

**KVT-I**  
**KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE**  
**FÜR INSOMNIE**

05.10.2022

Dr. biol. hum. Gudrun Hübner

**KVT-I**  
KOGNITIVE  
VERHALTENSTHERAPIE FÜR  
INSOMNIE

## Was ist KVT-I?

- Schnittstelle zwischen Schlafmedizin und Psychotherapie
- Schlafmedizin bedient sich verhaltenstherapeutischer Verfahren zur nicht medikamentöser Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen

# KVT-I KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE FÜR INSOMNIE

Seit wann gibt es  
sie?

Was glauben Sie?

Review > J Clin Psychiatr 1992 Jun;53 Suppl:37-41.

## Nonpharmacologic treatments of insomnia

R R Bootzin<sup>1</sup>, M L Perlis

Affiliations + expand

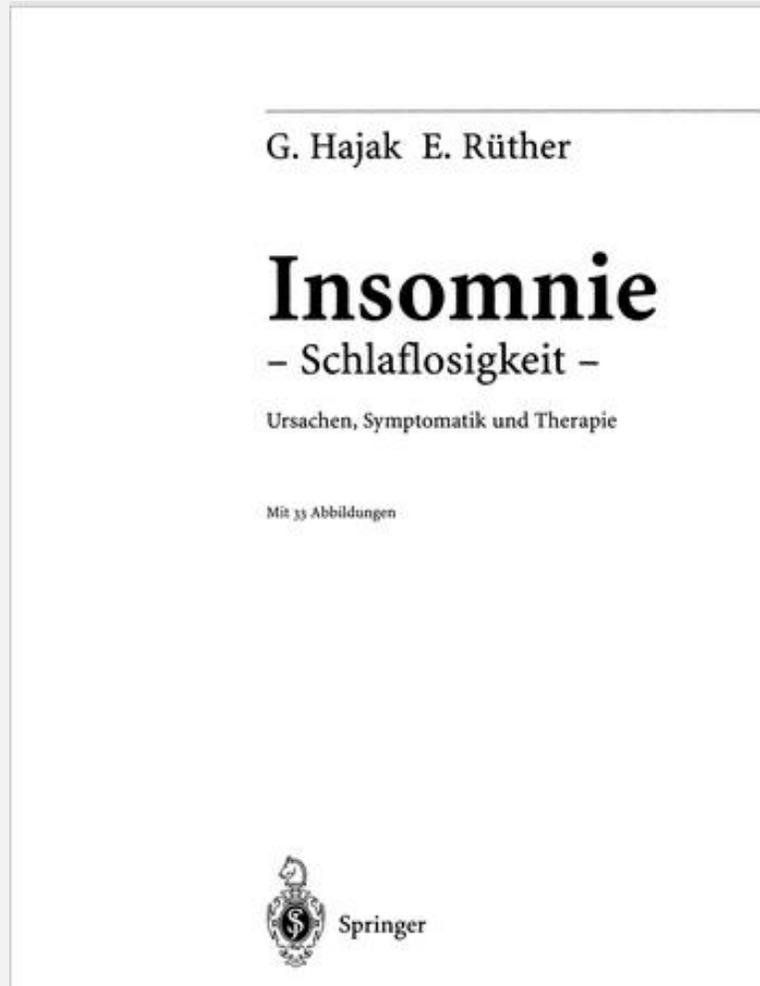
PMID: 1613018

### Abstract

Nonpharmacologic treatments that have been evaluated for insomnia are reviewed. These include sleep hygiene techniques, stimulus control instructions, sleep restriction, chronotherapy, bright light therapy, relaxation training, biofeedback, paradoxical intention, and cognitive therapy. Comparative studies of the different treatments indicate considerable overlap in effectiveness. Direct comparisons between treatments have shown stimulus control instructions to be more effective than either relaxation training or paradoxical intention. Further research is needed on the tailoring of treatments to patient needs, as are more detailed comparisons between pharmacologic and nonpharmacologic treatments.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1613018/>, 26.08.2022

Hajak G, Rüter E: Insomnie – Schlaflosigkeit Ursachen, Symptomatik und Therapie.  
Berlin/Heidelberg, Springer, 1995



Inhaltsverzeichnis | III

Schlafphasenvorverlagerung und

<b>7 Nichtpharmakologische Therapieverfahren</b> .....	113
Grundlagen .....	113
Therapieziel .....	115
Verfahren .....	116
Aufklärung und Beratung .....	116
Patientenbeteiligung .....	117
Schlafhygiene und Schlafhilfen .....	118
Stimuluskontrolle .....	121
Schlafrestriktion .....	122
Paradoxe Intention .....	123
Andere kognitive Behandlungsverfahren .....	124
Kognitive Fokussierung .....	124
Gedankenstop .....	124
Systematische Desensibilisierung .....	124
Entspannungstherapie .....	124
Psychotherapie .....	126
Pragmatische Verhaltenstherapie	
für den niedergelassenen Arzt .....	127
Biologische Therapieverfahren .....	129
Lichttherapie .....	129
Chronotherapie .....	130

**KVT-I**  
KOGNITIVE  
VERHALTENSTHERAPIE FÜR  
INSOMNIE

Was ist KVT-I?

## KVT-I - Vier Säulen

- Psychoedukation
- Entspannungsverfahren
- Kognitive Methoden
- Schlafrestriktion und Stimuluskontrolle

# The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment

Chiara Baglioni<sup>1,2</sup>  | Ellemarije Altena<sup>3</sup> | Bjørn Bjorvatn<sup>4</sup> | Kerstin Blom<sup>5</sup> | Kristoffer Bothelius<sup>6</sup> | Alessandra Devoto<sup>7</sup> | Colin A. Espie<sup>8</sup> | Lukas Frase<sup>1</sup> | Dimitri Gavriloff<sup>8</sup>  | Hion Tuuliki<sup>9,10</sup> | Andrea Hoflehner<sup>11</sup> | Birgit Högl<sup>11</sup> | Brigitte Holzinger<sup>12</sup> | Heli Järnefelt<sup>13,14</sup> | Susanna Jernelöv<sup>5,15</sup> | Anna F. Johann<sup>1,16</sup> | Caterina Lombardo<sup>17</sup> | Christoph Nissen<sup>18</sup>  | Laura Palagini<sup>19</sup>  | Coert Deeter<sup>20</sup> 

2 of 29

BAGLIONI ET AL.

## FIRST-LINE THERAPIE FÜR INSOMNIE

### Correspondence

Chiara Baglioni, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Faculty of Medicine, Medical Center - University of Freiburg, University of Freiburg, Freiburg, Germany. Emails: chiara.baglioni@uniklinik-freiburg.de

### Abstract

Insomnia, the most prevalent sleep disorder worldwide, confers marked risks for both physical and mental health. Furthermore, insomnia is associated with considerable direct and indirect healthcare costs. Recent guidelines in the US and Europe unequivocally conclude that cognitive behavioural therapy for insomnia (CBT-I) should be the first-line treatment for the disorder. Current treatment approaches are in stark contrast to these clear recommendations, not least across Europe, where if any treatment at all is delivered, hypnotic medication still is the dominant therapeutic modality. To address this situation, a Task Force of the European Sleep Research Society and the European Insomnia Network met in May 2018. The Task Force proposed establishing a European CBT-I Academy that would enable a Europe-wide system of standardized CBT-I training and training centre accreditation. This article summarizes the deliberations of the Task Force concerning definition and ingredients of CBT-I, preconditions for health professionals to teach CBT-I, the way in which CBT-I should be taught, who should be taught CBT-I and to whom CBT-I should be administered. Furthermore, diverse aspects of CBT-I care and delivery were discussed and incorporated into a stepped-care model for insomnia.

**KVT-I**  
KOGNITIVE  
VERHALTENSTHERAPIE FÜR  
INSOMNIE

Auswahl  
deutschsprachiger  
Therapiemanuale

- Crönlein T: Primäre Insomnie – Ein Gruppentherapieprogramm für den stationären Bereich, Hofgrefe, 2013
- Specht MB, Spaude E, Kaluza A: Kurzintervention bei Insomnie: Eine Anleitung zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen, Kohlhammer, 2014
- Müller T, Patorek B: Kurzintervention bei Insomnie: Eine Anleitung zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen, Kohlhammer, 2010

## ZU MEINER PERSON



- Dr. biol. hum. Gudrun Hübner.
- Diplom-Biologin mit Schwerpunkt Mikrobiologie und Humangenetik.
- 20 Jahre Berufserfahrung in Pneumologie und Schlafmedizin.
- Promotion in der Schlafmedizin.
- 2019 Heilpraktikerin für Psychotherapie.
- Seit 2020 selbstständig in eigener Praxis „Schlafberatung Hübner“.
- Dozententätigkeit und externe Beraterin in verschiedenen Einrichtungen.
- Seit 2021 Psychologiestudium (B.A.).

Tippen Sie, um die Suche zu starten

# ICD-11

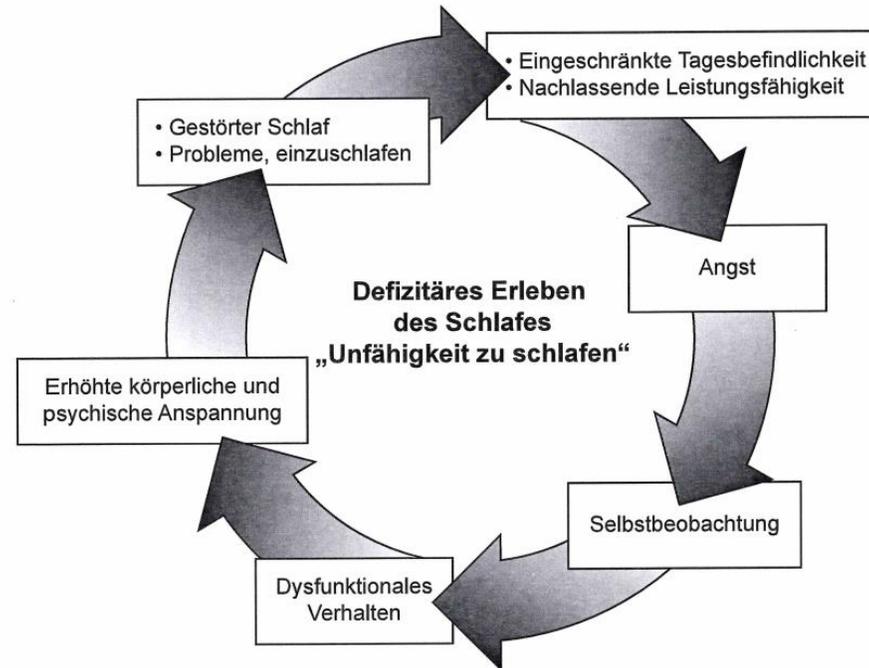
- ▽ Internationale Klassifikation der Krankheiten 11. Revision - ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken
  - ▷ 01 Bestimmte infektiöse oder parasitäre Krankheiten
  - ▷ 02 Neubildungen
  - ▷ 03 Krankheiten des Bluts oder der blutbildenden Organe
  - ▷ 04 Krankheiten des Immunsystems
  - ▷ 05 Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten
  - ▷ 06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
  - ▷ 07 Schlaf-Wach-Störungen
  - ▷ 08 Krankheiten des Nervensystems
  - ▷ 09 Krankheiten des visuellen Systems
  - ▷ 10 Krankheiten des Ohrs oder des Warzenfortsatzes
  - ▷ 11 Krankheiten des Kreislaufsystems
  - ▷ 12 Krankheiten des Atmungssystems
  - ▷ 13 Krankheiten des Verdauungssystems
  - ▷ 14 Krankheiten der Haut
  - ▷ 15 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes
  - ▷ 16 Krankheiten des Urogenitalsystems

- erschienen am 01.01.2022
- ab 2027 bindend zum Kodieren der Mortalitäten weltweit
- ab wann zum Kodieren der Morbidität in Deutschland noch unklar

## FORMEN DER INSOMNIE (ICSD-2)

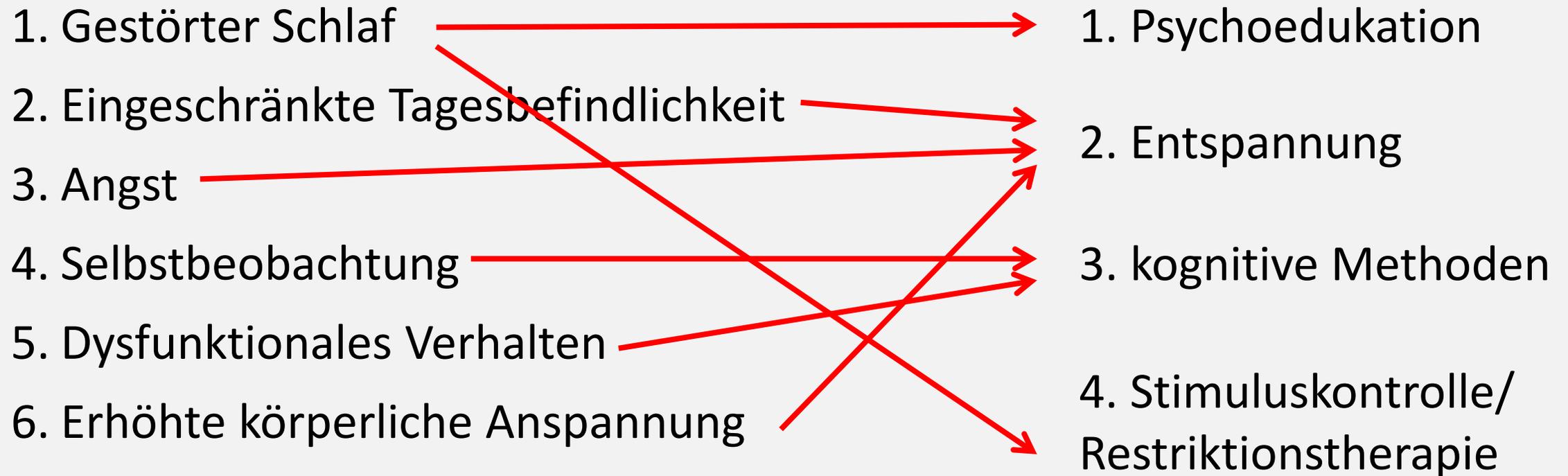
- Paradoxe Insomnie
- Psychoreaktive Insomnie
- Idiopathische Insomnie
- Insomnie aufgrund mangelnder Schlafhygiene
- Psychophysiologische Insomnie
- Insomnie aufgrund körperlicher Erkrankungen
- Insomnie aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung
- Insomnie aufgrund von Substanzmissbrauch

## Teufelskreis Insomnie



# PSYCHOPHYSIOLOGISCHE INSOMNIE

# 4 SÄULEN DER KVT-I

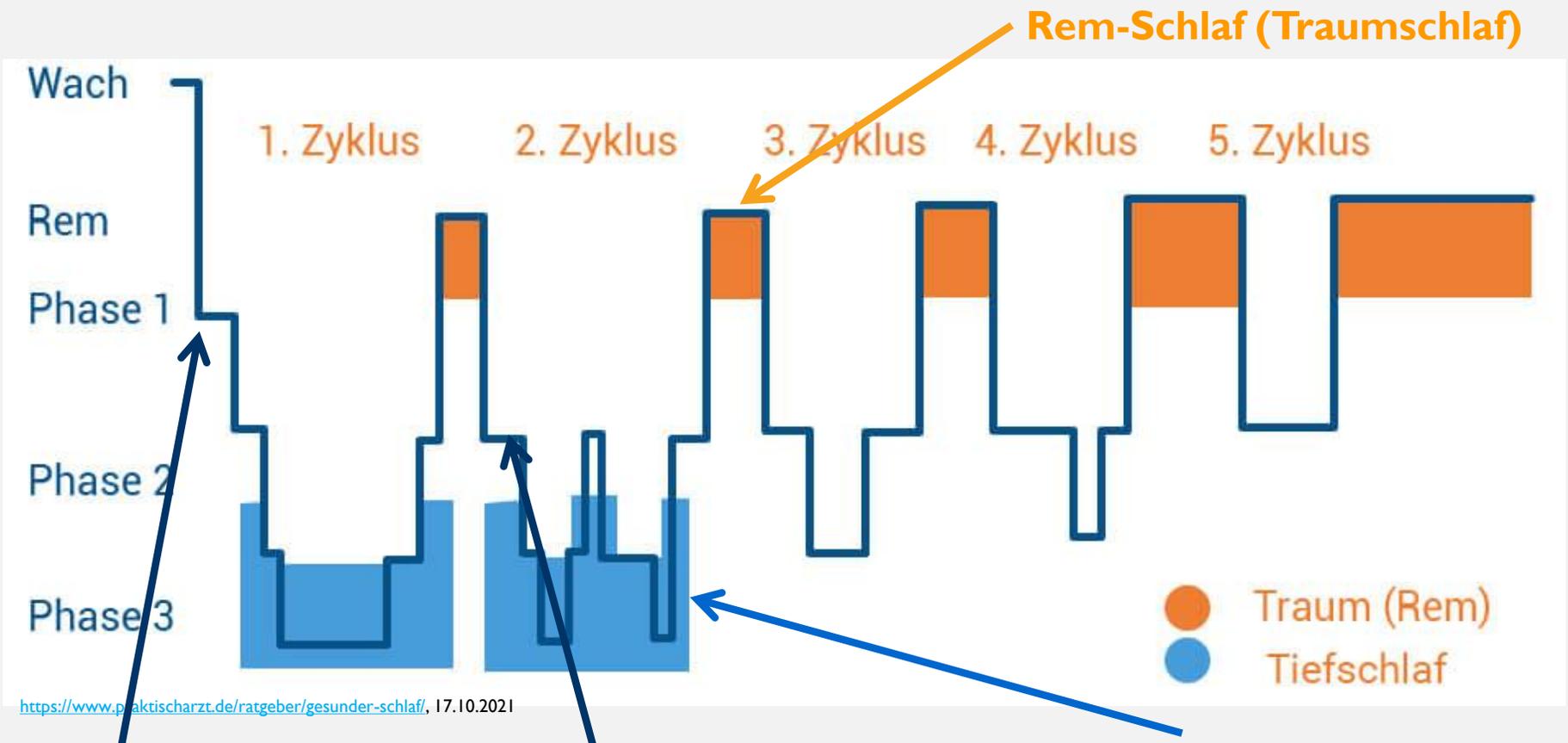


# I. PSYCHOEDUKATION

## Alles Wissen rund um den Schlaf

- Was passiert während des Schlafes?
- Wie kommt es zum Schlaf?
- Was ist ein gesunder Schlaf?
- Wie verändert sich der Schlaf im Laufe des Lebens
- Schlafhygienischen Regeln

# SCHLAF - SCHLAFSTADIEN



**N1 - Leichtschlaf**

**N2 - Leichtschlaf (stabile Schlaf)**

**N3 - Tiefschlaf**

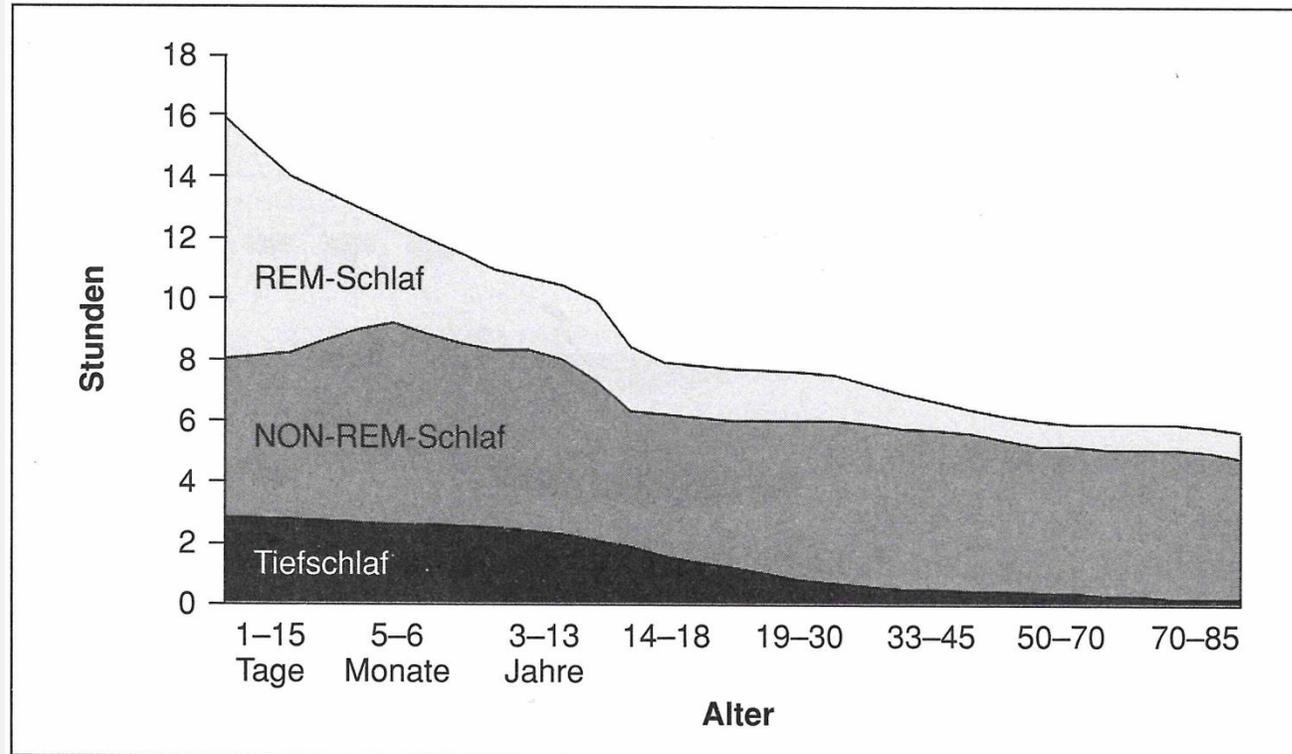
# SCHLAF - SCHLAFSTADIEN

- 4-7 Schlafzyklen pro Nacht (individuell), Dauer 90 – 110 Minuten

- Tiefschlaf 1. Nachthälfte, REM-Schlaf 2. Nachthälfte

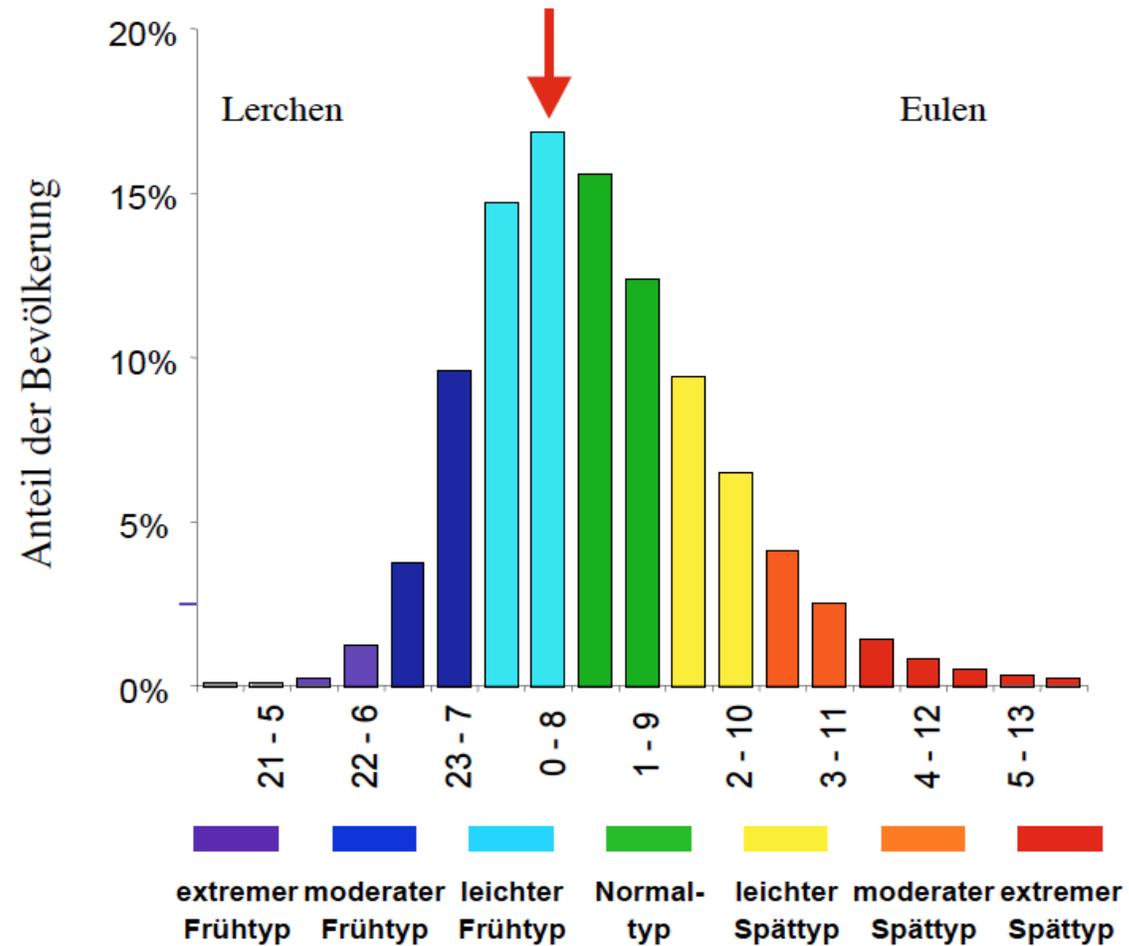
- |  |   |         |             |
|--|---|---------|-------------|
| • Schlafstadium N1: Einschlafen/ Dösen | } | 55-60 % | ab ca. 50 J |
| • Schlafstadium N2: stabiler Schlaf    |   |         |             |
| • Schlafstadium N3: Tiefschlaf         |   | 15-25 % | 10-15 %     |
| • Schlafstadium REM: REM Schlaf        |   | 20-25 % | 10-15%      |

# SCHLAF – ALTER UND SCHLAF



**Abbildung 3:** Die Zusammensetzung des Schlafes aus den verschiedenen Schlafstadien im Verlauf des Lebens

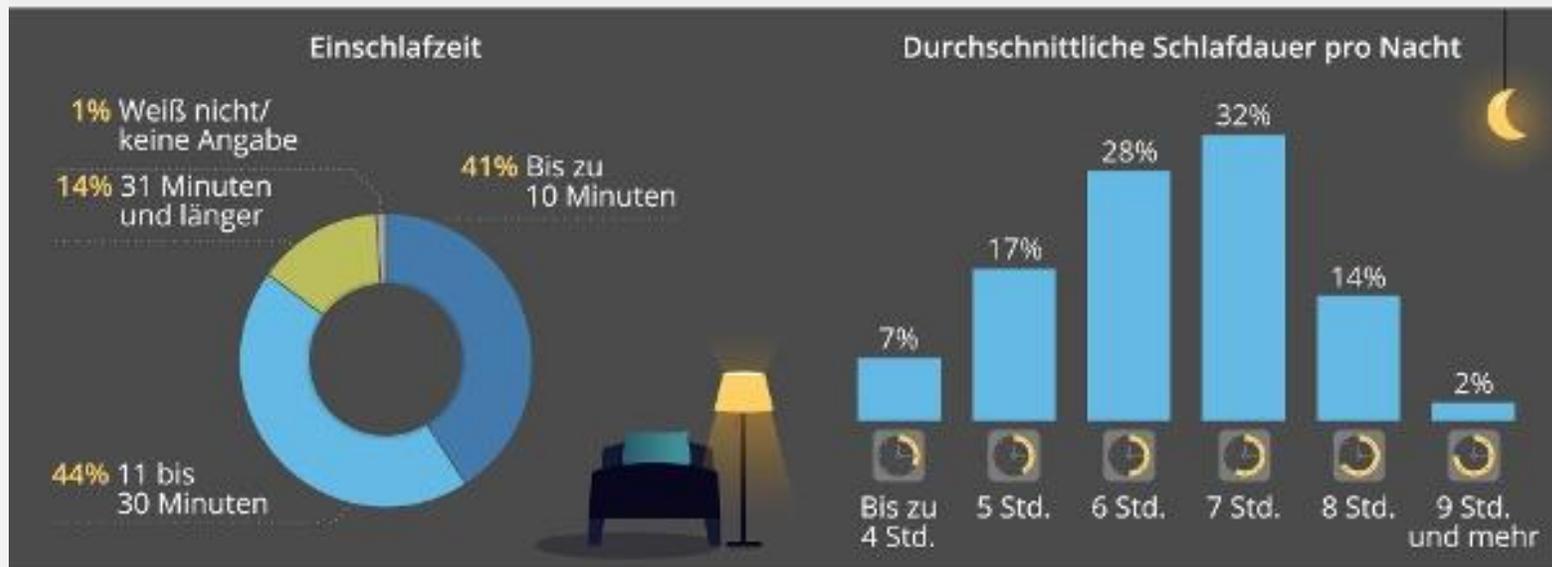
# SCHLAF - CHRONOBIOLOGIE



# SCHLAF - CHRONOBIOLOGIE

## So schlafen die Deutschen

Einschlafdauer und Schlafdauer pro Nacht

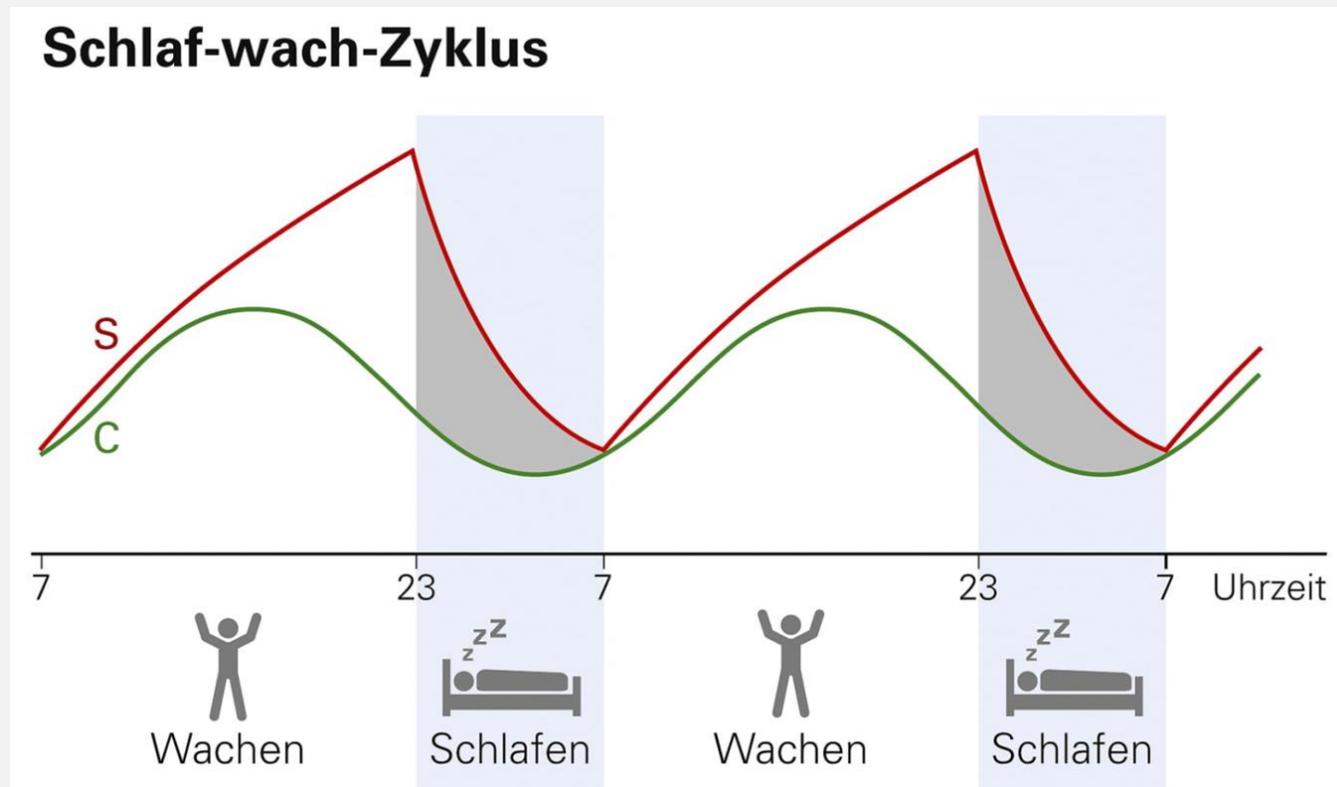


Basis: Für die Studie "Schlaf gut, Deutschland." befragte das Meinungsforschungsinstitut Forsa im Juli 2017 im Auftrag der TK einen bevölkerungsrepräsentativen Querschnitt der Erwachsenen in Deutschland zu ihrem Schlafverhalten.

Quelle: TK-Schlafstudie 2017

# SCHLAF - SCHLAFREGULATION

## Das Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation nach Borbély (2003):



### Circadianer Rhythmus (C)

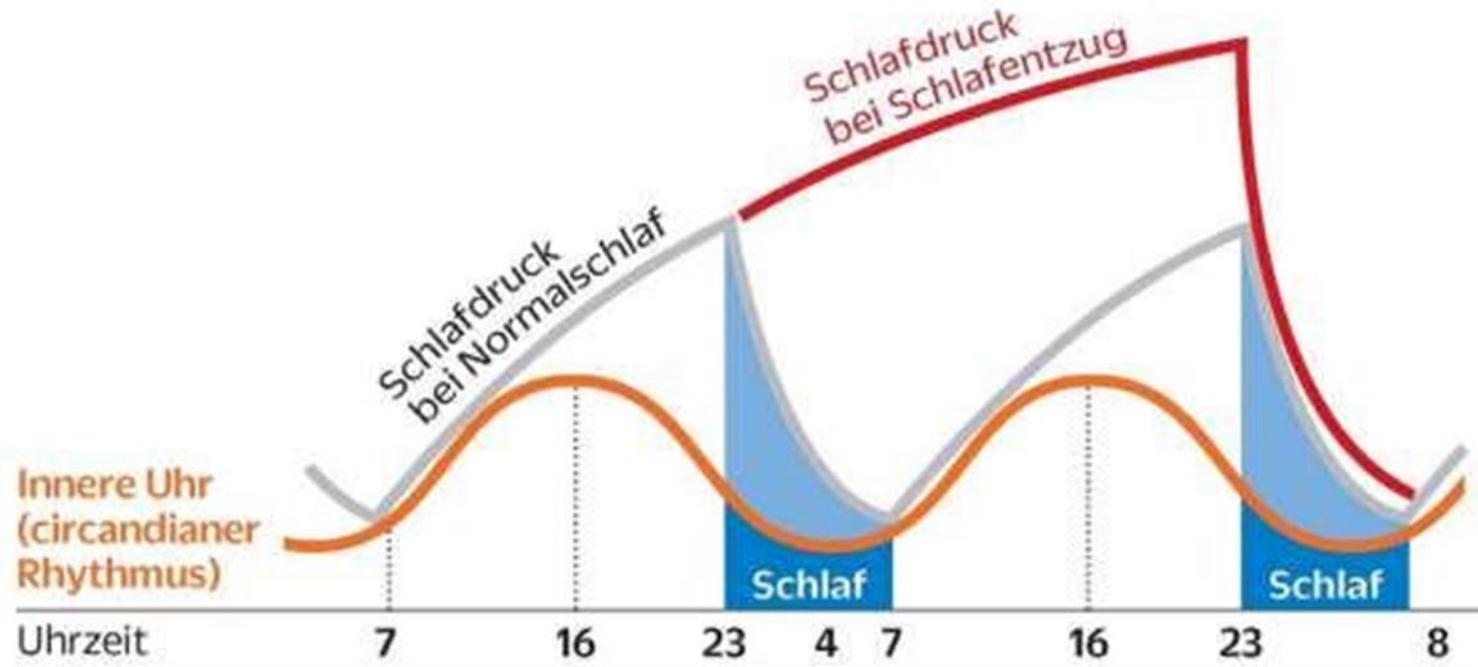
- 24,2 – 24,8 h
- tgl. Abgleich durch photische Zeitgeber (Entrainment)
- Steuerung des Melatonins

### Schlafdruck (S)

- Adenosin baut sich im Gehirn ab dem Aufwachen auf
- blockiert Dopamin, Acetylcholin, Noradrenalin
- triggert GABA

# SCHLAF - SCHLAFREGULATION

## So wird unser Schlaf reguliert



# SCHLAFHYGIENE

1. Ruhige und gut belüftete Schlafumgebung
2. Wärmende Bedeckung
3. Abdunkelung der Schlafumgebung
4. Bei Bedarf Wecker stellen.
5. Nachts nicht auf die Uhr sehen.
6. Ausreichende Müdigkeit und Schläfrigkeit beim Zu-Bett-Gehen.
7. Vermeidung abendlichen Einschlafens (TV-Schlaf, Sofa-Schlaf).
8. Ausreichende Aktivität tagsüber.

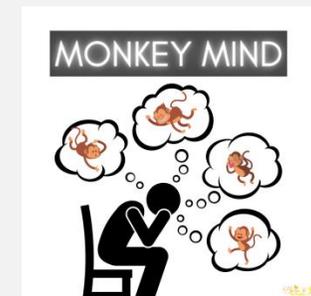
# SCHLAFHYGIENE

9. Die Bettzeiten sollen dem individuellen Schlafbedürfnis angepasst werden.
10. Kein übermäßiger Alkoholkonsum.
11. Keine zentral anregende Substanzen vor der Bettzeit (Koffein, Tee).
12. Vermeiden von emotionale belastenden Erlebnissen im Bett, wozu schon sorgenvolles Grübeln gehört.
14. Nicht wach und angespannt ins Bett gehen.

## 2. ENTSPANNUNG

# Entspannungs- verfahren

- Körperliche Entspannungsverfahren
- Kognitive Entspannungsverfahren
- „Monkey Mind“



### 3. KOGNITIVE METHODEN

# Kognitive Tools

- Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken
- „Den Tag abschließen“
- Gedankenstuhl

# Den Tag abschließen

1. Setzen Sie sich am frühen Abend für 20 Minuten mit einem Zettel und einem Stift an einen gemütlichen Ort
2. Überlegen Sie, was heute passiert ist und wie es Ihnen damit geht
3. Wenn Ihnen dabei Unerledigtes einfällt, schreiben Sie dies auf eine To-do-Liste
4. Versuchen Sie, die 20 Minuten zu nutzen, um Ihre Gedanken und Gefühle zu sortieren
5. Falls Sie im Bett erneut an diese Dinge denken müssen, erinnern Sie sich daran, dass Sie sich damit bereits ausgiebig beschäftigt haben
6. Wenn im Bett neue Gedanken kommen, schreiben Sie diese auf ein Stück Papier neben dem Bett, um sich am nächsten Tag damit zu beschäftigen



## ÄNGSTE UND BEFÜRCHTUNGEN RUND UM DEN SCHLAF

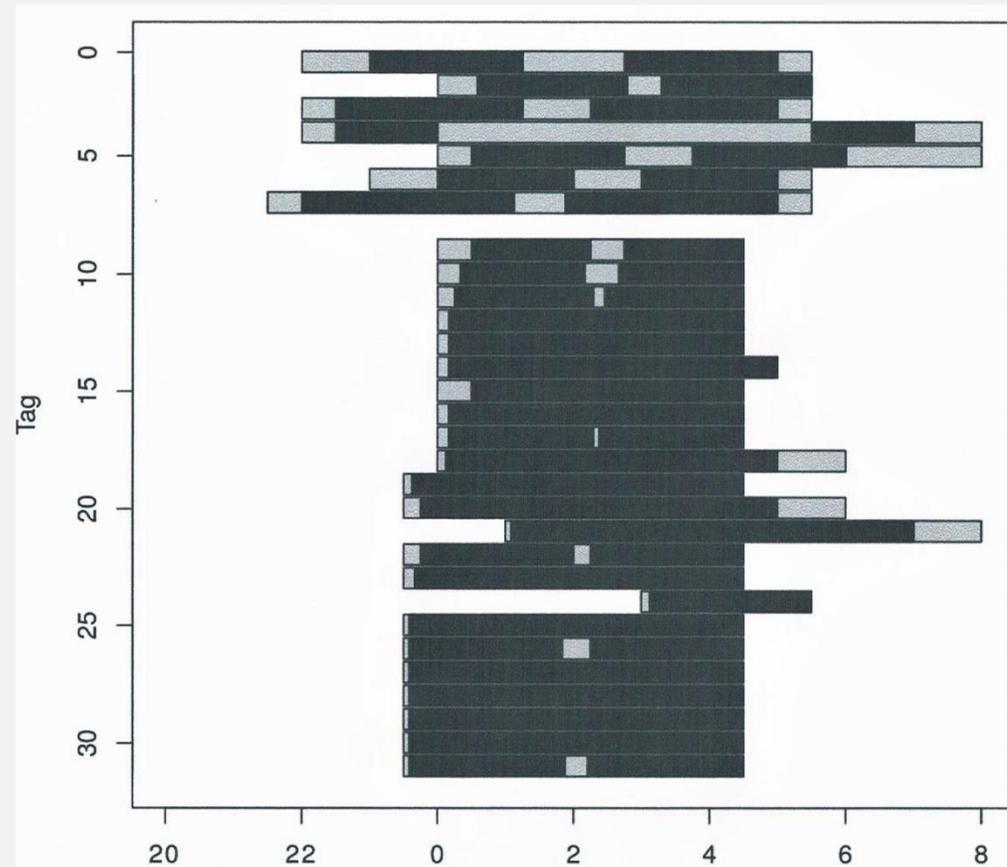
- Ich brauche 8 Stunden Schlaf, um mich erholt zu fühlen und am Tag gut zu funktionieren.
- Wenn ich in einer Nacht nicht die richtige Menge Schlaf bekomme, muss ich das wieder aufholen, indem ich tagsüber kurz schlafe oder in der nächsten Nacht länger schlafe.
- Ich befürchte, dass chronische Schlaflosigkeit ernste Folgen für meine körperliche Gesundheit haben könnte.
- Ich befürchte, dass ich die Kontrolle über meine Schlaffähigkeit verlieren könnte.

4.  
SCHLAFRESTRIKTION/  
STIMULUSKONTROLLE

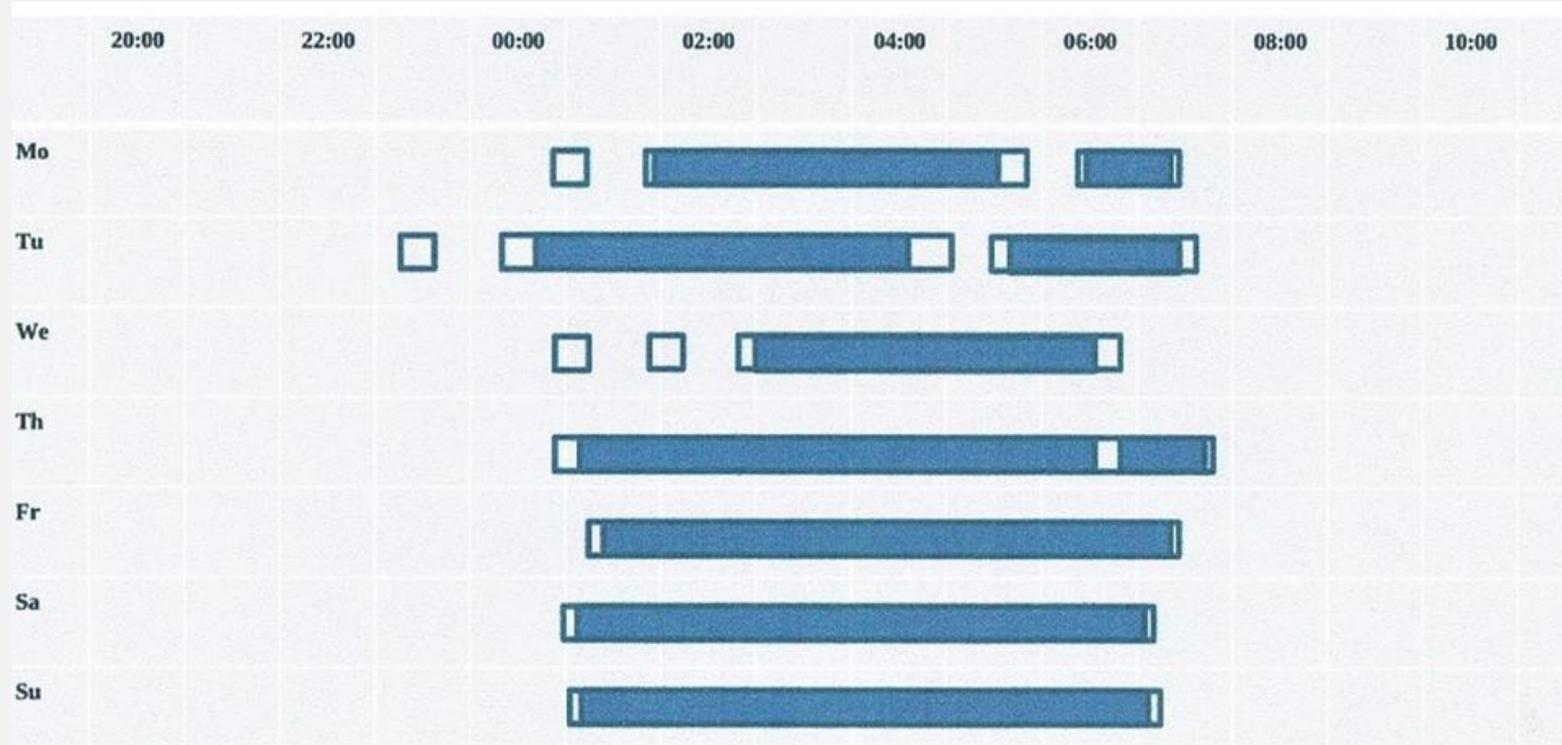
# Erhöhung des Schlafdruckes

- Gefahr der Übermüdung am Tag
- Entstehen von Tagesschläfrigkeit
- Cave bei der Durchführung!

# SCHLAFRESTRIKTION



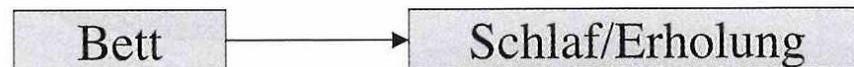
# SCHLAFRESTRIKTION/ STIMULUSKONTROLLE



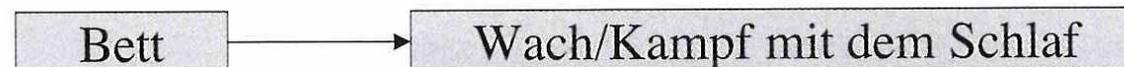
# STIMULUSKONTROLLE

## Lernen durch zeitliche Nähe

Normalerweise geht man ins Bett, wenn man schläfrig ist und schläft ein:



Bei chronischen Ein- und Durchschlafstörungen hat der Körper hingegen gelernt:



# DURCHFÜHRUNG DER KVT-I

- Schlafanamnese
- Fragebögen
- Schlaftagebuch, -Schlafprotokoll
- Polygrafie, Polysomnografie
- Besprechung und Empfehlung

# SCHLAFANAMNESE

**Tab. 15.2** Leitfaden zur Symptom- und Anamneseerhebung bei Patienten mit Ein- und Durchschlafstörungen

1.	Form und Ausprägung der Schlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschlafdauer (Faustregel: Einschlaf latenz über 30 min klinisch bedeutsam)</li> <li>• Durchschlaffähigkeit (Anzahl, Dauer und Ursache nächtlicher Wachphasen, Wiedereinschlafdauer, länger als 30 min klinische relevant)</li> <li>• Morgendliches Früherwachen</li> <li>• Erholbarkeit des Schlafs</li> <li>• Geschätzte Gesamtschlafdauer sowie Schlafbedürfnis</li> </ul>
2.	Beginn und Verlauf der Schlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn und Dauer der Beschwerden</li> <li>• Mögliche Auslösefaktoren (z. B. besondere Lebensumstände/Belastungen, Erkrankungen)</li> <li>• Dauerhaftes oder phasisches Auftreten der Schlafstörung (z. B. freie Intervalle, Schweregradveränderungen)</li> </ul>
3.	Schlaf-wach-Rhythmus-Strukturierung und Schlafverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bettgehzeit und morgendliches Aufstehen</li> <li>• Regelmäßigkeit der Bettzeiten (z. B. häufig wechselnd, Unterschiede zum Wochenende)</li> <li>• Schichtarbeit oder häufige Zeitzonewechsel</li> <li>• Schlafstörende Abendgestaltung (z. B. größere körperliche/geistige Aktivität, Genussmittelkonsum)</li> <li>• Einschlafbedingungen (z. B. schlafinkompatible Aktivitäten im Bett wie Fernsehen, störende Außeneinflüsse)</li> <li>• Verhalten während nächtlicher Wachphasen (z. B. „quälendes Wälzen im Bett“, Verlassen des Betts)</li> <li>• Begleitende Kognitionen und Emotionen vor und während der Nacht (z. B. Schlaferwartungsängste, Grübeln, Ärger, Befürchtungen)</li> <li>• Körperliche und vegetative Symptome (z. B. Anspannung, Unruhe, Herzklopfen)</li> </ul>

# SCHLAFANAMNESE

4.	Tagesbefindlichkeit und Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Morgendliches Befinden (z. B. Aktivität und Antrieb)</li><li>• Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit (z. B. gezielter Tagschlaf, ungewolltes Einschlafen, imperative Schlafattacken)</li><li>• Konzentrations- und Leistungsfähigkeit (z. B. berufliche und psychosoziale Leistungsfähigkeit, subjektive Straßenverkehrstauglichkeit)</li><li>• Stimmungslage und allgemeines Wohlbefinden (z. B. Reizbarkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Krankheitsempfinden)</li></ul>
5.	Differenzialdiagnostisches Screening zum Ausschluss anderer Schlafstörungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Restless-Legs-Syndrom (störende Missempfindungen, Bewegungsdrang der Beine beim Einschlafen)</li><li>• Schlafbezogene Atmungsstörung (Erwachen mit Atemnot, fremdanamnestisch Schnarchen oder nächtliche Atemaussetzer)</li><li>• Syndrom der periodischen Beinbewegungen (Störung der Schlafkontinuität durch rhythmisch auftretende Beinbewegungen; Cave: Fremdanamnese)</li><li>• Parasomnien/Besonderheiten des nächtlichen Verhaltens (Alpträume oder nächtliches Aufschrecken, Schlafwandeln oder sonstige motorische Auffälligkeiten, insbesondere Selbstverletzungen oder Verletzung des Bettpartners)</li></ul>
6.	Somatische und psychische Krankheitsvorgeschichte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Körperliche Erkrankung (z. B. Herz-, Lungen-, Stoffwechselerkrankung, Schmerzsyndrom)</li><li>• Manifeste psychiatrische Erkrankung (z. B. Depression, Angsterkrankung)</li></ul>
7.	Substanzanamnese	<ul style="list-style-type: none"><li>• Einnahme v. a. schlafstörender Medikamente (z. B. Antihypertensiva, Psychopharmaka)</li><li>• Genussmittelgebrauch (z. B. Alkohol, Nikotin, Koffein)</li><li>• Schlafmitteleinnahme (z. B. Präparat und Dosis aktueller und früherer Schlafmittel)</li></ul>
8.	Bisherige bzw. eigene Therapieversuche	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlungsvorgeschichte (z. B. Hausarzt, Facharzt, psychologischer Psychotherapeut)</li><li>• Selbstbehandlung (z. B. Alkohol als Einschlafhilfe, Verlängerung der Bettzeiten)</li></ul>

# FRAGEBÖGEN

1. Regensburger Insomnia-Skale (RIS)
2. Pittsburgh Schlafqualitätsfragebogen (PSQI)
3. Epworth-Sleppiness Scale (ESS)
4. Patient Health Questionnaire (PHQ-D)
5. Meinungen-zum-Schlaf-Fragebogen (MZS)
6. International RLS Severity Scale (IRLS)
7. Traumfragebogen (MADRE)

# SCHLAFTAGEBUCH

## Schlafstagebuch \*



Woche von ..... bis .....



Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)

	Beispiel	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1. Wie ist Ihre Stimmung gerade? (1: sehr gut ... 6: sehr schlecht)	3							
2. Wie leicht/schwer fiel es Ihnen heute, Leistungen (Beruf und Freizeit) zu erbringen? (1: sehr gut ... 6: sehr schlecht)	2							
3. Haben Sie heute tagsüber geschlafen? Falls ja, geben Sie an, wann und wie lange insgesamt:	13.30 30 Min.							
4. Haben Sie in den letzten 4 Stunden Alkohol zu sich genommen? Falls ja, was und wie viel?	2 Gläser Bier							
5. Wie müde fühlen Sie sich gerade? (1: sehr frisch ... 6: sehr müde)	2							
6. Wann sind Sie zu Bett gegangen?	22:30							

\*nach Vorlage der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)

# SCHLAFTAGEBUCH

## Schlafstagebuch \*



Woche von ..... bis .....



Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)

Beispiel	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1. Wie frisch/müde fühlen Sie sich gerade? (1: sehr frisch ... 6: sehr müde)	3						
2. Wie ist Ihre Stimmung jetzt? (1: sehr gut ... 6: sehr schlecht)	3						
3. Wann haben Sie gestern das Licht ausgemacht?	23:00						
4. Wie lange hat es nach dem Lichtlöschen gedauert, bis Sie einschliefen? (Min.)	40						
5. Waren Sie nachts wach? Wie oft? Wie lange insgesamt? (Min.)	3 x 20						
6. Wann sind Sie endgültig aufgewacht?	6.30						
7. Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen? (Angaben in Stunden und Minuten)	5 Std. 50 Min.						
8. Haben Sie seit gestern Abend Medikamente zum Schlafen genommen? (Präparat, Dosis, Uhrzeit)	½ Zolpidem 22.30						

\*nach Vorlage der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)





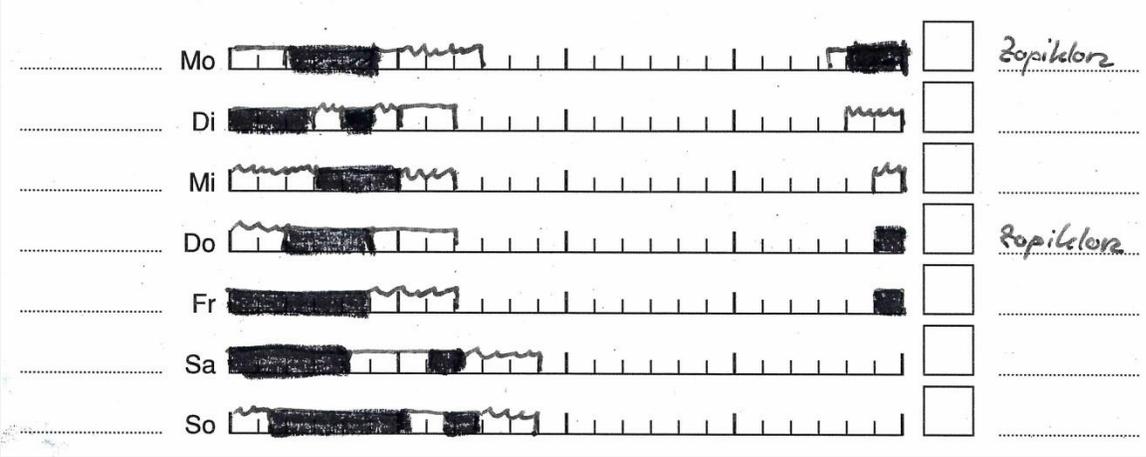
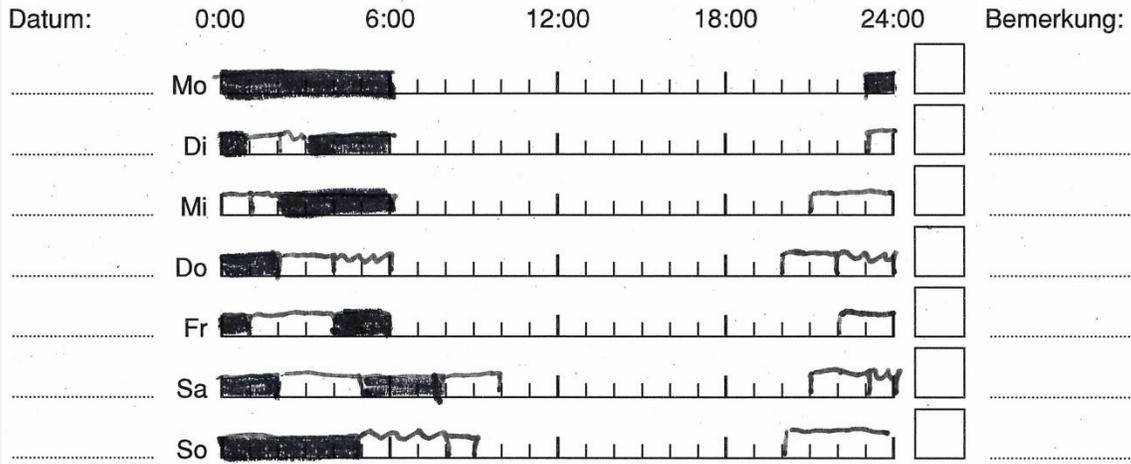
# SCHLAFPROTOKOLL - AUSWERTUNG

Mo		<input type="checkbox"/>
Di		<input type="checkbox"/>
Mi		<input type="checkbox"/>
Do		<input type="checkbox"/>
Fr		<input type="checkbox"/>
Sa		<input type="checkbox"/>
So		<input type="checkbox"/>

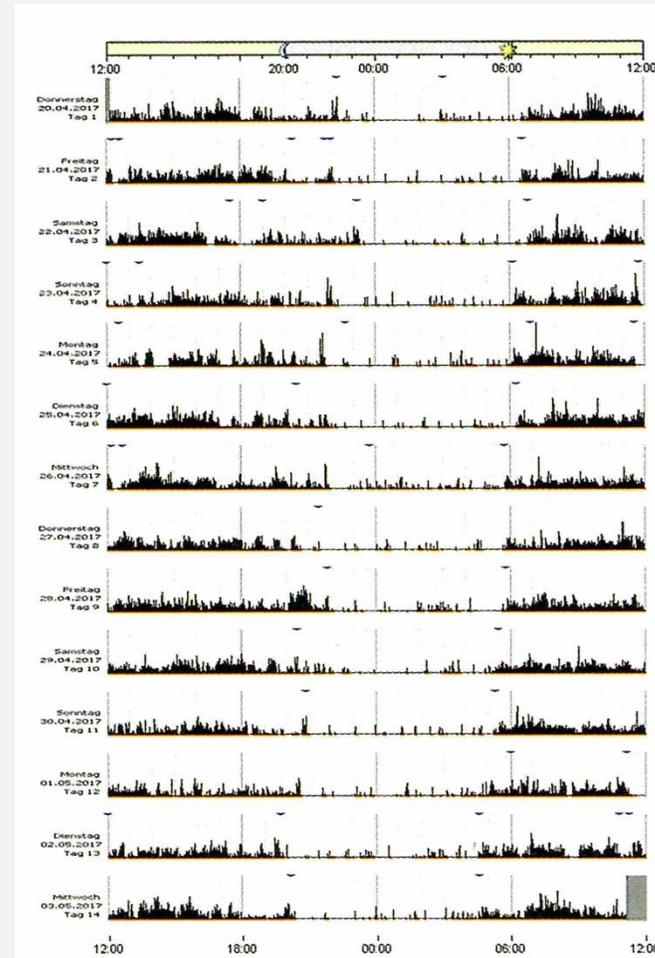
Datum:	0:00	6:00	12:00	18:00	24:00	Bemerkung:
Mo						<input type="checkbox"/>
Di						<input type="checkbox"/>
Mi						<input type="checkbox"/>
Do						<input type="checkbox"/>
Fr						<input type="checkbox"/>
Sa						<input type="checkbox"/>
So						<input type="checkbox"/>

Mo		<input type="checkbox"/>
Di		<input type="checkbox"/>
Mi		<input type="checkbox"/>
Do		<input type="checkbox"/>
Fr		<input type="checkbox"/>
Sa		<input type="checkbox"/>
So		<input type="checkbox"/>

# SCHLAFPROTOKOLL - AUSWERTUNG



# AKTIGRAFIE



## Aktometer

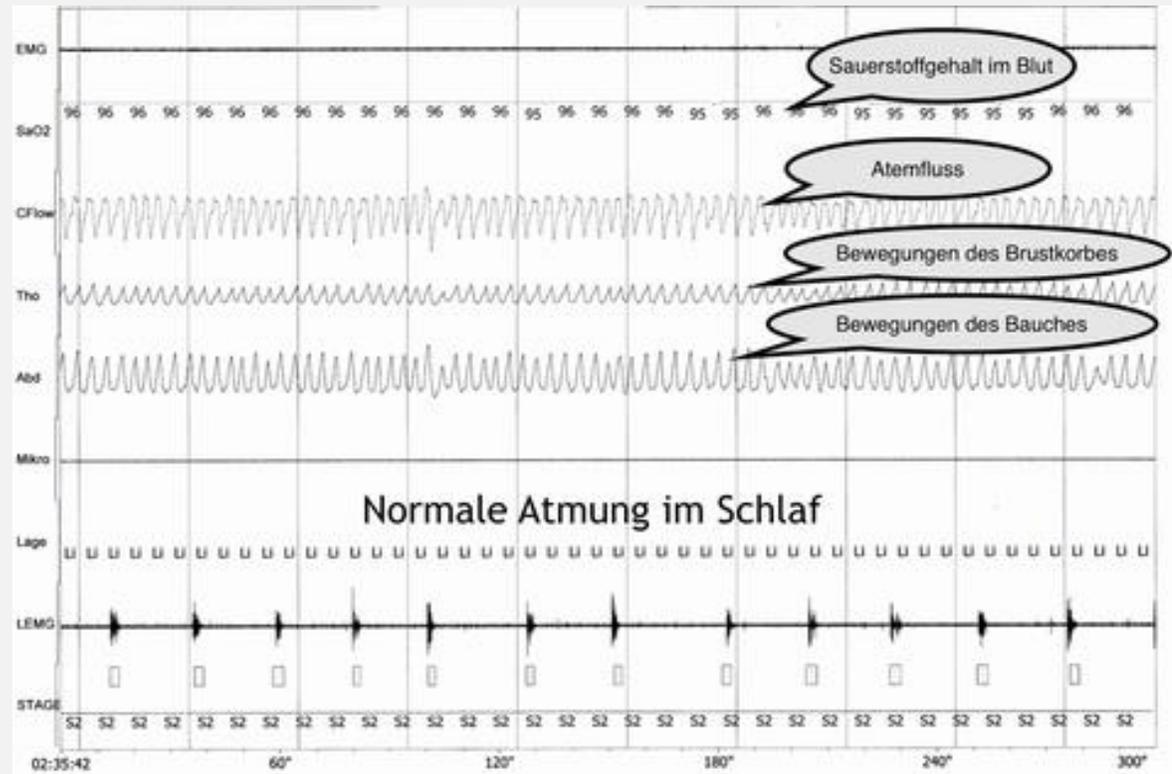


[https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber\\_uns/Fachabteilungen\\_KN/kliniken/psychiatrie/Bilder/aktometer.jpg](https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/psychiatrie/Bilder/aktometer.jpg), 09.09.2022

# POLYGRAFIE

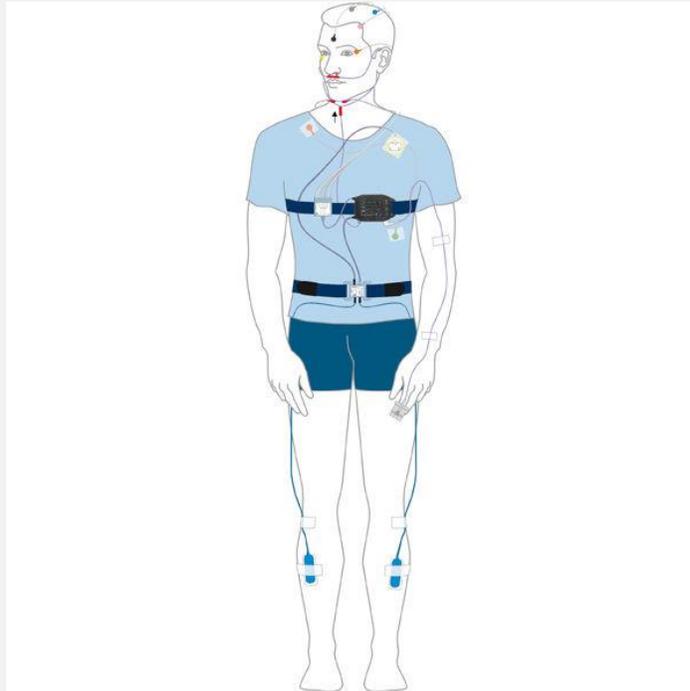


<https://somnomedics.de/wp-content/uploads/2018/11/sot-resp-an-mann-schlafend-1200x600-1.jpg>, 09.09.2022

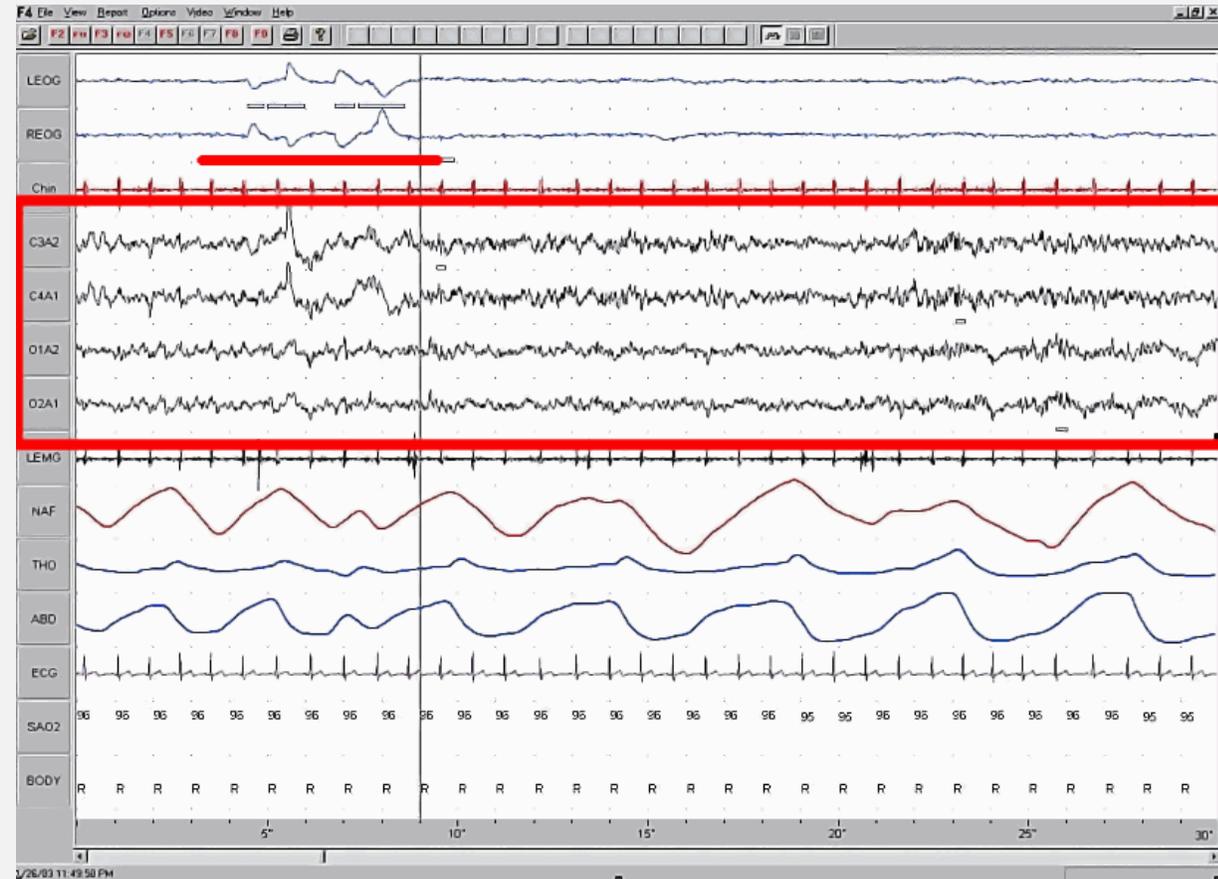


<https://image.jimcdn.com/app/cms/image/transf/dimension=475x1024/format=png/path/s84a3e41e992e4ae8/image/ida0636ef22c34970/version/1454270878/image.png>, 09.09.2022

# POLYSOMNOGRAFIE



[https://img.medicaexpo.de/images\\_me/photo-g/70128-13591453.jpg](https://img.medicaexpo.de/images_me/photo-g/70128-13591453.jpg), 09.09.2022



<https://image.jimcdn.com/app/cms/image/trans/dimension=origxorig:format=png/path/se85c65fa4d44738b/image/i2e6154f68cb01da5/version/1515254221/image.png>, 09.09.2022

# GESAMTAUSWERTUNG FRAGEBÖGEN – SCHLAFTAGEBUCH - POLYSOMNOGRAFIE

**Schlafberatung Hübner**  
Dr. biol. hum. Gudrun Hübner  
Diplombiologin - Heilpraktikerin für Psychotherapie; zugelassen nach dem HPG

**Auswertung**  
(Version 1.2021)

Patient\*in: 46-jährige Patientin

**Auswertung Fragebögen (psychometrische Messverfahren)**

**1. Regensburger Insomnia Scale (RIS) vom 19.05.2022:**  
(Fragebogen zum Grad der Insomnie)

Gesamtscore am 19.05.2022: **18 Punkte** (max. 40, 0-12 unauffällig, 13-24 auffällig, 25-40 ausgeprägte psychophysiologische Insomnie).

	Punkte max.	19.05.2022 Punkte erreicht
Schlaflatenz	4	0
Schlafdauer	4	2
Schlafkontinuität	4	2
Schlaftiefe	4	3
Früherwachen	4	2
Durchwachte Nächte	4	2
Fokussieren	4	2
Schlafbezogene Ängste	4	2
Leistungsfähigkeit	4	2
Schlafmitteleinnahme	4	1

**3. Pittsburgh Schlafqualitätsfragebogen (PSQI) vom 19.05.2022:**  
(Fragebogen zur Schlafqualität)

Gesamtscore am 19.05.2022: **16 Punkte** (max. 21, bis 5 Normalbereich)

	Punkte max.	19.05.2022 Punkte erreicht
Schlafqualität	3	2
Schlaflatenz	3	3
Schlafdauer	3	3
Schlafeffizienz	3	3
Schlafstörungen	3	2
Schlafmittelkonsum	3	1
Tagesmüdigkeit	3	2

1  
Schlafberatung Hübner, Gertraud-Rostosky-Str. 5, 97082 Würzburg,  
Fon: +49 931 99123909 Mail: info@schlafberatung-huebner.de

**Pittsburgh Schlafqualitätsfragebogen (PSQI) vom 19.05.2022:**

Schlaflatenz: **60 - 120 Min**  
Schlafdauer (Total Sleep Time, TST): **3 Std. 30 Min**  
Bettliegezeit: **7 Std. 15 Min**  
Schlafeffizienz: **56,0 %**

**Schlafstagebuch vom 16.05.- 29.05.2022:**

Schlaflatenz: **47 (24) Min**  
Schlafdauer (Total Sleep Time TST): **5 Std. 45 Min**  
Bettliegezeit: **7 Std. 06 Min**  
Schlafeffizienz: **80,44 %**

2  
Schlafberatung Hübner, Gertraud-Rostosky-Str. 5, 97082 Würzburg,  
Fon: +49 931 99123909 Mail: info@schlafberatung-huebner.de

# FALLBEISPIEL I

- 46-jährige Patientin
- Lehrerin, kein Schichtdienst
- Keine Komorbiditäten, keine Medikamente
- Zuerst Einschlaf-, dann Durchschlafstörungen dazu, seit einigen Wochen
- Keine anderen Schlafstörungen
- Schlafhygiene wird eingehalten
- Regelmäßige Bettgeh- und Aufstehzeiten
- Grübeln im Bett, Angst wegen Konsequenzen Insomnie
- Ärger, Wut wegen Schlaflosigkeit
- Familiär eingebunden

## FALLBEISPIEL I

- Patientin schläft weitestgehend wieder gut
- Schlafeffizienz in der Regel gut, Schlafzeit bei 6 h ausreichend
- an Tagen, wenn Einschlafzeit schlecht ist, raus aus dem Bett, Stimuluskontrolle
- P. Diskrepanz zwischen Eigenwahrnehmung im PSQI und in der Auswertung im Schlaftagebuch gezeigt
- ihr empfohlen, sich nochmals Hilfe zu holen, um mehr Abstand von der Schule zu finden
- P. hat auch auf eine halbe Stelle reduziert

## FALLBEISPIEL 2

- 62-jährige Patientin
- Lehrerin, 23 Jahre in Beurlaubung, seit 2013 wieder im Dienst
- Schulterschmerzen, kein Riechen (verstopfte Nase)
- Gestagene, Mirtazapin, Circadin
- Seit 2001 Einschlaf-, dann Durchschlafstörungen dazu, seit der 3. Tochter
- Keine anderen Schlafstörungen
- Schlafhygiene wird eingehalten
- Regelmäßige Bettgeh- und Aufstehzeiten
- Grübeln im Bett, Gedankenkarussell
- Ärger, Wut wegen Schlaflosigkeit; Angst wegen Konsequenzen Insomnie
- Furcht und Sorgen um Konsequenzen der Insomnie (Konzentration, Merkfähigkeit)
- Familiär eingebunden, Ehemann arbeitet viel, Belastung in der Ursprungsfamilie

## FALLBEISPIEL 2

- Psychoedukation durchgeführt (Schlafdruck erklärt).
- Medikamenteneinnahme durchgesprochen
- P. findet Entspannung beim Schwimmen, 10 Bahnen mit Atmen, 10 mit Körperfühlen, 10 mit tiefem Atmen und 10
- P. findet Atemmeditation nicht gut, will in der Nacht autogenes Training machen, möchte PME machen, Youtubes Videos empfohlen
- macht bei Ärger Visualisation: Ärger fließt über den Körper in die Beine und dann aus dem Körper hinaus.
- Psychotherapie und Medikamenteneinnahme abklären

## FALLBEISPIEL 3

- 51-jähriger Patient
- Haustechniker, arbeiten im 3-Schichtdienstsystem (5.30 -22.00Uhr), 4 Tage frei, 6 Tage Dienst
- 06/2021 Burnout, seitdem krankgeschrieben, seit dem 14. Lebensjahr Depressionen, Verhaltens- und Tiefenpsychologie
- Zopiclon nach Bedarf
- 3-4 Tage gar nicht geschlafen
- Keine anderen Schlafstörungen
- Schlafhygiene wird eingehalten
- Regelmäßige Bettgeh- und Aufstehzeiten, in Wiedereingliederung
- Meditation als Entspannungstechnik
- Furcht und Sorgen um Konsequenzen der Insomnie (Konzentration, Merkfähigkeit)
- Familiär eingebunden

## FALLBEISPIEL 3

- Psychoedukation und Restriktionstherapie durchgeführt
- P. Entspannungstechniken eingesetzt
- P. geht es gut
- gibt weiter Schlafzeit hinzu, wird jetzt ab 22.45 Uhr schlafen

## WICHTIGSTE BOTSCHAFT AN DEN PATIENTEN

- Zwingen Sie sich nicht zu schlafen.
- Vertrauen Sie Ihrem Körper.
- Er holt sich immer den Schlaf, den er braucht!

...denn der Schlaf ist wie eine Taube, will man danach greifen, fliegt sie davon!



VIELEN DANK FÜR IHRE  
AUFMERKSAMKEIT

# PSYCHISCHE STÖRUNGEN UND SCHLAF

- Psychische Störungen sind sehr häufig mit Schlaf-Wach-Störungen assoziiert
- Ein- und Durchschlafstörungen stehen dabei an erster Stelle
- Schweregrad und Intensität korrelieren miteinander
- Es gibt Überlegungen weg vom Symptom hin zur Komorbidität

# AFFEKTIVE STÖRUNGEN - DEPRESSION INSOMNIE

- Insomniestörung kann trotz erfolgter Depressionsbehandlung bestehen bleiben
- Risiko eines depressiven Rückfalls ist erhöht
- **Komorbiditätsprinzip:** Beide Erkrankungen sollen diagnostiziert werden (DSM-5) und die Insomnie nicht nur als Symptom der Depression gesehen werden (ICD-10)

# AFFEKTIVE STÖRUNGEN - DEPRESSION INSOMNIE

## REM-Disinhibition:

- verkürzte REM-Schlaflatenz
- verlängerte REM-Schlafdauer
- erhöhte REM-Dichte
- REM-Schlaf-Disinhibition ist eine Dysregulation des REM-Schlafes
- Geht dem Beginn einer depressiven Episode voraus und gilt (vor allem bei endogenen Depressionen) als Biomarker für den Beginn einer Depression (**REM-Disinhibitionshypothese**)

# AFFEKTIVE STÖRUNGEN - DEPRESSION INSOMNIE

## REM-Disinhibitionshypothese

- erhöhte zentrale cholinerge Aktivität im REM-Schlaf
- Imbalance zwischen cholinergem und aminergen Neurotransmission ist für die Dysregulation verantwortlich
- REM-Schlaf spielt zentrale Rolle bei der Gedächtnisbildung und Emotionsregulation
- REM-Disinhibition könnte auch die affektiven Symptome der Depression erklären

# AFFEKTIVE STÖRUNGEN - DEPRESSION INSOMNIE

## Konzept der Research Domain Criteria (RDoC)

- Borderline- und Schizophrenie-Patienten haben auch eine REM-Disinhibition im Schlaf
- man versucht die Heterogenität der psychischen Erkrankungen nicht durch symptom-basierte, sondern durch biologisch basierte Faktoren zu erfassen
- National Institute of Mental Health (NIMH), nicht die APA (American Psychiatric Association)

# AFFEKTIVE STÖRUNGEN - DEPRESSION PRÄVENTION

- neue Behandlungsansätze fordern in der Depressionsprävention ist die gesonderte Behandlung der Insomnie durch KVT-I
- KVT-I reduziert die subklinische depressive Symptomatik der Insomnie
- noch kein Nachweis eines Präventionseffektes für depressive Episoden