

BETEN UM SCHLAF

Schriftliche Arbeit zum 2. Teil der
Facharztprüfung
Psychiatrie / Psychotherapie

Jana Hütter

Eingereicht:
Januar 2019

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1 Epidemiologie	2
1.2 Zusammenhang Insomnie und psychische Erkrankung	3
1.3 Therapeutische Ansätze der Insomnie	3
1.4 Ätiologie	4
1.5 Eigene Fragestellung/Hypothese zur Insomniebehandlung	5
1.6 Eigener Standort als Therapeutin	5
2. Methode(n) und Patient(en)	6
2.1 Vorbefunde	6
2.2 Anamnese	7
2.3 Weitere anamnestische Angaben	8
2.4 Psychodynamische Überlegungen	8
3. Ergebnisse	9
3.1 Die erste Sitzung	9
3.2 Die zweite Sitzung	10
3.3 Die dritte Sitzung	12
3.4 Die vierte Sitzung	13
3.5 Die fünfte und sechste Sitzung	13
4. Diskussion	13
4.1 Reflexionen zum Fall	14
4.2 Reflexionen zur Hypothese	15
5. Schlussfolgerungen	16
6. Literaturverzeichnis	19

1. Einleitung

Schlafstörungen bzw. nicht erholsamer Schlaf stellen ein zunehmendes Problem im Gesundheitswesen dar. Nicht nur bilden Schlafstörungen einen relevanten Risikofaktor für die Entwicklung und den Verlauf von diversen psychiatrischen Krankheitsbildern (insbesondere für die Depression ist dies gut untersucht), sondern auch einen Co-Faktor für die Entwicklung von somatischen Erkrankungen.

Darüber hinaus warnte die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) vor einer Zunahme von Schlafstörungen in der heutigen Gesellschaft und verwies hierfür auf den Gesundheitsreport der DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse) von 2017. Demnach seien seit 2010 „Schlafstörungen bei Berufstätigen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren um 66% angestiegen“¹, was mit einer Zunahme der direkten und indirekten Gesundheitskosten einhergeht plus Zusatzkosten für Folgeerkrankungen.

In der vorgelegten Arbeit möchte ich mich mit der Behandlung der Insomnie auseinandersetzen und gebe dazu einen kurzen Überblick über die laut S3 Leitlinie empfohlenen Psychotherapieverfahren und setze mich dann kritisch mit möglichen Ergänzungen aus dem Bereich der Psychoanalyse und achtsamkeitsbasierten Verfahren auseinander. Zum Abschluss komme ich auf die allgemeinen Wirkfaktoren einer Psychotherapie zu sprechen und die Notwendigkeit einer stetigen Weiterentwicklung des eigenen Beziehungs- und Verständnisraumes als Therapeut.

1.1 Epidemiologie

Wir unterscheiden grob zwischen den organisch bedingten und den nicht organisch bedingten Schlafstörungen. Unter den nichtorganischen Schlafstörungen ist die nichtorganische Insomnie (F51.0) die häufigste Ursache. Die häufigsten Ursachen der psychisch bedingten Schlafstörungen liegen im Diagnosebereich F4 und F3.

Die organischen Schlafstörungen machen ca. 30% der Schlafstörungen aus. Die nichtorganischen Insomnien den grossen „Rest“.

Eine diagnostizierbare Insomnie ist laut ICD-10 gekennzeichnet durch Ein- und Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität mindestens 3x pro Woche über mindestens einen Monat mit konsekutivem Leiden oder verminderter Funktionsfähig-

1 Marschall J, Hildebrandt S, Sydow H, Nolting HD (2017): DAK Gesundheitsreport, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 16)

keit am Tage ohne Nachweis einer körperlichen Ursache. Zur chronischen Insomnie wird das Problem, wenn die Symptome länger als 6 Monate persistieren. Frauen sind von dieser Erkrankung ca. 1.5x häufiger betroffen als Männer, sowie ältere Personen häufiger als jüngere. «Ohayon (2002) fasste in einer Übersichtsarbeit die bis zum damaligen Zeitpunkt vorliegenden epidemiologischen Studien zusammen und kam zu dem Schluss, dass nach repräsentativen Umfragen etwa 10% der erwachsenen Bevölkerung an einer chronischen Insomnie leiden.»²

In diesen 10% finden sich nicht die zusätzlich auftretenden Schlafstörungen im Rahmen anderer diagnostizierter Erkrankungen wie z.B. bei obstruktiven Schlafapnoen, Restless-Legs-Syndromen, u.s.w..

1.2 Zusammenhang Insomnie und psychische Erkrankung

«Knapp 17% der Schweizer Bevölkerung leiden an einer oder mehreren psychischen Erkrankungen, die von Essstörungen über Angststörungen bis hin zu Depressionen und anderen schweren Symptomen reichen können.»³ Eine Studie von Dr. Rachel Manber der Universität Stanford vom März 2018 zeigte (erneut), wie wichtig die Behandlung der Schlafqualität, zur Verbesserung der Remissions- und Rezidivrate bei Depressionen, ist: «Early changes in insomnia characteristics may predict long-term depression outcomes.»⁴ Ähnliches lässt sich auch für andere psychische Störungen berichten, so «liegen auch Daten aus umfangreichen epidemiologischen Studien vor, die zeigen, dass die Insomnie ein Risikofaktor für die Entwicklung von Angststörungen und Substanzabhängigkeit ist.»⁵

1.3 Therapeutische Ansätze der Insomnie

Neben kurzfristigen medikamentösen Ansätzen liegen gute Daten zur Behandlung der Insomnie mittels verhaltenstherapeutischen Verfahren vor, die im Einzel- oder Gruppensetting angeboten werden können und gute Erfolge sowohl auf die

-
- 2 Spiegelhalder K, Backhaus J, Riemann D (2011): Fortschritte der Psychotherapie, Band 7 – Schlafstörungen, Hogrefe Verlag Göttingen, S 9
 - 3 Bürli C, Amstad F, Duetz Schmucki M, Schibli D (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz, Bundesamt für Gesundheit (BAG), S 5
 - 4 Asarnov L, Manber R (2018): Treating insomnia in depression: Insomnia related factors predict long-term depression trajectories, Journal of Consulting and Clinical Psychology 86 (3): S 282-293
 - 5 Riemann D et al. (2017): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Update 2016, Springer Verlag Berlin, Kap. 3.5

Insomniebehandlung zeigen, als auch auf allenfalls vorliegende somatische Begleiterkrankungen. Dabei handelt es sich z.B. um die Psychoedukation zur Schlafhygiene, Entspannungsverfahren (wie z.B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training, Imaginationsreisen), Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion, Kognitive Methoden wie z.B. Gedanken-Stopp, Gedankenstuhl oder Umstrukturierung dysfunktionaler schlafbezogener Kognitionen oder die paradoxe Intention. In der Leitlinienbehandlung wird empfohlen, die verschiedenen Verfahren zu kombinieren.

Das Problem bei der Behandlung der Insomniepatienten ist jedoch insbesondere bei den Verfahren der Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion die Compliance. Wie Spielman et al. 1987 in einer Studie nachweisen konnten, brachen 28.6% die Intervention vor deren Beendigung ab⁶.

1.4 Ätiologie

«Die meisten Modelle gehen entsprechend dem so genannten 3-P-Modell der Insomnie davon aus, dass es prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren für die Schlafstörung gibt. So gelten genetische Einflüsse und Persönlichkeitscharakteristika, wie z.B. Neurotizismus oder maladaptiver Perfektionismus, als prädisponierende Faktoren. Akute Insomnien werden durch Stress ausgelöst, z.B. durch arbeitsbezogenen oder interpersonellen Stress. Allerdings handelt es sich bei der akuten Insomnie um ein transientes (...) Phänomen, welches sich bei den meisten Menschen nach Wegfall des Stressors wieder zurückbildet. Für die Entwicklung einer chronischen Insomnie kommen meist aufrechterhaltende Faktoren oder weitere Stressoren hinzu. In Bezug auf das Verhalten haben Spielman et al. darauf hingewiesen, dass viele Patienten mit Insomnie schlafbezogene maladaptive Coping-Strategien einsetzen (...), um den Schlafverlust der letzten Nacht zu kompensieren»⁷, was jedoch gegenteilige Effekte hatte. Auch eine «neurobiologisch angelegte Vulnerabilität, z.B. des Stresssystems, die bei Menschen mit einer entsprechenden Prädisposition nach Ablauf eines belastenden Ereignisses nicht zu einer Herabregulation des Stresssystems»⁸ führt, wird konstatiert. «Dies bliebe dann

6 Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ (1987): Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed, Abstract of *Sleep*, S 45

7 Riemann D et al. (2017): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Update 2016, Springer Verlag Berlin, 3.1

8 Siehe 5

permanent überaktiviert, was als chronisches Hyperarousal bezeichnet wird. Das Hyperarousal-Modell der Insomnie postuliert, dass bei einer chronischen Insomnie als pathogenetischer Endstrecke eine persistierende Übererregung auf kognitiver, emotionaler und physiologischer Ebene besteht.»⁹

Nun kann man sich wie üblich fragen, was hier Huhn und was Ei ist – sprich ob die neurobiologischen Phänomene Ursache oder Folge des postulierten Neurotizismus sind. Aber auf diese Frage möchte ich hier nicht weiter eingehen.

1.5 Eigene Fragestellung/Hypothese zur Insomniebehandlung

Ich habe mir die Frage gestellt, ob die Effektivität der Behandlung von Schlafstörungen verbessert werden kann, wenn man die Psychodynamik des zugrundeliegenden (neurotischen) Konfliktes versteht bzw. herausarbeitet und in die verhaltenstherapeutische oder medikamentöse Standardbehandlung integriert und somit zur Reduktion des kognitiven, emotionalen und neurobiologischen Hyperarousals beitragen könnte.

Da Schlafstörungen Erstsymptom vieler psychischer Erkrankungen sind oder auch Rückfall-Warnzeichen, so meine ich, liessen sich auf diese Weise verschiedenste Krankheitsverläufe frühzeitig verbessern oder gar vermeiden. Kurz einfügen möchte ich, dass «als diagnostische Kategorie der Begriff der Charakterneurose einen Gegentypus zu dem der Konfliktneurose bildet. Es bestehen Übergänge zu dem, was in den zeitgenössischen Diagnosesystemen als Persönlichkeitsstörung beschrieben ist.»¹⁰ Meine Hypothese möchte ich für die gut bis mässig strukturierten Patienten postulieren, sprich für die Patienten mit im Vordergrund stehenden Konfliktneurosen.

1.6 Eigener Standort als Therapeutin

Ich selber arbeite als psychoanalytisch denkende und ausgebildete Psychotherapeutin mit Zusatzausbildungen im Bereich der DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie nach Marsha M. Linehan) und persönlichen langjährigen Erfahrungen im Bereich der Achtsamkeitsbasierten Verfahren in einer interdisziplinären Sprechstunde für Schlafstörungen.

9 Siehe 5

10 Cierpka M et al. (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2, Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, Arbeitskreis OPD, Verlag Hans Huber, S 115

Die Kombination der o.g. Denkansätze in der Behandlung von Patienten erscheint mir sehr reizvoll und nützlich. Dabei finde ich das Denkgerüst der Psychodynamischen Lehre immer wieder hilfreich, um das gemeinsame Verstehen mit dem Patienten zu verbessern und um zu erfahren, worin genau der Konflikt liegt und wie dieser ergriffen werden kann. Meine eigene Arbeit als Psychotherapeutin vertieft sich hierdurch stetig, begleitet durch Supervision und Selbsterfahrung. Zugleich bin ich tief geprägt von meinen eigenen Erfahrungen in der Meditation und Achtsamkeit. «Der selbstreflexive Bezug zur eigenen inneren Welt bedeutet strukturell auch die Fähigkeit zur inneren Kommunikation, zum inneren Dialog, wobei die eigene Emotionalität, die eigene Bedürfniswelt, die Fantasiewelt und die Erfahrungen des körperlichen Erlebens von besonderem Gewicht sind.»¹¹ All dies sind strukturelle Fähigkeiten, die sich in der Meditation entwickeln bzw. verbessern können.

2. Methode(n) und Patient(en)

2.1 Vorbefunde

Die intelligente, 27-jährige Patientin, Frau N.F., wurde von ihrem Hausarzt unserer psychosomatischen Schlafsprechstunde zugewiesen. Vorab waren bereits die relevanten Laborwerte erfasst (Blutbild, Serumparameter für Leber-, Nieren-, Schilddrüsenfunktion, Vitamin- und Eisenwerte). Hinweise für eine körperliche Erkrankung lagen nicht vor. Alkohol und Drogen wurden von der Patientin aus religiösen Gründen glaubhaft abgelehnt. Sie war bekennende Muslima und streng religiös. Es bestand eine vom Hausarzt eingesetzte Schlafmedikation mittels Baldrian. Psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte wurden verneint; jedoch war die Patientin bereits vor einigen Monaten wegen einer vorangegangenen Episode von Schlafstörungen für 3 Tage im psychiatrischen Kriseninterventionszentrum gewesen, wo vorübergehend eine Medikation mit Trazodon 50 bis 150 mg und Quetiapin 25 mg erfolgreich eingesetzt worden war. Im Anschluss fand eine weitere ambulante Behandlung über einen Kollegen statt, der laut Patientin einen Konflikt zwischen ihrem Wunsch nach Arbeit und einem bestehenden Kinderwunsch gesehen hatte und ihr empfahl «sich einfach zu entscheiden, dann würde sie wieder schlafen können». Dies funktionierte mit dem neu begonnenen Trazodon und Quetiapin tatsächlich für 2-3 Wochen ganz gut, so dass die Behandlung schnell abgeschlossen wurde. Die Patientin schlich die Medikation dann aus, weil sie einer möglichen Schwangerschaft nicht schaden wollte

11 Siehe 10

und arbeitete mit Schlafhygiene und Stimuluskontrolle weiter. Darüber hinaus hatte die Patientin den Eindruck, dass der Kollege sie nicht wiedersehen wollte und wollte dann ihrerseits nicht erneut zu ihm gehen, als die Schlafstörungen wieder einsetzten.

2.2 Anamnese

Als ich die Patientin kennenlernte, lag ihre durchschnittliche Schlafdauer bei ca. 4 Stunden. In einigen Nächten schlief sie «gar nicht» und in anderen fiel sie dafür teilweise in einen «komaartigen» Schlaf. Die Schlafenszeiten waren total unregelmässig. Die Patientin versuchte Schlaf zu bekommen, «wann immer es ihr möglich war». An eine Arbeitsfähigkeit war bei diesem Schlafverhalten nicht zu denken.

Weitere Auffälligkeiten des Schlafes, wie z.B. Ronchopathie mit oder ohne Atemaussetzer, unruhige Beine, hypnagoge Halluzinationen, Schlafwandeln, Alpträume, Kataplexien oder ähnliches wurden verneint. Bei der Erstuntersuchung zeigte der Insomnia Severity Index mit 24 von 28 Punkten eine schwere Insomnie.

Die Patientin wurde von mir insgesamt 6x gesehen, 5x à 60 min., in der 3. Sitzung einmalig gemeinsam mit dem Ehemann à 75 min. Zu Beginn sah ich die Patientin in 2-wöchentlichen Abständen, ab der 5. Sitzung in Abständen von jeweils 6 Wochen.

Zur Entstehung der Symptomatik schilderte mir die Patientin, dass sie bis dato immer sehr gut geschlafen habe. Nach der Beendigung ihres Studiums sei es plötzlich mit den Schlafstörungen losgegangen. Sie habe Soziale Arbeit studiert und sei sehr engagiert in ihrem Beruf. Ihre Berufung sähe sie in der Erziehungsberatung in Brennpunktfamilien. Sie hatte jedoch bereits während der Studienzeit immer grosse Schwierigkeiten gehabt Praktikumsstellen zu finden, da sie ein Kopftuch trug und dies häufig von Klienten oder Arbeitgebern als Problem angesehen wurde. Nach Beendigung des Studiums habe sie schliesslich gar keine Stelle mehr finden können und nur noch Absagen erhalten. Dies habe sie sehr frustriert, eine depressive Symptomatik oder Ängstlichkeit diesbezüglich wurde jedoch vehement verneint. Schliesslich habe sie über einen Studienkollegen einen Job in einem Wohnheim für Behinderte gefunden, der ihr jedoch nicht entsprach, sie «unterforderte» und zudem auch noch belastende Arbeitszeiten beinhaltete. Sie hatte den Job jedoch angenommen, um Erfahrungen im Beruf sammeln und dies auf ihrem Lebenslauf entsprechend vermerken zu können.

Bereits in der ersten Nacht nach Arbeitsbeginn setzten erstmalig massive Schlafstörungen ein, die sie bereits nach kurzer Zeit dazu zwangen, die Stelle noch in der Probezeit zu kündigen. Danach habe sie sich in die oben genannte Behandlung begeben und sich schliesslich in dieser Therapie dafür entschieden, keinen neuen

Job zu suchen, sondern nun gemeinsam mit ihrem Ehemann ein Kind zu zeugen. Nach wenigen Wochen (und nach dem Absetzen der Medikamente) begann die Schlaflosigkeit erneut, diesmal noch massiver als beim ersten Mal, weshalb die Patientin entschied, sich über ihren Hausarzt der Schlafsprechstunde zuweisen zu lassen.

2.3 Weitere anamnestische Angaben

Aus der fernereren Vorgeschichte war im Verlauf der Behandlung zu erfahren, dass die Patientin aus dem Balkan stammte. Dort war sie gemeinsam mit 3 Schwestern bei ihrer Mutter und Tante aufgewachsen. Ihren Vater sah sie selten, weil dieser als Hilfsarbeiter in der Schweiz tätig war. Im Alter von 5 Jahren war sie mit dem Rest der Familie in die Schweiz gekommen. Ihre Mutter beschrieb sie als sehr strenge Frau und in der Familie war sie als jüngste Tochter die einzige, die in der Jugend gegen das strenge Regime der Mutter rebellierte hatte. Sie räumte jedoch auch sofort ein, dass ihre Mutter ja keine andere Wahl gehabt hätte, als so streng zu sein. Aufgrund der finanziellen Not und der alleinigen Verantwortung für die 4 Töchter sei die Mutter unter starker Anspannung gewesen. Sie habe das nur als Kind «doof» gefunden. Auch die Mutter habe «schon immer» Schlafstörungen gehabt. Sie neige dazu, sich erhebliche Sorgen «um alles» zu machen, weshalb sie schlecht schlafe.

2.4 Psychodynamische Überlegungen

In den Gesprächen mit der Patientin zeigte sich eine intelligente, zielstrebige und etwas abwehrende Person, die jedoch gut reflektierend mit ihren Problemen umging und ihre Affekte und Kognitionen differenziert ausdrücken konnte.

Gleich im ersten Gespräch wurde das Kopftuchtragen der Patientin zu einem zentralen Thema im Beziehungsgeschehen, wobei auffällig war, dass die Patientin zugleich etwas latent Unterwerfendes «ich tue alles, was Sie mir sagen» und etwas genervt, abwehrend/abwertend, Rebellierendes hatte «mein Kopftuch lege ich auf keinen Fall ab, auch wenn ich dann sofort einen Job bekommen würde und ich habe auch keine Lust mehr darauf, dass mich alle immer auf das Kopftuch ansprechen. Es gehört zu mir.» In der Gegenübertragung spürte ich Scham, das Zentrum der Ablehnung aufgegriffen zu haben.

Darüber hinaus fiel mir auf, dass sie bezüglich einer möglichen depressiven Symptomatik in Hinblick auf den ausbleibenden beruflichen Erfolg sehr abwehrend reagierte; sie habe sich dafür entschieden nun «Mutter zu werden» und sei mit ihrer Wahl «sehr einverstanden».

Ich diagnostizierte eine F51.0, nichtorganische Insomnie bei einer Patientin mit mässigem Strukturniveau mit Schwierigkeiten im Bereich der Beziehungsgestaltung und einem Selbstwertkonflikt, den ich jedoch auf einen tieferliegenden Konflikt im Bereich Individuation vs. Abhängigkeit bzw. Unterwerfung vs. Kontrolle begründet sah. Eine depressive Episode wurde von mir zunächst vermutet. Die Patientin verneinte jedoch eine entsprechende Symptomatik wiederholt.

3. Ergebnisse

Die Behandlungsplanung bei dieser Patientin war zunächst an der geäusserten quälenden Symptomatik der Schlafstörungen orientiert. Sie bezog sich auf erneute Psychoedukation zum Schlaf und Schlafhygieneregeln sowie Implementierung einer korrekten Umsetzung von Entspannungsmassnahmen und Stimuluskontrolle. Ausserdem sammelte ich weitere anamnestische Angaben zum zugrundeliegenden Konfliktgeschehen.

3.1 Die erste Sitzung

Die Behandlung der Patientin fiel mir leicht, da sie mir vom ersten Moment an sympathisch war. Im Nachhinein denke ich, dass ich positiv besetzte Persönlichkeitsanteile meiner Selbst bzw. auch eigenes unbewusstes Konfliktgeschehen in ihr gespiegelt sah und so liess ich mich im Erstgespräch sogleich zu einem Lapsus hinreissen, der sich jedoch für den weiteren Behandlungsverlauf als günstig herausstellen sollte. Als sie mir die Begebenheit mit dem Kollegen erzählte, der sie nach ihrem Verständnis dazu aufgefordert hatte, sich zwischen Arbeit oder Kinderwunsch zu entscheiden, entrüstete ich mich darüber - in meinen eigenen Konfliktthemen getriggert. Ich selber als berufstätige Mutter öffnete mich partiell selbstoffenbarnd diesbezüglich und erzählte der Patientin, dass eine gelungene Mutterschaft und ein erfüllendes Arbeitsleben sich nicht gegenseitig ausschliessen müssten. Die Patientin fasste daraufhin erfreulicherweise mehr Vertrauen zu mir und bestätigte mir ihrerseits ihre Zerrissenheit zu diesem Thema. Sie wollte gerne arbeiten gehen und ihrer «Berufung» folgen, fühlte sich jedoch zutiefst benachteiligt wegen ihres Kopftuchs. Zugleich wollte sie wirklich gerne eine gute Mutter sein und fühlte sich durch die vorhergehende Deutung (sie müsse sich entscheiden) unter Druck gesetzt. Ich vermutete jedoch, dass die Entscheidung pro Schwangerschaft auch zu einer kurzfristigen Teillösung des Selbstwertkonfliktes beigetragen haben könnte. Denn damals konnte die Patientin wenigstens für einige Wochen das Thema der Stellensuche verlassen und ihren Selbstwert kurzfristig über die imaginierte

Mutterschaft stabilisieren, was zu einer «Heilung» der Schlafstörungen führte. Ich denke, zu einem Rückfall in die erneute, aggravierte Schlafproblematik führte dies, als der Patientin bewusst wurde, dass auch eine Schwangerschaft sich nicht direkt kontrolliert einstellen würde bzw. dass dies neue Konflikte beinhaltete. So sah sie sich nun mit einer doppelten «Kränkung» konfrontiert und mit einer in ihrer Schwere zugenommenen Schlafproblematik.

Wie gesagt fiel mir die Beziehungsgestaltung der Patientin gleich zu Beginn auf. Sie löste in mir Gefühle von Minderwertigkeit und Fehlverhalten aus, immer wieder kam bei mir das Gefühl auf «dummes Zeug» zu fragen oder der Patientin «zu nahe» zu treten. Ich nahm dies als Hinweis auf den Selbstwertkonflikt der Patientin und die mässigen strukturellen Defizite und entschied mich für begleitend supportiv, validierende Äusserungen, um die Ressourcen der Patientin und unsere Beziehung zu stärken. Dies funktionierte scheinbar ganz gut und führte im weiteren Behandlungsverlauf zu einer stetigen Zunahme des Vertrauens der Patientin sowohl in die eigenen Fähigkeiten als auch in die Beziehung zu mir.

Insbesondere bei der Frage um das Kopftuchtragen der Patientin tat ich mich jedoch sehr schwer. Sie brachte es recht früh ins Gespräch, da es ihrer Meinung nach der Grund für ihre aktuelle Anstellungslosigkeit war, zugleich wehrte sie aber jegliche Rückfragen von mir zu diesem Thema genervt ab. Ich hatte den Eindruck, dass das Tragen des Kopftuchs ähnlich wie ein Übergangsobjekt stark libidinös besetzt wurde, als sei es «ein Teil von ihr», wie sie es benannte. Sie empfand es offensichtlich als kränkend, nicht als die Person akzeptiert und gesehen zu werden, als die sie sich selber empfand. Diese Annahme sollte sich im späteren Behandlungsverlauf bestätigen. Das Thema mit dem Kopftuch schien für mich mit einem Konfliktthema verbunden zu sein und mehr als nur ein rein religiöses Merkmal. In meiner deutschen Nachkriegs-Konditionierung ist es für mich jedoch schwierig kulturelle, rassische oder körperbezogene Unterschiede anzusprechen oder zu hinterfragen. Die Befürchtung «ein Nazi zu sein» stand für mich im Raum. Es kostete mich Überwindung das Thema weiter zu verfolgen und doch tat ich es, weil ich das Gefühl hatte, die Patientin würde mich insgeheim dazu einladen, immer wieder über dieses Thema zu sprechen. Vielleicht war es auch die starke libidinöse Besetzung des Kopftuches, die mich immer wieder anzog.

3.2 Die zweite Sitzung

Tatsächlich berichtete mir die Patientin schon in der zweiten Stunde, «dass sie schon immer der Rebell in der Familie war». Sie habe gegen die strengen Regeln zu Hause

angekämpft und sich dabei nie wirklich gesehen gefühlt. In der Situation mit der Jobsuche erlebte sie das Gleiche. Sie fühlte sich auf ihr Kopftuch reduziert und in ihren Fähigkeiten nicht gesehen. Zu ihrer Mutter hatte sie ein ambivalentes Verhältnis, in dem sie zwischen Unterwerfung mit Abhängigkeitsbedürfnissen und Rebellion mit Autonomiebedürfnissen oszillierte. Ich vermutete, dass ihr Kopftuch im Lebensraum der abendländischen Kultur neben den angegebenen religiösen Motiven noch zusätzlich unbewusste Bestrebungen erfüllte. Ich spürte auch hier eine Reinszenierung des Autonomiethemas, traute mich jedoch noch nicht, dies deutend anzusprechen. So blieb ich beim Fragen und der parallel durchgeführten verhaltenstherapeutisch basierten Interventionstechnik der Stimuluskontrolle, auf die wir einige Zeit verwendeten.

Parallel diskutierten wir den Glauben der Patientin. Da ich selber aktiv Achtsamkeitsübungen praktiziere und über die Jahre den positiven Nutzen auf strukturelle Aspekte sowie die Integration von Konfliktthemen erkannt habe, interessierte ich mich sehr für die praktische Umsetzung des Glaubens der Patientin. Zum Beispiel betete sie regelmässig 5x am Tag und ich interessierte mich dafür, was sie daraus lernte. Wir diskutierten, wie buddhistische Ansätze von Widerstandslosigkeit, nicht Anhaften und liebevoller Güte im Islam umgesetzt wurden. Die Gespräche mit der Patientin waren sehr fundiert und interessant, da sie eine tiefe Kenntnis des Islam hatte.

Die Patientin erarbeitete in der Folge für sich eine Version der Stimuluskontrolle in der sie nachts, wenn sie nicht schlafen konnte, aufstand und begann, in der Dunkelheit auf einem eigens dafür eingerichteten Stuhl Gebete zu sprechen, die in ihrer stetigen ruhigen Wiederholung einen sehr beruhigenden Einfluss auf sie hatten. - Al-hamdu lillah (Alle Lobpreisung sei Gott), La ilaha illa Allah (Es gibt keinen Gott ausser Allah), Allahu akbar (Gott ist am allergrössten), La Haula wa la quwwata illa bi-Allah (Es gibt keine Macht noch Kraft ausser Allah). - Sie berichtete, dass sich bei ihr, aufgrund unserer Gespräche über die Achtsamkeit, ein vertieftes Verständnis für ihre religiösen Praktiken einstellte und dass sie spürte, wie sich ihre Übungen und ihre Hingabe vertieften.

Leider hatte sich mittlerweile zusätzlich ein systemisches Fehlverhalten des Ehemannes und der Familie gebildet, die die Patientin regelmässig auf ihre Beschwerden ansprachen und sich täglich sorgenvoll danach erkundigten, wie sie geschlafen hatte, was kontraproduktiv zu einer ständigen Selbstbeobachtung der Patientin führte. Darum entschieden wir uns den Ehemann zum folgenden Gespräch einzuladen, um dieses Verhalten zu besprechen und möglichst zu korrigieren.

3.3 Die dritte Sitzung

Der Ehemann, der supportiv, warm und «mütterlich» wirkte, zeigte sich einer Verhaltensmodulation seinerseits gegenüber sehr aufgeschlossen. Wir vereinbarten das Thema Schlaf für einige Zeit gänzlich aus dem Gesprächskatalog der Eheleute zu streichen, was nach kurzen Nachfragen des Ehemannes, ob das nicht als Desinteresse seinerseits fehlgedeutet werden könnte, schnell angenommen wurde.

Aus dem Gespräch heraus kamen wir jedoch wieder auf das Thema des Kopftuchtragens zu sprechen (das scheinbar so deutlich im Raum stand). Auch der Ehemann konnte nicht verstehen, warum die Patientin auf das Tragen des Kopftuchs bestand, da sie sich in einem gesellschaftlichen Raum bewegten, der eher der abendländischen Welt entspräche. Auch alle ihre Freunde würden sich darüber wundern. Er habe es aber mittlerweile akzeptiert und stelle es nicht mehr in Frage, da seine Frau diesbezüglich immer so gereizt reagierte. Somit erlaubte ich mir an dieser Stelle die Frage zu stellen, warum die Patientin denn eigentlich das Kopftuch nicht ablegen wollte, da ihr das doch anscheinend alles leichter machen würde.

Hierauf kam es zu einem kathartischen Ausbruch der Patientin, in dem sie mir in einem 20 Minütigen Monolog mit lauter, aufgebrachter Stimme darlegte, warum das Tragen bzw. das Ablegen des Kopftuches für sie indiskutabel sei und warum es zu ihr gehöre und sie zu dem mache, wer sie sei. Sie empfand meine Frage als Aufforderung das Kopftuch abzulegen und wehrte sich lautstark dagegen. Sie wehrte sich insbesondere dagegen «sich Selbst» aufzugeben. Anscheinend hatte sie schon meine vorsichtige Frage als Angriff verstanden. Ich nahm ihren Ausbruch in seiner ganzen Länge entgegen und unterbrach sie nicht. Stattdessen bemühte ich mich, ihr gegenüber eine wohlwollende und offene Haltung beizubehalten und mittels Nicken und dem Anzeigen, dass sie weiter sprechen dürfe, auch zu vermitteln. Am Ende ihres Ausbruches äusserte ich mein Verständnis für die Wichtigkeit des Kopftuches für ihr Selbstgefühl und validierte ihren Mut, dies allen Belastungen und Kränkungen zum Trotz auf sich zu nehmen. Auf diese Aussage hin schien sie kurz verwirrt, erkannte dann aber scheinbar meinen Hinweis auf die Eigenverantwortlichkeit ihres Verhaltens und ihre freie Wahl.

Ich erkundigte mich, ob meine Empfindung, dass sie meine Frage als Angriff empfand, richtig sei, was mir von der Patientin bestätigt wurde. Hier sprachen wir kurz deutend über den genetischen Hintergrund und die ambivalente Beziehung zur Mutter. Sie hatte ihr zwar oft rebellierend die Stirn geboten, jedoch hatte sie dabei nie das Gefühl in ihrer Eigenständigkeit gesehen und gewertschätzt zu werden. Wir thematisierten die Gefühle der Kränkung, nicht gesehen zu werden und die wütenden

Affekte diesbezüglich und welche Rolle das Thema Widerstand/Rebell sein an dieser Stelle spielte. Am Ende dieser Sitzung wirkte sie in sich gekehrt und recht erschöpft.

3.4 Die vierte Sitzung

In der nächsten Stunde berichtete sie mir, dass sie seit unserem letzten Zusammentreffen alle Anweisungen zum Thema Schlaf umsetzen konnte. Gemeinsam mit ihrem Mann hätten sie dem Thema nicht mehr so viel Raum gegeben. Sie berichtete, dass alles sehr gut geholfen habe. Auch habe sich «etwas» in ihr «gelöst». Sie habe Angebote für Arbeiten erhalten, was sie sehr glücklich und dankbar machte. Ausserdem habe sie sich gemeinsam mit ihrem Ehemann für eine Pilgerfahrt nach Mekka entschieden, worüber sie sich sehr freute. Aufgrund ihrer Vorerfahrungen nach der ersten Therapie und ihrer Angst vor einem erneuten Rückfall in die Schlaflosigkeit bat sie mich für ihre eigene Sicherheit um weitere Folgetermine.

3.5 Die fünfte und sechste Sitzung

Die Schlafstörungen kamen erfreulicherweise nicht zurück. Die letzten beiden Treffen nutzten wir für Gespräche über den bis dato unerfüllten Kinderwunsch. Die Patientin wurde auch bei fehlender Verhütung nicht schwanger. Dabei kamen wir immer wieder auf das Thema der «radikalen Akzeptanz» wie ich es aus der DBT kannte zurück bzw. sprachen weiter über ein tieferes Verständnis der verschiedenen religiösen Lehren (Islam/Buddhismus). Die Patientin konnte über ihren Glauben und ihre neu erlangte Hingabe das Gefühl der notwendigen Kontrolle etwas lockern und gelangte während dieser Gespräche für sich zu einem tieferen Verständnis der bis dato ausgeführten Praktiken und Gebete. Sie benannte zuletzt das Verständnis für die Akzeptanz des Unkontrollierbaren sowie die Stimuluskontrolle als die hilfreichen Bausteine der Therapie. Ausserdem fühlte sie sich gut begleitet und unterstützt durch die regelmässigen Gespräche und nicht «hängen gelassen», was ihr viel Sicherheit gegeben habe. Wir beendeten die Therapie nach insgesamt 4 Monaten.

4. Diskussion

Eine grosse Schwierigkeit im therapeutischen Prozess war für mich die Übersicht zu behalten, bei den verschiedenen gewählten therapeutischen Konzepten und Ansätzen. So wechselte ich während der Therapiestunden zwischen den verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Verbesserung des Schlafes und wendete nicht wenig Energie auf, um die Patientin für die schwierige Intervention der Stimuluskontrolle zu

motivieren. Zugleich versuchte ich das Strukturniveau der Patientin einzuordnen und die Konfliktdynamik zu verstehen. Parallel dazu übersetzte ich mir all diese Gedanken in achtsamkeitsbasierte Terminologie und die Ansätze der buddhistischen Psychologie. Hierbei half mir das zu Rate ziehen der Literatur zur OPD, Gespräche mit Kollegen sowie die Falldarstellung in der Supervision.

4.1 Reflexionen zum Fall

Wie so oft blieb Vieles unverstanden und wahrscheinlich auch fehlgedeutet. Im Nachhinein fragte ich mich zum Beispiel, ob der «kathartische Ausbruch» der Patientin tatsächlich ein solcher war oder eher im Sinne eines Enactments zu verstehen war. Vielleicht reproduzierte die Patientin mit mir die bekannten Auseinandersetzungen mit der Mutter und es kam eher durch eine neue Beziehungserfahrung innerhalb der Therapie zur Integration eines positiveren Introjekts und damit zu einer positiveren Selbstbeurteilung und Lockerung der Selbstwertproblematik bzw. auch zu der Erfahrung, dass Autonomie von mir gutgeheissen und unterstützt wurde.

Vielleicht wirkte auch meine partielle Selbstoffenbarung mehr lösend als ich zunächst dachte, auf die Fehlwahrnehmung, dass Mutterschaft und berufliche Verwirklichung nebeneinander stehen konnten. Vielleicht waren es auch die ausführlichen Gespräche über das Gebet und die Achtsamkeit und die Vertiefung der Praktiken der Patientin, die sie weiter täglich, regelmässig und zuverlässig ausführte, was zu mehr Akzeptanz und Hingabe ans Leben und an das Sosein der Dinge führte.

Im Nachhinein fragte ich mich auch, ob das quälende Schlafdefizit als Über-Ich Widerstand gegen die eigenen Autonomiewünsche gedeutet werden könnte, welches das entstandene Leiden der Patientin unbewusst als Strafe gegen die eigenen Autonomiewünsche einsetzte und die Patientin somit arbeitsunfähig machte bzw. stellvertretend für die eigene Mutter die eigenen Autonomiewünsche verunmöglichte, so wie sie es in ihrer Kindheit erlebt hatte. Vielleicht zeigte sich im Symptom der Schlaflosigkeit aber auch die Angst der Patientin vor dem Selbstverlust, im Symbol des Schlafes als Ich-Losigkeit, oder eine Teillösung bzw. Rettung des Selbstwertes, indem durch die Schlaflosigkeit Arbeiten verunmöglicht wurde und somit das eigene «Versagen» auf das Symptom geschoben werden konnte.

Diese möglichen Deutungen fielen mir erst in der Rückschau auf den Behandlungsverlauf auf, während der Behandlung blieben die verschiedenen Empfindungen eher diffus. Die Patientin selber gab zu diesen Hypothesen wenig Auskunft und äusserte trotz relativ guter Selbstwahrnehmung keine solchen «psychoanalytischen» Überlegungen. Die Ansätze der Psychoanalyse waren ihr fremd.

Mit unseren Gesprächen über ein tieferes Verständnis ihrer religiösen Rituale konnte sie mehr anfangen und zeigte dort deutlich mehr Interesse. Insofern ging ich mit meinen psychoanalytischen Überlegungen vielleicht an der Realität der Patientin vorbei. Welche konkreten Rückschlüsse sie aus unseren religiösen Gesprächen zog, blieb mir weitgehend unbekannt.

4.2 Reflexionen zur Hypothese

Zum Zeitpunkt der Therapie passte der Gedanke an die Katharsis gut ins Bild und erschien im Kontext der Fragestellung, viel Sinn zu machen. Es entstand in mir sogar der Gedanke, dass dies reproduzierbar sei und ich formulierte daraus meine oben genannte Fragestellung. In der Rückschau muss ich sagen, dass zwischen der Patientin und mir scheinbar Vieles zusammengepasst hat und sich daraus ein positiver und vor allem für die Patientin hilfreicher Prozess entwickeln konnte. Ob dies in Form einer dem verhaltenstherapeutischen Manual angepassten Version einer psychodynamischen Kurztherapie sinnvoll umgesetzt werden kann, wage ich mittlerweile zu bezweifeln. Heute führe ich den Therapieerfolg eher auf die allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung)¹² zurück bzw. auch auf die achtsamkeitsbasierten Interventionen.

Während meiner Recherche, was die Psychoanalyse zum Thema Schlafstörungen beitragen kann, wurde ich recht enttäuscht. Zwar gibt es viel Literatur zum Thema der psychosomatischen Beschwerden ganz allgemein, wenig jedoch zu den Schlafstörungen im Besonderen. Dies mag daran liegen, dass die Schlafstörungen etwas so Ubiquitäres sind. In einer sehr alten Auflistung der «Symptomhäufigkeiten organisch nicht begründeter Beschwerden bei 2000 ambulanten und stationären Patienten» von Schnabl (1966) fand ich eine Zahl von 35%.¹³ Diese hohe Zahl an Patienten über ein psychoanalytisches Schema kämmen zu wollen erscheint mir nun in der Nachschau gewagt.

Einzig das bereits erwähnte neurobiologische Hyperarousal oder die sogenannte psychophysische Erregung zeigte einen Zusammenhang mit den Insomnien¹⁴, jedoch

12 Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994): Psychotherapie im Wandel, Von der Konfession zur Profession, Hogrefe Verlag

13 Hoffmann SO, Hochapfel G (1991): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin, Schattauer Verlag, S 199

14 Harvey AG (2002): A cognitive model of insomnia, Behav Res Ther 40, S 869-893

auch allgemein mit den Depressionen¹⁵ und Angsterkrankungen, mit somatischen Erkrankungen wie z.B. kardiovaskulären Ereignissen¹⁶ oder Diabetes¹⁷. Sie gibt Hinweis für das Vorhandensein einer intrapsychischen Spannung, die jedoch auf diverse Grundkonflikte oder auch strukturelle Mängel zurückgeführt werden könnte.

5. Schlussfolgerungen

Den gesamten Behandlungsverlauf überblickend und die verschiedenen Möglichkeiten den Prozess der Patientin zu erklären, wobei ich auf die verhaltenstherapeutischen oder systemischen Erklärungsansätze bzw. die Ansätze aus der buddhistischen Psychologie noch gar nicht vertieft eingegangen bin, komme ich auf das «Kontextuelle Modell von Wampold und Imel zu sprechen, die von drei entscheidenden Bedingungen (allgemeinen Wirkfaktoren) für eine erfolgreiche Psychotherapie ausgehen:

- erstens von der ganz besonderen Bedeutung einer „echten“ Beziehung zwischen Therapeut(in) und Klient(in), gekennzeichnet durch Interesse und bedingungslose positive Zuwendung, Empathie und Wertschätzung, Respekt und Echtheit.
- zweitens von der kontinuierlich ausgehandelten Übereinstimmung hinsichtlich der anzustrebenden Ziele und Vorgehensweisen zwischen Klient(in) und Therapeut(in) im Rahmen der Psychotherapie.
- drittens dem Angebot einer klar und transparent formulierten strukturierten therapeutischen Vorgehensweise im Sinne eines plausiblen Ritus zur Bearbeitung der vorgebrachten Beschwerden oder Störungen.»¹⁸

Die Studienergebnisse der beiden Kollegen belegen eindrücklich das Fehlen von schulenspezifischen Wirkfaktoren, welche mit der aus ihrem jeweiligen Verständnis abgeleiteten Technik zu tun hätten. Es fanden sich keine oder nur marginale

15 Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D (2011): Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies, *J Affect Disord* 135, S 10-19

16 Li M, Zhang X-W, Hou W-S, Tang Z-Y (2014): Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies. *Int J Cardiol* 176, S 1044-1047

17 Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, Thakkinstian A (2015): Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: systematic review and metaanalysis, *Sleep Med Rev* 30, S 11-24

18 Kaizer P, Preß H (2016): DISKUSSION Wampold, B.E. / Z.E. Imel (2015) *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for what makes Psychotherapy work*, Second Edition, New York: Routledge

Überlegenheiten einzelner therapeutischer Ansätze. Vergleiche hierzu Bruce E Wampold: How important are the common factors in psychotherapy? An update.¹⁹

Beim gedanklichen Durchgehen des Therapieverlaufes der Patientin erkannte ich, dass die 3 oben genannten Wirkfaktoren bei dieser Behandlung besonders erfreulich zum Tragen kamen. Hieraus entwickelte sich für mich eine neue Betrachtungsweise.

Ich erkannte, dass meine therapeutische Ausrichtung mir den kontextuellen Rahmen geboten hatte, um entsprechend empathisch, respektvoll und echt sowie auch strukturierend und im Hinblick auf die Ziele übereinstimmend, mit der Patientin umzugehen und insbesondere die schwierige «kathartische» Situation zu containen. Im Rahmen meiner eigenen Supervision und Selbsterfahrung und durch die Auseinandersetzung mit meinen selbstgewählten Therapierichtungen habe ich mir die Fähigkeiten für eine positive, psychische Genesung fördernde Beziehungsgestaltung erworben und erweitere diese stetig.

Somit beende ich meine Arbeit mit dem Gedanken, dass die Gesundung unserer Patienten überwiegend mit den Möglichkeiten von uns als Therapeuten, einen ausreichend gesunden Beziehungsraum zur Verfügung zu stellen, zusammenhängt. Die Wahl unserer Methoden erweitert unsere persönlichen Fähigkeiten ein Beziehungsangebot zu machen und auf Beziehungsangebote unserer Patienten einzugehen. Dies ermöglicht Heilung.

Ich möchte ich mit einem Zitat von Gerd Rudolf schliessen:

«Es ist keine leichte Aufgabe, (...) die vielfältigen Variablen des psychoanalytischen Paradigmas zu nutzen, ohne in die dogmatische Enge der klassischen Psychoanalyse zurückzufallen. In einer Idealisierung des Psychoanalytischen werden die psychodynamischen Therapieansätze Analytischer und Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Anm. d. Autorin: Das gleiche lässt sich wohl von den hier im Text genannten verhaltenstherapeutischen und achtsamkeitsbasierten Therapieansätzen sagen) oft als defizitär bewertet, auch von den Therapeuten selbst, so dass diese manchmal dazu neigen, den psychoanalytischen Anteil ihres Vorgehens gegenüber ihrem tatsächlich sehr viel breiteren Ansatz hervorzuheben. Wenn aber die psychoanalytischen Aspekte (...) nicht in den breiteren Behandlungskontext eingebettet werden, sondern therapeutisch in den Vordergrund

19 Wampold BE (2015): How important are the common factors in psychotherapy? An update, World Psychiatry 14, S 270–277

treten, besteht das Risiko (...), dass die konkrete handlungsorientierte Unterstützung des Patienten und der Respekt für die subjektiven Lebensziele und Potentiale des Patienten aus den Augen verloren werden und in der verfügbaren Behandlungszeit zu wenig erreicht wird.»²⁰

20 Rudolf G (2014): Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma, In Psychodynamische Psychotherapie, Schattauer Verlag, S 121

6. Literaturverzeichnis

- Cierpka M et al. (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2, Arbeitskreis OPD, Verlag Hans Huber, S 115
- Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, Thakkinstian A (2015): Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: systematic review and metaanalysis, *Sleep Medicine Reviews* 30, S 11-24
- Asarnov L, Manber R (2018): Treating insomnia in depression: Insomnia related factors predict long-term depression trajectories, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 86 (3), S 282-293
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, Lombardo C, Riemann D (2011): Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies, *Journal of Affective Disorders* 135, S 10-19
- Bürli C, Amstad F, Duetz Schmucki M, Schibli D (2015): Psychische Gesundheit in der Schweiz, Bundesamt für Gesundheit (BAG), S 5
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994), *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*, Hogrefe Verlag
- Harvey AG (2002): A cognitive model of insomnia, *Behaviour Research and Therapie* 40, S 869-893
- Hoffmann SO, Hochapfel G (1991): Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin, Schattauer Verlag, S 199
- Kaimer P, Preß H (2016): DISKUSSION Wampold, B.E. / Z.E. Imel (2015) *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*, Second Edition, New York: Routledge
- Li M, Zhang X-W, Hou W-S, Tang Z-Y (2014): Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of cohort studies, *International Journal of Cardiology* 176, S 1044-1047
- Marschall J, Hildebrandt S, Sydow H, Nolting HD (2017): DAK Gesundheitsreport, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 16)
- Riemann D et al. (2017): S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Update 2016, Springer Verlag Berlin
- Rudolf G (2014): Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma, In *Psychodynamische Psychotherapie*, Schattauer Verlag, S 121
- Spiegelhalder K, Backhaus J, Riemann D (2011): Fortschritte der Psychotherapie, Band 7 - Schlafstörungen, Hogrefe Verlag Göttingen, S 9
- Spielmann AJ, Saskin P, Thorpy MJ (1987): Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed, *Abstract of Sleep*, S 45
- Wampold BE (2015): How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry* 14, S 270-277