

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


Handhabung des Therapie-Tools-Buches


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


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


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


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


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

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

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

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

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

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

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

2 Störungsbilder und Diagnostik

2.1 Störungsbilder

Nichtorganische Insomnie

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

Diagnosekriterien

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

Organisch bedingte Insomnien

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

2.2 Diagnostik

Anamnese

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

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



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

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

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

Kriterien der Schlafanamnese

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

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

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

Schlafstagebuch

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Fragebögen

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

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

Tabelle 2.1 Fragebögen für die Diagnostik der Insomnie

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