer haben sich Menschen, wenn es Nacht wird, Geschichten erzählt. „Gute-Nacht“-Geschichten sind elementarer Bestandteil eines uralten, universellen Übergangsrituals vor dem Schlafengehen.

Tab. 3: Schlafspezifische Metaphern und Imaginationen

Imaginationen unter dem metaphorischen Aspekt: „Sich forttragen lassen“

- Eisenbahnfahrt; in einem Zugabteil sitzend die Landschaft vorüberziehen lassen; Schaukeln des Körpers im Rhythmus des Zuges im „Gleisbett“ (Gößling, 2016)
- Auf einem Segelschiff reisen; Sonne, Meer und Wind; sich vom Auf und Ab des Segelbootes tragen lassen (Gößling, 2015)
- In einem Segelflugzeug mitfliegen
- Fliegender Teppich; sich darauf liegend über Landschaften und Städte tragen lassen; bei Tage und in der Nacht, wenn unten Lichter funkeln
- Ballonfahrt (Gößling, 2016)
- Ast im Fluss; steckt anfangs an einer Stelle im Fluss fest; Wind, Regen und Sonne; löst sich dann und wird von der Strömung fortgetragen; Weg des Astes im „Flussbett“ (Schlarb, 2003, 2015)

Imaginationen unter dem metaphorischen Aspekt: „Getragen und geschaukelt werden“

- Auf einer Schaukel sitzen
- In einer Hängematte liegen (Gößling, 2016)
- Auf einem Schaukelstuhl sitzen (Gößling, 2016)
- Im Wasser auf einer Luftmatratze liegen (Scholz, 2011)

Imaginationen unter dem metaphorischen Aspekt: „Auf- und Abtauchen“ (Metapher für die Schlafkurve) bzw. „tiefer und tiefer schwimmen“

- Delfine, die an der Meeresoberfläche auftauchen und dann wieder abtauchen (Cordi, Schlarb, & Rasch, 2014, 2015)
- Wale, die auftauchen, um sich mit frischem Sauerstoff zu versorgen, und sich dann langsam wieder in die Tiefe absinken lassen
- Ein Fisch im Meer, der tiefer und tiefer schwimmt (Cordi, Schlarb, & Rasch, 2014, 2015)

Imaginationen unter dem metaphorischen Aspekt: „Gedanken und Gefühle vorbei ziehen lassen“

- Wolken, die am Himmel ziehen (Gößling, 2016)
- Einen Schwarm Zugvögel beobachten (Gößling, 2016)
- Karawane, die am Horizont vorüberzieht (Gößling, 2016)
- Auf einer Bank am Ufer eines Flusses sitzen, Gedanken und Grübeleien in ein Schälchen legen, dieses auf dem Fluß davonschwimmen lassen (Scholz, 2011)
- Glitzernde Sauerstoffperlen im Fluss, der Richtung Meer strömt
- Eine Herde von Mustang-Pferden, die vorüber galoppieren; sich ein Pferd aussuchen und mit davon reiten

Schlafspezifische Interventionsstrategien

Den meisten Menschen ist dieses Ritual aus der Kindheit vertraut und hat in den tieferen Schichten des Unterbewusstseins Spuren einer besonderen Gestimmtheit hinterlassen: ein Gefühl der Selbstverständlichkeit, bestehend aus Geborgenheit, Gelassenheit, Zugehörigkeit. Geschichten zu lauschen geht mit einem Zustand spezifischer innerer Fokussiertheit einher, die sich durch szenisch-imaginative Vorstellungen auszeichnet. Dieser Vorgang knüpft an etwas an, was physiologischerweise ohnehin beim Einschlafen passiert: Die sog. hypnagoge Einschlafphase ist sehr häufig mit unwillkürlichen, meistens nicht mehr bewusst registrierten szenisch-imaginativen Erlebensweisen verbunden. Wir lassen uns über innere Bilder sozusagen in den Schlaf hinübertragen.

Wenn in der Hypnotherapie Patienten mit Schlafstörungen eine Geschichte erzählt wird, bedient sich der Therapeut einerseits des Vorbildes des natürlichen Einschlafvorgangs. Andererseits kann über den impliziten (metaphorischen bzw. symbolischen) Gehalt der erzählten Geschichte eine spezifische Bedeutsamkeit für den Patienten entstehen, indem z.B. persönliche Themen des Patienten in metaphorisch bzw. symbolisch verschlüsselter Form aufgegriffen werden. Darüber wird nicht nur Aufmerksamkeit für das Narrativ der Geschichte und ihre Absorption intensiviert, sondern es wer-

Tab. 4: Geschichten mit spezifischen Themen von Menschen, die unter Schlafstörungen im Rahmen einer depressiven Erkrankung leiden (Beispiele):

Eine Geschichte auf dem Weg (Peseschkian, 1979). Thematischer Bezug: sich von unnötigem, überkommenen „inneren Ballast“ zu verabschieden.

Das Geheimnis des langen Bartes (Peseschkian, 1979). Thematischer Bezug: plötzliche Infragestellung von vorher Selbstverständlichem, Anbahnung wichtiger Schritte in der eigenen Weiterentwicklung.

Vom Mut, eine Probe zu wagen (Peseschkian, 1979). Thematischer Bezug: überraschende, unkonventionelle Lösungen finden, die im Problem selbst enthalten sind und im Rückblick ganz simpel erscheinen.

Die geteilten Sorgen (Peseschkian, 1979). Thematischer Bezug: (mit)geteilte Sorgen sind nur noch halb so schlimm, eingeweihter Ehepartner findet eine humorvolle Wendung, den eigenen Ängsten ein Schnippchen schlagen.

Der beharrliche Holzfäller (Bucay, 2005). Thematischer Bezug: Pausenkultur entwickeln, kreatives Innehalten, aus einem „Hamsterrad“ aussteigen.

Urlaub in New York (Spiegel, 2009). Thematischer Bezug: Lustiges und Trauriges, Unternehmungen und Austausch mit Freunden, über Alltagswidrigkeiten lachen können.

Klagemauer und Lottogewinn (Spiegel, 2009). Thematischer Bezug: Etwas riskieren, um dem Glück „auf die Sprünge zu helfen“; in eigene „Gewinnchancen“ investieren statt im Klagen und Jammern zu verharren. Zwiespalt zwischen Schicksalsergebenheit und Eigenverantwortung.

den auch subliminal wirksame Denkanstöße mitgegeben.

Ein formvollendetes Beispiel dieser Art von Erzählkunst sind die Geschichten aus Tausendundeiner Nacht – auf gewisse Art sind sie eine Form von Erzähltherapie für einen rachsüchtigen Machtmenschen. Nachdem diesem die Untreue seiner Ehefrau vor Augen geführt worden war, lässt der rachsüchtige König jede Frau umbringen, mit der er eine Nacht verbracht hat, und befiehlt jede Nacht eine neue zu sich. Schahrasad ist die erste Frau, der es gelang, ihn von seinem Vorhaben abzuhalten, indem sie dem König Nacht für Nacht eine spannende Geschichte erzählt. Auf diese Weise wird ein Gebilde von 282 kunstvoll miteinander verschlungenen Versen, Fabeln und Parabeln gesponnen, in dem die „großen“ Beziehungsthemen wie Ehrlichkeit, Neid, Freundschaft, Liebe und Hass, Eifersucht, Verbitterung, Undankbarkeit und natürlich Treue und Untreue verhandelt werden (Tausendundeine Nacht, 2004).

Wie in Tausendundeine Nacht entstammen die ersten vier Geschichten der in Tabelle 4 dargelegten Beispiele aus der orientalischen Erzähltradition. In der Tabelle werden stichwortartig die Themen benannt, die in den hier beispielhaft aufgeführten Geschichten zum Tragen kommen.

Zur Interventionstechnik 5: Hypnotherapeutische Nutzung von Schlafphysiologie und Chronobiologie

Der physiologische Ablauf eines erholsamen Nachtschlafs ist durch eine Abfolge von fünf bis sechs Schlafzyklen mit jeweils ca. 70 bis 90 Minuten Dauer gekennzeichnet. Während eines Schlafzyklus werden die einzelnen Schlafstadien (Einschlafphase, Leichtschlaf, mittlerer Schlaf und Tiefschlaf) quasi wie in einer „Abwärtsbewegung“ durchlaufen und kehren dann in einer „Aufwärtsbewegung“ zum REM-Schlaf (auch als Traumschlaf bezeichnet) zurück. Am Ende der REM-Schlafphase befindet sich auch der gesunde Schläfer in einem nahezu wachen Zustand, aus dem heraus er zum nächsten „Abtauchen“ ansetzt.

Ein weiteres wichtiges Merkmal des „normalen“, also erholsamen Nachtschlafs besteht darin, dass eine Tiefschlafphase lediglich in den ersten beiden Schlafzyklen erreicht wird. Das bedeutet, dass der für die Tiefenerholung des Organismus wichtigste Schlafanteil, der Tiefschlaf, in den ersten 2½ bis 3 Stunden des Nachtschlafs stattfindet.

Dieser von Natur aus vorprogrammierte Ablauf des Nachtschlafs – das sog. physiologische Schlafprofil – lässt sich in stilisierter Form einer „Schlafkurve“ mit mehrmaligem „Auf“ und „Ab“ visualisieren. Vor allem Patienten, die unter Durchschlafstörungen leiden, profitieren in aller Regel sehr von einer solchen Illustration, insbesondere dann, wenn diese Illustration mit hypnotherapeutischen Elementen angereichert wird.

Viele Patienten mit Durchschlafstörungen wachen am Ende des REM-Schlafs

Schlafspezifische Interventionsstrategien

nach dem zweiten oder nach dem dritten Schlafzyklus auf. Wenn sie beispielsweise um 24 Uhr einschlafen, wäre das dann um ca. drei Uhr (nach zwei Schlafzyklen) oder um halb fünf (nach drei Schlafzyklen). An dieser Stelle aufzuwachen wird erst dann zu einer Durchschlafstörung, wenn der Betroffene Schwierigkeiten hat, wieder einzuschlafen. Wiedereinschlafstörungen werden begünstigt bzw. aufrecht erhalten dadurch, dass die Betroffenen dieses sofort als „Schlafstörung“ bewerten, dabei im gleichen Zuge sich selbst unter Druck setzen, gleich und unbedingt wieder einschlafen zu müssen, um am nächsten Morgen halbwegs ausgeruht zu sein.

Dem Patienten anhand einer visualisierten „Schlafkurve“ zu erläutern, dass er *„den tiefsten und für den Körper erholsamsten Schlaf schon hinter sich hat,“* wenn er um drei oder halb fünf aufwacht, *„und danach kann es schon reichen, noch ein wenig wegzudösen oder vor sich hin zu träumen“*, bewirkt sehr häufig eine nachhaltige, innere Entlastung, die ein Wiedereinschlafen begünstigt. Dem Patienten könnte eine dazu stimmige Selbstsuggestion in folgender Form vorgeschlagen werden: *„Wenn Sie nachts wach werden, können Sie sich sagen: Den wichtigsten Teil des Schlafs habe ich schon geschafft, und jetzt nehme ich die zweite Hälfte auch noch mit“* (Benaguid, 2014). Eine in dieser Weise suggestiv vermittelte Neuattributierung nächtlichen Aufwachens weist bemerkenswerte Nachwirkungen nicht zuletzt dadurch auf, dass die (Auto-) Suggestion mit dem Bild der natürlichen Schlafkurve visuell verankert wird.

Hierzu ein kurzes Beispiel:

Eine Patientin, die unter Durchschlafstörungen im Rahmen einer depressiven Episode litt, verknüpfte das Bild des „Auf“ und „Ab“ der Schlafkurve spontan mit Begebenheiten, die sie als passionierte Bergwanderin erlebt hatte. In der nachfolgenden Sitzung berichtet sie davon, dass sie in der Nacht aufgewacht sei und ihr sofort das Bild der Schlafkurve vor Augen trat, mit einem „Aufwachpunkt oben am zweiten Gipfel“. Sie habe schmunzeln müssen und zu sich selbst gesagt, bevor sie wieder eingeschlafen sei: *„Der Gipfel ist erreicht, jetzt kann ich mich schön entspannt hinabgleiten lassen.“*

Wachheit, Müdigkeit und Schlaf basieren auf einem funktionalen Zusammenspiel chronobiologischer Rhythmen. Eine Desynchronisation chronobiologischer Rhythmen und länger anhaltende Schlafstörungen stehen in zirkulärer Wechselbeziehung zueinander. Damit korrespondierend stellen Veränderungen der zirkadianen Rhythmik ein wesentliches biologisches Merkmal depressiver Erkrankungen dar. Aus dem Wissen um diese Zusammenhänge ergeben sich chronobiologische Behandlungsmöglichkeiten von Schlafstörungen und Depressionen (Übersicht dazu in Wirtz-Justice & Cajochen, 2011).

Licht und körperliche Aktivität gehören zu den elementaren äußeren Zeitgebern. Ihnen fällt bei der Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung von synchronisiert im Übereinklang mit der äußeren Zeit ablaufenden chronobiologischen Rhythmen eine maßgebliche Rolle zu. Für Menschen in technologisch höher entwickelten Gesellschaften führen diese beiden Zeitgeber nicht mehr zwangsläufig zu einer quasi natur-

gemäßen Synchronisation ihrer inneren Uhr, denn durch Alltagsgewohnheiten und Lebensstil wird deren chronobiologische Einwirkung (z.B. infolge Mangel an körperlicher Aktivität oder infolge von nächtlichem Bildschirmlicht) häufig nachteilig verändert. Für Menschen mit depressiven Zuständen und Schlafstörungen ist die Kenntnis dieser Zusammenhänge besonders hilfreich, erlaubt sie ihnen doch, über eine bestimmte Alltagsgestaltung zur Genesung aktiv beizutragen.

a) Hypnotherapeutische Nutzung der lichtgesteuerten Ausschüttung des Schlafhormons Melatonin

Die chronobiologischen Auswirkungen von Tageslicht und künstlichen Lichtquellen – v.a. LED-gestütztes Bildschirmlicht (Spitzer, 2015) – lassen sich anhand der Ausschüttungskurve des Schlafhormons Melatonin gut in visualisierter Form erläutern. Um dem Patienten die Dynamik der Ausschüttung eines Schlafhormons plastisch vor Augen zu führen, kann es von Vorteil sein, ihm zusätzlich die anatomische Lage und Funktion der Zirbeldrüse im Gehirn zu illustrieren: Damit lässt sich in vereinfachender, griffiger Form darlegen, wie Licht „tanken“ tagsüber das „Ansammeln“ von Schlafhormon in der Zirbeldrüse fördert, bis das gedämpfte „Abendrot“-Licht und die dann einsetzende Dunkelheit eine Melatoninausschüttung in Gang setzt.

Nachdem in dieser Weise ein kognitives Seeding erfolgte, wird in einer sich anschließenden Entspannungstrance auf die Illustrationen Bezug genommen. Der zentrale Aspekt des Einflusses von Licht und Melatonin sollte dabei in suggestiver Form formuliert werden, wie z.B.: *„... und je mehr wir tagsüber Licht getankt haben, umso mehr sammelt sich das Schlafhormon in der Zirbeldrüse ... und man weiß heute, dass schon 20 Minuten in der Mittagssonne dem Körper guttun, bis es Abend wird mit den milden, rötlichen Farben des Abendlichts ... und das angesammelte Schlafhormon im Körper freigesetzt wird, mehr und mehr wird Schlafhormon ausgeschüttet am Abend, je dunkler es wird um uns herum, in allen Adern des Körpers strömt das Schlafhormon, das jede Zelle des Organismus erreicht und umströmt, jede Zelle darauf vorbereitet, einzuschlafen, tief und fest zu schlafen ... und die Schlafmedizin weiß, wie es wirkt, dass die Zellen besser schlafen können, wenn wir es dem Schlafhormon anvertrauen, unseren Organismus noch tiefer und fester schlafen zu lassen ...“*

b) Hypnotherapeutische Nutzung chronobiologischer Auswirkungen körperlicher Aktivität.

Der „Muskelapparat“ stellt das größte Organ des menschlichen Körpers dar. Muskeln als Hauptbestandteil dieses Organs enthalten ca. 40% sensorische Fasern. Somit kann man den „Muskelapparat“ auch als größten Sensor im Organismus bezeichnen, der durch seine komplexe Vernetzung mit dem Zentralen Nervensystem alle wichtigen hormonellen, psychovegetativen und immunologischen Regelkreise beeinflusst (Leyk, 2009).

Schlafspezifische Interventionsstrategien

Im Hinblick auf chronobiologische Regelkreise stellt körperliche Betätigung einen wichtigen, als Zeitgeber fungierenden, enterozeptiven Stimulus (Peter, Penzel, & Peter, 2007) für die innere Uhr mit ihrer endogenen zirkadianen Schrittmacherfunktion dar. Zudem belegt eine Reihe von empirischen und tierexperimentellen Untersuchungen die positiven Auswirkungen sportlicher Aktivitäten auf Schlafparameter und depressive Verstimmungen (Neumann & Frasch, 2005; Josefsson, Lindwall, & Archer, 2014).

Bei depressiv erkrankten Menschen findet sich ein hoher Anteil von Betroffenen mit wenig körperlichen Aktivitäten. Bei vertiefter Erhebung der Sportanamnese ergeben sich häufig Hinweise darauf, dass viele dieser Patienten in früheren Lebensphasen (z.B. Schul- oder Studentenzeit, Jugend und frühe Erwachsenenzeit) durchaus gerne eine Basissportart wie Wandern, Laufen, Radfahren oder Schwimmen ausgeübt haben. Im Rahmen z.B. einer „Entspannungstrance“ kann die ursprüngliche Freude an körperlicher Bewegung wieder „wachgerufen“ werden.

Für diese Interventionsform bietet sich die Technik einer stimulusgeleiteten Altersregression (Peter, 2015) an. Die Tranceinduktion knüpft dabei zunächst an das „Early-learning-set“ (Erickson & Rossi, 1979) der entsprechenden Bewegungsart an, d.h. die hypnotische Altersregression wird in die Primärerfahrung des Patienten zurückgeführt, in der sich die erfolgreiche Aneignung einer elementaren Bewegungs-„Kompetenz“ wie Gehen bzw. Laufen, Fahrradfahren oder Schwimmen vollzog. In einem zweiten Schritt fokussiert sich der Patient darauf, wie er später in seinem Leben – als Schüler, Student, Adoleszent etc. – von dieser Bewegungs-„Kompetenz“ Gebrauch machte und welche Positiverfahrungen wie Freude an der Bewegung, körperliches Wohlfühl, angenehmer Zustand des „Auspowerns“ damit verknüpft waren.

Hypnotherapeutische Interventionen, die auf eine Förderung schlaffreundlicher Lebensgestaltung abzielen, sind in besonderer Weise an die individuellen Gegebenheiten, also Vorlieben, körperliche Voraussetzungen, persönliche Interessen, aber auch (möglicherweise vermeintlichen) Abneigungen des Patienten anzupassen. Schätzt sich dieser z.B. in seinem Selbstverständnis als ausgeprägten „Bewegungsmuffel“ ein, zeigt sich aber andererseits interessiert an „mental Techniken“ wie Selbsthypnose, kann die nachstehend erläuterte, leicht erlernbare Form einer „Aktiv-Wach-Hypnose“ vorgeschlagen werden (Göbbling, 2015).

Diese beruht auf der bereits weiter oben erwähnten 5-4-3-2-1-Selbsthypnose-technik nach Betty Erickson, allerdings hier in Form einer nach außen gerichteten Aufmerksamkeit („Achtsamkeit“) für „das, was wir gerade im Moment sehen, hören und körperlich spüren“. Um sich mit dieser Methode vertraut zu machen, wird der Patient zunächst angewiesen, die 5-4-3-2-1-Aktiv-Wach-Hypnose „an einem Ort auszuprobieren, an dem er sich gerne aufhält: zuhause, in einer Kirche, in einem Museum oder anderen öffentlichen Gebäude, oder draußen in der Stadt bzw. in der Natur“.

Danach folgt die Anwendung im Rahmen eines Spaziergangs. Hierzu sollte „eine Strecke ausgesucht werden, auf der Sie tagsüber ungestört gehen können, z.B. in

einem Park, auf einem Waldweg oder wo auch immer in der freien Natur“. Im dritten Schritt wird der Patient ermutigt, „nach etwa fünf Minuten eines gemütlichen Spaziergangs etwas schneller zu gehen, ca. eine Minute lang etwas „flotter als normalerweise“. Dabei achten Sie bitte darauf, sich nicht zu sehr anzustrengen. Nach ungefähr einer Minute werden Sie wieder langsamer, gehen im gemütlichen Tempo weiter und beginnen mit der 5-4-3-2-1-Aktiv-Wach-Hypnose“.

Folgt der Patient dieser Anregung, betreibt er in dreifacher Weise „schlaffreundliche Selbstfürsorge“: er „tankt Licht“, betätigt sich körperlich und praktiziert drittens eine achtsamkeitsbasierte Wahrnehmungstechnik, welche an Grundprinzipien meditativer Selbstversenkung anknüpft, die der Meditationspraxis des Zen-Buddhismus entlehnt sind. Zahlreiche, vor allem von verhaltenstherapeutischer Seite angestoßene Untersuchungen haben gezeigt, dass solche Formen eines Innehaltens depressiven Zuständen entgegenwirken (Strauss et al., 2014), eine höhere Stressresistenz fördern und zu einer Grundhaltung von mehr Gelassenheit beitragen, regelmäßiges Praktizieren vorausgesetzt.

Ausblick

Von den hier vorgestellten Interventionsansätzen liegen bisher drei in einer standardisierten und damit empirisch evaluierbaren Form vor (Siehe hierzu Tabelle 1 die unter 1., 2. und 3. aufgeführten Behandlungsstrategien). Diese sind als explizit schlafspezifische Interventionsmodule im Therapiemanual „Hypnotherapeutische Depressionstherapie bei leichten bis mittelgradigen Depressionen“ der M.E.G. enthalten. Das Therapiemanual umfasst insgesamt 31 Module und wird derzeit in einer randomisierten, kontrollierten Studie an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz des Universitätsklinikums Tübingen unter der Leitung von Prof. Anil Batra im Vergleich mit kognitiver Verhaltenstherapie evaluiert (Wilhelm-Gößling, 2017).

Bei der bevorstehenden Auswertung dieser Studie dürfte neben dem Gesamtergebnis von besonderem schlafmedizinischen Interesse sein, wie die klinische Praktikabilität der schlafspezifischen Behandlungsmodule, deren Akzeptanz auf Seiten der Studienteilnehmer sowie die Anwendungshäufigkeit abschließend bewertet wird, ggf. auch im Vergleich zu den anderen Modulen.

Schlafspezifischen Interventionsansätzen wurde in kontrollierten Therapiestudien zur Behandlung depressiver Erkrankungen bisher insgesamt wenig Beachtung geschenkt, ungeachtet der oben im Einzelnen dargelegten Sonderstellung, die Schlafstörungen bei der Symptomatologie depressiver Erkrankungen einnehmen: Schlafstörungen gelten als ein besonders belastendes Leitsymptom, das im hohen Maße auch nach Remission der übrigen depressiven Symptomatik weiterbesteht, die Lebensqualität beeinträchtigt sowie das Rezidiv- und Chronifizierungsrisiko erhöht.

Kontrollierte Therapiestudien von schlafspezifischen Behandlungsansätzen beziehen sich bisher nahezu ausschließlich auf ihre Anwendung bei einer „Nichtorga-

Schlafspezifische Interventionsstrategien

nischen Insomnie“ der Störungskategorie F51.0 des ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 2016), welche weitgehend der „Insomnia Disorder“ des DSM-5 der American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 2013) entspricht. Dies gilt sowohl für psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Behandlungsansätze.

Auch für schlafspezifische Interventionsansätze der Hypnotherapie liegen eine Reihe von Wirksamkeitsstudien vor. Von diesen wurden drei Originalstudien in einer Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Revenstorf, 2006) vorgelegt. Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie wurden schließlich zwei der drei eingereichten Wirksamkeitsstudien zu Schlafstörungen anerkannt (WBP, 2006).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass von einer zur Zeit am Universitätsklinikum Tübingen durchgeführten klinischen Studie möglicherweise wichtige Hinweise auf Praktikabilität, Resonanz und Relevanz schlafspezifischer Interventionen in der hypnotherapeutischen Behandlung von Depressionen zu erwarten sind. Es steht zu hoffen, dass sich aus den dortigen Erkenntnissen wegweisende Anstöße für die Konzeptionierung weiterer, dringend notwendiger klinischer Wirksamkeitsstudien zur Hypnotherapie depressiv bedingter Schlafstörungen ergeben.

Literatur

- Alvaro, P.K., Roberts, R.M., & Harris, J.K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety and depression. *Sleep*, 36, 1059-1068.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Basta, M., Chrousos, G.P., Vela-Bueno, A., & Vgontzas, A.N. (2007). Chronic insomnia and stress system. *Sleep Medicine Clinic*, 2, 279-291.
- Behre, A., and Scholz, O.B. (1998). Behandlungswirkungen standardisierter hypnotherapeutischer Suggestionen bei Patienten mit Schlafstörungen. *Hypnose und Kognition* 15(1+2), 113-127.
- Benaguid, G. (2014). Mündliche Mitteilung.
- Bucay, J. (2005). *Komm, ich erzähl dir eine Geschichte*. Zürich: Amman.
- Campbell, S.S., Murphy, P.J., & Stauble, T.N. (2005). Effects of a nap on nighttime sleep and waking function on older Subjects. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 48-53.
- Cordi, M. J., Schlarb, A. A., & Rasch, B. (2014). Deepening sleep by hypnotic suggestion. *Sleep*, 37(6), 1143-1152.
- Cordi, M. J., Hirsiger, S., Mérrillat, S., & Rasch, B. (2015). Hypnotherapeutische Suggestionen vertiefen den Schlaf und verbessern die Kognition bei älteren Erwachsenen: Eine EEG-Studie im Schlaflabor. *Hypnose-ZHH*, 10(1+2), 81-94.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An explanatory casebook*. New York: Irvington.
- Gilligan, S.G. (1998). *Therapeutische Trance. Das Prinzip Kooperation in der Ericksontschen Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme [am. Orig. (1987): *Therapeutic Trances*. New York: Brunner/Mazel].
- Gößling, H.W. (2014). Besser schlafen mit Hypnose. *Zkm Zeitschrift für Komplementärmedizin*, 4, 40-45.

- Gößling, H.W. (2015). Besser schlafen mit Selbsthypnose – Das Fünf-Wochen-Programm für Aufgeweckte. Heidelberg: Carl-Auer Systeme.
- Gößling, H.W. (2016). Hypnose für Aufgeweckte – Hypnotherapie bei Schlafstörungen (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Systeme
- Grawe, K. (2000). Psychologische Therapie. (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Himmerich, H., Kohls, E., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2014). Prädiktive Faktoren der Depression und ihre Therapie. *Nervenarzt*, 85, 1249-1254.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification – (2016). Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Köln: DIMDI.
- Johnson, E.O., Roth, T., & Breslau, N. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 700-708.
- Josefsson, T., Lindwall M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: meta analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24(2), 259-272.
- Leyk, D. (2009). Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivitäten in Prävention und Therapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(44), 713-714.
- Li, S.X, Lam, S.P., Chan, J.W., Yu, M.W., & Wing, Y.K. (2012). Residual sleep disturbances in patients remitted from major depressive disorder: a 4-year naturalistic follow-up study. *Sleep*, 35(8), 1153-1161.
- Neumann, N.-U., & Frasch K. (2005). Biologische Mechanismen antidepressiver Wirksamkeit von körperlicher Aktivität. *Psychoneuro*, 31(10), 513-517.
- Peter, H., Penzel T., & Peter, J.H. (2007). Enzyklopädie der Schlafmedizin. Heidelberg: Springer Medizin.
- Peseschkian, N. (1979). Der Kaufmann und der Papagei. *Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie*. 26. Auflage. Frankfurt: Fischer.
- Peter, B. (2015). Altersregression. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (3. Aufl., S. 285-296). Heidelberg: Springer Medizin.
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- Rodenbeck, A. (2007). Chronobiologie. In H. Peter, T. Penzel & J.H. Peter (Hrsg.): *Enzyklopädie der Schlafmedizin* (S. 212-217). Heidelberg: Springer Medizin.
- Schlarb, A. (2003). Verhaltenstherapie und Hypnotherapie bei Primärer Insomnie. Entwicklung und Evaluation zweier Therapiekonzepte. Tübingen (Dissertation Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften der Eberhard-Karls-Universität Tübingen)
- Schlarb, A. (2015). Schlafstörungen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (S.395-408). (3. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Scholz, O.B. (2011). *Hypnotherapie bei chronischen Schlafstörungen*. Bern: Hans Huber.
- Spiegel, D. (2009).. *Jetzt mal Tacheles. Die jüdischen Lieblingsswitze von Paul Spiegel*. Patmos Verlag Düsseldorf
- Spitzer, M. (2015).. *Schlaflos mit Blaulicht*. *Nervenheilkunde*, 34, 560-562.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS One* 9 (4): e96110
- Tausendundeine Nacht (2004). Nach der ältesten arabischen Handschrift in der Ausgabe von Muhsin Mahdi

Schlafspezifische Interventionsstrategien

erstmalig ins Deutsche übertragen von Claudia Ott. (5. Aufl.). München: Beck.

Tsuno, N., Besset, A., & Ritchie K. (2005). Sleep and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 10 (66), 1254-1269.

WBP Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006) Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH* 1(1+2):165-172.

Wilhelm-Göbbling, C. & Schweitzer, C. (2017). Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual. Hypnotherapie im klinischen Kontext .Work in Progress. *Hypnose-ZHH* 12 (1+2). In Druck.

Wirz-Justice, A. & Cajochen, C. (2011). Zirkadiane Rhythmen und Depression: chronobiologische Behandlungsmöglichkeiten. *Schweizerisches Medizin-Form*, 11 (32-33), 536-541.

Zimmermann, C. & Pfeiffer, H. (2007). Schlafstörungen bei Depression. Behandlungsmöglichkeiten. *Der Nervenarzt*, 78, 21-20.