

Störungsspezifische Psychotherapie
Herausgegeben von Anil Batra
und Gerhard Buchkremer

Hertenstein, Spiegelhalder,
Johann, Riemann

Prävention und Psychotherapie der Insomnie

Konzepte, Methoden und Praxis
der Freiburger Schlafschule

Kohlhammer

Kohlhammer

Störungsspezifische Psychotherapie

Herausgegeben von Anil Batra und Fritz Hohagen

Übersicht über die bereits erschienenen Bände:

Anil Batra, Gerhard Buchkremer: »Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten« 978-3-17-017614-0

Anil Batra, Frank Schwärzler, Christopher Dedner, Hanna Smolczyk, Gerhard Buchkremer: »Stationäre Gruppenpsychotherapie der Depression« 978-3-17-017615-7

Sandra Becker, Stephan Zipfel, Martin Teufel: »Psychotherapie der Adipositas. Interdisziplinäre Diagnostik und differenzielle Therapie« 978-3-17-023062-0
Thorsten Kienast, Johannes Lindenmeyer, Martin Löb, Sabine Löber, Andreas Heinz: »Alkoholabhängigkeit. Ein Leitfaden zur Gruppentherapie« 978-3-17-018456-5

Stefan Klingberg, Klaus Hesse: »Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Praxismanual« 978-3-17-017616-4

Rolf Meermann, Ernst-Jürgen Borgart: »Essstörungen: Anorexie und Bulimie. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten« 978-3-17-018458-9

Rolf Meermann, Eberhard Okon: »Angststörungen: Agoraphobie, Panikstörung, spezifische Phobien. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten« 978-3-17-018457-2

Franziska Schober, Peter Peukert, Friederike Wernz, Anil Batra: »Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen« 978-3-17-021610-5

Iris Torchalla, Martina Schröter, Anil Batra: »Individualisierte Tabakentwöhnung. Verhaltenstherapeutisches Manual« 978-3-17-022481-0

Martina Wolf-Arehult, Cornelia Beckmann: »Achtsamkeitstraining. Ein Manual für ein störungsbürgreifendes Training für psychiatrische Patienten« 978-3-17-021608-2

Klaus Wölfling, Christina Jo, Isabel Bengesser, Manfred E. Beutel, Kai W. Müller: »Computerspiel- und Internetsucht. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual« 978-3-17-021697-6

Susanne Wortmann-Fleischer, George Downing, Christiane Hornstein: »Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden« 978-3-17-018854-9

Susanne Wortmann-Fleischer, Regina v. Einsiedel, George Downing (Hrsg.): »Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden« 978-3-17-021607-5

Elisabeth Hertenstein, Kai Spiegelhalder,
Anna Johann, Dieter Riemann

Prävention und Psychotherapie der Insomnie

Konzepte, Methoden und Praxis
der Freiburger Schlafschule

Verlag W. Kohlhammer

Die vorliegende Buchpublikation wurde im Rahmen des Teilprojekts »Schlaflosigkeit – ein unabhängiger Risikofaktor und frühes Symptom psychischer Erkrankungen – als Ziel präventiver Maßnahmen« des Kompetenzzentrums Prävention psychischer und psychosomatischer Störungen in der Arbeits- und Ausbildungswelt (gefördert durch das MWK Baden-Württemberg) erstellt.

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

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2015

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-026860-9

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026861-6

epub: ISBN 978-3-17-026862-3

mobi: ISBN 978-3-17-026863-0

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Klinisches Bild | 7 |
| 1.1 | Definitionsriterien..... | 7 |
| 1.2 | Prävalenz | 9 |
| 1.3 | Verlauf | 10 |
| 1.4 | Komorbidität | 10 |
| 2 | Ätiologie..... | 12 |
| 2.1 | Diathese-Stress-Modell | 12 |
| 2.2 | Aufrechterhaltende Faktoren..... | 15 |
| 2.3 | Kognitive Modelle..... | 17 |
| 2.3.1 | Kognitives Modell von Harvey..... | 17 |
| 2.3.2 | Kognitives Modell von Lundh und Bromer | 19 |
| 2.3.3 | Aufmerksamkeit, Intention und Anstrengung (Modell von Espie) .. | 20 |
| 2.4 | Hyperarousal-Modell..... | 22 |
| 2.4.1 | Kognitives Hyperarousal | 22 |
| 2.4.2 | Emotionales Hyperarousal..... | 22 |
| 2.4.3 | Physiologisches Hyperarousal..... | 23 |
| 2.5 | Metakognitives Modell von Ong..... | 24 |
| 3 | Diagnostik und Differentialdiagnostik..... | 26 |
| 3.1 | Diagnostik | 26 |
| 3.1.1 | Diagnostisches Erstinterview..... | 27 |
| 3.1.2 | Situationsanalyse | 29 |
| 3.1.3 | Schlaftagebuch | 30 |
| 3.1.4 | Fragebögen | 31 |
| 3.2 | Differentialdiagnostik | 33 |
| 3.2.1 | Medizinische Untersuchung..... | 33 |
| 3.2.2 | Psychiatrische Untersuchung..... | 34 |
| 3.2.3 | Apparative Diagnostik..... | 35 |
| 3.2.4 | Substanzenanamnese..... | 38 |
| 4 | Prävention von Insomnien | 41 |
| 5 | Behandlung | 45 |
| 5.1 | Kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie | 46 |
| 5.1.1 | Beziehungsaufbau | 46 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1.2 | Psychoedukation: Information über Schlaf und Ratschläge für einen gesunden Schlaf | 47 |
| 5.1.3 | Ratschläge für einen guten Schlaf..... | 53 |
| 5.1.4 | Entspannungsverfahren | 54 |
| 5.1.5 | Bettzeitrestriktion und Stimuluskontrolle | 57 |
| 5.1.6 | Kognitive Therapie..... | 62 |
| 5.2 | Neuere psychotherapeutische Behandlungsansätze..... | 65 |
| 5.2.1 | Achtsamkeit | 65 |
| 5.2.2 | Computergestützte Behandlung..... | 67 |
| 5.2.3 | Intensive Sleep Retraining | 69 |
| 5.3 | Pharmakotherapie | 70 |
| 5.3.1 | Benzodiazepine und Z-Substanzen | 72 |
| 5.3.2 | Sedierende Antidepressiva | 74 |
| 5.3.3 | Melatonin | 74 |
| 5.3.4 | Nicht verschreibungspflichtige Präparate..... | 75 |
| 5.3.5 | Neuroleptika | 76 |
| 5.3.6 | Antihistaminika..... | 76 |
| 6 | Folgeerkrankungen..... | 77 |
| 6.1 | Depression..... | 77 |
| 6.2 | Andere psychische Erkrankungen..... | 78 |
| 6.3 | Suizidalität | 79 |
| 6.4 | Körperliche Erkrankungen | 79 |
| 7 | Insomnietherapie als Prävention von Folgeerkrankungen | 82 |
| 7.1 | Psychische Begleit- oder Folgeerkrankungen..... | 82 |
| 7.2 | Körperliche Begleit- oder Folgeerkrankungen | 85 |
| | Zusammenfassung und Ausblick | 87 |
| | Literatur..... | 89 |

Alle Abbildungen und Tabellen dieses Buches können als PDF-Datei kostenfrei in unserem Online-Shop (www.kohlhammer.de) von der Bestellseite des Buches heruntergeladen werden.¹

¹ Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die als Download zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1 Klinisches Bild

1.1 Definitionsriterien

Der Begriff Insomnie leitet sich von dem lateinischen Wort »insomnia« ab. Er enthält das Wort »somnus«, das Schlaf bedeutet, und kann mit Schlaflosigkeit übersetzt werden. In der Medizin und Psychologie wird unter Insomnie eine Ein- und/oder Durchschlafstörung bezeichnet, die sowohl als eigenständiges Störungsbild als auch als Symptom einer anderen Erkrankung auftreten kann. Die Insomnie ist die häufigste Form gestörten Schlafs. Sie ist abzugrenzen von anderen Schlafstörungen, beispielsweise der übermäßigen Tagesschlaftrigkeit mit verlängerter Schlafzeit (Hypersomnie), circadianen Rhythmusstörungen mit verfrühter oder verzögerter Schlafphase und sogenannten Parasomnien (z. B. Schlafwandeln oder Ausagieren von Albträumen).

Die Insomnie wird von verschiedenen aktuellen Klassifikationssystemen jeweils etwas unterschiedlich definiert. Die gebräuchlichsten Klassifikationssysteme in den Bereichen psychische Störungen und Schlafstörungen sind das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association, aktuell in der fünften Auflage erschienen (DSM-5) (American Psychiatric Association 2013), die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der World Health Organization (ICD-10) (World Health Organization 1992) sowie die speziell für Schlafstörungen ausgearbeitete Internationale Klassifikation der Schlafstörungen (ICSD-3) (American Academy of Sleep Medicine 2014).

Die Definitionsriterien für die »Chronic Insomnia Disorder« (chronische insomnische Störung) nach ICSD-3 lauten wie folgt:

Kriterien A-F müssen zutreffen

- A. Der Patient berichtet oder die Eltern/Betreuungspersonen des Patienten beobachten eines oder mehrere der folgenden Symptome:
1. Einschlaf Schwierigkeiten
 2. Durchschlaf Schwierigkeiten
 3. Frühzeitiges Erwachen
 4. Widerstand gegen das Zubettgehen innerhalb eines angemessenen Zeitraums

5. Schwierigkeit, ohne eine Intervention seitens der Eltern oder Betreuungsperson zu schlafen
- B. Der Patient berichtet oder die Eltern/Betreuungspersonen des Patienten beobachten eines oder mehrere der folgenden Symptome mit Bezug auf die nächtlichen Schlafschwierigkeiten:
1. Erschöpfung oder Unwohlsein
 2. Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Konzentration oder Gedächtnisfunktion
 3. Beeinträchtigung der sozialen, familiären, beruflichen oder akademischen Leistungsfähigkeit
 4. Beeinträchtigte Stimmung oder Reizbarkeit
 5. Tagesschläfrigkeit
 6. Verhaltensprobleme (z. B. Hyperaktivität, Impulsivität, Aggression)
 7. Reduzierte Motivation, Energie oder Initiative
 8. Anfälligkeit für Fehler oder Unfälle
 9. Sorgen über die Unzufriedenheit mit dem Schlaf
- C. Die berichteten Schlaf-Wach-Schwierigkeiten sind nicht erklärbar durch eine fehlende Schlafgelegenheit (d. h. es steht genügend Zeit für Schlaf zur Verfügung) oder unpassende Umstände (d. h. die Umgebung ist sicher, dunkel, ruhig und angenehm).
- D. Die Schlafstörungen und damit verbundenen Tagessymptome treten mindestens dreimal pro Woche auf.
- E. Die Schlafstörungen und damit verbundenen Tagessymptome bestehen seit mindestens drei Monaten.
- F. Die Schlafstörung und die Tagessymptome sind nicht besser durch eine andere Schlafstörung erklärbar.

Den dargestellten Diagnosekriterien ist zu entnehmen, dass sich die Insomnie nicht auf nächtliche Ein- und Durchschlafschwierigkeiten beschränkt. Von einer krankheitswertigen Insomnie wird nur dann gesprochen, wenn die Schlafstörung aus Sicht des Patienten oder bei Kindern aus Sicht der betreuenden Bezugspersonen zu relevanten Beeinträchtigungen während des Tages führt. Hier ist hervorzuheben, dass die genannten Tagessymptome auf die Schlafstörung zurückführbar sein müssen und nicht besser durch andere Umstände erklärbar sein dürfen.

Im DSM-5 ist die Insomnie den Schlaf-Wach-Störungen (sleep-wake disorders) zugeordnet. Im Vergleich zur vorherigen Auflage, dem DSM-IV, wurde der Begriff »primäre Insomnie« durch »insomnische Störung« ersetzt. Damit wird die Unterteilung in primäre und sekundäre Insomnie aufgegeben, die im zweiten Fall von einer Verursachung der Schlafstörung durch eine andere psychische oder somatische Erkrankung ausging. Die insomnische Störung kann nun unabhängig davon kodiert werden, ob noch eine andere psychiatrische oder somatische Erkrankung vorliegt oder nicht. Wenn die Insomnie und eine weitere Erkrankung vorliegen, so spricht man von Komorbidität – also dem gemeinsamen Auftreten zweier verschiedener Erkrankungen. So wird der oft bi-

direktonalen Verbindung zwischen Insomnie und koexistierenden Begleiterkrankungen Rechnung getragen. Der Insomnie als eigenständiger, behandlungsbedürftiger Diagnose wird somit ein größeres Gewicht zugesprochen. Die diagnostischen Kriterien des DSM-5 für eine insomnische Störung überlappen sich stark mit denen der chronischen Insomnie nach ICSD-3. Auch im DSM wird mindestens ein nächtliches schlafbezogenes Symptom in Kombination mit mindestens einer Form der Tagesbeeinträchtigung bei ausreichender Schlafgelegenheit gefordert. Auch hier beträgt das Zeitkriterium für das Auftreten der Symptome mindestens dreimal pro Woche für mindestens drei Monate.

Im ICD-10 hingegen ist die reine Insomnie weiterhin einem ätiologischen Grundgedanken entsprechend als »nichtorganische Insomnie« bezeichnet. Sie soll nur dann kodiert werden, wenn die Schlafbeschwerden das klinische Bild beherrschen. Tritt im Rahmen einer anderen körperlichen oder psychischen Erkrankung eine Insomnie auf, so wird diese nicht gesondert kodiert, sondern als Symptom der anderen Erkrankung gewertet. Hier wird also davon ausgegangen, dass eine Insomnie, die zusammen mit einer relevanten psychischen oder körperlichen Erkrankung auftritt, in der Regel durch diese bedingt ist (sekundäre Insomnie). Das Zeitkriterium beträgt im ICD-10 dreimal pro Woche für mindestens einen Monat – es ist also eine deutlich kürzere Dauer der Symptomatik erforderlich als in den beiden anderen Klassifikationssystemen.

Keines der drei Klassifikationssysteme spezifiziert quantitative Angaben für die Einschlaflatenz, nächtliche Wachzeit oder Gesamtschlafzeit in den diagnostischen Kriterien. Diagnostisch ausschlaggebend ist die subjektive Wahrnehmung eines gestörten Schlafs durch den Patienten. In den Erläuterungen der ICSD-3 ist jedoch angeführt, dass bei Erwachsenen eine Einschlaflatenz oder nächtliche Wachzeit von mehr als 30 Minuten als klinisch relevant angesehen werden kann. Bei Kindern und Jugendlichen sind es mehr als 20 Minuten.

1.2 Prävalenz

Die Prävalenz der voll ausgeprägten chronischen insomnischen Störung wird auf 10 % der Bevölkerung geschätzt (American Academy of Sleep Medicine 2014). Damit sind Betroffene mit und ohne Komorbiditäten gemeint. Ohayon und Reynolds untersuchten die Prävalenz insomnischer Beschwerden auf unterschiedlichen diagnostischen Leveln in einer repräsentativen Stichprobe von 25.579 Personen in der europäischen Allgemeinbevölkerung (Ohayon und Reynolds 2009). 37 % der Befragten berichteten, mit ihrem Schlaf unzufrieden zu sein – 20,2 % klagten über zu kurzen Schlaf und 16,6 % über leichten Schlaf. Rund 36 % erfüllten mindestens ein Insomniesymptom – in diesem Fall entweder Ein- oder Durchschlafstörungen oder nicht erholsamen Schlaf mindestens dreimal pro Woche. Schlafbeschwerden im Allgemeinen, insomnische Symptome und die Diagnose einer Insomnie finden sich häufiger bei Frauen als bei