



Tatjana Crönlein

# Primäre Insomnie

Ein Gruppentherapieprogramm  
für den stationären Bereich



HOGREFE



# Primäre Insomnie



# Primäre Insomnie

Ein Gruppentherapieprogramm  
für den stationären Bereich

von

Tatjana Crönlein

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG  
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN  
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

*Dr. Tatjana Crönlein*, geb. 1965. 1984-1991 Studium der Psychologie in Hamburg. 1991-1994 Forschungstätigkeit im Bereich der Schlafforschung (Neuroendokrinologie) und psychiatrische Tätigkeit am Max-Planck-Institut in München. 2006 Promotion. Seit 1994 als Psychologin im Schlaflabor und auf der psychosomatischen Station des Bezirksklinikums Regensburg tätig. Aufbau der Verhaltenstherapie für Insomnie am dortigen schlafmedizinischen Zentrum. Seit 2006 Leitung der Arbeitsgruppe Insomnie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin. Dozentin an der Psychologischen Fakultät der Universität Regensburg sowie an verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituten in Regensburg, Halle und Jena.

**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 Manuskriptherstellung 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 handelt.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston  
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: ATRhür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2407-1

**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.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	9
<b>Kapitel 1: Beschreibung von Insomnien</b> .....	11
1.1 Klassifikation .....	11
1.2 Epidemiologie .....	12
1.3 Formen der Insomnie nach der Internationalen Klassifikation für Schlafstörungen (ICSD-2) .....	12
1.3.1 Paradoxe Insomnie .....	12
1.3.2 Psychoreaktive Insomnie .....	14
1.3.3 Idiopathische Insomnie .....	14
1.3.4 Insomnie aufgrund mangelnder Schlafhygiene .....	15
1.3.5 Insomnie aufgrund von Substanzgebrauch und körperlicher Erkrankungen .....	16
1.3.6 Insomnie bei Depression .....	17
<b>Kapitel 2: Psychophysiologische Insomnie</b> .....	18
2.1 Entstehungsmodell der psychophysiologischen Insomnie .....	18
2.2 Symptomatik .....	20
2.2.1 Gestörter Schlaf .....	21
2.2.2 Tagesbefindlichkeit: müde, aber nicht schläfrig .....	22
2.2.3 Fokussierung auf den Schlaf .....	22
2.2.4 Irrationale Überzeugungen .....	23
2.2.5 Erhöhte Anspannung .....	23
2.2.6 Hilflosigkeit und Schonhaltung .....	24
2.2.7 Hilfesuchverhalten .....	24
<b>Kapitel 3: Therapieziele und -indikation</b> .....	26
3.1 Therapieziele .....	26
3.1.1 Erlernen effektiver schlaffördernder Methoden .....	26
3.1.2 Verbesserung der Schlafwahrnehmung .....	26
3.1.3 Aufbau eines gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus .....	27
3.1.4 Aufbau von Entspannungsfähigkeit .....	27
3.1.5 Abbau schlafbezogener Angst .....	27
3.1.6 Abbau dysfunktionaler Einstellungen .....	27
3.1.7 Abbau schlafbezogener Fokussierung .....	28
3.1.8 Medikamentenkarenz .....	28
3.1.9 Rückfallprophylaxe .....	28
3.2 Indikation für das stationäre Gruppenprogramm .....	28
3.2.1 Komorbidität .....	28
3.2.2 Verdacht auf Vorliegen einer Depression .....	29
3.2.3 Verdacht auf Vorliegen einer anderen psychiatrischen Diagnose .....	29
3.2.4 Probleme bei der Hypnotikareduktion .....	30
3.2.5 Therapieresistenz im ambulanten Bereich .....	30
3.3 Ambulant versus stationär? .....	30

<b>Kapitel 4: Entwicklung und Evaluation des Programms</b> .....	32
4.1 Verhaltenstherapie bei Insomnie .....	32
4.1.1 Historische Entwicklung der insomniespezifischen Verhaltenstherapie .....	32
4.1.2 Effektivität der KVT-I .....	33
4.2 Konzeption des Gruppenprogramms .....	33
4.2.1 Abklärung von Komorbiditäten .....	33
4.2.2 Untersuchung des aktuellen Schlafes und der Schlafwahrnehmung .....	34
4.2.3 Korrektur einer Schlafwahrnehmungsverzerrung .....	35
4.2.4 Kontrolle des Therapieerfolges .....	35
4.2.5 Kontrolle der therapeutischen Maßnahmen .....	35
4.2.6 Medizinische Überwachung .....	35
4.2.7 Einzeltherapeutische Interventionen .....	36
4.2.8 Gruppendynamik .....	36
4.2.9 Kürze der Therapie .....	37
4.2.10 Freistellung des Patienten von seinen alltäglichen Pflichten .....	37
4.2.11 Möglichkeit einer Anschlussbehandlung .....	37
4.3 Formale Voraussetzungen .....	37
4.4 Evaluation .....	38
4.5 Wirkmechanismen .....	38
4.5.1 Spezialisiertes professionelles Angebot .....	38
4.5.2 Konfrontation .....	38
4.5.3 Kontrollierte Durchführung der Therapiemaßnahmen .....	39
4.5.4 Chronobiologische Effekte .....	40
4.5.5 Kontrolle über den Schlaf .....	40
4.5.6 Gruppendynamik .....	41
<b>Kapitel 5: Durchführung des Gruppenprogramms</b> .....	42
5.1 Aufnahme und Diagnostik .....	44
5.1.1 Aufnahmegespräch .....	45
5.1.2 Polysomnographie .....	46
5.1.3 Fragebögen .....	47
5.2 Einführung in die Therapie .....	48
5.2.1 Kennenlernrunde, Vertrauen gewinnen .....	49
5.2.2 Vorstellung des Stundenplanes .....	49
5.2.3 Erklärung von Formalien .....	50
5.2.4 Einführung in die Benutzung des Schlafprotokolls .....	50
5.3 Aufklärung über den Schlaf und Schlafstörungen .....	52
5.3.1 Normaler Schlaf .....	52
5.3.2 Kompensation von fehlendem Schlaf .....	56
5.3.3 Aufklärung über die Schlafwahrnehmung .....	56
5.4 Aufklärung über Schlafstörungen .....	57
5.4.1 Aufklärung über die Ursachen von gestörtem Schlaf .....	58
5.4.2 Folgen von Schlafmangel .....	61
5.5 Schlafmittelreduktion .....	62
5.6 Bettzeitenrestriktion .....	64
5.6.1 Das Prinzip der Bettzeitenrestriktion .....	64
5.6.2 Vermittlung der Bettzeitenrestriktion .....	65
5.6.3 Akzeptanz und Motivation .....	71
5.6.4 Verlauf .....	72
5.7 Aufklärung über das Krankheitsbild Insomnie .....	73
5.7.1 Psychoreaktive Insomnie .....	73
5.7.2 Schlafwahrnehmungsstörung .....	74

5.7.3	Psychophysiologische Insomnie .....	75
5.7.4	Insomnie bei Depression .....	78
5.8	Wachmacher und Müdemacher .....	79
5.9	Dysfunktionale Einstellungen .....	80
5.9.1	Mindestdauer Schlaf .....	81
5.9.2	Der beste Schlaf ist vor Mitternacht .....	82
5.9.3	Mit meinem Körper stimmt etwas nicht .....	82
5.9.4	Ich werde mit dieser Schlafstörung leben müssen .....	82
5.9.5	Man kann nur unter optimalen Bedingungen schlafen .....	82
5.10	Stimuluskontrolle .....	83
5.11	Entspannung .....	85
5.11.1	Unterschied zwischen Müdigkeit und Schlafbereitschaft .....	86
5.11.2	Verschiedene Methoden der Entspannung .....	87
5.11.3	Optimale Zeitpunkte der Entspannung .....	87
5.12	Insomnie und Persönlichkeit .....	88
5.13	Abschlusspolysomnographie, um Therapieerfolge sichtbar zu machen .....	89
5.14	Fortführung der Maßnahmen und Abschlussgespräch .....	92
 <b>Kapitel 6: Umgang mit problematischen Therapiesituationen .....</b>		<b>94</b>
6.1	Depression .....	94
6.2	Vorbehandlung .....	95
6.3	Zweibettzimmer .....	95
6.4	Angst vor der Medikamentenreduktion .....	96
6.5	Abendliche Schläfrigkeit .....	97
6.6	Wenn der Schlaf nicht besser wird .....	97
6.7	Schichtarbeit .....	98
6.8	Ich habe keine Probleme, bei mir ist alles in Ordnung .....	98
6.9	An den bzw. die Therapeutin .....	98
 <b>Literatur .....</b>		<b>99</b>
 <b>Anhang .....</b>		<b>102</b>
Literaturempfehlungen zum Thema Schlaf .....		102
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....		103



## Vorwort

Chronisch gestörter Schlaf wirkt sich nicht nur negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen aus, sondern erhöht auch die Fehler- und Unfallrate und wird als Risiko für die Entstehung von körperlichen und psychischen Störungen wissenschaftlich diskutiert. Die primäre Insomnie ist mit einer Prävalenz von ca. 10% eine der häufigsten Schlafstörungen, dennoch suchen nur wenige Betroffene professionelle Hilfe. Dies liegt wahrscheinlich an der weit verbreiteten Ansicht, dass bei Schlafstörungen lediglich Medikamente verschrieben werden, was viele Betroffene aus Angst vor Abhängigkeit oder wegen der befürchteten Nebenwirkungen ablehnen. Dabei gibt es eine speziell für die primäre Insomnie entwickelte Verhaltenstherapie, dessen Effektivität in verschiedenen Studien nachgewiesen wurde.

Im deutschsprachigen Raum existieren bereits Therapiemanuale für die ambulante Versorgung. Für den stationären Bereich fehlt jedoch noch ein entsprechendes Gruppenprogramm. Der stationäre Rahmen bietet den Vorteil, dass durch die engmaschige Beobachtung und Kontrolle auch schwere und komplizierte Fälle behandelt werden können. Hierzu gehören komorbide psychische Störungen wie Depressionen oder Insomnien, die ambulant aus anderen Gründen nicht aufgefangen werden können.

Das folgende Therapiemanual ist für den stationären Bereich konzipiert. Ziel ist es, Patienten einen geschützten Rahmen zu bieten, verhaltenstherapeutische Maßnahmen effektiv umzusetzen und angstbesetzten Einstellungen so zu verändern, dass sie wieder Kontrolle über ihre „Schlaffähigkeit“ bekommen. Schwerpunkte des Programms sind die Bettzeitenrestriktion und Psychoedukation im Gruppen- und im Einzelsetting. Es basiert auf den Ergebnissen einer fünfjährigen Entwicklungs- und Evaluationsphase an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Regensburg und hat sich als lang anhaltend effektiv erwiesen.

Das Manual beinhaltet eine theoretische Fundierung der einzelnen Module der Kognitiven Verhaltenstherapie für Insomnie sowie eine sehr praxisnahe Anleitung mit Fallbeispielen und eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Therapie-

einheiten. Es ist daher auch für Ausbildungszwecke sowie als Grundlage für den ambulanten Bereich gut geeignet.

## Zum Aufbau dieses Manuals

Eine genaue Kenntnis der Krankheitsbilder der primären Insomnie und insbesondere der psychophysiologischen Insomnie („erlernte Schlaflosigkeit“) kann selbst bei guter psychotherapeutischer Ausbildung und Erfahrung nicht immer vorausgesetzt werden. Darum beginnt das Manual mit einer Beschreibung dieser Störungsbilder. Da die Therapie von Insomnien auch Kenntnisse über die Grundlagen der Schlafregulation und der Schlafstörungen voraussetzt, ist eine Einarbeitung in dieses Thema zu empfehlen (vgl. Literaturvorschläge im Anhang, S. 102).

Im ersten Kapitel wird ein Überblick über die verschiedenen Krankheitsbilder der Insomnie mit entsprechenden therapeutischen Empfehlungen gegeben. Kapitel 2 beschreibt den Prototyp der verhaltenstherapeutisch behandelbaren Insomnie, die psychophysiologische Insomnie. In Kapitel 3 werden die Ziele und die Zielgruppen des Programms aufgezeigt. Kapitel 4 erläutert die Strukturmerkmale, die Entwicklung und die Wirkmechanismen des Programms. Kapitel 5 beschreibt ausführlich die Durchführung der einzelnen Therapiemodule sowie deren theoretische Fundierung. Schließlich geht Kapitel 6 auf schwierige Therapiesituationen und Problemfälle ein.

## Danksagung

Die Entwicklung und Evaluation dieses Therapieprogramms ist am Bezirksklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie in Regensburg in den Jahren 2005 bis 2011 durchgeführt worden. Sie wäre ohne die Unterstützung und Mitarbeit folgender Personen und auch allen anderen Mitarbeiter der Station 21b und des Schlaflabors nicht denkbar gewesen und ich möchte mich an dieser Stelle bei Ihnen bedanken. Insbesondere danke ich:

- Prof. Dr. med. Peter Eichhammer, Oberarzt der Station 21 b, der die Durchführung auf seiner

Station ermöglichte und psychiatrisch supervidierte;

- Herrn Dr. med. Peter Geisler, Leiter des Schlaflabors, der vor allem die Schlafdiagnostik überwachte;
- Herrn Prof. Dr. Jürgen Zully, für seine Mitwirkung im Programm;
- Herrn Dr. Roland Popp und Frau Christiane Hirn (Assistenzärztin), welche die Patienten somnologisch voruntersucht haben;
- Den psychologischen Praktikantinnen und Diplomandinnen (insbesondere Sara Seidl, Verena Sorgenfrei, Ulrike Müller, Julia Holl, Maike Stange und Johanna Feiler), welche sich mit großem Engagement um die Betreuung und

Testung der Patienten gekümmert und spezielle Forschungsfragen erarbeitet haben;

- Den Psychologinnen, Frau Magdalena Huber und Frau Maria Stigloher, sowie meinem Vater, Dr. Klaus Pätzold, welche mit Geduld das Manuskript Korrektur gelesen haben und schließlich
- dem Pflegepersonal der Station 21 b und des Schlaflabors unter der Leitung von Herrn Pflügl, welche mit viel Einfühlbarkeit und Professionalität auf die Nöte schlafloser Patienten eingehen konnten.

Regensburg, Mai 2013

*Tatjana Crönlein*

# Kapitel 1

## Beschreibung von Insomnien

### 1.1 Klassifikation

Insomnie bezeichnet umgangssprachlich ein „chronisches Schlafproblem“ oder auch die Unfähigkeit, ausreichend schlafen zu können. Dies kann eine Ein- oder Durchschlafstörung und/oder zu frühes Erwachen bedeuten. In der medizinischen Fachsprache wird der Begriff Insomnie sowohl auf symptomatischer Ebene als auch auf syndromaler und auf nosologischer Ebene benutzt. Auf syndromaler Ebene werden über den gestörten Schlaf hinaus die

Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit sowie die Fokussierung auf die Schlafstörung zusammengefasst. Auf dieser Ebene wird in der ICD-10 (WHO, Dilling et al., 1993) die nicht organische Insomnie neben der nicht organischen Hypersomnie und anderen Schlafstörungen klassifiziert (vgl. Tab. 1). Die Diagnosekriterien der Insomnie im DSM-IV (Saß et al., 2001) unterscheiden sich von den Kriterien in der ICD-10 vor allem im Zeitkriterium (vgl. Tab. 2). Während in der wissenschaftlichen Literatur in der Regel von der primären Insomnie

**Tabelle 1:** Klassifikation der Schlafstörungen nach ICD-10

<b>Nicht organische Schlafstörungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– F51.0 Nicht organische Insomnie</li> <li>– F51.1 Nicht organische Hypersomnie</li> <li>– F51.2 Nicht organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus</li> <li>– F51.3 Schlafwandeln</li> <li>– F51.4 Pavor nocturnus</li> <li>– F51.5 Alpträume</li> <li>– F51.8 Andere nicht organische Schlafstörungen</li> <li>– F51.9 Nicht näher bezeichnete nicht organische Schlafstörungen</li> </ul>
<b>Organische Schlafstörungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– G25.80 Periodische Beinbewegungen im Schlaf (PLMS)</li> <li>– G25.81 Syndrom der unruhigen Beine (Restless-Legs-Syndrom)</li> <li>– G47.0 Organisch bedingte Insomnie</li> <li>– G47.1 Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis (idiopathische Hypersomnie)</li> <li>– G47.2 Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus</li> <li>– G47.3 Schlafapnoe-Syndrom</li> <li>– G47.4 Narkolepsie und Kataplexie</li> <li>– G47.8 Sonstige Schlafstörungen (z. B. Kleine-Levin-Syndrom)</li> </ul>

**Tabelle 2:** Klassifikation der Schlafstörungen nach DSM-IV

<b>Primäre Schlafstörungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 307.42 Primäre Insomnie</li> <li>– 307.44 Primäre Hypersomnie</li> <li>– 307.45 Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung</li> <li>– 307.46 Pavor nocturnus, Somnambulismus</li> <li>– 307.47 Alpträume</li> <li>– 347 Narkolepsie</li> <li>– 780.59 Schlafapnoe-Syndrom</li> </ul>
<b>Schlafstörungen im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 307.42 Insomnie im Rahmen einer Achse-I/II-Störung</li> <li>– 307.44 Hypersomnie im Rahmen einer Achse-I/II-Störung</li> </ul>
<b>Andere Schlafstörungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 780.52 Insomnie im Rahmen einer organischen Erkrankung</li> <li>– 780.54 Hypersomnie im Rahmen einer organischen Erkrankung</li> </ul>

gesprochen wird, sind in der zweiten Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen (International Classification of Sleep Disorders – ICSD-2, American Academy of Sleep Medicine, 2005) unterschiedliche Krankheitsbilder der Insomnie beschrieben, die sich sowohl in ihren Entstehungsfaktoren als auch in ihrem klinischen Erscheinungsbild voneinander unterscheiden (vgl. Kapitel 1.3).

## 1.2 Epidemiologie

Schlafstörungen sind ein sehr häufiges Phänomen in der Allgemeinbevölkerung mit Prävalenzen zwischen 10 % (Ford & Kamerow, 1989; Ancoli-Israel, & Roth 1999; Ohayon & Roth, 2001) und 29 % (Leger et al., 2000). Die Prävalenzraten hängen von den jeweiligen diagnostischen Kriterien ab. Betrachtet man das Symptom „gestörter Schlaf“, so zeigen sich Prävalenzen von 10 % für Einschlafstörungen, 23 % für Durchschlafstörungen und 32 % für zu kurzen Schlaf (Ohayon & Roth, 2001). Die Diagnose einer primären Insomnie nach DSM-IV hat eine Prävalenz von 11 %. Wenn die Kriterien einer schweren Insomnie erfüllt sind, sinkt die Prävalenzrate auf immer noch 4 % (Hajak, 1999).

Insomnien können bereits im Kindesalter auftreten (Owens, 2008). Frauen sind häufiger betroffen als Männer (American Academy of Sleep Medicine, 2005), wobei schwere Insomnien einer deutschen Studie zu Folge vor allem bei allein stehenden weiblichen Stadtbewohnern gefunden wurden (Hajak, 1999). Die Insomnie tritt oft in Kombination mit psychischen Störungen auf und in jüngerer Zeit werden auch Overlap-Syndrome mit organischen Schlafstörungen gesehen (Roth, 2009). Problematisch ist die Insomnie als wirtschaftlicher Risikofaktor durch eine erhöhte Anzahl von Unfällen, Krankheitstagen oder die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen (Hajak, 2001). Die Rolle der unbehandelten Insomnie als Risikofaktor für internistische Folgeerkrankungen (Grandner et al., 2011) oder Depressionen wird diskutiert (Riemann & Voderholzer, 2003).

## 1.3 Formen der Insomnie nach der Internationalen Klassifikation für Schlafstörungen (ICSD-2)

Gerade, weil es nicht *die* Insomnie gibt, sollte die Diagnosestellung bei insomnischen Leitsymptomen behutsam und nach Ausschluss vor allem or-

ganischer Ursachen erfolgen. Die Insomnie wird in der ICSD-2 zunächst anhand von Kernsymptomen charakterisiert. Diese Trias besteht aus dem gestörten Schlaf, der beeinträchtigten Tagesbefindlichkeit und der Tatsache, dass die Schlafstörung auch bei optimalen Schlafbedingungen auftritt. Dies ist die größtmögliche Schnittmenge an Symptomen, welche die verschiedenen Formen der Insomnie haben können. Die Unterscheidung richtet sich dann nach den Ursachen.

### Formen der Insomnie nach ICSD-2

- Psychoreaktive Insomnie
- Psychophysiologische Insomnie
- Paradoxe Insomnie
- Idiopathische Insomnie
- Insomnie aufgrund psychiatrischer Erkrankung
- Insomnie aufgrund mangelnder Schlafhygiene
- Verhaltensabhängige Schlafstörung in der Kindheit
- Insomnie aufgrund von Substanzmissbrauch
- Insomnie aufgrund von körperlichen Erkrankungen

Die verschiedenen Formen der Insomnie sind zunächst nicht immer eindeutig klinisch voneinander abgrenzbar. Oft stellt sich erst nach längerer Beobachtung heraus, um welchen Typ Insomnie es sich letztendlich handelt. Die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) ist am Modell der psychophysiologischen Insomnie (PPI) entwickelt worden, darum wird dieser auch ein eigenes Kapitel in diesem Manual gewidmet (vgl. Kapitel 2). Letztlich profitieren jedoch alle Formen der Insomnie von Elementen der KVT-I. Im Folgenden werden die anderen Formen der Insomnie nach ICSD-2 (mit Ausnahme der Insomnie in der Kindheit) dargestellt.

Klinisch reine Formen dieser Insomnie-Untergruppen kommen natürlich selten vor. Viele Patienten haben Mischformen oder weisen neben einer Insomnie noch andere psychische oder organische Komorbiditäten auf. Die folgenden Formbeschreibungen sollen zunächst eine klinische und therapeutische Orientierungshilfe geben.

### 1.3.1 Paradoxe Insomnie

Die paradoxe Insomnie bezieht sich auf eine Divergenz zwischen dem subjektiven Schlaferleben und dem messbaren physiologischen Schlaf. Ge-

sunde Personen können ihre Schlafzeit meist gut einschätzen, wobei kurze Wachphasen oft nicht erinnert werden und der Schlaf im Nachhinein so als durchgehend erlebt wird.

Insomniepatienten hingegen unterschätzen ihren Schlaf (Knab & Engel, 1988). Man weiß, dass sie längere Zeit ungestörten Schlafes benötigen, um Schlaf als solchen wahrzunehmen (Hauri & Olmstead, 1983), was die Fehlwahrnehmung des Einschlafens erklären würde.

#### Exkurs:

Einschlafen ist kein On-off-Phänomen, sondern ein kontinuierlicher Prozess. Dabei ist im Elektroenzephalogramm (EEG) zunächst eine Verlangsamung der Wellenfrequenz zu beobachten. Der sogenannte Alpha-Rhythmus zeigt Entspannung an. Das erste Auftreten von Theta-Wellen deutet den Schlafbeginn an. Schlafstadium 1 ist das leichteste von allen Schlafstadien und ist durch eine vorherrschende Theta-Aktivität zugunsten der schnelleren Wellen charakterisiert. Auch wenn dies nach der Nomenklatur nach Rechtschaffen und Kales (1968) sowie nach den AASM-Kriterien bereits Schlaf bedeutet, sagen die meisten Versuchspersonen nach der Weckung aus Schlafstadium 1, dass sie wach gewesen sind. Mit dem Auftreten von K-Komplexen und Spindeln beginnt das sogenannte Schlafstadium 2, welches immer noch zum leichten Schlaf zählt. Im Gegensatz zum Schlafstadium 1 steigt hier jedoch die Weckschwelle, das heißt man benötigt einen intensiveren Reiz, um geweckt zu werden. Mit diesem sprunghaften Anstieg der Weckschwelle wird von einigen Wissenschaftlern der eigentliche Schlafbeginn postuliert (Bonnet & Moore, 1982). Dieser ist jedoch noch umstritten. Bonnet und Moore treffen es wahrscheinlich am besten, wenn sie das subjektive Einschlafen als „verlängerte Periode mit verwaschenem und unklarem Bewusstsein“ bezeichnen.

Insomniepatienten überschätzen nicht nur die Einschlaf latenz, sondern auch die nächtliche Wachzeit. Typischerweise wird die zweite Nachthälfte nach dem ersten frustrierenden Aufwachen nur als wach-dösend erlebt. Wie ist die Unterschätzung des Schlafes zu erklären? Knab geht von einer Unfähigkeit aus, kurze Schlafzeiten zu erinnern (Knab & Engel, 1988). Mehrere Wachzeiten hintereinander werden so als durchgehend wach erlebt. Die paradoxe Insomnie beschreibt diese Schlafwahr-

nehmungsstörung in einer ausgeprägten Form. Im Extremfall kann kein Schlaf mehr erinnert werden. Diese Patienten berichten oft, die Nacht ruhend aber schlaflos im Bett verbracht zu haben. Als „Beweis“ werden Geräusche oder andere Wahrnehmungen angeführt. Typischerweise erleben die Patienten auch nicht das Moment des „Aufwachens“ oder „Abtauchens“ in den Schlaf.

Die paradoxe Insomnie ist selten und die Ursachen sind noch nicht hinreichend erforscht. Perlis postuliert in seinem neurokognitiven Modell ein kognitives Hyperarousal als Ursache für die verzerrte Schlafwahrnehmung (Perlis et al., 1997). Das Nichterinnern des Einschlafens ist demnach auf eine erhöhte kognitive Aktivität zurückzuführen, welche bei der Insomnie typisch ist.

Man sollte dennoch nicht immer mit einer Schlafwahrnehmungsstörung rechnen, wenn von extrem wenig Schlaf berichtet wird:

#### Beispiel:

Frau X. berichtet, seit einer traumatischen Kindheit kaum zu schlafen. Sie komme höchstens auf zwei bis drei Stunden in der Nacht. Den Rest verbringe sie manchmal sogar außerhalb des Bettes. Eine polysomnographische Untersuchung ergab eine mittlere Schlafzeit von ca. drei Stunden in zwei Nächten. Frau X. konnte ihren Schlaf unerwartet gut einschätzen.

Eine Therapie für die paradoxe Insomnie gibt es noch nicht. Es gibt zumindest eine Studie, die zeigen konnte, dass die Aufklärung über die tatsächliche Schlafzeit die Schlafwahrnehmung und Einschätzung positiv verändert (Tang & Harvey, 2006). Das Wissen um die Mechanismen der Schlafwahrnehmung ändert also die Beurteilung des eigenen Schlafes.

In einer Pilotstudie (Holl, 2011) im Schlaflabor Regensburg konnte die verzerrte Schlafwahrnehmung von Insomniepatienten durch ein gezieltes Training verbessert werden. Hierbei wurden interozeptive Schlüsselreize beim Einschlafen erfasst (z. B. Gefühl des Fallens, Gedanken werden langsamer), die Patienten wurden dann für die Wahrnehmung dieser Schlüsselreize sensibilisiert. Eine Validierung dieses Trainings an einer größeren Stichprobe steht noch aus.

Bei Verdacht auf paradoxe Insomnie sollte folgendermaßen vorgegangen werden: