

Binder • Schöller • Weeß

**THERAPIE-TOOLS**



# Schlafstörungen



E-Book inside +  
Arbeitsmaterial

Binder • Schöller • Weeß

**Therapie-Tools**  
**Schlafstörungen**



Ralf Binder • Florian Schöller • Hans-Günter Weeß

# **Therapie-Tools Schlafstörungen**

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

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

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

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

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



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

1. Auflage 2020

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

Alle Rechte vorbehalten

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

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

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

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

# Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

## 2 Störungsbilder und Diagnostik

### 2.1 Störungsbilder

### 2.2 Diagnostik

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

## 3 Psychoedukation: gesunder Schlaf und Selbstbeobachtung

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

## 4 Psychoedukation: Erklärungsansätze von Insomnien

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

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

## **5 Behandlung der Insomnie**

### **5.1 Verhaltenstherapeutische Standardinterventionen zur Schlaf-Wach-Strukturierung**

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

### **5.2 Kognitive und metakognitive Interventionen**

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



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

### **5.3 Emotionsbasierte Interventionen**

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

### **5.4 Entspannungsverfahren**

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

## **6 Komorbide Insomnien**

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

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

## **7 Pharmakotherapie**

<b>INFO 61</b>	Primäre Schlafmittel	287
<b>INFO 62</b>	Sekundäre Schlafmittel	288



# Vorwort

Die Insomnie ist mit 6% behandlungsbedürftiger Fälle in Deutschland eine der häufigsten Erkrankungen. Sie kann als Volkskrankheit beschrieben werden, allerdings mit in der Regel wenig beachteten Konsequenzen. Insomnien werden vonseiten der Therapeuten, Kostenträger und gelegentlich auch von Patienten selbst bagatellisiert. Dabei kann der Leidensdruck der Patienten erheblich sein. Insomnien begünstigen Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen, erhöhen das Risiko für psychische Störungen, Unfälle am Arbeitsplatz oder im Straßenverkehr und können die Lebenserwartung reduzieren. Patienten mit Insomnie fehlen mehr als doppelt so häufig am Arbeitsplatz als Schlafgesunde. Der Schaden für die Volkswirtschaft infolge Präsentismus und Absentismus am Arbeitsplatz wird auf ungefähr 60 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

Insomnien weisen eine hohe Chronifizierungsrate auf und neigen nach Wegfall des Auslösers zur Verselbstständigung. Auch aufgrund fehlender Behandlungskompetenzen von Ärzten und Therapeuten leiden 70% der Patienten mit Insomnie länger als ein Jahr und nahezu 50% länger als drei Jahre an ihrer Erkrankung. Je nach Studie können zwischen 1,1 und 1,9 Millionen Menschen mit Insomnie in Deutschland nicht mehr ohne Schlafmittel schlafen, sind an diese gewöhnt. Es handelt sich um eine Abhängigkeit auf Rezept. Schlafmittel stellen keine kausale Therapie dar, wirken vielmehr symptomatisch und können zur Chronifizierung von Insomnien beitragen. Dabei kann festgestellt werden, dass die Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) von nationalen und internationalen Fachverbänden zwischenzeitlich als die Therapie der Wahl beschrieben wird. Sie gilt in vielen Fällen, auch bei scheinbar sekundären Insomnien, als kausale Therapie. Ihre positive Wirkung ist bei der akuten Insomnie vergleichbar der von Schlafmitteln. Die Langzeitwirkung der KVT-I ist der Schlafmitteltherapie aber deutlich überlegen.

Das vorliegende Buch spiegelt unser Anliegen wider, dem Therapeuten Informationen und Materialien für eine erfolgreiche Insomniebehandlung in die Hand zu geben. Dabei ist das Buch entsprechend der Vorgehensweise der KVT-I aufgebaut.

Neben der Darstellung von Diagnostik und Behandlung der Insomnien haben wir auch der Differenzialdiagnostik und Behandlung von schlafbezogenen Phänomenen wie Alpträumen, Schlafwandeln und Nachtschreck, denen der Praktiker im psychotherapeutischen Alltag häufig begegnet, ausführlich Raum gewidmet.

Wir hoffen, mit diesem Buch etwas Licht ins Dunkel der schlaflosen Nächte unserer Patienten (und möglicherweise auch ihrer Therapeuten) zu bringen. Ihnen wünschen wir eine spannende Lektüre mit vielen hilfreichen Tipps, Tricks und Methoden für die erfolgreiche Behandlung Ihrer Patienten. Sollten wir dazu beitragen, dass Sie dieses faszinierende Störungsbild genauso interessant finden wie wir, würde uns das besonders freuen.

## Danksagung

Dieses Buch wäre ohne die Anregungen, Hilfestellungen und tatkräftigen Unterstützungen vieler Kollegen, Freunde und Partner nicht möglich gewesen. Bei ihnen allen möchten wir uns an dieser Stelle bedanken. Einen besonderen Dank möchten wir an unsere liebe Kollegin Dr. Maria Stalter richten, die uns bei der Durchsicht des Manuskripts ebenso zur Seite stand wie Ulli Decker. Er gab der Arbeit in syntaktischer und orthografischer Hinsicht den letzten Schliff. Zudem möchten wir uns ganz herzlich bei unserem Kollegen Herrn Dipl.-Psych. Alexander Zeiss für die Unterstützung und Beratung bei der Zusammenstellung der Entspannungsverfahren bedanken, die Eingang in dieses Buch gefunden haben.

Klingenmünster, Bad Bergzabern, im Mai 2020

*Dr. Dipl.-Psych. Ralf R. Binder*  
*Dipl.-Psych. Florian Schöller*  
*Dr. Dipl.-Psych. Hans-Günter Weeß*

# 1 Einführung

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

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

## **Aufbau der Therapie-Tools Schlafstörungen**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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


### **Handhabung des Therapie-Tools-Buches**


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


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


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


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


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

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

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

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

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

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

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

# 2 Störungsbilder und Diagnostik

## 2.1 Störungsbilder

### Nichtorganische Insomnie

Die nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0) wird verstanden als eine subjektive Störung mit ungenügender Dauer und Qualität des Schlafes, die über einen Zeitraum von mindestens einem Monat auftritt und Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen und frühmorgendliches Erwachen einschließt. Explizite Zeitkriterien für unauffällige Einschlafzeiten und nächtliche Wachphasen werden nicht formuliert. Die Beschwerden verursachen auf subjektiver Ebene einen deutlichen Leidensdruck oder führen zu Einschränkungen der Alltagsfunktionen. Die Einschränkungen können die Stimmung, die Konzentrationsfähigkeit sowie die subjektive Leistungsfähigkeit betreffen. Die Insomnie gilt als ein häufiges Symptom von psychischen (bspw. affektive Störungen) und somatischen Erkrankungen (bspw. chronische Schmerzen) und soll in diesen Fällen nur dann zusätzlich diagnostisch klassifiziert werden, wenn sie das klinische Bild beherrscht. In diesen Fällen sollten Insomnien von den Betroffenen als eine Hauptbeschwerde angesehen werden. Es wird dann neben der Grunderkrankung zusätzlich die F51.0 klassifiziert.

#### Diagnosekriterien

- ▶ Klagen über Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität ohne erfrischende Wirkung
- ▶ Die Schlafstörungen treten mindestens dreimal pro Woche während eines Zeitraumes von mindestens einem Monat auf.
- ▶ Die Schlafstörungen verursachen entweder einen deutlichen Leidensdruck oder wirken sich störend auf die alltägliche Funktionsfähigkeit aus.
- ▶ Verursachende organische Faktoren fehlen, wie z.B. neurologische oder andere somatische Krankheitsbilder, Störungen durch die Einnahme psychotroper Substanzen oder eine Medikation.

### Organisch bedingte Insomnien

Auch bei organisch bedingten Insomnien (ICD-10: G47.0; s. auch INFO 9 »Organisch bedingte Insomnien«) können sich im Verlauf der Erkrankung die psychologischen Merkmale einer psychophysiologischen Insomnie entwickeln, sodass häufig auch nach Wegfall des organischen Auslösers die insomnische Symptomatik fortbesteht. Neben einer Behandlung der organischen Ursachen werden betroffene Patienten ebenfalls mit den hier vorgestellten Methoden der KVT-I behandelt.

## 2.2 Diagnostik

### Anamnese

Die Insomnie als klinische Diagnose wird im Schwerpunkt auf der Basis der anamnestischen Evaluation der bereits erwähnten Diagnosekriterien gestellt. Dabei steht die schlafmedizinische Eigenanamnese am Anfang des diagnostischen Prozesses. Eine ausführliche Anamnese ist dabei nicht nur für den Behandler sinnvoll, sie kann auch dem Patienten vermitteln, mit den Symptomen ernst genommen zu werden. Zur Stärkung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient empfiehlt sich zu Beginn ein



eher symptomorientiertes Vorgehen. Da Insomnien vorwiegend psychogene Ursachen haben, ist es ratsam, zu Beginn besonderen Wert auf eine empathische und wertschätzende Gesprächsführung zu legen. Konfrontationen mit etwaigen auslösenden und aufrechterhaltenden Verhaltensweisen sollten eher vorsichtig vorgenommen werden, da diese zu Beginn als Kritik am Patienten missverstanden werden können.



Vorrang vor objektiven Befunden mittels Polygrafien, Polysomnografien und Fragebögen sollte immer die subjektive Einschätzung des Schlafvermögens der Patienten haben.

Nicht selten neigen Insomnie-Patienten zu Beginn der Behandlung eher zu somatischen Erklärungsmodellen, sodass eine gemeinsame »Spurensuche« hilfreich sein kann, um den Patienten »ins Boot zu holen« und für eine KVT-I zu motivieren. Bereits zu Beginn des diagnostischen Prozesses können strukturierte Schlaftagebücher (AB 3) hilfreich sein.

Im folgenden Kasten sind die Kriterien aufgeführt, die bei der Schlafanamnese beachtet werden sollen. In Klammern sind Verweise auf die diagnostischen Verfahren angegeben, mit deren Hilfe die entsprechenden Informationen erhoben werden können (vgl. hierzu Tab. 2.1).

#### Kriterien der Schlafanamnese

- ▶ subjektive Bettzeiten und deren Regelmäßigkeit (AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ Befinden und konkretes Verhalten vor dem Zubettgehen und nach dem morgendlichen Erwachen (AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ subjektive Einschlafzeit (Zeit vom Hinlegen und Lichtausschalten bis zum Einschlafen; AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ Anzahl und Art nächtlicher Wachphasen (PSQI, RIS, AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ Verhalten und Befinden (kognitiv, emotional) in nächtlichen Wachphasen (FEPS II, RIS, AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ Phänomene während des Schlafes (zumeist fremdanamnestisch vom Bettpartner berichtet), wie z.B. Schnarchen, nächtliche Atempausen, Schlafwandeln oder andere verbale und motorische Auffälligkeiten (PSQI, Stop-Bang-Fragebogen, MUPS)
- ▶ Schlaf-Wach-Strukturierung, schlafförderliches und schlafstörendes Verhalten am Tag und in der Nacht (AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ besondere Lebenssituationen oder Erkrankungen zu Beginn der Störung (psychosoziale Belastungen, Veränderung von Lebensumständen, somatische Erkrankungen)
- ▶ Dauer der Beschwerden
- ▶ episodisches oder dauerhaftes Auftreten von Beschwerden
- ▶ psychophysiologisches Erregungsniveau, emotionale, kognitive und motorische Anspannung während und vor der Schlafphase (STAI, FEPS II, RIS, AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ Schlaferwartungsängste (s. INFO 24 »Das Hyperarousal- oder Übererregungsmodell: die Teufelskreise von Ärger, Wut und Angst«) und gedankliche Einengung auf das Schlafproblem (FEPS II, RIS)
- ▶ schlafhygienische Bedingungen (s. INFO 31 »Schlafhygiene«, AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ Bewegungsunruhe bzw. Parästhesien in den Extremitäten (RLS-DI, IRLS)
- ▶ Alpträume und nächtliches Aufschrecken (MADRE)
- ▶ Stimmungslage und Leistungsfähigkeit am Tag (bspw. Gereiztheit, Depressivität, Ängstlichkeit; STAI, BDI II, AB 3 »Schlaftagebuch«)
- ▶ erhöhte Einschlafneigung und Müdigkeit am Tage, auch ggf. Monotonieintoleranz (ESS)

Für die Einschlafzeit und die Dauer nächtlicher Wachphasen werden in der ICD-10 keine quantitativen Kriterien genannt. In anderen diagnostischen Manualen, wie der ICSD-3, werden eine Einschlafzeit und eine Dauer nächtlicher Wachphasen von jeweils über 30 Minuten als pathologisch betrachtet.

**Kritik.** An den Diagnosekriterien der ICD-10 ist zu kritisieren, dass die Bezeichnung »nichtorganisch« sich lediglich auf die Abwesenheit einer organischen Grunderkrankung bezieht. In anderen diagnostischen Manualen, wie dem DSM-5 und der ICSD-3, werden unter der F51.0 »nichtorganische Insomnie« unter der dortigen Bezeichnung »Psychophysiologische Insomnie« als pathognomische Merkmale maladaptive Reaktionen auf kognitiver, emotionaler, physiologischer und behavioraler Ebene im Kontext des Schlafes als Ursache der Insomnie beschrieben. Auf diesen definitorischen Kriterien begründet sich die moderne Insomnie-Therapie, die die KVT-I als Therapie der 1. Wahl und kausale Therapie zur Behandlung der nichtorganischen Insomnie (F51.0) beschreibt.

### **Schlafstagebuch**

Neben einer ausführlichen Anamnese ist in der S3-Leitlinie zur Behandlung der Insomnie (S3-Leitlinie »Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen«, Kapitel »Insomnie bei Erwachsenen«; AWMF Registernummer 063-003, Update 2016) für die Diagnosestellung der Einsatz von Schlafstagebüchern dringend empfohlen. Ein Schlafstagebuch in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) finden Sie in AB 3, in etwas anderen Varianten auf der Homepage der DGSM ([www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)) oder auf der Homepage des Autors Hans-Günter Weeß ([www.drweess.de](http://www.drweess.de)).

Schlafstagebücher sind Fragebögen, die Patienten täglich vor dem Schlafengehen und nach dem Aufstehen am Morgen ausfüllen. Sie werden in der Regel über eine Zeitdauer von 14 Tagen ausgefüllt. Insbesondere in der ersten Woche kann es aufgrund der vermehrten Selbstbeobachtung zu einer Verstärkung des Beschwerdebildes kommen. Zur Therapieevaluation können Schlafstagebücher über den gesamten therapeutischen Prozess begleitend dargeboten werden. Durch die regelmäßige standardisierte Erfassung können das Schlaf-Wach-Verhalten objektiviert und erste bedeutsame Hinweise hinsichtlich verhaltensbedingter, medikamentöser und psychologischer Ursachen der Schlafstörung gewonnen werden.

Von der *Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin* (DGSM) liegen zwei Versionen eines standardisierten Schlafstagebuches vor. Sie können kostenfrei von der ihrer Homepage ([www.dgsm.de](http://www.dgsm.de)) heruntergeladen werden. Das Schlafstagebuch wird am Abend vor dem Zubettgehen und am Morgen nach dem Aufstehen vom Patienten zur Erfassung seiner subjektiven Schlafqualität und zur Erhebung von schlafstörenden Verhaltensweisen, inneren Haltungen und Substanzgebrauch ausgefüllt. Es dient der Erfassung

- ▶ des subjektiven Schlafvermögens
- ▶ der Schlafhygiene (Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen in Bezug auf den Schlaf)
- ▶ schlafstörender Verhaltensweisen vor bzw. während der Schlafperiode
- ▶ des Befindens vor, während und nach der Schlafperiode
- ▶ der Schlaferholsamkeit
- ▶ nächtlicher Besonderheiten
- ▶ Medikamentengebrauch
- ▶ Konsum von Kaffee oder Tee, Alkohol
- ▶ schlaffördernder Aktivitäten, wie z.B. Spaziergehen etc.

Die Patienten werden angehalten, alle Bett- und Schlafzeiten, auch die während des Tages, aufzuzeichnen. Als diagnostisches und therapiebegleitendes Verfahren stellen sie einen festen Bestandteil der Behandlung von Insomniepatienten dar und eignen sich darüber hinaus sehr gut zur Diagnostik von Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen. Neben ihrem Beitrag zur Bestimmung des Störungsausmaßes sind sie auch dem Patienten behilflich, Wissen über die eigene Erkrankung zu gewinnen.



Bei der Verwendung von Schlaftagebüchern ist es ratsam, die Patienten darauf hinzuweisen, dass die Registrierung der geforderten Parameter nicht sklavisch korrekt zu erfolgen hat, um paradoxe Effekte auf den Schlaf durch eine vermehrte Aufmerksamkeitszuwendung im Sinne des Monitorings (s. AB 18 »Meine automatischen Gedanken und Einstellungen«) zu minimieren. Besonders ist darauf hinzuweisen, dass bei Fragen, die sich bspw. auf die Dauer des Einschlafens oder des nächtlichen Wachliegens beziehen, lediglich der subjektive Eindruck des Patienten interessiert. Es soll und darf nicht auf die Uhr geschaut werden.

Bei langfristigen Protokollierungen kann die Gefahr einer gedanklichen und emotionalen Fixierung der Patienten auf ihre Insomnie bestehen. In diesen Fällen ist von einem Einsatz der Schlafprotokolle zur Therapiebegleitung abzusehen.

**Hinweis.** Bei Schlafgesunden sind die Übereinstimmungen zwischen den Ergebnissen von Schlaftagebüchern und objektiven Messverfahren, wie bspw. einer Aktigrafie oder einer Polysomnografie, als gut zu bewerten. Insbesondere für die Einschlafzeit und die Anzahl und Dauer nächtlicher Wachphasen liegen befriedigende Validitätswerte vor. Hingegen zeigen Patienten mit Schlafstörungen eine schlechtere subjektive Einschätzung ihres tatsächlichen Schlafvermögens. Dies gilt es bei der Auswertung und Interpretation von Schlaftagebüchern zu berücksichtigen.

Obwohl subjektive Selbsteinschätzungen erheblich vom objektiv messbaren Schlafvermögen abweichen können, stehen subjektive Einschätzungen im Fokus des therapeutischen Bemühens. Die Insomnie ist eine klinische Diagnose, beruhend auf der Selbstwahrnehmung der Patienten.

### Fragebögen

Grundsätzlich ist der Einsatz von Fragebögen bei der Diagnose der Insomnie zu empfehlen. Sie unterstützen den diagnostischen Prozess, ersetzen jedoch nicht eine sorgfältige Anamneseerhebung. Weiterhin können sie zur Therapieevaluation herangezogen werden. In Tabelle 2.1 findet sich ein Überblick über relevante Fragebögen. Auf AB 1 »Screeningfragebogen Schlafstörungen nach ICD-10« finden Sie ein praxisorientiertes Screening-Instrument, bei dem Hinweise auf die häufigsten Schlafstörungen abgefragt werden. Dieses Instrument dient zur Orientierung, liefert erste Verdachtshinweise und kann im Gespräch gemeinsam mit dem Patienten durchgeführt werden.

Liegen konkrete Verdachtsmomente vor, so ist der Einsatz spezifischer Fragebögen sinnvoll.

**Tabelle 2.1** Fragebögen für die Diagnostik der Insomnie

	Abkürzung	Gegenstand	Bezugsquelle
<b>Insomniebezogene Fragebögen</b>			
Schlaftagebücher		Schlaf-Wach-Verhalten, Erfassung von schlafstörenden und schlafförderlichen Verhaltensweisen	AB 3
Pittsburgh Sleep Quality Index	PSQI	Bestimmung der Schlafqualität, Vorliegen weiterer Schlafstörungen	Bysse et al. (1989); <a href="http://www.dgsm.de">www.dgsm.de</a>
Insomnia Severity Index	ISI	Schweregrad der Insomnie	Dieck et al. (2018); <a href="http://www.dgsm.de">www.dgsm.de</a>
Regensburger Insomnie Skalen	RIS	Schweregrad der Insomnie	Crönlein et al. (2013); <a href="http://www.dgsm.de">www.dgsm.de</a>

**Tabelle 2.1** Fortsetzung

	<b>Abkürzung</b>	<b>Gegenstand</b>	<b>Bezugsquelle</b>
Fragebogen zur Erfassung Persönlichkeitsmerkmale Schlafgestörter I	FEPS I	mit Insomnie assoziierte Persönlichkeitsmerkmale (im Sinne von Prädispositionen/Vulnerabilitäten)	Hoffmann et al. (1996a)
Fragebogen zur Erfassung Persönlichkeitsmerkmale Schlafgestörter II	FEPS II	Bestimmung des kognitiven Aktivierungsniveaus in der Bettsituation und Erfassung von Schlaferwartungsängsten (Focussing/Monitoring)	Hoffmann et al. (1996b)
Fragebogen zu schlafbezogenen Kognitionen	FB-SK	maladaptive schlafbezogene und schlafstörungsverstärkende Kognitionen	Scharfenstein (1995)
<b>Weitere schlafbezogene Fragebögen</b>			
Epworth Sleepiness Scale	ESS	Tagesschläfrigkeit; Einschlafneigung in Alltagssituationen	Johns (1991); www.dgsm.de
STOP-Bang		Schlafapnoe-Screening	Chung et al. (2014)
Restless-Legs-Diagnose-Index	RLS-DI	Erhebung der diagnostischen Kriterien des RLS	Benes & Kohnen (2009)
International Restless Legs Severity Scala	IRLS	Schweregradmaßbestimmung des RLS	The IRLSSG (2003); www.kinup.de
Mannheimer Traumfragebogen	MADRE	Merkmale des Traumerlebens	Schredel et al. (2014); www.dgsm.de
Münchener Parasomnie Screening	MUPS	Vorliegen verschiedener Parasomnien	Fulda et a. (2008); www.dgsm.de
<b>Ergänzende Fragebögen</b>			
Symptom-Checklist-90-R	SCL-90-R	aktuelles psychisches Befinden in verschiedenen Merkmalsdimensionen	Franke (2002)
State-Trait Angstinventar	STAI	generelles und aktuelles Angstniveau	Laux et al. (1981)
Beck-Depressions-Inventar	BDI-II	Vorliegen depressiver Symptome	Hautzinger et al. (2009)

**Wann sollte eine stationäre Diagnostik im Schlaflabor erfolgen?**

Bei der Diagnose F51.0 »nichtorganische Insomnie« empfiehlt die S3-Leitlinie »Nicht erholsamer Schlaf« eine Untersuchung im Schlaflabor mittels Polysomnografie, wenn die folgenden Kriterien vorliegen:

- ▶ therapieresistente Insomnie
- ▶ nach Ausschöpfung anderer diagnostischer Maßnahmen bei Verdacht auf eine organisch bedingte Insomnie, v.a. im Zusammenhang mit einem Schlafapnoe-Syndrom oder dem Syndrom periodischer Beinbewegungen
- ▶ Insomnie bei Risikogruppen in Verbindung mit Eigen- oder Fremdgefährdung (z.B. bei Berufskraftfahrern oder Patienten, die mit gefährlichen Maschinen arbeiten)
- ▶ Verdacht auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Schwere der Insomnie und polysomnografischem Befund

### Komorbide insomnische Schlafstörungen bei psychischen Störungen

Psychische Erkrankungen, insbesondere Angststörungen und affektive Erkrankungen, zählen zu den häufigsten Ursachen von insomnischen Schlafstörungen. Garma (2003) untersuchte 795 Patienten mit chronischer Insomnie und konnte bei 50% der Untersuchten eine psychiatrische Diagnose als Hauptursache der insomnischen Beschwerden feststellen. Dabei wurde in 20% der Fälle eine Angst- oder Panikstörung als Hauptdiagnose gestellt, gefolgt von affektiven Störungen in 19% der Fälle (s. Tab. 2.2).

**Tabelle 2.2** Verteilung der Diagnosen von 795 Patienten mit chronischer Insomnie nach Garma (2003)

Hauptdiagnose	Häufigkeit
Psychophysiologische Insomnie	24%
Insomnie bei psychiatrischer Störung	
▶ Affektive Störungen	19%
▶ Angststörungen:	
– Generalisierte Angststörung	13%
– Phobien, obsessiv-kompulsive Störungen	4%
– Panikstörung, Posttraumatische Belastungsstörung	3%
▶ Schizophrenien	5%
▶ Persönlichkeitsstörungen	5%
▶ Andere, nicht näher spezifizierte psychiatrische Diagnosen	1%
Weitere, nicht psychiatrische Ursachen der Insomnie	26%

Die Daten in Tabelle 2.2 belegen, dass komorbide Insomnien infolge einer affektiven Störung oder Angsterkrankung weitaus häufiger verbreitet sind als die »reine« psychophysiologische Insomnie.

Umgekehrt klagen 90% der Patienten mit affektiven Störungen über insomnische Beschwerden, die ein Hauptcharakteristikum dieser Störungsbilder darstellen. Untersucht man den Schlaf von Patienten mit affektiven Störungen und begleitender Insomnie mittels Polysomnografie (s. Tab. 2.3), imponieren eine verlängerte Einschlafzeit, gehäufte und ausgedehnte nächtliche Wachphasen (die eine gleichmäßige Verteilung über die gesamte Nacht aufzeigen) sowie ein frühmorgendliches Erwachen bei charakteristisch reduzierter Schlafeffizienz (Schlafeffizienz bezeichnet die schlafend im Bett verbrachte Zeit im Verhältnis zur Gesamtbettzeit) unter 75%. Als typisch gilt eine verkürzte REM-Schlaf-Latenz (die erste REM-Schlaf-Phase tritt nicht der Norm entsprechend erst nach 90 plus/minus 20 Minuten nach dem Einschlafen auf, sondern deutlich früher; s. auch INFO 12 »Messung des Schlafes«), eine erhöhte REM-Dichte (sie beschreibt die Anzahl der raschen Augenbewegungen pro Zeiteinheit während des REM-Schlafes) im ersten Schlafzyklus sowie ein insgesamt erhöhter REM-Schlaf- und ein reduzierter Tiefschlaf-Anteil. Die Insomnie ist dabei Symptom der Depression, kann aber umgekehrt auch ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression sein: Daten einer Metaanalyse von Baglioni et al. (2011) deuten darauf hin, dass beim Vorliegen einer Insomnie das Risiko für das spätere Auftreten einer Depression gegenüber gesunden Personen erhöht ist.

**Tabelle 2.3** Veränderung der Schlafparameter bei ausgewählten psychischen Störungen

	Diagnose					
	Depression	Generalisierte Angststörung	Soziale Phobie	Panik-Störung	Schizophrenie	PTBS
TST (Gesamte Schlafzeit)	-	-	+	0	-	-
SE (Schlafeffizienz)	-	-	-	0	-	-
SL (Schlaf latenz)	+	+	+	0	+	+
SWS (Tiefschlaf)	-	0	0	0	-	-
REM-L (REM-Latenz)	-	0	0	0	-	0
REM-D (REM-Dichte)	+	0	0	0	0	+
REM-Schlaf	+	0	0	0	0	0

**Angststörungen.** Bei Angststörungen sind eine Verlängerung der Einschlaf latenz und eine reduzierte Schlafeffizienz zu beobachten. In Studien werden Wachphasen insbesondere in der ersten Schlafhälfte beschrieben. Die Schlafarchitektur selbst sowie der REM-Schlaf bleiben weitestgehend unverändert.

Die ausgeprägtesten Veränderungen der Schlafarchitektur finden sich bei affektiven Störungen (Garma, 2003), wohingegen die Schlafarchitektur bei Angsterkrankungen und bei der psychophysiologischen Insomnie geringere Alterationen aufweist.

Neben einem hohen Maß an polysomnografischer Konkordanz gilt es als evident, dass bei Angsterkrankungen – insbesondere der Generalisierten Angststörung, bei der 70% der Betroffenen über insomnische Probleme klagen – ein erhöhtes nächtliches psychophysiologisches Arousal als ursächlich für die Schlafstörung angesehen werden kann. So zeigen die Betroffenen in Analogie zu Patienten mit Psychophysiologischer Insomnie (PI) erhöhte nächtliche psychophysiologische Merkmale einer erhöhten Anspannung und darüber hinaus eine ausgeprägte kognitive Aktivität auf, zumeist in Form von Grübelneigung, deren Inhalte jedoch frei flottierend (d.h. nicht auf bestimmte Situationen oder Gegenstände beschränkt) sind. Bei der PI hingegen stehen häufig Ängste in Bezug auf das mangelnde Schlafvermögen (Schlaferwartungsängste) und dessen als aversiv beurteilte Konsequenzen am Folgetag im Vordergrund der Symptomatik (Voderholzer & Riemann, 2004). Aufgrund der Ähnlichkeit der zugrunde liegenden psychophysiologischen Merkmale von Angststörungen und PI – vor allem auch im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der beiden Störungsbilder – wird die PI von manchen Autoren dem Spektrum der Angsterkrankung zugeordnet.

**Panikstörungen.** Ungefähr ein bis zwei Drittel der Patienten, die an Panikstörungen leiden, geben an, schlafbezogene Panikattacken erlebt zu haben. Demgegenüber stellen Panikstörungen, deren Attacken ausschließlich aus dem Schlaf heraus auftreten, ein äußerst seltenes Phänomen dar. Das Erleben von Panikattacken aus dem Schlaf kann jedoch im Sinne der Lerntheorie an die Schlafumgebung konditioniert werden, sodass eine ausgeprägte Insomnie durch Konditionierung und Panikerwartungsängste ausgelöst werden kann. Polysomnografische Studien konnten zeigen, dass Panikattacken überzufällig häufig nicht aus dem REM-Schlaf, sondern aus den Stadien 2 und 3 heraus auftreten.

**Posttraumatische Belastungsstörungen.** Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) treten neben insomnischen Symptomen nächtliche Panikattacken und Alpträume auf (deren Behandlung anhand der in AB 77 »Imagery Rehearsal Therapy« dargestellten Vorgehensweise durchgeführt werden kann). Ein- und Durchschlafstörungen treten dabei häufig bereits kurz nach dem Trauma auf und stellen einen Prädiktor für die Entwicklung einer PTBS dar, indem die Schlafunterbrechungen als Ausdruck des Aktivierungssystems mit einer reduzierten Schlaferholsamkeit, vermehrten Erschöpfung und

weiteren Beeinträchtigung der Emotionsregulationsmechanismen einhergehen und der Entwicklung des Vollbildes der PTBS Vorschub leisten. Im Unterschied zu Patienten mit Insomnie ohne PTBS weisen die Betroffenen häufig ausgeprägte Ängste vor der Dunkelheit auf. In den nächtlichen Wachphasen kreisen die Gedanken um das Trauma, ferner wird sehr häufig Sprechen und Schreien aus dem Schlaf heraus beobachtet. In polysomnografisch kontrollierten Studien konnte vermehrt eine Fragmentierung des REM-Schlafes mit assoziierten Aufwachereignissen beobachtet werden (Breslau et al., 2004).

**Schizophrenie.** Bei Schizophrenien kommt es in der akuten Phase meist zu ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörungen, wobei das Ausmaß der Schlafstörung eine deutlich positive Korrelation mit der Positiv-Symptomatik aufweist. Schlafstörungen können als Prodromalsymptom einer beginnenden Episode angesehen werden, können jedoch nach Abklingen einer produktiv-psychotischen Episode im Sinne einer sich chronifizierenden Insomnie fortbestehen. Etliche Patienten weisen zudem eine Störung der zirkadianen Rhythmik mit einer Umkehr des Tag/Nacht-Schlafrhythmus auf (vgl. ICD-10: F51.2 »nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus«).

**Demenz.** Im Verlauf eines demenziellen Prozesses können häufig ausgeprägte insomnische Beschwerden beobachtet werden. Treten die Beschwerden in Verbindung mit Verwirrtheit und Ängstlichkeit auf, spricht man vom sog. *Sun-downing-Syndrom*. Die Behandlung der Insomnie erfolgt hier in erster Linie medikamentös und wird in aller Regel von Psychiatern und Neurologen durchgeführt.

**Fibromyalgie und Chronic Fatigue Syndrom.** Bei Fibromyalgie und Chronic Fatigue Syndrom (CFS) beklagen die Betroffenen häufig einen nicht erholsamen Schlaf, der mit ausgeprägter Müdigkeit, Erschöpfung und Abgeschlagenheit, jedoch meist fehlender Schläfrigkeit im Sinne von ungewolltem Einschlafen am Tage verbunden ist. Medikamentöse Behandlungsversuche der Tagessymptome und der kognitiven Leistungseinbußen (meist mittels Methylphenidat oder Citalopram) brachten in Studien keine bedeutsame Verbesserung, wohl aber eine Behandlung mit kognitiv-behavioralen Ansätzen, mit denen eine deutliche Besserung der depressiven, ängstlichen und Erschöpfungssymptome sowie eine verbesserte soziale Anpassung und Zunahme der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erzielt werden konnte (White et al., 2011).

In Kapitel 6 *Komorbide Insomnien* werden die therapeutischen Besonderheiten bei der Therapie der Insomnie bei Angsterkrankungen und Depression (INFO 53 und INFO 54) erläutert.

### Differenzialdiagnostik

Die Differenzialdiagnose der nichtorganischen Insomnie umfasst weitere Schlafstörungen, die sekundär Insomnien oder insomnische Symptome bedingen oder komorbid mit Insomnien auftreten können. Nachfolgend werden Materialien zur Differenzialdiagnose der Insomnie dargestellt. Die dafür zu beachtenden Schlafstörungen werden überblicksartig mit ihren wesentlichen klinischen Symptomen vorgestellt und Empfehlungen zum weiteren diagnostischen und therapeutischen Prozedere ausgesprochen. Die Darstellung orientiert sich an der klinischen Behandlungsrealität von Psychotherapeuten. Begonnen wird mit Störungen, die (ggf. nach fachärztlicher Differenzialdiagnostik) primär psychotherapeutisch behandelt werden können (INFO 1 bis 5). In der Folge werden Schlafstörungen vorwiegend somatischer Genese vorgestellt, die komorbid zu anderen Schlafstörungen vorliegen können bzw. mit diesen interagieren (INFO 6 bis 9). Bei diesen Schlafstörungen ist eine interdisziplinäre Behandlungsstrategie in Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachärzten (z.B. Pneumologen, Internisten, Neurologen, HNO-Ärzten, Psychiatern etc.) bzw. Schlaflaboren notwendig.

## **Arbeits- und Informationsmaterialien**

### **INFO 1 Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus**

Auf diesem Infoblatt werden Informationen zu den nichtorganischen Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10: F51.2) gegeben sowie zu anderen Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10: G47.2) wie dem Schichtarbeitersyndrom und dem verzögerten bzw. vorverlagerten Schlafphasensyndrom.

### **INFO 2 Albträume**

Auf diesem Infoblatt werden Informationen zu Albträumen (ICD-10: F51.5) gegeben und die Differenzierung zwischen ideopathischen und posttraumatischen Albträumen erläutert.

### **INFO 3 Aufwachstörung: Pavor nocturnus**

Dieses Infoblatt informiert über den Pavor nocturnus, auch Nachtschreck oder Nachtterror genannt (ICD-10: F51.4).

### **INFO 4 Aufwachstörung: Schlafwandeln (Somnambulismus)**

Dieses Infoblatt informiert über das nächtliche Schlafwandeln, das wie der Pavor nocturnus eine Aufwachstörung ist (ICD-10: F51.3).

### **INFO 5 Nichtorganische Hypersomnie**

Die Hypersomnie (ICD-10: F51.1) als Zustand exzessiver Schläfrigkeit am Tage wird auf diesem Infoblatt dargestellt.

### **INFO 6 Schlafbezogene Atmungsstörungen: Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom**

Die obstruktive Schlafapnoe (ICD-10: G47.31) als Schlafstörung mit organischer Genese wird auf diesem Infoblatt beschrieben.

### **INFO 7 Das Syndrom der unruhigen Beine: Das Restless-Legs-Syndrom (RLS)**

Das Restless-Legs-Syndrom (ICD-10: G25.81), eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen, wird auf diesem Infoblatt beschrieben.

### **INFO 8 Narkolepsie**

Dieses Infoblatt informiert über die Narkolepsie (ICD-10: G47.4) als eine Form der Hypersomnie.

### **INFO 9 Organisch bedingte Insomnien**

Auf diesem Infoblatt werden die Störungen beschrieben, bei denen es auch zu Insomnien kommen kann. Dazu gehören die Hyperthyreose, die Hypothyreose, Schmerzsyndrome und neurologische Erkrankungen.

### **AB 1 Screeningfragebogen Schlafstörungen nach ICD-10**

Dieses Arbeitsblatt wurde in Anlehnung an die ICD-10-Diagnosen F51.0 und F51.2 erstellt und fragt darüber hinaus Aspekte weiterer Schlafstörungen ab.

### **AB 2 Diagnostisches Interview zur nichtorganischen und organischen Insomnie**

Dieses Arbeitsblatt umfasst die konkreten ICD-10-Kriterien der beiden Störungen und kann somit zur Differenzialdiagnostik eingesetzt werden. Zudem findet sich eine Auflistung organischer Erkrankungen sowie Substanzen, welche schlafstörend wirken.

### **AB 3 Schlaftagebuch**

Dieses Arbeitsblatt dient als Vorlage für ein Schlaftagebuch. Schlaftagebücher werden eingesetzt, um das Erscheinungsbild der Insomnie des Patienten zu beschreiben und auf mögliche verhaltensbedingte, intrapsychische, organische und medikamentöse Ursachen hinzuweisen. Sie können den Therapiefortschritt begleitend beschreiben. Darüber hinaus sind sie geeignet, passiv-rezeptive Patientenhaltungen aufzulösen, da sie den Patienten als »Experten« in die diagnostischen und therapeutischen Bemühungen einbinden.



### Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus



Treten insbesondere bei Patienten mit psychischen Auffälligkeiten oder Störungen neben insomnischen Beschwerden unregelmäßige oder ungewöhnliche Muster von Schlaf- und Wachzeiten auf, kann die Diagnose »nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus« (ICD-10: F51.2) gestellt werden. Sie beschreibt die Abkoppelung bzw. Desynchronisation der Schlaf- und Wachzeiten der Betroffenen vom Hell-Dunkel-Rhythmus und sozialen Zeitgebern. Zu den sozialen Zeitgebern werden beispielsweise gesellschaftliche Anforderungen wie Schul- oder Arbeitsbeginn gezählt.

Charakteristisch für das Störungsbild sind:

- ▶ Schlaflosigkeit während der üblichen Hauptschlafperiode
- ▶ Müdigkeit und Schläfrigkeit während der üblichen Wachzeiten am Tage

**Ursachen.** Ein »frei flottierender« Schlaf-Wach-Rhythmus ist häufig mit affektiven Störungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen assoziiert. Seltener sind organische Ursachen wie z.B. neurodegenerative Erkrankungen (Parkinson, Demenz) und Medikamentennebenwirkungen.

**Therapie.** Ursächlich werden vor allem bei psychischen Störungen die mangelnde Fähigkeit zur Tagesstrukturierung und eine fehlende Schlafhygiene gesehen (hierfür eignen sich die Info- und Arbeitsblätter zur Schlafhygiene). Nach einer somatischen Ausschlussdiagnostik und der Behandlung der primären psychischen Erkrankung kommen bei Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen verhaltensbezogene Interventionen zur Anwendung.

### Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Liegt keine psychische Störung der Schlaf-Wach-Rhythmusstörung zugrunde, wird die Diagnose »Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus« (ICD-10: G47.2) gestellt. Die entsprechenden diagnostischen Kriterien finden sich in der ICD-10. In diese diagnostische Kategorie fallen diejenigen distinkten Phänomene, die durch eine Abweichung der »inneren Uhr« des Individuums von den »äußeren Uhren« des Hell-Dunkel-Rhythmus und von sozialen Zeitgebern charakterisiert sind.

### Schichtarbeitersyndrom

Eine der häufigsten Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen ist das Schichtarbeitersyndrom. Es wird durch Arbeit zu wechselnden Tageszeiten (Früh-, Spät- und Nachtschicht) oder zu konstant ungewöhnlichen Zeiten (Dauernachtschicht) hervorgerufen. Entsprechend der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin handelt es sich um eine schichtarbeitsbedingte »Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus« (ICD-10: G47.2).

Charakteristisch für das Schichtarbeiter-Syndrom sind:

- ▶ Unvermögen, zur gewünschten Zeit schlafen zu können
- ▶ eine exzessive Schläfrigkeit während der Arbeitszeit
- ▶ Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten

Die Erkrankung kann zu einem erhöhten Unfallrisiko führen: Bis zu zwei Drittel der Betroffenen schlafen insbesondere bei monotonen und wiederkehrenden Arbeiten mehr als einmal in der Woche während der Arbeit ein. Wegen der Beeinträchtigung des Schlaf-Wach-Rhythmus steigt außerdem das Risiko, Gesundheitsstörungen wie Magen-Darm- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln.

**Verzögertes bzw. vorverlagertes Schlafphasensyndrom**

Beim verzögerten bzw. vorverlagerten Schlafphasensyndrom weicht der Schlaf-Wach-Rhythmus des Patienten von den üblichen gesellschaftlichen Zeiten ab (s. Infoblatt »Steuerung von Schlafen und Wachen: Zwei-Prozess-Modell der Schlaf-Wach-Regulation«). Im Vergleich zum vorverlagerten Typus ist der verzögerte Typus häufiger zu beobachten. Eine Therapie im kurativen Sinne ist nur bedingt möglich – vielmehr wird versucht, schrittweise die »innere Uhr«, also die eigenen Schlafzeiten, den »äußeren Uhren« des sozialen Lebens anzupassen oder umgekehrt. Ist keine ausreichende Behandlung möglich, können beispielsweise beim verzögerten Schlafphasensyndrom die Arbeitszeiten in Form der Auswahl von Spät- oder Nachtschichten an den veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus angepasst werden.



Das Traumerleben ist ein ubiquitäres Phänomen des menschlichen Schlafes. Bereits in der Einschlafphase treten beim Wach-Schlaf-Übergang hypnagoge Halluzinationen in Form von »Einschlafträumen« auf. Es handelt sich um »Gedankenträume«, die im Verlauf durch einen zunehmenden Realitätsbezug gekennzeichnet sind. Weckt man Schläfer aus dem Non-REM-Schlaf, wird in 50% der Fälle und bei Weckungen aus dem REM Schlaf in 80% der Fälle von Traumerleben berichtet. Dabei imponiert das Traumerleben bei Weckungen aus dem REM-Schlaf durch einen stärkeren emotionalen Gehalt. Dieser ist im Wesentlichen auf eine höhere Aktivität des limbischen Systems und einen reduzierten Einfluss des Frontalhirns zurückzuführen. Die während des REM-Schlafes in den motorischen Arealen erzeugten Bewegungsmuster werden beim gesunden Schläfer nicht ausgeführt. Eine motorische Hemmung der Skelettmuskulatur auf Hirnstammebene verhindert das Ausagieren der erlebten Traum Inhalte. Sie ist vergleichbar einer hohen Querschnittslähmung. Die REM-Verhaltensstörung ist durch eine Störung dieser natürlichen motorischen Hemmung gekennzeichnet. Dabei werden die im REM-Schlaf auftretenden kortikalen Bewegungsmuster unter der Gefahr einer erhöhten Eigen- oder Fremdgefährdung ausagiert. Die REM-Verhaltensstörung gilt als Prodromi von neurodegenerativen Erkrankungen wie Levy-Körperchen-Demenz oder Parkinson und bedarf auch aus diesem Grunde der besonderen diagnostischen Beachtung.

Im Traum ist das Traum-Ich mit dem Ich identisch, d.h., der Träumende erlebt das Geschehen so, als ob er sich gerade real in der Situation befände. Beim luziden Träumen hingegen sind Traum-Ich und Ich getrennt: Der Schläfer weiß, dass er träumt, und kann seinen Traum Inhalt bewusst steuern.

**Symptome.** Alpträume (ICD-10: F51.5) treten während des REM-Schlafes auf und führen aufgrund ihrer starken emotionalen Belastung zum nächtlichen Erwachen. Der Schläfer ist rasch orientiert und kann sich an das Alptraumgeschehen erinnern. Der starke negative emotionale Gehalt der Alpträume kann das Wiedereinschlafen behindern und auch noch weit in den Tag das Befinden negativ beeinträchtigen.

Alpträume sind im Kindes- und Jugendalter relativ häufig und nehmen mit dem Erreichen der Adoleszenz deutlich ab. Die Prävalenz im Erwachsenenalter liegt bei etwa 6% für mindestens einmal im Monat auftretende Alpträume. Mehrere Alpträume pro Woche werden von ca. 12% der erwachsenen Bevölkerung beklagt. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Häufigkeit ab, Frauen klagen etwas mehr als Männer über Alpträume.

Ausgeprägte und rezidivierende Alpträume können im Einzelfall ausgeprägte Ängste vor dem Zubettgehen hervorrufen und Insomnien mit Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen bedingen.



Bei psychischen Störungen gelten ausgeprägte und rezidivierende Alpträume insbesondere bei depressiven Patienten als ernstzunehmender Risikofaktor für suizidale Handlungen.

**Therapie.** Die Behandlung der Alpträume erfolgt nach Ausschluss organischer und vor allem medikamentöser Ursachen primär psychotherapeutisch. Entsprechende psychotherapeutische Interventionen finden sich im Infoblatt »Alpträume« und im Arbeitsblatt »Imagery Rehearsal Therapy«.

### Posttraumatische und idiopathische Alpträume

Alpträume werden weiter in idiopathische und posttraumatische Alpträume unterschieden.

**Posttraumatische Alpträume** treten als Folge eines Traumas auf und stellen ein Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) dar. Der Alptraum Inhalt kreist um das Trauma, das in den

Träumen wiedererlebt wird. In der folgenden Tabelle sind Merkmale der Abgrenzung zum Pavor nocturnus und zum Albtraum dargestellt.

Merkmale der unterschiedlichen negativen Traumarten

Merkmals	Pavor nocturnus	Alpträume	Posttraumatische Wiederholungen
<b>Aufwachzeitpunkt</b>	vorwiegend 1. Nachthälfte	vorwiegend 2. Nachthälfte	sowohl als auch
<b>Schlafstadium</b>	Tiefschlaf	REM-Schlaf	REM- und Non-REM-Schlaf
<b>Physiologische Angstreaktion</b>	sehr stark	moderat	stark bis sehr stark
<b>Trauminhalt</b>	fast kein Inhalt vereinzelter Bilder	detaillierter Traum	relativ direkte Wiederholung des Traumas
<b>Orientierung nach dem Erwachen</b>	kaum orientiert, nicht ansprechbar	häufig voll orientiert, Traumangst kann weiter bestehen	häufig voll orientiert, starke Nachwirkung
<b>Erinnerung am Morgen</b>	ganz selten Erinnerung	gute Erinnerung an die Träume	gute Erinnerung an die Wiederholungen

**Idiopathische Alpträume** haben keine klare Ursache. Es lassen sich jedoch eine Reihe von Faktoren aufzeigen, die das Auftreten begünstigen. In Einklang mit dem derzeit vorherrschenden Erklärungsansatz, der sog. »Kontinuitätshypothese«, nach der die Traumaktivität eine Fortschreibung des aktuell am Tage Erlebten ist, sind akute Belastungen die häufigste auslösende Bedingung von Alpträumen. Diesem Erklärungsansatz folgend sind Alpträume zudem gehäuft bei komorbiden psychiatrischen Erkrankungen zu beobachten. So berichten Personen, die unter Angststörungen leiden, häufiger über krankheitsspezifische Inhalte in ihren Alpträumen, etwa das hilflose Ausgeliefertsein bei Patienten, die unter Agoraphobie leiden. Alpträume von Patienten, die unter phobischen Ängsten leiden, sind häufig auf das phobische Objekt bezogen. Depressive Patienten berichten in der klinischen Praxis vermehrt von Alpträumen, die um das Thema Schuld, Verlust und Orientierungslosigkeit kreisen. Sind neben der affektiven Störung auch die Kriterien für Alpträume erfüllt, werden beide Diagnosen vergeben. Neben den genannten Diagnosen findet sich auch ein gehäuftes Auftreten von Alpträumen bei schizophrenen Patienten in der akuten, weniger in der residualen Phase (Thünker & Pietrowsky, 2011).

Neben den genannten Faktoren können Drogen und Medikamente (bestimmte Psychopharmaka, Blutdrucksenker) Alpträume auslösen.

**Prädispositionen.** Als Risikofaktoren im Sinne von Prädispositionen gelten neben einer genetischen Veranlagung Persönlichkeitseigenschaften wie Ängstlichkeit, emotionale Labilität, Kreativität und »dünne Grenzen« (die Betroffenen erleben eine hohe Durchlässigkeit zwischen Wirklichkeit, Traum und Fantasie, was häufig bei kreativen Menschen beobachtet werden kann).

Da Alpträume mit einer starken Angst assoziiert sind, versuchen die Betroffenen oft – wie bei Angststörungen üblich – die inhaltliche Auseinandersetzung zu vermeiden, was im Sinne einer aufrechterhaltenden Bedingung zu einer Zunahme der Albtraumhäufigkeit führt. Daneben führt der Symptomstress im Sinne einer erhöhten Angst vor der Nacht und den Folgen der Alpträume wie Schlaflosigkeit und vermehrter Reizbarkeit am Folgetag zu einer erhöhten Anfälligkeit für weitere Alpträume.



Beim Pavor nocturnus (Nachtschreck, Nachtterror; ICD-10: F51.4) kommt es aus dem Non-REM-Schlaf, meist aus der ersten Tiefschlafphase, zu einem Erwachen mit intensiven Anzeichen der Angst und gleichzeitig starker autonomer Aktivierung. Die Episode kann mehrere Minuten andauern. Die Betroffenen sind in aller Regel nicht ansprechbar und zeigen am nächsten Tag eine Amnesie für das Ereignis und den Trauminhalt.

Pavor nocturnus sollte nicht mit Schlafwandeln und Alpträumen verwechselt werden. Trotzdem handelt es sich beim Pavor nocturnus wie beim Schlafwandeln um eine Aufwachstörung, die meist 60 bis 120 Minuten nach dem Einschlafen auftritt. Beim Pavor nocturnus hat der Schläfer wie beim Schlafwandeln zumeist keine Erinnerung an das Ereignis. Aber: Beim Pavor nocturnus verlässt der Patient nicht das Bett. Bei Alpträumen, die eher in der zweiten Hälfte der Schlafperiode auftreten, kann sich der Schläfer an die Traum inhalte erinnern.

**Symptome.** Beim Pavor nocturnus, der gehäuft in der ersten Hälfte der Schlafperiode auftritt, schrecken die Patienten aus dem Tiefschlaf heraus auf, reißen die Augen auf, schreien, häufig verbunden mit Angst und Panik. Auf körperlicher Seite zeigen die Patienten mit Pavor nocturnus Zeichen von ausgeprägter autonomer Erregung: Pupillenerweiterung, Schwitzen, Gänsehaut, beschleunigte Atem- und Pulsfrequenz sind typische Anzeichen.

Die Betroffenen sind meist nicht ansprechbar. Auf Zuspruch oder Trost reagieren die Patienten in aller Regel nicht. Der Zustand kann von 1 bis 15 Minuten andauern. Oft legen sich die Betroffenen ohne richtiges Erwachen von allein im Bett zurück und schlafen weiter. Sie können sich am nächsten Morgen meist nicht an das nächtliche Geschehen erinnern.

Ähnlich wie bei Alpträumen ist das typische Lebensalter für das Auftreten eines Pavor nocturnus in der Phase von Kindergarten und Grundschule. Eine Häufung findet sich zum Zeitpunkt der Einschulung. Mit 6% Auftretenswahrscheinlichkeit leidet jedes sechste Kind einmal am Nachtschreck. In der Pubertät »wächst« sich der Pavor nocturnus in aller Regel aus, im Erwachsenenalter ist er mit weniger als 1% Verbreitung relativ selten, nicht selten aber von chronischem Verlauf. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

**Ursachen.** Als Ursache wird eine genetische Disposition angenommen. Bei Erwachsenen gibt es allerdings eine Assoziation mit Depressionen, Angststörungen und vor allem Posttraumatischen Belastungsstörungen. Stress scheint ein auslösendes Moment zu sein, sowohl bei Kindern als auch Erwachsenen. Gerade bei Kindern sorgen Veränderungen in der Lebenssituation für Stress, der zu Pavor nocturnus führen kann. Dies kann der Übergang vom Kindergarten zur Schule oder auch ein Umzug sein. Frühkindliche traumatische Erlebnisse steigern ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für einen Pavor nocturnus. Nachtschreck tritt bei Kindern häufig gemeinsam mit anderen Parasomnien auf, wie dem Sprechen im Schlaf, Alpträumen, nächtlichem Einnässen und Schlafwandeln.

**Therapie.** Der Pavor nocturnus gilt vor allem im Kindesalter als eine harmlose Störung. Im Vordergrund stehen die Beruhigung der Eltern und Informationen über das Störungsbild. Das Beschwerdebild ist psychotherapeutisch nicht leicht zugänglich. Da ein Zusammenhang zum Stresserleben besteht, können im Einzelfall ein (altersgerechtes) Entspannungstraining und die Vermeidung von Stress hilfreich sein. Ebenso können autosuggestive Methoden zu einer Besserung des Beschwerdebildes beitragen. Psychotherapeutische Bemühungen verlaufen oft frustrierend. Differenzialdiagnostisch sind Alpträume, Schlafwandeln, nächtliche zerebrale Anfälle, REM-Verhaltensstörung, hirnorganische Veränderungen, nächtliche Verwirrheitszustände bei Älteren und medikamentöse Nebenwirkungen auszuschließen. Hierzu empfiehlt sich eine Vorstellung des Patienten beim Neurologen bzw. in einem neurologisch orientierten Schlaflabor (ambulant oder stationär).

Informationen zu den psychotherapeutischen Interventionen finden sich im Infoblatt »Somnambulismus und Pavor nocturnus« und im Arbeitsblatt »Checkliste bei Somnambulismus und Pavor nocturnus«.



Beim Schlafwandeln (ICD-10: F51.3) handelt es sich um eine inkomplette Weckreaktion zumeist aus der ersten Tiefschlafphase ein bis zwei Stunden nach Schlafbeginn. Es ist häufig mit Sprechen im Schlaf und dem Pavor nocturnus vergesellschaftet. Es kommt zu wiederholten Episoden komplexer Handlungen, teilweise auch zum Verlassen des Bettes. In Abhängigkeit »wacher« Gehirnnareale kann das Verhalten mehr oder weniger komplex sein. Beim partiellen Schlafwandeln kommt es zum Aufrichten im Bett, es wird jedoch nicht verlassen. Beim vollständigen Schlafwandeln wird das Bett verlassen. Die Augen sind geöffnet, die Wahrnehmung aber eingeschränkt. Es besteht ein erhöhtes Risiko für Eigen- und Fremdgefährdung. Am Morgen besteht häufig eine Amnesie für das nächtliche Ereignis. Die Dauer der Episoden reicht von wenigen Sekunden bis zu Minuten, selten bis zu einer Stunde.

Typische Aktivitäten während einer Episode und innerhalb des Bettes sind: Aufrichten, Umherschauen, Richten der Kissen oder Zupfen an der Bettdecke. Wenn das Bett verlassen wird, kommt es zu teilweise komplexeren Handlungen: Versuche, das Haus zu säubern, Möbelrücken, Essen zuzubereiten. Vereinzelt wird auch das Haus verlassen, auch Autofahren im somnambulen Zustand ist möglich. Bei der »Sexsomnia« fordern die Betroffenen sexuelle Handlungen bis hin zur Vergewaltigung ein.

Während somnambuler Episoden sind die Betroffenen schwerer erweckbar, reagieren nur bedingt auf äußere Reize und sind oft nicht ansprechbar.

**Ursachen.** Die Ursachen des Somnambulismus sind nicht ausreichend geklärt, eine genetische Disposition ist wahrscheinlich, bei Kindern wird eine Unreife des zentralen Nervensystems vermutet. Bis zu 30% der Kinder zeigen bis zur Pubertät mindestens einmal eine somnabule Episode. Zumeist wächst sich die Störung mit der Pubertät aus. Ungewöhnlich ist das erstmalige Auftreten nach dem Jugendalter. Risikofaktoren für somnabule Episoden sind psychische Belastungssituationen, fieberhafte Erkrankungen, deutlicher Schlafentzug sowie Alkoholkonsum. Weiterhin können nächtliche Geräusche, die die Wahrscheinlichkeit für Weckreaktionen fördern, somnabule Episoden auslösen. Insbesondere beim Erwachsenen sind nach Ausschluss hirnrorganischer Veränderungen psychotherapeutische Interventionen in Form von autosuggestiven Verfahren hilfreich und können die Symptomatik in ihrer Häufigkeit deutlich einschränken. Darüber hinaus ist die Beratung des Patienten zur Sicherung der Schlafumgebung ein wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Bemühungen. Bei fehlendem psychotherapeutischem Erfolg kann bei schweren Fällen eine medikamentöse symptomatische Behandlung mit tiefschlafunterdrückenden Medikamenten, wie z.B. Clonazepam, hilfreich sein (s. hierzu Infoblatt »Somnambulismus und Pavor nocturnus«).

Differenzialdiagnostisch sind Alpträume, Pavor nocturnus, nächtliche zerebrale Anfälle, REM-Verhaltensstörung, hirnrorganische Veränderungen, nächtliche Verwirrheitszustände bei Älteren und medikamentöse Nebenwirkungen auszuschließen. Hierzu empfiehlt sich eine Vorstellung des Patienten beim Neurologen bzw. in einem neurologisch orientierten Schlaflabor (ambulant oder stationär).