



Tilmann Müller · Beate Paterok

Schlaftraining

Ein Therapiemanual zur Behandlung
von Schlafstörungen

2., überarbeitete Auflage



HOGREFE



Schlaftraining

Schlaftraining

Ein Therapiemanual zur Behandlung
von Schlafstörungen

von

Tilman Müller
und Beate Paterok

2., überarbeitete Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dr. phil. Tilmann Müller, geb. 1962. 1983–1991 Studium der Psychologie in Münster. 1996 Promotion. 1991–2001 Tätigkeit im schlafmedizinischen Zentrum des Psychologischen Instituts II an der Universität Münster. Ausbildung in Verhaltenstherapie und 1999 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. Seit 2001 Mitarbeiter am Interdisziplinären Schlafmedizinischen Zentrum der Universitätsklinik Münster.

Dr. phil. Beate Paterok, geb. 1959. 1981–1987 Studium der Psychologie in Münster. 1993 Promotion. 1987–2001 Tätigkeit im schlafmedizinischen Zentrum des Psychologischen Instituts II an der Universität Münster. Ausbildung in Verhaltenstherapie und Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin. 2001–2004 Tätigkeit am Interdisziplinären Schlafmedizinischen Zentrum der Universitätsklinik Münster. Seit 2004 niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin.

Weitere Informationen unter www.schlafgestoert.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 1999 und 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Satzpunkt, Bayreuth
Gesamtherstellung: Hubert & Co, Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt
ISBN 978-3-8017-2291-3

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort zur 1. Auflage	9
Vorwort zur 1. Auflage	10
Vorwort zur 2. Auflage	11

I. Theoretische Grundlagen

Kapitel 1: Problemerkis Insomnie – Erscheinungsbild und Auffälligkeiten	15
1.1 Subjektive und objektive Schlafbeschwerden	16
1.2 Tagesbeschwerden	17
1.3 Typische Persönlichkeits-, Verhaltens- und kognitive Muster	17
1.4 Diagnostisch-therapeutische Vorerfahrungen der Insomniepatienten	18
Kapitel 2: Klassifikation und Diagnostik von Schlafstörungen	19
2.1 Übersicht über die Klassifikation nach ICD-10 und ICSD	19
2.1.1 Klassifikation nach ICD-10	20
2.1.2 Klassifikation nach ICSD	20
2.2 Andere Schlaf-Wach-Störungen	20
2.2.1 Schlafbezogene Atmungsstörungen – das Schlaf-Apnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)	20
2.2.2 Hypersomnien zentralen Ursprungs – Narkolepsie (ICD-10: G47.4)	21
2.2.3 Circadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen (ICD-10: F51.2)	22
2.2.4 Parasomnien	22
2.2.5 Schlafbezogene Bewegungsstörungen – Restless-Legs-Syndrom und Syndrom der periodischen Bewegungen im Schlaf (ICD-10: G25.8)	22
2.3 Differenzialdiagnose von Insomnien	23
2.3.1 Insomnie als Anpassungsstörung	23
2.3.2 Psychophysiologische Insomnie	23
2.3.3 Paradoxe Insomnie	24
2.3.4 Idiopathische Insomnie	24
2.3.5 Insomnie bei psychiatrischen Erkrankungen	25
2.3.6 Inadäquate Schlafhygiene	25
2.3.7 Kindliche Insomnie	25
2.3.8 Drogen-, Alkohol- und Medikamenteninduzierte Insomnie	25
2.3.9 Insomnie bei organischen Erkrankungen	26
2.4 Wert und Nutzen der apparativen Diagnostik	26
2.4.1 Wo finde ich einen Schlafmediziner?	27
2.4.2 Ambulante Polygrafie bzw. sogenanntes Schlaf-Apnoe-Screening	27
2.4.3 Kardiorespiratorische Polysomnografie	27
2.4.4 Weitere apparative Untersuchungen	27
Kapitel 3: Entstehung und Aufrechterhaltung von Primären Insomnien	28
3.1 Entwicklung des psychophysiologischen Circulus vitiosus	29
3.2 Neurobiologische Befunde bei chronischer Insomnie	34

Kapitel 4: Behandlung von Schlafstörungen	37
4.1 Medikamentöse Therapie	37
4.1.1 Pflanzliche Mittel	38
4.1.2 Alkohol	38
4.1.3 Benzodiazepine	39
4.1.4 Nichtbenzodiazepinhypnotika bzw. Benzodiazepinrezeptoragonisten	41
4.1.5 Antidepressiva	43
4.1.6 Neuroleptika	44
4.1.7 Antihistaminika	44
4.1.8 Chloralhydrat	45
4.1.9 L-Tryptophan	45
4.1.10 Melatonin	46
4.1.11 Neue Entwicklungen	46
4.2 Nichtmedikamentöse Ansätze und deren Effektivität	47
4.2.1 Basisverfahren: Beratung, Aufklärung (Schlafedukation), Schlafhygiene	48
4.2.2 Entspannungsverfahren	49
4.2.3 Stimuluskontrolle	49
4.2.4 Schlafrestriktion und Schlafkompression	51
4.2.5 Paradoxe Intention	51
4.2.6 Kognitive Techniken	51
4.2.7 Multifaktorielle Methoden – Kognitiv-behaviorale Therapieprogramme	52
4.2.8 Andere nichtmedikamentöse Therapieverfahren	53
4.3 Medikamentöse vs. nichtmedikamentöse Interventionen im Vergleich	54
Kapitel 5: Grundlagen der Schlafrestriktion	55
5.1 Hintergrund der Methode	55
5.2 Durchführung einer Schlafrestriktionstherapie	55
5.3 Wirkmechanismus der Schlafrestriktion	57
5.4 Ergebnisse der Effektivitätsstudien	58
Kapitel 6: Evaluation des Schlaftrainings	59
6.1 Ergebnisse	59
6.2 Compliance nach Therapieende	61
6.3 Diskussion	61
6.4 Einzelfallverlauf und polysomnografische Veränderungen nach einer Schlafrestriktionstherapie	62
 II. Therapiemanual Schlafrestriktion	
Kapitel 7: Patientenauswahl: Untersuchungsmethoden, Indikationen und Kontraindikationen	69
7.1 Kompetenzen des Therapeuten	69
7.2 Anamnesegespräch	69
7.2.1 Symptomatik in der Nacht	70
7.2.2 Symptomatik am Tage	71
7.2.3 Störungsverlauf	71
7.2.4 Schlafspezifische Symptome	72
7.2.5 Anamnese weiterer Erkrankungen, Medikamenten- und Suchtmittelanamnese	72
7.3 Fragebögen in der Diagnostik von Insomnien	72

7.3.1	Pittsburgher Schlafqualitätsindex	72
7.3.2	Fragebogen zur Erfassung spezieller Persönlichkeitsmerkmale von Schlafgestörten.	73
7.3.3	Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep scale	73
7.3.4	Fragebögen zur Erfassung von Depressivität	73
7.3.5	Schlafprotokolle.	73
7.3.6	Epworth Sleepiness Scale	74
7.4	Indikation für das Training	74
7.5	Nebenwirkungen	75
7.6	Motivation des Patienten	76
Kapitel 8: Formale Struktur des Trainings		81
8.1	Gruppensetting.	81
8.2	Das Schlaftraining in der Einzeltherapie.	82
Kapitel 9: Der Verlauf der einzelnen Sitzungen		83
9.1	Erste Sitzung	83
9.2	Zweite Sitzung	101
9.3	Dritte Sitzung	107
9.4	Vierte Sitzung	111
9.5	Fünfte Sitzung	132
9.6	Sechste Sitzung	134
Kapitel 10: Was mache ich, wenn ...? Schwierige Therapiesituationen und besondere Indikationen		138
10.1	Patienten, die sich im Vorfeld gegen die Schlafrestriktion entscheiden, und Therapieabbrecher	138
10.2	Therapieverweigerer	138
10.3	Nonresponder.	139
10.4	Ablehnung der konkreten Schlafrestriktions-Vorgaben in der ersten Sitzung.	139
10.5	Akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten	139
10.6	Angst der Patienten vor körperlichen Schäden aufgrund der Maßnahme	140
10.7	Angst der Patienten vor völliger Schlaflosigkeit	140
10.8	Folgen von totaler Schlaflosigkeit	140
10.9	Das Problem „Ohne Schlaf ist mit mir nichts anzufangen“	140
10.10	Patienten mit Wechselschichtarbeit	141
10.11	Indikation für Schlafrestriktion bei verzögerten Schlafphasensyndromen	143
Literatur		145
Adressen		153

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Arbeitsmaterialien, die zur Durchführung des Therapieprogrammes notwendig sind.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Geleitwort zur 1. Auflage

Es ist erstaunlich: obgleich die chronischen Insomnien zu den weitest verbreiteten Beschwerden in unserer zivilisatorischen Welt zählen – jeder 3. Bundesbürger klagt über Schlafstörungen – herrscht der schnelle Griff zur Tablette noch immer in weiten Bereichen vor, ohne dass eine Ursachentherapie erfolgt. Allein an Benzodiazepinen (Schlafmitteln) werden jährlich insgesamt 629 Millionen Einzeldosen konsumiert, wobei die Hälfte davon Frauen über 46 Jahren einnehmen. Patienten und ihre Krankenkassen geben dafür jährlich ca. 250 Millionen DM aus (Zimmer, 1984). Insofern handelt es sich hier um einen durchaus nicht zu unterschätzenden gesundheitspolitischen Faktor. Obgleich längst belegt und durch die Fachpresse bekannt ist, dass Hypnotika nur zeitlich begrenzt eingesetzt werden dürfen und dies möglichst gleich in Kombination mit nonmedikamentösen Therapieverfahren, sieht die tatsächliche Verschreibungspraxis anders aus. Hier besteht ein deutlicher Mangel. Nicht selten werden auch heute noch Hypnotika wie Benzodiazepine über Monate, zum Teil auch über Jahre verordnet, was wir 1996 in einer Studie bei niedergelassenen Ärzten in Nordrhein-Westfalen nachweisen konnten. Nach eigenen Angaben verordneten 65 % der Ärzte ihren Patienten in bis zu 25 % der Fälle Benzodiazepine über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten, 10 % der Ärzte tun dies sogar bei 76 bis 100 % ihres schlafgestörten Klientels, und das oft, ohne dass es in diesen Zeiten zu grundlegenden Besserungen der Beschwerden kommt.

Andererseits aber mangelt es auch heute noch an effizienten schlafstörungsspezifischen nonmedikamentösen Therapien, sowie entsprechend praktikablen Therapieangeboten. Daher ist es ein wesentliches Anliegen der neueren Schlafforschung, der wissenschaftlichen Somnologie sowie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) hier Abhilfe zu schaffen. Hier konnten im Schlaflabor des Psychologischen Institutes II der Universität Münster, in interdisziplinärer Zusammenarbeit und nach gründlichen Vorarbeiten in den letzten Jahren, bedeutsame Erfolge in der Entwicklung und Evaluierung nonmedikamentöser schlafstörungsspezifischer Behandlungsverfahren erzielt und veröffentlicht werden. Mit dem vorliegenden Buch- und Therapiemanual, das von Dr. T. Müller und Dr. B. Paterok auf dem Grundprinzip der Schlafdruckerhöhung durch Schlafrestriktion in unserem Schlaflabor entwickelt und wissenschaftlich überprüft wurde, wird ein wichtiges und effektives Therapieprogramm vorgelegt, dem wir zum Nutzen der vielen an Schlafstörungen leidenden Patienten eine schnelle und weite Verbreitung sowie eine weiterhin so erfolgreiche Anwendung sowohl in der medizinischen wie auch insbesondere in der verhaltenstherapeutischen Praxis wünschen.

Münster Prof. Dr. Christian Becker-Carus

Vorwort zur 1. Auflage

Das vorliegende Schlaftraining basiert auf der Methode der Schlafrestriktion (Schlafverkürzung). Schlafrestriktion als ein Therapieverfahren zur Behandlung von Patienten mit Insomnie einzusetzen, klingt unsinnig. Denn wie soll jemand, der über einen Mangel an Schlaf klagt, der nicht einschlafen kann, nachts häufig wach wird und lange wach liegt, von einer Verkürzung seiner Ruhezeit profitieren? Der Schlüssel zur Beantwortung dieser Frage liegt im Fehlverhalten des Patienten selbst: Gerade weil er nicht gut schlafen kann, bemüht er sich, durch zusätzliche Ruhezeiten und besondere Schonung am Tage sein Schlafquantum zu bekommen. Da diese Bemühungen meist fehlschlagen, klafft die Schere zwischen Ruhezeit und Schlafzeit weit auseinander und damit steigt die Verzweiflung des Patienten, der die Hoffnung aufgegeben hat, sein Schlafproblem je wieder in den Griff zu bekommen. Und genau hier setzt die Schlafrestriktionstherapie an, indem sie dem Patienten einen Weg zeigt, wie er die Diskrepanz zwischen Schlafwunsch und Schlaffähigkeit wieder ins Lot bringen kann. In klinischen Studien hat sich die Schlafrestriktion (eigentlich: Restriktion der Bettruhezeit), eine spezifisch verhaltenstherapeutische Methode zur Behandlung von chronifizierten Schlafstörungen, als äußerst wirksam erwiesen. Sie wurde von Spielman und Mitarbeitern in New York entwickelt und 1987 erstmals publiziert.

Es ist das Verdienst von Tilmann Müller und Beate Paterok vom Schlaflabor des Psychologischen Institutes der Universität Münster, einem führenden Zentrum der Insomnieforschung in Deutschland, die Effizienz der Schlafrestriktion als Gruppentherapieprogramm weiterentwickelt und praktisch erprobt zu haben. Das vorliegende Therapiemanual ist für Verhaltenstherapeuten geschrieben, die mit dem Problem Insomnie in der täglichen Praxis konfrontiert sind. Das Buch verschafft gerade dem Therapeuten, der kein Spezialist für Schlafstörungen ist, das notwendige Wissen über die Diagnostik von Schlafstörungen und

insbesondere der Insomnie, das er braucht, damit er anhand von Ein- und Ausschlusskriterien beurteilen kann, bei welchen Patienten die Schlafrestriktionstherapie geeignet ist. Das Buch stellt übersichtlich und detailliert sämtliche Materialien zur Verfügung, die für die Eingangsdiagnostik, die Durchführung der Therapie und die Kontrolle des Therapieerfolges erforderlich sind. Das Programm umfasst sechs Kursstunden von je 90 Minuten Dauer. Die Autoren haben das Kurzprogramm in eigenen Studien evaluiert. Die Schlafrestriktionstherapie ist nach den vorliegenden Daten effektiv und die Therapieeffekte erwiesen sich bei einer Nachuntersuchung nach 6 Monaten als therapieüberdauernd.

Das Buch umfasst einen einleitenden Teil mit einer vergleichenden Darstellung der verschiedenen Klassifikationssysteme für Schlafstörungen und eine Übersicht über medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapieverfahren bei Insomnie. Im anschließenden Hauptteil wird das Therapiemanual mit Angaben zur Patientenauswahl und der Struktur des Trainingsprogramms detailliert dargestellt. Der jeweilige Sitzungsanhang bietet dem Anwender in praxisgerechter Aufarbeitung alle Unterlagen und Materialien, die er zum Erlernen der Therapie und zu ihrer Durchführung benötigt.

Die Nagelprobe der Somnologie ist der Erfolg bei der Behandlung von Schlafstörungen. Aber gerade bei der Behandlung primärer chronischer Insomnien bestehen derzeit schwerwiegende Defizite, zum einen, weil ein Mangel an effizienten schlafspezifischen Therapien besteht, zum andern, weil viel zu wenig Therapeuten für die Behandlung von Schlafstörungen ausgebildet sind. Bücher wie das vorliegende können hier Abhilfe schaffen. Ich wünsche daher dem praxisorientierten und didaktisch vorzüglich gestalteten Manual zur Schlafrestriktionstherapie eine weite Verbreitung in der verhaltenstherapeutischen Praxis.

Erfurt

PD Dr. Hartmut Schulz

Vorwort zur 2. Auflage

Zehn Jahre Erfahrung in der Anwendung des Schlaftrainings, unzählige Rückmeldungen von Kollegen und Patienten sind nicht spurlos an diesem Buch vorbeigegangen. Unter pragmatischen Gesichtspunkten der Durchführbarkeit haben wir diese Rückmeldungen dankbar aufgegriffen. Zusätzlich aufgenommen wurden viele Ergänzungen, insbesondere wie eine Schlafrestriktionstherapie in Kombination mit einer bestehenden medikamentösen Therapie erfolgreich umgesetzt werden kann. Im Theorieteil wurden die Weiterentwicklung der medikamentösen Therapie, die neuen Klassifikationssysteme und die neuen Grundlagenerkenntnisse zur Pathogenese der chronischen Insomnie berücksichtigt. An vielen Stellen sind vertiefte Praxiserfahrungen mit ein-

geflossen und erlauben nun ein an die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten stärker angepasstes Vorgehen. Die didaktischen Materialien wurden ergänzt und überarbeitet. Therapeuten, die den Einsatz von Computer und Beamer nicht scheuen, stehen zusätzlich Präsentationsvorlagen zur Verfügung, die hoffentlich die Arbeit weiter erleichtern. Den Aufwand einer erneuten Überarbeitung haben wir nicht zuletzt deswegen gerne auf uns genommen, weil viele Kollegen und Patienten uns immer wieder positive Rückmeldungen zur Effektivität des hier beschriebenen Vorgehens gegeben haben.

Münster, August 2009

Tilman Müller
Beate Paterok

I. Theoretische Grundlagen

Kapitel 1

Problemkreis Insomnie – Erscheinungsbild und Auffälligkeiten

Beispiel:

Stellen Sie sich vor, Sie hätten die letzte Nacht – aus irgendeinem Grunde – schlecht geschlafen. Sie haben sich durch den heutigen Tag geschleppt, es ist Abend geworden und Sie gehen mit der Erwartung zu Bett, den verlorengegangenen Schlaf in dieser Nacht nachzuholen. Obwohl Sie sich todmüde fühlen, können Sie aber auch in dieser Nacht erst nach längerer Zeit einschlafen und werden zudem nachts immer wieder wach. Sie haben das Gefühl, den Großteil der Nacht bestenfalls im Halbschlaf zu verbringen. Den ganzen nächsten Tag über fühlen Sie sich gerädert, kaputt, zerschlagen und bedrückt. Gegen Abend fangen Sie an, zu überlegen „Wie wird die kommende Nacht werden?“. Vorsichtshalber gehen Sie allen Anstrengungen und Aktivitäten am Abend aus dem Wege, um sich heute auf jeden Fall eher ins Bett zu legen. Einem Freund, der Sie abends noch einladen will, sagen Sie mit der Begründung ab, dass Sie viel zu müde seien. Dann kommt die Nacht. Sie können gut einschlafen, aber bereits nach drei Stunden werden Sie wieder wach und merken, es ist erst 1 Uhr. Sie sind nicht nur hellwach, sondern denken mit Schrecken an den bevorstehenden Tag: „Es ist schon wieder so weit!“, „Was ist denn mit mir los?“, „Wie soll ich morgen in der Arbeit funktionieren?“.

Das hier geschilderte Szenario aus unerholsamem Schlaf, quälenden Wachphasen in der Nacht und einer beeinträchtigten Vigilanz am Tage spielt sich bei Schlafgestörten nicht erst seit Tagen, sondern seit Jahren ab. Allzu oft machen sie, wenn sie über ihre Schlafstörungen sprechen, die Erfahrung, dass sie nicht ernst genommen werden: Der Bettpartner bestreitet, dass sie die ganze Nacht wach gelegen hätten; der Arbeitskollege empfiehlt ihnen, sich mehr zu entspannen und mal ein Glas Rotwein zu trinken. Zu der quälenden Einsamkeit in der Nacht gesellt sich die zunehmend beeinträchtigte Lebensqualität am Tage und das Gefühl, der Störung komplett ausgeliefert zu sein.

Tatsächlich gehören – neben Kopfschmerzen – Schlafstörungen zu den am weitest verbreiteten psychosomatischen Beschwerden. Von den über 80 verschiedenen Diagnosen, die in der internationalen Klassifikation der Schlaf-Wach-Störungen (ICSD; American Academy of Sleep Medicine, 2005) aufgelistet sind, stellen Insomnien eine der häufigsten Störungsformen dar. Epidemiologischen Studien zeigen, dass in Europa 4 bis 22% der erwachsenen Bevölkerung unter klinisch bedeutsamen Ein- oder Durchschlafstörungen mit konsekutiver Tagesbeeinträchtigung leiden (Hajak & on behalf of the SINE study group, 2001). Die sowohl in der ICSD als auch ICD-10 genannten Kriterien der Insomnie geben als Mindestdauer einen Zeitraum von vier Wochen an. In der Realität sind chronische Schlafstörungen jedoch erheblich langlebiger. Zwei Drittel der Betroffenen leiden bereits seit länger als einem Jahr, ein Drittel bereits seit länger als fünf Jahren an ihren Schlafstörungen (Hohagen et al., 1993). Längsschnittstudien belegen, dass es bei nur einem geringen Anteil der Betroffenen zu einer Remission der Beschwerden kommt (Morphy et al., 2007). Chronische Insomnie ist nicht nur häufig und langlebig. Sie hat auch ihre Konsequenzen: Auf ca. 2 Billionen Dollar werden allein die direkten Behandlungskosten in den USA geschätzt. Folgekosten durch erhöhte Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Unfallgefährdung kommen hinzu und summieren sich nach Grobschätzungen auf 14 Billionen Dollar jährlich (Walsh & Engelhardt, 1999).

Dieser weiten Verbreitung steht nach wie vor eine äußerst dürftige Versorgungslage gegenüber. Während die Diagnostik von Schlafstörungen inzwischen durch spezialisierte schlafmedizinische Zentren relativ zufriedenstellend abgedeckt ist, mangelt es nach wie vor an adäquaten störungsspezifischen nichtmedikamentösen Behandlungsangeboten (Robert-Koch-Institut, 2005). Ebenso besteht eine große Kluft zwischen der Lehrbuchmeinung, nach der Hypnotika nur zeitlich begrenzt, am besten in Kombination mit nichtmedikamentösen Verfahren eingesetzt werden dürfen, und der tatsächlichen Verschreibungspra-

xis. Hier nämlich gehört es nicht zur Seltenheit, dass Insomniepatienten über Jahre Hypnotika verschrieben bekommen (Wittchen et al., 2001).

Schlafstörungen können eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen haben. Auf die diagnostischen Kategorien und Kategoriensysteme wird in Kapitel 2 eingegangen werden. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich zunächst mit dem Erscheinungsbild und typischen Auffälligkeiten, die man in der Praxis bei Patienten mit Schlafbeschwerden antrifft.

1.1 Subjektive und objektive Schlafbeschwerden

Insomniepatienten klagen in der Regel über Ein- und/oder Durchschlafbeschwerden, sowie über flachen, nicht erholsamen Schlaf. Häufig findet im Laufe der Störungsgeschichte eine Verschiebung von zunächst Einschlafbeschwerden hin zu Durchschlafproblemen oder umgekehrt statt. In der globalen Einschätzung neigen die Betroffenen zu Katastrophisierungen in Bezug auf die Schwere der Störung. Der Patient gibt z. B. an, seit Jahren jede Nacht nur 1 bis 3 Stunden zu schlafen. Genaueres Nachfragen (z. B. wie war der Schlaf in den vergangenen drei Nächten) oder auch die 14-tägige Selbstprotokollierung des Schlaf-Wach-Verhaltens mit Hilfe von Schlafprotokollen ergibt zumeist eine Relativierung: Die mittlere Schlafdauer erweist sich dann häufig als deutlich höher und auch die Auftretenshäufigkeit relativiert sich insofern, als sich in aller Regeln nach zwei bis drei katastrophalen Nächten eine Erholungsnacht mit verbesserter Schlafqualität findet. Statt solche Erholungsnächte als nach wie vor funktionierenden Ausgleichsmechanismus zu erleben, dominiert in der Sichtweise der Betroffenen jedoch der Eindruck, dass der Schlaf völlig unberechenbar mal gut, mal schlecht ausfallen kann. Diese Furcht vor der Unkontrollierbarkeit des eigenen Schlafes geht so weit, dass teilremitierte Patienten bei einer erneuten Verschlechterung unmittelbar und sofort nach dem Motto; „Jetzt geht es wieder los“ mit gesteigerten Erwartungssängsten reagieren, und zwar selbst dann, wenn die Verschlechterung einen objektiven Anlass (z. B. eine Trennungskrise) hat.

Neben dem hier beschriebenen Patiententypus trifft man – allerdings seltener – Patienten, die darauf beharren, seit Jahren/Monaten oder Wo-

chen überhaupt nicht zu schlafen. Sofern eine psychiatrische Grunderkrankung ausgeschlossen werden kann, handelt es sich bei diesen Patienten um solche mit einer ausgeprägten Fehlbeurteilung des Schlafes.

Die Fehlwahrnehmung bzw. die Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung des Patienten und der objektiven polysomnografischen Messung im Schlaflabor stellt ein typisches Merkmal von Schlafstörungen dar (Hauri & Olmstead, 1983).

Insomniepatienten überschätzen typischerweise ihre Einschlaflatenz und nächtliche Wachdauer und unterschätzen die tatsächliche Aufwachhäufigkeit und gesamte Schlafdauer (Carskadon et al., 1976; Paterok & Weglage, 1993). Ein Teil dieser Fehleinschätzung kann darauf zurückgeführt werden, dass die – zwischen mehrere kürzere Wachphasen eingestreuten – Leichtschlafphasen von den Patienten als durchgehende Wachzeit erlebt werden (Knab & Engel, 1988). Da 50% einer gesunden Nacht in den Leichtschlafstadien NREM-1 und NREM-2 verbracht werden, in denen eine Wahrnehmung von äußeren und inneren Reizen (Geräusche, Gedanken) partiell möglich ist, handelt es sich bei der Fehlwahrnehmung möglicherweise auch um eine ins pathologisch gesteigerte Form des sogenannten „Ammenschlafphänomens“.

Des Weiteren werden kurze Mikroarousals (EEG-Beschleunigungen von 3 bis 15 Sekunden Dauer; American Sleep Disorders Association, 1992) als mögliche Ursache diskutiert.

Insgesamt ergibt sich also ein Gefälle zwischen subjektiver Globaleinschätzung, subjektiver Verlaufsprotokollierung und objektiver polysomnografischer Aufzeichnung. Ein auch für die Patientenedukation geeignetes Beispiel (Paterok & Weglage, 1993) ist in Tabelle 1 dargestellt.

Dennoch ergibt die polysomnografische Aufzeichnung bei den meisten Insomniepatienten (mit Ausnahme extremer Fälle von Fehlwahrnehmung) klinisch bedeutsame Auffälligkeiten, die sich jedoch häufig weniger in der beklagten verminderten Schlafdauer, als in einer verringerten Schlafkontinuität und Schlafqualität niederschlagen.

Zu der Beschwerde über den gestörten Schlaf per se gesellt sich in aller Regel die Belastung durch

Tabelle 1: Störungswahrnehmung: Verhältnis von subjektiven und objektiven Messungen

Schlafparameter	Globalschätzung	Schlafprotokoll	Polysomnografie
Gesamtschlafdauer	240 min	360 min	390 min
Einschlafdauer	75 min	25 min	20 min
Nächtliche Wachdauer	45 min	30 min	4 min
Aufwachhäufigkeit	2-mal	1-mal	8-mal

die nächtlichen Wachliegezeiten selber. Diese werden aufgrund der in ihnen stattfindenden ängstlich-zwanghaften Kognitionen („nicht richtig abschalten können“) häufig als extrem aversiv erlebt.

1.2 Tagesbeschwerden

Neben den nächtlichen Beschwerden klagen Insomniepatienten über quälende Symptome am Tage: Müdigkeit, Anspannung, „Sich wie gerädert fühlen“, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Konzentrations- und Leistungsdefizite sind die typischen Beschreibungen der Tagesbeeinträchtigung. Ähnlich wie bei den Schlafbeschwerden findet man allerdings bei dem Objektivierungsversuch dieser Symptome (z. B. mit Hilfe entsprechender Leistungs- und Reaktionszeittests) keine durchschlagenden Ergebnisse (Bonnet, 1984). Tatsächlich zeigt die überwiegende Anzahl bisheriger Studien, dass die chronische Insomnie weder zu Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit noch zu körperlichen Schädigungen führt (Orff et al., 2007; Phillips & Mannino, 2005; Riedel & Lichstein, 2000; Riemann & Voderholzer, 2002; Taylor et al., 2003). Gut dokumentiert ist hingegen, dass chronische Insomnie mit einem gesteigerten Risiko für psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen einhergeht und dass die Lebensqualität von chronischen Insomniepatienten klinisch bedeutsam gemindert ist.

Es scheint so, dass die überdauernde und nicht die punktuelle Leistung und Motivation bei den Betroffenen am meisten beeinträchtigt ist. Gerade das trägt aber zu einer Verminderung der globalen Lebensqualität und dem Gefühl bei, sich „ständig überwinden bzw. aufraffen zu müssen“. Kennzeichnend für Insomniepatienten ist auch – trotz der quälenden Müdigkeit – die Unfähigkeit, am Tage zu schlafen. Sie legen sich häufiger hin

und versuchen „mindestens körperlich zu ruhen“, können aber nach eigenen Aussagen in der Regel nicht richtig einschlafen („höchstens eindösen“). Zu solchen Dösephasen kann es häufiger am Tage bzw. Abend kommen. Das Bedürfnis nach Schlafen, Ruhe und Erholung drängt auf Dauer die sozial-gesellschaftlichen Bedürfnisse zurück: Ein Leben auf Sparflamme ist vorprogrammiert (vgl. das Störungsmodell in Kap. 3).

Beeinträchtigt sind also primär Befindlichkeit, psychische Stabilität, Motivation, Antrieb und die korrekte Selbstwahrnehmung bezüglich der eigenen Leistungsfähigkeit. Da die Vorstellung des Patienten, durch Schlafmangel zu erkranken oder nicht arbeitsfähig zu sein, einen substanziellen Bestandteil des Circulus vitiosus der chronischen Insomnie bildet, ist es ein wichtiger Therapiebestandteil, den Patienten in seinen dysfunktionalen Vorstellungen zu korrigieren, ohne ihm dabei den Eindruck zu vermitteln, man bagatellisiere oder ignoriere das Ausmaß seiner subjektiv erlebten Beeinträchtigung.

1.3 Typische Persönlichkeits-, Verhaltens- und kognitive Muster

Sucht man nach spezifischen Merkmalen eines Insomniepatienten, so ist das Fokussieren auf das Schlafgeschehen die herausragende Auffälligkeit, die ihn inhaltlich von anderen psychosomatisch gestörten Patienten unterscheidet. Das konkrete Erscheinungsbild des Focussings findet man in den schlaf- und leistungsspezifischen Kognitionen der Insomniepatienten. Im Kapitel 3 wird anhand der Schlafmythen deutlich, welchen Stellenwert Kognitionen bei der Aufrechterhaltung der Schlafstörungen haben. Der Regelmechanismus solcher dysfunktionalen Kognitionen (z. B. „Ich muss immer tief und fest schlafen“, „Ich werde nie wieder gut schlafen können“, „Ich werde nie so leistungsfähig sein können wie früher“ etc.) entspricht

dem in der kognitiven Depressionstherapie beschriebenen Muster (z. B. Beck et al., 2004).

Über diesen Unterschied hinaus findet man auch bei Schlafgestörten die typischen Merkmale somatisierender Persönlichkeiten: Erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit, verstärkte Klagsamkeit, verstärkter Neurotizismus, Internalisierung von Gefühlen (Coursey et al., 1975; Hoffmann et al., 1995).

Ob dieses Profil als Folge oder Ursache der Insomnie angesehen werden kann, ist nach wie vor umstritten. Zweifelsohne tragen aber die Folgen der Schlafstörung zu einer zunehmenden Verstärkung der hier beschriebenen Merkmale bei.

Es ist auch kein Wunder, dass nach einer mehrjährigen Patientenkarriere die Betroffenen eine depressive und hilflose Grundhaltung aufweisen, die nicht zuletzt einer nichtmedikamentösen Maßnahme entgegenwirken kann.

1.4 Diagnostisch-therapeutische Vorerfahrungen der Insomniepatienten

Bevor ein Insomniepatient das erste Mal mit einem auf Schlafbeschwerden spezialisierten Arzt/Psychologen in Kontakt kommt, vergehen im Mittel 12 bis 14 Jahre (Kales & Kales, 1984; Lacks, 1987). In dieser Zeit haben die Patienten zumeist nichts unversucht gelassen, ihre Störung selber zu behandeln. Die folgenden Beispiele stellen nur eine Auswahl der Versuche dar, die am häufigsten von unseren Patienten berichtet werden:

- Schlaftees und andere Phytotherapeutika,
- Wechsel des Schlafraumes,
- Anschaffung eines neuen Bettes, einer neuen Matratze,
- Überprüfung von Wasseradern, Elektrosmog und andere paramedizinische Maßnahmen,

- Amalgam-Entfernung,
- Ernährungsumstellung,
- exzessiver Sport,
- Entspannungstrainings,
- Hypnose,
- Akupunktur,
- Homöopathie.

Zu diesen Selbstversuchen kommen wiederholte medikamentöse Interventionen von Hausärzten, Internisten, Neurologen und Psychiatern, sowie teilweise psychotherapeutische Behandlungen mit Gesprächs- oder tiefenpsychologisch orientierten Verfahren hinzu. Meist zeigen diese Interventionen – wenn überhaupt – nur kurzfristige Erfolge. Diese Behandlungsversuche scheitern nicht zuletzt an der fehlenden differenzialdiagnostischen Abklärung im Vorfeld, einer extrem kurzen Störungsanamnese beim Niedergelassenen und einer fehlenden therapeutischen Kontrolle. Diese Vorgeschichte kann dazu führen, dass man es am Ende im Schlaflabor mit einem der folgenden Patiententypen zu tun hat:

- Durch die vielen Fehlversuche glaubt der Patient nicht mehr daran, dass ihm noch etwas helfen kann.
- An den Schlafspezialisten werden extrem hohe Erwartungen gerichtet, da der Patient glaubt, endlich an der richtigen Adresse zu sein.
- Der Patient hat schon selber viele einfache, verhaltenstherapeutische Tricks ausprobiert, und erwartet vom Schlafspezialisten absolut neue, revolutionäre Maßnahmen.

Neben einer sorgfältigen Diagnostik bedarf die erfolgreiche Behandlung von Insomniepatienten daher immer:

- a) einer Aufklärung des Patienten über Sinn und Zweck der verordneten Maßnahmen und
- b) einer Abklärung der intrinsischen Motivation des Patienten und seines Leidensdruckes.

Kapitel 2

Klassifikation und Diagnostik von Schlafstörungen

Die meisten Menschen verbinden mit dem Begriff „Schlafstörung“ vorrangig klassische Ein- und Durchschlafstörungen, einige vielleicht zusätzlich das inzwischen bekannte krankhafte Schnarchen bzw. das sogenannte „obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom“. Den wenigsten ist bekannt, dass die moderne Schlafmedizin heutzutage über 80 verschiedene Formen und Ursachen von Schlafstörungen bzw. genauer gesagt „Schlaf-Wach-Störungen“ unterscheidet. Sie lassen sich nach unterschiedlichen Aspekten klassifizieren, wobei die Diskussion hinsichtlich der Symptomatik und der Ätiologie noch nicht abgeschlossen ist.

Die diagnostische Zuordnung wird dadurch erschwert, dass es sich im Einzelfall bei einem Patienten mit Schlafstörungen in aller Regel um ein komplexes Beschwerdebild handelt, auf das häufig gleich mehrere schlafspezifische Diagnosen zutreffen und das zumeist multiple auslösende und aufrechterhaltende Faktoren aufweist. So ist es z. B. durchaus nicht selten, dass ein Patient mit einer schlafbezogenen Atmungsstörung wie dem obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom gleichzeitig unter einer Insomnie und einer klinisch relevanten Depression leidet.

Der Komplexität des Beschwerdebildes werden Klassifikationssysteme gerecht, die eine hohe Differenziertheit und einen Vollständigkeitsanspruch aufweisen. Hierzu zählt vor allem die In-

ternationale Klassifikation der Schlafstörungen, die inzwischen in einer zweiten überarbeiteten Auflage vorliegt (American Academy of Sleep Medicine, 2005). In der Praxis eines nicht speziell in Schlafmedizin geschulten Kliniklers erweisen sie sich allerdings als zu komplex und daher unhandlich.

Die größeren Klassifikationssysteme (DSM-IV-TR der American Psychiatric Association, dt. Saß et al., 2003) und die „International Classification of Diseases“, (ICD-10; WHO, 1991) suggerieren andererseits eine klare und eindeutige Zuordnung, wie sie in der Realität kaum gegeben ist. Diese Systeme haben aber den Vorteil einer größeren Praktikabilität.

2.1 Übersicht über die Klassifikation nach ICD-10 und ICSD

Die folgende Darstellung der Klassifikationssysteme beschränkt sich auf deren Grobstruktur. Auf die Darstellung der DSM-IV-Klassifikation, die vor allem im wissenschaftlichen Kontext ihre Bedeutung hat, wird in diesem praxisorientierten Manual verzichtet. Das im Rahmen dieses Trainingsprogramms relevante Störungsbild der primären Insomnie wird im Kapitel 2.3 ausführlich behandelt. Für eine valide Diagnose ist die Kenntnis der anderen Störungsarten natürlich Grundvoraussetzung.

Tabelle 2: Klassifikation von Schlafstörungen

Nach der Symptomatik	<ul style="list-style-type: none">• Insomnien (Ein- und/oder Durchschlafstörungen)• Hypersomnien (Störungen mit einem Übermaß an Schläfrigkeit/Schlafbedürfnis)• Parasomnien (nächtliche Verhaltensauffälligkeiten)• Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen• schlafbezogene Bewegungsstörungen• schlafbezogene Atmungsstörungen
Ätiologisch	<ul style="list-style-type: none">• primär (nichtorganisch, nicht psychiatrisch)• organisch• psychiatrisch• umweltbedingt

2.1.1 Klassifikation nach ICD-10

In der „International Classification of Diseases“ der WHO erfolgt die diagnostische Zuordnung unterteilt in nichtorganische versus organische Schlafstörungen (vgl. Tab. 3). Nichtorganische Schlafstörungen finden sich in dem für Psychotherapeuten relevanten fünften Kapitel (Dilling et. al., 1993). Sie sind hier der Untergruppe „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ zugeordnet.

Das innerhalb der Schlafmedizin wichtige Störungsbild des sogenannten „Restless-Legs-Syndroms“ ist innerhalb der ICD-10 nicht den Schlafstörungen zugeordnet, sondern findet sich innerhalb der neurologischen Krankheitsbilder als „Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen“ (G25.8).

2.1.2 Klassifikation nach ICSD

Das ICSD-2 („International Classification of Sleep Disorders“) der American Sleep Disorders Association (American Academy of Sleep Medicine, 2005) spiegelt von allen derzeit verfügbaren Diagnosesystemen den aktuellen Kenntnisstand am besten wider. Im Gegensatz zur ersten Version der ICSD (American Sleep Disorders Association, 1990) wurde auf ein axiales System verzichtet und die Klassifikation beschränkt sich jetzt allein auf die diagnostische Einordnung von

Schlaf-Wach-Störungen ohne Angabe von diagnostischen Prozeduren und Methoden wie z. B. der Polysomnografie (früher Achse B) oder einer zusätzlichen Kodierung von Begleiterkrankungen (früher Achse C). Die ätiologisch orientierten Begriffe einer „intrinsischen“ vs. „extrinsischen“ Dysomnie wurden zugunsten einer deskriptiv-symptomorientierten Beschreibung aufgegeben. Die Störungsbilder sind in acht Hauptgruppen unterteilt.

Bevor näher auf die Differenzialdiagnostik der Insomnie eingegangen wird, werden im nächsten Abschnitt zunächst die Charakteristika der wichtigsten anderen Schlafstörungenarten erläutert.

2.2 Andere Schlaf-Wach-Störungen

2.2.1 Schlafbezogene Atmungsstörungen – das Schlaf-Apnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)

Bei Schlaf-Apnoe-Syndromen kommt es während des Schlafes zu einer Verminderung (Hypopnoe) und/oder Stagnation (Apnoe) des Atemflusses. Ursachen hierfür sind eine Verlegung der oberen Atemwege durch schlafbedingte Muskelerlaffung oder das Ausbleiben des zentralen Atemimpulses. Apnoen und Hypopnoen können mit unterschiedlicher Häufigkeit während der Nacht auftreten: Ein Apnoe/Hypopnoe-Index (AHI) von weniger als 5 bis 10 pro Stunde gilt

Tabelle 3: Klassifikation von Schlafstörungen nach ICD-10 (Klassifikationsnummer in Klammer)

Nichtorganische Schlafstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • nichtorganische Insomnie (F51.0) • nichtorganische Hypersomnie (F51.1) • nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.2) • Schlafwandeln (F51.3) • Pavor Nocturnus (F51.4) • Alpträume (F51.5) • andere nichtorganische Schlafstörungen (F51.8) • nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörungen (F51.9)
Schlafstörungen organischen Ursprungs	<ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0) • Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis (G47.1) • Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (G47.2) • Schlaf-Apnoe (G47.3) • Narkolepsie und Kataplexie (G47.4) • Sonstige Schlafstörungen (G47.8) • Schlafstörung, nicht näher bezeichnet (G47.9)

Klassifikation von Schlafstörungen nach ICSD-2

1. *Insomnien*: Diese Gruppe umfasst die klassischen Ein- und Durchschlafstörungen
 2. *Schlafbezogene Atmungsstörungen*: Obstruktive und zentrale Schlaf-Apnoe- und Hypoventilations-Syndrome
 3. *Hypersomnien zentralen Ursprungs*: Störungen, die mit einem Übermaß an Schläfrigkeit oder Schlafbedürfnis einhergehen ohne dass eine andere Schlafstörung wie z.B. das Schlaf-Apnoe-Syndrom hierfür die Ursache ist.
 4. *Circadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen*: Abweichungen vom normalen 24h-Schlaf-Wach-Rhythmus wie z.B. durch Jetlag oder Schichtarbeit verursacht.
 5. *Parasomnien*: Hierzu zählen unerwünschte Verhaltensauffälligkeiten beim Schlaf-Wach-Übergang oder während des Schlafens wie z.B. das Schlafwandeln
 6. *Schlafbezogene Bewegungsstörungen*
 7. *Isolierte Symptome und Normvarianten*
 8. *Sonstige nicht eindeutig zuordenbare Schlafstörungen*
- Anhang A: andere organische Störungen von besonderer Bedeutung in der Schlafmedizin
Anhang B: andere psychiatrische Störungen, die häufig mit Schlafstörungen einhergehen

i. d. R. als unbedenklich, sofern keine der unten angegebenen Begleitsymptome am Tage und/oder Folgeerkrankungen auftreten. Neben dem AHI sind zusätzlich Dauer der Atempausen und Ausmaß der Entsättigung mit ausschlaggebend, ob eine weitere Behandlung erfolgen muss. Schlaf-Apnoe-Syndrome verursachen überwiegend eine Hypersomnie mit Tagesschläfrigkeit. Bei leichteren Formen kann aber auch eine Insomniebeschwerde auftreten.

Leitsymptome der Schlaf-Apnoe sind

- lautes und unregelmäßiges Schnarchen,
- schlafgebundene Atempausen (Bericht des Bettpartners),
- unruhiger und nicht erholsamer Schlaf,
- abruptes Erwachen, z. T. mit Atemnot,
- morgendliche Kopfschmerzen und Mundtrockenheit,
- Tagesmüdigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrations- und Leistungsschwäche,
- Libido- und Potenzstörungen.

Bereits bei der Symptomtrias von bekanntem Schnarchen, Atempausen und Tagesschläfrigkeit besteht eine Wahrscheinlichkeit von über 90%, dass der Betroffene diese Störung aufweist. Insbesondere bei übergewichtigen Patienten mit arterieller Hypertonie sollte der Diagnostiker gezielter nach diesen schlafspezifischen Merkmalen fragen. Ebenfalls häufig findet sich ein Schlaf-Apnoe-Syndrom bei – durchaus auch schlanken Menschen – mit ausgeprägter mandibulärer Retrognathie (Überbiss bzw. zurückliegender Unterkiefer und dadurch bedingt eine stärkere

Verengung des hinteren Rachenraumes). Eine rechtzeitige Erkennung und Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen ist von größter Bedeutung, da die wiederkehrenden nächtlichen Herz-Kreislauf-Aktionen im Laufe der Jahre zu Folgeerkrankungen wie Hypertonie, Herz-Rhythmusstörungen, Herzinfarkt und Schlaganfall führen. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom stellt damit eine der wenigen potenziell vital bedrohlichen Schlaf-erkrankungen dar. Etwa 4% der männlichen und 2% der weiblichen Bevölkerung sind von der Erkrankung betroffen. Die Häufigkeit nimmt mit dem Alter erheblich zu.

Die Standardbehandlung besteht in einer apparativen Dauertherapie, bei welcher der Patient nachts eine Nasenmaske trägt, über die mit einem permanenten Luftdruck der Atemweg offen gehalten wird (sog. „nCPAP-Therapie“). Gerade bei Patienten mit gering ausgeprägtem Leidensdruck führt die Maskentherapie zu Complianceproblemen und/oder zieht sekundäre Ein- und Durchschlafstörungen nach sich.

2.2.2 Hypersomnien zentralen Ursprungs – Narkolepsie (ICD-10: G47.4)

Bei der Narkolepsie als wichtigste eigenständige Hypersomnie handelt es sich um eine seltene (0,02 bis 0,18% der Bevölkerung), in der Symptomatik aber schwerwiegende neurologische Störung. Die Hauptsymptome bestehen in einer erhöhten Tagesschläfrigkeit mit teilweise unbe-

zwingbaren Einschlafattacken, die mehrfach am Tage auftreten können. Weitere häufige Symptome sind:

- **Kataplexien:** Plötzlich auftretender Verlust der Muskelspannung entweder einzelner Muskeln (z. B. nur im Gesicht oder nur ein Arm) oder der gesamten Muskulatur (Betroffener sinkt zusammen, ist aber bei Bewusstsein). Kataplexien werden bevorzugt durch intensive Emotionen wie Freude, Angst, Schrecken, Erwartungsdruck ausgelöst.
- **Schlaflähmung:** Als Schlaflähmung bezeichnet man das Phänomen, aufzuwachen, sich aber mehrere Minuten lang nicht bewegen und nicht sprechen zu können. Es handelt sich dabei um ein Andauern der im REM-Schlaf vorherrschenden Muskelatonie.
- **Hypnagoge/hypnopompe Halluzinationen:** Lebhaft bildliche oder akustische traumähnliche Eindrücke beim Einschlafen (hypnagog) oder beim Aufwachen (hypnopomp).
- **Nächtliche Durchschlafstörungen mit gehäuftem Erwachen.**

Bei der Narkolepsie handelt es sich vermutlich um eine irreversible Autoimmunerkrankung, bei der es zu einem chronischen Defizit des Neurotransmitters Orexin kommt. Die Therapie besteht zurzeit in der symptomatischen Behandlung mit vigilanzsteigernden Substanzen (insbesondere Modafinil) und Medikamenten zur Therapie der REM-Schlaf-assoziierten Symptome (i. d. R. trizyklische REM-suppressive Antidepressiva).

2.2.3 Circadiane Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen (ICD-10: F51.2)

Bei Störungen des circadianen Schlaf-Wach-Rhythmus ist die Insomniebeschwerde in der Nacht mit einem verstärkten Schlafdrang zu sozial untypischen Zeiten verbunden. Gleichzeitig ist die Schlafdauer innerhalb des 24-Stunden-Tages nicht grundsätzlich verringert. Circadiane Rhythmusstörungen können in Zusammenhang mit einem schnellen Wechsel der Zeitzonen bei Flugreisen (Jetlag), Schichtarbeit und häufigen unregelmäßigen Zubettgeh- und Aufstehzeiten auftreten. Gerade bei Jugendlichen, Studenten und Langzeitarbeitslosen kann es aufgrund der Verschiebung von Aktivitäten in die Nachtstunden hinein zu einer dauerhaften Verzögerung der Schlafphase mit ausgeprägten Einschlafstörungen kommen. Umgekehrt findet sich bei alten

Menschen aufgrund des zu frühen Zubettgehens eine Vorverlagerung der Schlafphase mit morgendlichem Früherwachen, das häufig als Durchschlafstörung missdeutet wird. Auf die speziellen therapeutischen Konsequenzen, die diese Schlafstörungen mit sich bringen, wird in Kapitel 10 eingegangen.

2.2.4 Parasomnien

Parasomnien sind abnorme Ereignisse, die während des Schlafes oder an der Schwelle zwischen Schlafen und Wachen auftreten. Zu ihnen zählen u. a. aus dem Tiefschlaf auftretende Verhaltensauffälligkeiten wie das Schlafwandeln (ICD-10: F51.3) und der Pavor Nocturnus bzw. Nachtterror (ICD-10: F51.4). Da es sich um ein Teilerwachen handelt, das häufig mit abrupten und aggressiven Handlungsimpulsen einhergehen kann, besteht in ausgeprägten Fällen eine Selbst- und Fremdgefährdung. Zu den REM-Schlaf-Parasomnien zählen die REM-Schlaf-Verhaltensstörung (fehlende motorische Hemmung führt in diesem Fall zu einem Ausagieren der Träume) sowie die Alpträume (als eigene Diagnose nur dann gerechtfertigt, wenn diese mit entsprechender Häufigkeit und subjektivem Leidensdruck einhergehen). Schließlich gibt es eine Reihe schlafstadienunabhängiger Phänomene wie die Enuresis nocturna und das schlafbezogene Esssyndrom, die ebenfalls zu den Parasomnien gezählt werden. In der Kindheit treten Parasomnien als vorübergehendes Reifungsphänomen ohne besonderen Krankheitswert bei jedem fünften Kind auf und remittieren spontan mit dem Älterwerden. Die Prävalenz im Erwachsenenalter beträgt 1%. Ausgeprägte, häufige Parasomnien im Erwachsenenalter bedürfen einer differenzialdiagnostischen Abklärung in spezialisierten neurologischen Schlaflaboren.

2.2.5 Schlafbezogene Bewegungsstörungen – Restless-Legs-Syndrom und Syndrom der periodischen Bewegungen im Schlaf (ICD-10: G25.8)

Bei dem „Syndrom der unruhigen Beine“ (restless legs) kommt es zu quälenden Missempfindungen in den Beinen (teilweise auch Armen) mit intensivem Bewegungsdrang, die in Ruhe in der

zweiten Tageshälfte, häufig vor allem am Abend und vor allem vor dem Einschlafen auftreten und typischerweise zu Einschlaf- bzw. Wiedereinschlafproblemen führen. Häufig tritt das Restless-Legs-Syndrom (RLS) in Kombination mit einem Syndrom der periodischen Beinbewegungen im Schlaf auf. Letzteres kann aber auch als eigenständiges Störungsbild – häufig vom Patienten selber unbemerkt – vorkommen. Das Syndrom der periodischen Beinbewegungen im Schlaf (Periodic-leg-movement-Syndrom, PLMS, früher „nächtlicher Myoklonus“ genannt) besteht aus kurzen (0,5 bis 5 Sekunden), repetitiven (alle 20 bis 40 Sekunden) und stereotypen Bewegungen der Extremitäten. Diese Zuckungen führen zu kurzen Arousals, aber nicht notwendig zum vollen Erwachen. Durchschlafprobleme und Klagen über einen flachen, nicht erholsamen, zerstückelten Schlaf sind hier typisch. Bei beiden Syndromen nimmt die Häufigkeit mit dem Alter signifikant zu (ca. 5 bis 10% der Bevölkerung). Sekundäre RLS-Formen wie z. B. bei Eisenmangelanämie lassen sich ursächlich behandeln. Bei dem idiopathischen RLS ist bislang nur eine symptomatische Behandlung mit Levodopa oder Dopaminagonisten möglich.

2.3 Differenzialdiagnose von Insomnien

Insomnien sind nach der ICD-10-Klassifikation definiert als anhaltende Klagen über Ein- und/oder Durchschlafstörungen und/oder über nicht erholsamen Schlaf für die Dauer von mindestens einem Monat. Um eine klinisch bedeutsame Störung handelt es sich nur dann, wenn der gestörte Schlaf zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit oder Befindlichkeit am Tage führt.

Frühere Versuche, die Diagnose der Insomnie durch Normkriterien zu erhärten (z. B. nächtliche Wachliedgedauer von mehr als 30 Minuten und Gesamtschlafdauer unter 6,5 Stunden; Dement & Guilleminault, 1973) wurden aufgegeben, da sich interindividuell wie auch intraindividuell erhebliche Variabilitäten zeigen. Konkret finden sich unterschiedliche Menschen, die sowohl eine Schlafdauer von 5 bis 6 als auch von mehr als 10 Stunden für durchaus normal und notwendig erachten.

Der Entstehung und Aufrechterhaltung von Insomnien kann ein breites Spektrum verschiedenartigster Ursachen zugrunde liegen. Diese um-

fassen psychophysiologische, kognitive, psychiatrische, organische und in der Umwelt anzuesiedelnde Faktoren. In den allermeisten Fällen liegen einer Insomnie sowohl in Bezug auf die Entstehung als auch ihrer Aufrechterhaltung mehrere dieser Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung zugrunde. Während im ICD-10 nur in organische vs. nichtorganische Insomnien unterschieden wird, weist die ICSD gleich neun Unterkategorien auf, die im Folgenden beschrieben werden.

2.3.1 Insomnie als Anpassungsstörung

Vorübergehende Schlafstörungen als Folge klar identifizierbarer Stressoren für die Dauer von Tagen bis wenigen Wochen treten bei fast allen Menschen im Laufe des Lebens als vorübergehende Anpassungsstörung bzw. transiente Insomnie auf. Zeitlich wird für diese Kategorie im ICSD eine Obergrenze von drei Monaten vorgeschlagen und die Schlafstörung remittiert vollständig, sobald der auslösende Stressor verschwindet.

2.3.2 Psychophysiologische Insomnie

Essenzielles Merkmal der psychophysiologischen Insomnie ist ein erhöhtes Erregungsniveau in Kombination mit erlernten schlafverhindernden Assoziationen. Synonym wird sie auch als „learned insomnia“, „conditioned insomnia“, „functionally autonomous insomnia“, „chronic insomnia“ und „primary insomnia“ bezeichnet. Die letzten beiden Synonyme verweisen darauf, dass man annimmt, dass bei jeder chronischen Schlafstörung Teilmerkmale der psychophysiologischen Insomnie eine aufrechterhaltende Rolle spielen. Im Detail wird im Kapitel 3 auf diesen Verselbstständigungsmechanismus eingegangen.

Formal ist bei der primären oder psychophysiologischen Insomnie die Störung des Schlafes nicht auf eine andere psychiatrische oder organische Erkrankung zurückzuführen. Es kann aber durchaus parallel zu der vordergründigen Insomnie eine organische bzw. psychiatrische Erkrankung vorliegen. In diesen Fällen gibt die Störungsgeschichte darüber Aufschluss, wie und ob sich der Zusammenhang zwischen den beiden Faktoren entwickelt hat. Grundsätzlich sind folgende Möglichkeiten denkbar: