

SCHLAFSTÖRUNGEN UND DAS SOUNDER SLEEP SYSTEM™ — AUF DER SUCHE NACH DER STILLE DES GEISTES

Schlafstörungen gelten als Volkskrankheit. Bis zu einem Drittel der Menschen in modernen Industrienationen leiden zumindest zeitweise unter insomnischen Beschwerden (vgl. Ohayon 2002). Man spricht von primärer Insomnie wenn hauptsächlich Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten vorliegen, oder wenn der Schlaf seine wichtigste Funktion, nämlich die Erholbarkeit, nicht erfüllt. Außerdem müssen die Beschwerden für mindestens einen Monat anhalten, zu klinisch signifikanten Beeinträchtigungen führen und dürfen nicht primär auf andere psychiatrische Erkrankungen zurückführbar sein (vgl. Riemann et. al. 2003, S. 454). Die Insomnie wird als chronisch klassifiziert, wenn die Person mindestens sechs Monate unter den Beschwerden leidet. Das ist bei ungefähr 10% der Menschen in unserer Gesellschaft der Fall. Mit einer solchen Prävalenz könnte man meinen, Schlafstörungen seien ansteckend! Sind sie aber nicht. So werden wir mit der Frage zurückgelassen, warum so viele von uns ein gestörtes Verhältnis zum Schlaf entwickeln. Und wie können Schlafstörungen möglichst wirksam behandelt werden? Ich möchte im Folgenden einen kurzen Einblick in die gängigen Modelle zur Erklärung von Insomnie geben. Anschließend wird das Sounder Sleep System zur Behandlung von Schlafstörungen vorgestellt. In meiner Diplomarbeit versuchte ich, das Thema Schlafstörungen aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und die Wirksamkeit des Sounder Sleep Systems zu untersuchen.

Im Kern der Insomnie: Schlafstörungen und die kognitive Übererregtheit

Haben Sie auch schon mal eine Nacht schlecht geschlafen? Wenn ja, dann können Sie die Erkenntnisse der Insomnieforschung vermutlich ganz gut in Ihrer Erfahrung nachvollziehen. Schlafstörungen beginnen oft mit einem belastenden Ereignis: Leistungsdruck, Liebeskummer, ein ungelöster Konflikt oder eine schwere Krankheit zum Beispiel. Da kann es schon mal vorkommen, dass man abends im Bett liegt, während die Gedanken sich im Kreise drehen, dass man in imaginären Dialogen all die Dinge wiederholt, die man hätte sagen können und dann doch nicht gesagt hat, dass man sich mitsamt seiner Probleme hin- und herwälzt und einfach keine Ruhe findet. Menschen mit Schlafstörungen erleben das fast jeden Abend. Eine Schlafstörung kann Jahrzehnte, ja manchmal sogar ein Leben lang andauern, und je tiefer man in ihre Fänge gerät, desto mehr bietet sie selbst Grund genug zur Sorge. Hier schließt sich der Kreis: Die Schlafstörung selbst wird zu dem Thema, das einem den Schlaf raubt. Sie entwickelt eine Eigendynamik, die bestehen bleiben kann, auch wenn das ursprünglich auslösende Ereignis längst verblasst ist.

Im Zentrum der Aufrechterhaltung von Schlafstörungen steht die „kognitive Übererregtheit“. Allison Harvey (2005) hat diesen Aspekt sehr detailliert untersucht. Sie erklärt die kognitive Übererregtheit als einen Teufelskreis, bestehend aus den „Grübelgedanken“, dem Stresspegel, einer selektiven Aufmerksamkeitsausrichtung und daraus resultierenden Fehlwahrnehmungen, die die Sorgen wiederum bestätigen und verstärken.

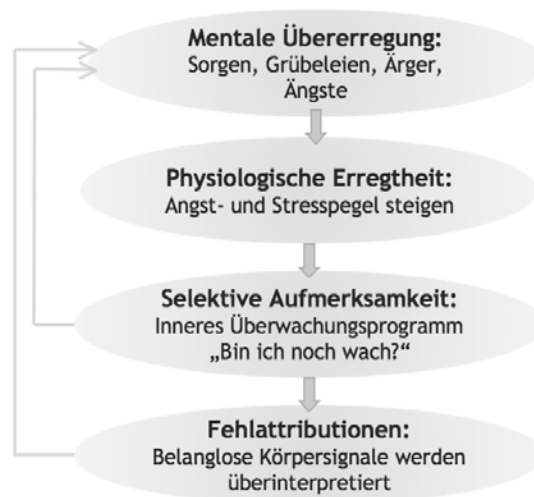


Abb 1: Kognitives Modell der Insomnie nach A. Harvey (2005).

Worüber man sich sorgt, ist individuell natürlich unterschiedlich, doch wie bereits erwähnt, sind der wachsende Ärger über die Schlaflosigkeit und die Angst vor den Konsequenzen am kommenden Tag sehr häufige Inhalte. Mit jeder schlaflosen Minute steigt der Angst- und Stresspegel – und das Einschlafen rückt in immer weitere Ferne (vgl. Harvey, 2005, S. 44-45). Nun, da das Thema emotional belegt ist, wird die Aufmerksamkeit automatisch darauf gerichtet, so dass allen möglichen Bedrohungen des Schlafes zusätzliche Beachtung geschenkt wird. Man liegt regelrecht auf der Lauer und sucht nach den gefürchteten Anzeichen des „Immer-noch-wach-Seins“. Getreu dem Motto „wer sucht, der findet“ werden belanglose Körpersignale häufig überinterpretiert und bestätigen die ursprüngliche Befürchtung (vgl. Harvey, 2005, S. 45; Harvey et. al., 2005, S. 602). Das „innere Schlaf-Überwachungsprogramm“ läuft ebenso tagsüber ab und hält dann Ausschau nach Anzeichen für guten bzw. schlechten Schlaf in der vergangenen Nacht (vgl. Harvey et. al., 2005, S. 601). Welche Schlüsse dabei in der eigenen Einschätzung gezogen werden, hat einen entscheidenden Einfluss auf die Befindlichkeit der Person, ganz unabhängig davon, wie gut der Schlaf nun tatsächlich war: Es konnte gezeigt werden, dass die subjektive Überzeugung, man habe gut bzw. schlecht geschlafen, die Müdigkeit, die Stimmung und das Verhalten am nächsten Tag beeinflusst – und nicht die objektiv gemessene Schlafqualität (vgl. Harvey et. al., 2005, S. 602)!

Integratives Modell zur Aufrechterhaltung von Schlafstörungen

Insgesamt beschränken sich die Zusammenhänge nicht auf das allabendliche Grübeln, sondern erstrecken sich weit in die Lebensvollzüge der Person hinein. Im „Integrativen Modell“ nach Riemann werden die verschiedenen Aspekte der Aufrechterhaltung von Schlafstörungen zusammengestellt (vgl. Riemann et. al. 2003, S. 459).

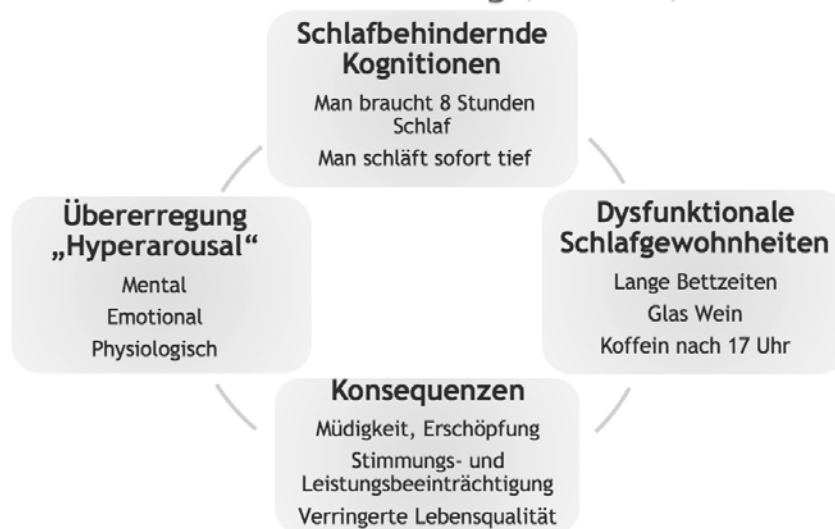


Abb 2: Der „Psychophysische Teufelskreis“ nach Riemann, et. al. (2003).

Ogleich die mentale Übererregung im Zentrum der Schlafstörungsproblematik steht, sind die Betroffenen meistens auch körperlich unruhig und emotional aufgewühlt. Hinzu kommt, dass viele Menschen falsche Erwartungen an den Schlaf haben, die bei bestehender Schlafstörungsproblematik den Boden für schlafbehindernde Fehleinschätzungen bereiten können. Der Klassiker solcher Glaubenssätze ist die Annahme, man benötige 8 Stunden ununterbrochenen Schlaf, um tagsüber wirklich fit zu sein. Dysfunktionale Schlafgewohnheiten bezeichnen Verhaltensweisen, die das Einschlafen erschweren (Koffein nach 17 Uhr, lange Bettzeiten) oder die Schlafarchitektur stören (Alkohol). Viele dieser Gewohnheiten zielen eigentlich darauf ab, die Einschlafschwierigkeiten oder die Tagesmüdigkeit auszugleichen, tragen aber letztlich dazu bei, dass die Schlafstörung gefestigt wird. Die negativen Konsequenzen schlafarmer oder schlafloser Nächte sorgen nicht nur dafür, dass die Schlafstörung mit Angst und Ärger belegt wird, sondern zehren auch an den Ressourcen der Person, die durch beeinträchtigte Leistungen und verringerte Lebensqualität immer tiefer in den Sog ihrer Sorgen und Probleme gerät.

Behandlung der Insomnie

Die gängige nicht-medikamentöse Behandlungsmethode ist die kognitiv-behaviorale Therapie. Sie basiert auf dem integrativen Modell und soll den Teufelskreis an verschiedenen Stellen durchbrechen. Zum Beispiel zielen Schlafhygiene und Schlafrestriktion darauf ab, dysfunktionalen Schlafgewohnheiten entgegenzuwirken. Über Entspannungsübungen soll die Erregtheit gemildert werden, und mit Informationen über den Schlaf werden die falschen Erwartungen korrigiert (vgl. Morin et al. 1999, S. 3). Außerdem werden – beruhend auf dem kognitiven Ansatz – Techniken wie der Gedankenstopp, paradoxe Intention und verschiedene Problemlösetechniken angewandt.

Das Sounder Sleep System

Das Sounder Sleep System setzt direkt am Kern der Schlafstörungsproblematik an: der Übererregung. In einem Sounder Sleep Seminar werden die Teilnehmer mit einem umfangreichen Satz von Übungen vertraut gemacht, die darauf angelegt sind, eine tiefe Entspannung einzuleiten. Die Übungen basieren auf dem neuronalen Prinzip von Erregung und Hemmung. Erregung und Hemmung regulieren sich immer gegenseitig. Ihr jeweiliges Verhältnis bildet die Grundlage für unser Aktivitätsniveau in jedem beliebigen Moment. So beruht zum Beispiel jede Handlung auf einem relativen Mehr an erregenden Einflüssen (Exzitation) gegenüber vergleichsweise gering ausgeprägten hemmenden Einflüssen (Inhibition). Wenn wir schlafen oder tief entspannt sind, dann bilden die hemmenden Einflüsse die größere Kraft im Nervensystem. Wir können das Verhältnis von Erregung und Hemmung aber auch gezielt beeinflussen: So bringen große, kraftvolle, schnelle Bewegungen ein hohes Maß an Erregung hervor. (Zum Beispiel ist man gleich viel wacher, wenn man eine Runde um das Haus läuft.) Kleine, langsame, behutsame Bewegungen hingegen produzieren viel Hemmung und relativ wenig Erregung. Auf diese Weise kann sich eine tiefe Entspannung im ganzen Körper ausbreiten und den Übergang in den Schlaf erleichtern (Sherrington, C.S., 1932).

Das Sounder Sleep System besteht aus drei Grundelementen:

Das Fundament bildet die so genannte geführte, natürliche Atmung. Dem Übenden wird die Fähigkeit vermittelt, das Atmen auf ganz natürliche Weise geschehen zu lassen, ohne einzugreifen, ohne besonders tief oder auf andere Weise irgendwie besonders atmen zu wollen. Das klingt vermutlich einfacher als es tatsächlich ist! Den meisten Menschen fällt es sehr schwer, die Atmung zu beobachten, ohne sie zu verändern. Wissenschaftliche Untersuchungen verweisen darauf, dass eine rein beobachtende, nicht-eingreifende Haltung unserer westlichen Kultur insgesamt eher fremd ist (vgl. Belschner, 2001, S. 85-97). Wie wir atmen spielt bei der Entspannung jedoch eine große Rolle. Deshalb ist dieser Aspekt des Sounder Sleep Systems die Grundlage für die Wirksamkeit der Übungen.

Tagsüber werden die so genannten TagesZähler angewandt. Das sind sehr kleine und auf einen spezifischen Körperbereich beschränkte Übungen, die im Sitzen ausgeführt werden. Sie dienen dazu, immer wieder Momente des Innehaltens und kleine Pausen der Ruhe und Entspannung in die meist geschäftige Tagesaktivität einfließen zu lassen. Wenn man den ganzen Tag über auf Hochtouren fährt, ist es schließlich kein Wunder, wenn man abends Schwierigkeiten hat einzuschlafen. Außerdem kehrt man durch diese Pausen mehrmals täglich zu einem Zustand innerer Ruhe und Gelas-

senheit zurück. Auf der mentalen und emotionalen Ebene können eingefahrene Muster des Denkens und Fühlens unterbrochen und in eine entspannte Grundhaltung eingebettet werden. Auf der körperlichen Ebene wird der Übergang zwischen Anspannung und Entspannung mehrmals täglich erfahren. Dann verliert das abendliche Einschlafen den Charakter einer plötzlichen Vollbremsung. Das Einschlafen wird vielmehr Teil von einem vertrauten und natürlichen Rhythmus.

Die Mini Moves werden abends im Bett liegend angewandt. Sie sind speziell darauf angelegt, das Einschlafen einzuleiten. Wie oben bereits erwähnt, wird dabei mit neuronaler Erregung und Hemmung gearbeitet. Aber wie funktioniert das genau? Die Mini-Moves sind ganz, ganz kleine, behutsame Bewegungen, die synchron mit den natürlichen Wogen der Atmung ausgeführt werden. Das an sich wirkt bereits beruhigend. Hinzu kommt, dass für eine *präzise* Ausführung mehr motorische Inhibition als Exzitation produziert werden muss. Die Inhibition breitet sich auf andere, auch nicht-motorische Areale im Gehirn aus und erreicht nach etwa 10 Minuten ihren Sättigungsgrad. Dann ist sie im ganzen Gehirn die vorherrschende „Kraft“. Das lässt den Übenden stiller und stiller werden, bis das Erregtheitsniveau schließlich soweit heruntergefahren ist, dass sich Schläfrigkeit und Schlaf auf ganz natürliche Weise ausbreiten können. Dabei macht sich das Sounder Sleep System auch die so genannte Interhemisphärische Hemmung zunutze: Wenn – wie in den meisten Übungen der Fall – nur eine Hand bewegt wird, dann muss die andere gehemmt werden, damit sie sich nicht bewegt. Auch das trägt zur Dominanz hemmender Kräfte im Nervensystem bei.

Alle Übungen sind leicht zu erlernen und können in beliebiger Dauer überall ausgeführt werden.

Evaluation und empirische Betrachtungen zum Sounder Sleep System

Wie wirksam ist das Sounder Sleep System? Diese Frage bildete das ursprüngliche Anliegen meiner Diplomarbeit. Im Vorfeld wurden fünf sehr umfangreiche Fragebögen erstellt, die den Eingangszustand, den Verlauf der Schlafstörung nach der Teilnahme an einem Sounder Sleep Seminar und den Zustand sechs Wochen nach dem Training erfassen sollten. Um die Wirksamkeit der Behandlung zu messen, wurden die Angaben vor dem Sounder Sleep Seminar mit den Angaben sechs Wochen nach dem Seminar verglichen. Leider scheiterte eine wissenschaftlich eindeutige Ergebnisinterpretation daran, dass zu wenige Studienteilnehmer zur Verfügung standen. Vor allem für den Fragebogen, der sechs Wochen nach dem Seminar hätte ausgefüllt werden sollen, war der Stichprobenumfang zu gering. Ich werde im Folgenden genauer auf das methodische Vorgehen und auf die Ergebnisse eingehen. Aus den beschriebenen Gründen können bezüglich der Wirksamkeit des Sounder Sleep Systems allerdings nur Hinweise vorgestellt werden.

Schlafstörungen: Eine neue Betrachtungsweise

Die Auswertung und die Ergebnisse der Studie beruhen hauptsächlich auf der Datenerhebung, die *vor* dem Seminar durchgeführt wurde. Dieser Fragebogen wurde von 81 Versuchsteilnehmern ausgefüllt und bietet damit einen ausreichend großen Stichprobenumfang, um statistische Verfahren sinnvoll anzuwenden und verlässliche Ergebnisse hervorzubringen. Wie gesagt: Der Fragebogen wurde *vor* dem Seminar ausgefüllt. Die Auswertung dieses Fragebogens kann also nicht dazu dienen, das Sounder Sleep System zu untersuchen. Vielmehr möchte ich in diesem Teil der Untersuchung die Ursachen und Bedingungen von Schlafstörungen im Lichte von bisher noch unerforschten Zusammenhängen betrachten. Denn: Bisher wurde – zumindest im Rahmen der von mir sondierten Literatur – nicht erforscht, welche Rolle der Bewusstseinszustand oder die Dynamik des Geistes spielt, wenn eine Person unter Schlafstörungen leidet. Dabei liegt es eigentlich nahe, danach zu fragen. Ganz banal betrachtet, hat eine Person mit Schlafstörungen schlichtweg Schwierigkeiten, den Übergang vom Wachen zum Schlafen geschehen zu lassen. Sie ist in Gedanken gefangen und hängt im Wachbewusstsein fest. Schlafstörungen werden hier auch als eine Befangenheit im Wachbewusstsein verstanden. Vielleicht wäre die Forschung zum Thema Schlafstörungen also bereichert, wenn sie das Wechselspiel der Bewusstseinszustände näher untersuchen würde.

Im Vorfeld der Studie wurde ein Fragebogen konstruiert, der zum einen die verschiedenen Aspekte des Schlafs erfasst, zum anderen aber auch bewusstseinspsychologische Aspekte berücksichtigt. Um die Schlafstörungen einer Person einigermaßen differenziert messen zu können, wurden unter anderem die Einschlaflatenz, die Schlafdauer, die Durchschlafschwierigkeit, die Schlafqualität und die Tagesmüdigkeit erfragt. Zu diesem Zweck verwendete ich die Items des Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989), der sich als gängiges Stan-

dardinstrument etabliert hat. Neben den Fragen, die sich direkt auf die Schlafstörung beziehen, enthält der Fragebogen insgesamt 59 Variablen, mit denen verschiedene Gewohnheiten, Verhaltensweisen, und Grundhaltungen erfasst werden sollen, die für gutes und erholsames Schlafen bedeutungsvoll sein könnten. Ein Großteil dieser Items wurde derzeit gängigen Instrumenten zur Erforschung der Insomnie entnommen (FEPS II, Hoffmann, Schnieder & Heyden, 1996; FEPS I, Hoffman, Rasch & Schnieder, 1996).

Soweit befasst sich der Fragebogen mit verschiedenen Themen, die von der psychologischen Forschung bereits als bedeutsam im Zusammenhang mit Schlafstörungen herausgearbeitet wurden. Nun der ganz neue Aspekt: Die Rolle des Bewusstseinszustandes der Person. Wie vertraut ist eine Person mit ihrem Bewusstsein und ihrer Bewusstheit? Der Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FAA) (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, Grossmann & Schmidt, 2004) und die „Mindfulness and Attention Awareness Scale“ (MAAS) von Brown und Ryan (2003) dienen als gute Vorlagen, um diese Fragen zu beantworten. Die Instrumente enthielten auch Items, die ich als „paradoxe Erfahrungen“ bezeichnen möchte: Zum Beispiel: „Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äußerlich Schmerzen und Unruhe da sind.“ Erfahrungen wie diese verweisen auf eine Freiheit im Geiste, die selbst inmitten schwieriger Situationen gegenwärtig ist. Eine solche Freiheit ist im „Bewusstseinspsychologischen Modell der Insomnie“ ein Schlüssel in der Behandlung von Schlafstörungen. Dieses Modell entwickelte ich im Rahmen meiner Diplomarbeit, und es ist in weiten Teilen auch durch den einzigartigen Ansatz des Sounder Sleep Systems inspiriert. Insgesamt wählte ich 21 Items aus den angegebenen Instrumenten aus. Einige habe ich leicht verändert oder aus dem Englischen übersetzt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Offenheit einer Person für Erfahrungen, die außerhalb des normalen Wachbewusstseins liegen. Kurz vor dem Einschlafen macht man manchmal Erfahrungen, die nicht in die Gesetzmäßigkeiten des Wachbewusstseins passen. Ein Beispiel dafür wäre die Fragebogenaussage: „Wenn ich schon fast eingeschlafen bin, fühlt es sich so an, als würden meine Körpergrenzen irgendwie verschwimmen.“ Ich studierte einige Texte zur „Phänomenologie des Einschlafens“ (vgl. v.a. Rapaport, 1951) und zu den „Kriterien des Alltags-Wachbewusstseins“ (vgl. Belschner, 2007), die schließlich die Grundlage für insgesamt 11 selbst-konstruierte Items bildeten.

All diese – insgesamt 91 – Aussagen wurden nun einer Faktoranalyse unterzogen. Dabei handelt es sich um ein statistisches Verfahren, in dem diejenigen Aussagen als zusammengehörig gruppiert werden, die von den Versuchsteilnehmern ähnlich beantwortet werden. Zum Beispiel: Wenn viele Teilnehmer, die einen hohen Wert für die Aussage x angeben, auch einen hohen Wert für die Aussage y angeben (oder jeweils einen niedrigen Wert), dann kann man davon ausgehen, dass x und y eine gemeinsame Eigenschaft zu Grunde liegt. x und y werden dann als zusammengehörig gruppiert. In einem nächsten Schritt betrachtet man all die Aussagen, die zusammen gehören und benennt das Thema, das sie vermeintlich vereint. In dieser Studie konnten vier solcher Faktoren, also Gruppen von zusammengehörigen Aussagen, identifiziert werden.

Der erste Faktor erfasst die Neigung zu Sorgen und Grübeleien. „Ich werde oft durch unnütze Gedanken belästigt, die mir immer wieder durch den Kopf gehen“ ist eine typische Aussage, die dieses Verhalten beschreibt. Der zweite Faktor enthält Aussagen, die erfassen, wie hektisch eine Person ihr Leben gestaltet. Die Aussage „Ich bin häufig im Stress“ thematisiert beispielsweise eine hektische Grundhaltung. Für diese beiden Faktoren wurden hoch signifikante Zusammenhänge zur Schwere der Schlafstörung gefunden. Das leuchtet auch ein: Eine Person, die „häufig im Stress ist“ oder „durch ihre alltäglichen Aufgaben hindurch hetzt“ wird vermutlich größere Schwierigkeiten haben, abends zu entspannen und einfach abzuschalten. Ein dritter Faktor, der einen geringeren aber nicht unbedeutenden Zusammenhang zu der Schwere der Schlafstörungen aufweist, erfasst den Umgang mit Ärger und Aggressionen. Dabei geht es speziell um das Zurückhalten von Ärger. Eine typische Aussage, die dieses Verhalten beschreibt, lautet: „Ich schlucke meinen Ärger immer runter.“ Diese drei Faktoren weisen auch hohe Korrelationen untereinander auf und bilden damit ein Zusammenhangsgefüge, das in der Aufrechterhaltung von Schlafstörungen eine gewichtige Rolle spielt. Dieses Resultat meiner Diplomarbeit steht im Einklang mit bisherigen Ergebnissen der psychologischen Forschung.

Der vierte Faktor umfasst insgesamt neun Aussagen, die unterschiedliche Aspekte einer geistigen Haltung beschreiben, die ich als „Gewahrsein“ bezeichne. Wie oben bereits angedeutet, werden Schlafstörungen im „Bewusstseinspsychologischen Modell der Insomnie“ auch als eine Befangenheit im Wachzustand verstanden. Meiner Hypothese zufolge, kann die Entwicklung von Gewahrsein eine solche Befangenheit auflösen. Auf das bewusstseinspsychologische Modell werde ich an dieser Stelle nicht näher eingehen. Die folgenden Aussagen zur Erfassung von Gewahrsein sollen einfach einen Eindruck von dieser geistigen Haltung vermitteln.

Nr.	Aussagen zur Erfassung von <i>Gewahrsein</i>
1	Ich spüre in meinen Körper hinein, sei es beim Essen, Kochen, Putzen, Reden.
2	Während ich etwas erledige, beobachte ich mich gleichzeitig dabei.
3	Ich beobachte meine Gedanken, wie sie kommen und gehen.
4	Ich erlebe Momente innerer Ruhe und Gelassenheit, selbst wenn äußerlich Schmerzen und Unruhe da sind.
5	Ich kann darüber lächeln, wenn ich sehe, wie ich mir manchmal das Leben schwer mache.
6	Während ich in den Schlaf gleite, bemerke ich, wie mir die Kontrolle über meinen Atem entgleitet, und das Atmen beginnt unwillkürlich zu geschehen.
7	Wenn ich schon fast eingeschlafen bin, fühlt es sich so an, als würden meine Körpergrenzen irgendwie verschwimmen.
8	Wenn ich mich ins Bett lege, kann ich einfach bei mir sein und bemerken, wie mein Kopf immer leerer wird.
9	Wenn ich meiner Atmung nachspüre, kann ich mich in eine immer tiefer werdende Entspannung sinken lassen.

Schauen wir uns die Aussagen einmal näher an: Die ersten drei zum Beispiel könnten direkt als Übungsanleitung umgesetzt werden. Zum Verständnis von Gewahrsein, ist das ein wichtiger Aspekt! Gewahrsein ist keine angeborene Eigenschaft, nicht etwas, was der eine hat und der andere nicht, sondern es ist eine geistige Haltung, die durch Übung von jedem Menschen entwickelt werden kann. Die Aussagen Nummer 1, 2 und 3 beschreiben dabei schon die wesentlichen Schritte auf diesem Übungsweg: Es geht darum, die Aufmerksamkeit immer wieder im Atem, im Körper, im Geist und in der gegenwärtigen Situation zu verankern. Gewahrsein zu entwickeln, bedeutet auch, die eigene Präsenz zu verkörpern. Dabei sollte die Haltung, mit der wir der gegenwärtigen Situation begegnen, eine grundsätzlich akzeptierende und beobachtende Haltung sein (s. Items 2 und 3) (vgl. Belschner, 2001, S. 91-92). Wenn wir zentriert sind, uns im Körper zu Hause und mit Situationen verbunden fühlen, dann sind wir eher auch gelassen und frei (s. Item 4 und 5). Außerdem umfasst die Skala Aussagen, die eine gewisse Offenheit für Erfahrungen außerhalb der Kategorien des Wachbewusstseins beschreiben (6, 7, 8). Gewahrsein bedeutet eben auch, in ganz andere – meist unbekannte – Erfahrungswelten einzutauchen. Item Nr. 9 fügt einen weiteren Aspekt hinzu: Hier wird die Fähigkeit zur Entspannung aufgegriffen, die in der Entwicklung von Gewahrsein als zentral gilt.

Was ich hier als „ Entwicklung von Gewahrsein“ bezeichne, berührt in all diesen Punkten auch den Übungsweg des Sounder Sleep Systems.

Der Faktor Gewahrsein korreliert überhaupt nicht mit den anderen drei Faktoren und offenbart sich damit als Konzept, das nicht in die wechselseitig bedingten Zusammenhänge zwischen sorgenvollen Gedanken, Hektik und zurückgehaltenem Ärger eingebunden ist. Vielleicht ist Gewahrsein eine Alternative dazu.

Empirische Hinweise zur Wirksamkeit des Sounder Sleep Systems

Leider konnten aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs und ohne Kontrollgruppe keine empirisch eindeutigen Schlüsse zur Wirksamkeit des Sounder Sleep Systems gezogen werden. Der Fragebogen, der sechs Wochen nach dem Seminar ausgefüllt werden sollte, wurde letztlich von nur 32 Versuchsteilnehmern zurückgeschickt. Trotzdem habe ich die Daten dieses Messzeitpunktes mit den Daten vor dem Seminar verglichen, um zumindest Hinweise auf mögliche Veränderungen zu sammeln. Der Vergleich der Werte (vor dem Seminar vs. sechs Wochen nach dem Seminar) zeigt, dass in allen relevanten Aspekten des Schlafs nach dem Training hochsignifikante Verbesserungen angegeben wurden. Wie gesagt, können diese Ergebnisse aus wissenschaftlicher Sicht nicht ein-

deutig den Sounder Sleep Übungen zugeschrieben werden. Gleichzeitig zeigen die Daten allerdings eine derart eindrückliche Verbesserung in allen Aspekten des Schlafs, dass eine positive Wirkung der Sounder Sleep Übungen zumindest nahe gelegt wird. Ein Vergleich all der anderen Angaben (zum Beispiel der Aussagen zu den Sorgen und Grübeleien, zur Hektik, zum Umgang mit Ärger, zur Achtsamkeit und zum Gewährsein) deutet darauf hin, dass sechs Wochen nach dem Seminar vor allem weniger Grübelgedanken angegeben werden. „Gewährseinserfahrungen“ werden hingegen wesentlich häufiger gemacht. Insofern ließe sich also mutmaßen, dass das Sounder Sleep System neben der beruhigenden und schlaffördernden Wirkung der Übungen auch die Entwicklung von Gewährsein unterstützt.

Fazit

Ich konnte in meiner Diplomarbeit letztlich nur einen Boden bereiten. Vor allem aus wissenschaftlicher Sicht steht ein Beweis für die „Wahrheit“ des bewusstseinspsychologischen Modells und die Wirksamkeit des Sounder Sleep Systems noch aus. Dennoch sind die Hinweise und die Ergebnisse meiner Diplomarbeit im Einklang mit den dargestellten Hypothesen. Wenn diese Ansätze darüber hinaus inhaltlich plausibel sind, und wenn sich Menschen mit Schlafstörungen – die schließlich so etwas wie „die Erfahrungsexperten“ für dieses Thema sind – von den Darstellungen angesprochen fühlen, dann wären weitere Forschungsarbeiten sicher wünschenswert und lohnend.

Literatur

Belschner, W. (2001). Tun und Lassen – Ein komplementäres Konzept der Lebenskunst. *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*, 7, 2, 85-102.

Belschner, W. (2007). *Der Sprung in die Transzendenz. Die Kultur des Bewusstseins und die Entmystifizierung des Spirituellen*. Hamburg: LIT Verlag.

Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefit of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.

Harvey, A. G. (2005). A Cognitive Theory and Therapy for chronic Insomnia. *Journal for Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 1, 41-59.

Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593–611.

Hoffman, R.M., Rasch, T. & Schnieder, G. (1996). *Fragebogen zur Erfassung allgemeiner Persönlichkeitsmerkmale Schlafgestörter (FEPS-I)*. Göttingen: Hogrefe.

Hoffmann, R.M., Schnieder, G. & Heyden, T. (1996). *Fragebogen zur Erfassung spezifischer Persönlichkeitsmerkmale Schlafgestörter (FEPS-II)*. Göttingen: Hogrefe.

Morin, C., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, 22, 1134–1156.

Rapaport, D. (1951). States of Consciousness – A Psychopathological and Psychodynamic View. In G.M. Merton (Hrsg.) (1967). *The collected papers of David Rapaport*, (S. 385-404). New York, NY: Basic Books.

Riemann, D., Vorderholzer, U., Berger, M. (2003). Nicht-Erholsamer Schlaf und Insomnie. *Der Nervenarzt*, 74, 5, 450-469. Heidelberg/ Berlin: Springer.

Sherrington, C.S. (1932), von: http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1932/sherrington-lecture.html. Abrufdatum: 03.09.2009.

Ohayon MM (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, pp. 97-111.

Walach, H, Buchheld, N, Buttenmüller, V, Kleinknecht, N, Grossmann, P, Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit – Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FAA) und weitere Validierungsstudien. In: Heidenreich T & Michalak J. (Hrsg). *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Thübingen: dgvtv.