

Insomnie

Kai Spiegelhalder
Christine Blume

Fortschritte der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Insomnie

Fortschritte der Psychotherapie Band 99

Insomnie

Prof. Dr. Dr. Kai Spiegelhalder, Dr. habil. Christine Blume

Die Reihe wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Tim Klucken, Prof. Dr. Tania Lincoln,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Die Reihe wurde begründet von:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Kai Spiegelhalder
Christine Blume

Insomnie

Prof. (apl.) Dr. Dr. Kai Spiegelhalder, geb. 1977. 1998–2004 Studium der Psychologie und 2001–2008 Studium der Medizin in Freiburg. Seit 2004 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg. 2004 Promotionen. 2013 Habilitation im Fach Psychologie. 2019 Abschluss der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie). 2024 Anerkennung als Supervisor für Verhaltenstherapie. Seit 2024 Leiter der Sektion für Psychiatrische Schlafforschung und Schlafmedizin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg.

Dr. habil. Christine Blume, geb. 1986. 2007–2013 Studium der Psychologie in Würzburg und Cambridge (UK). 2013–2016 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachbereich Psychologie der Paris-Lodron Universität Salzburg. 2016 Promotion. 2017–2018 Postdoktorandin am Fachbereich Psychologie der Paris-Lodron Universität Salzburg. Seit 2019 Projektleiterin am Zentrum für Chronobiologie der Universität Basel. Seit 2020 klinische Psychologin in der Schlafambulanz der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. 2024 Habilitation.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen 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.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

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.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Sina-Franziska Mollenhauer, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3038-6; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3038-7)

ISBN 978-3-8017-3038-3

<https://doi.org/10.1026/03038-000>

Nutzungsbedingungen:

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

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

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

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. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

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 Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Inhaltsverzeichnis

1	Beschreibung der Insomnie	1
1.1	Bezeichnung	1
1.2	Definition	1
1.3	Epidemiologische Daten	4
1.4	Verlauf und Prognose	6
1.5	Differenzialdiagnostik	6
1.6	Komorbiditäten	7
2	Störungstheorien und -modelle	8
2.1	Grundlagen des Schlafs	9
2.1.1	Schlafstadien und Schlafzyklen	9
2.1.2	Schlaf-Wach-Rhythmus	11
2.1.3	Chronotyp	12
2.2	Psychologische und physiologische Modelle	13
2.2.1	Modell der prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren	13
2.2.2	Kognitiv-behaviorale Modelle	17
3	Diagnostik und Indikation	18
3.1	Diagnostik	18
3.2	Indikation	20
3.3	Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	21
4	Behandlung	24
4.1	Darstellung der Therapiemethoden	24
4.1.1	Bettzeitrestriktion/Schlafrestriktion	24
4.1.2	Stimuluskontrolle	38
4.1.3	Kombination aus Bettzeitrestriktion und Stimuluskontrolle	41
4.1.4	Kognitive Therapie	43
4.1.5	Psychoedukation	46
4.1.6	Entspannungsverfahren	52
4.2	Wirkungsweise der Methoden	53
4.3	Varianten der Methoden und Kombinationen	55
4.4	Probleme bei der Durchführung	57

5	Effektivität und Prognose	58
6	Fallbeispiel	60
7	Weiterführende Literatur	65
8	Literatur	65
9	Kompetenzziele und Lernkontrollfragen	72
10	Anhang	75
	Anleitung Schlaftagebuch	75
	Schlaftagebuch	76

Karten

Semistrukturierter Interviewleitfaden für das Erstgespräch

Zwei-Prozess-Modell nach Borbély

1 Beschreibung der Insomnie

In westlichen Gesellschaften klagt ein erheblicher Teil der Menschen über Einschlaf- und/oder Durchschlafprobleme. Fragt man Menschen, ob sie im vergangenen Monat Schlafprobleme hatten, wird circa ein Drittel diese Frage bejahen, wobei ein deutlich geringerer Teil die vollständigen diagnostischen Kriterien einer Insomnie erfüllt. Die Insomnie geht mit einem erheblichen Leidensdruck und einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einher. Neben individuellen Belastungen verursacht sie auch volkswirtschaftliche Kosten – etwa durch die vermehrte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie indirekte Folgen wie eine verringerte Arbeitsleistung (Chalet et al., 2024). Außerdem erhöht sie das Risiko für Folgeerkrankungen. Psychotherapeut:innen begegnen in ihrer Praxis häufig Patient:innen mit Schlafproblemen. Nach aktuellen Leitlinien gilt die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) als Behandlung der ersten Wahl (Riemann et al., 2023; Spiegelhalder et al., 2025). Viele der Betroffenen profitieren von einer Behandlung der Schlafprobleme, auch bei Vorliegen medizinischer oder psychischer Komorbiditäten (vgl. Kapitel 5). Daher möchten wir Psychotherapeut:innen mit diesem Buch dazu ermutigen, den Schlaf in der Therapie explizit zu adressieren.

Circa ein Drittel der Bevölkerung hat Schlafprobleme

Erheblicher Leidensdruck

KVT-I als Behandlung der Wahl

1.1 Bezeichnung

Der Begriff „Insomnie“ bezeichnet klinisch bedeutsame Ein- und/oder Durchschlafstörungen und/oder frühmorgendliches Erwachen. Betroffene erleben ihren Schlaf als nicht erholsam und berichten über weitere Symptome wie beispielsweise Müdigkeit, Konzentrationsprobleme oder Gereiztheit – nicht nur nachts, sondern auch am Tag. Entscheidend für die Diagnose ist daher, dass der gestörte Schlaf zu spürbaren Tagesbeeinträchtigungen führt.

Gestörter Schlaf und Tagesbeeinträchtigungen

1.2 Definition

In der 11. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11; World Health Organi-

zation, 2019)¹ findet sich die Insomnie nicht mehr im Kapitel der psychischen Störungen, sondern wurde in das neu geschaffene Kapitel „Schlaf-Wach-Störungen“ aufgenommen. Zudem wird bei der Diagnose „Insomnische Störung“ neu zwischen chronischer Insomnie (7A00) und Kurzzeit-Insomnie (7A01) unterschieden. Eine Kurzzeitinomnie besteht, wenn die Qualität oder die Dauer des Schlafs über einen Zeitraum von weniger als drei Monaten unzureichend ist. Halten die Schlafprobleme länger als drei Monate an, spricht man von einer chronischen Insomnie. Eine Mindestdauer der Beschwerden gibt es nicht. Im DSM-5-TR (American Psychiatric Association/Falkai et al., 2025) erfolgt hingegen keine Differenzierung nach Symptombdauer innerhalb der Diagnose „Insomnie“.

Die folgende Tabelle 1 (S. 3) bietet eine Übersicht über die diagnostischen Kriterien nach ICD-11 bzw. DSM-5-TR.

Im Gegensatz zu den früheren Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV verzichtet die ICD-11 ebenso wie das DSM-5-TR auf die Unterscheidung zwischen organischer und nichtorganischer bzw. primärer und sekundärer Insomnie. Der Hintergrund dieser Änderungen ist die Erkenntnis, dass sich bei einer komplexen und multifaktoriell bedingten Störung wie der Insomnie nur in seltenen Fällen mit ausreichender Sicherheit feststellen lässt, ob die Symptomatik wirklich durch eine andere körperliche Erkrankung oder psychische Störung verursacht wurde. So zeigen sich die in Kapitel 2.2 beschriebenen psychopathologischen Auffälligkeiten, die einst als charakteristisches Merkmal der nichtorganischen bzw. primären Insomnie angesehen wurden, auch bei Patient:innen, deren Insomnie mutmaßlich durch andere Erkrankungen oder durch Medikamenteneinnahme bedingt ist.

Merke

Früher wurde zwischen organischer und nichtorganischer bzw. primärer und sekundärer Insomnie unterschieden. In der ICD-11 und dem DSM-5 entfällt diese Unterscheidung, es gibt nur mehr die „Insomnische Störung“ bzw. „Insomnie“.

Die Insomnie ist eine subjektiv definierte Störung, bei der die diagnostischen Kriterien auf dem Erleben und den Berichten der Betroffenen beruhen. Entscheidend sind subjektiv wahrgenommene Schlafprobleme sowie daraus resultierende Tagesbeeinträchtigungen. Ein objektives, standardisiertes Messkriterium existiert nicht, weshalb eine Diagnostik im Schlaflabor für die Diagnosestellung nicht erforderlich ist (vgl. Kapitel 3.3).

1 Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Buches sind die Diagnosekriterien nach ICD-11 in Deutschland noch nicht veröffentlicht. Entsprechend stützen sich die hier genannten Kriterien auf die Entwurfsfassung des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM; https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html). Abrufdatum: 17.07.2025.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien

ICD-11	Kapitel	07: Schlaf-Wach-Störungen
	Bezeichnung	Insomnische Störung
	Code	7A00: Chronische Insomnie; 7A01: Kurzzeit-Insomnie
	Kriterien	• Ein- und/oder Durchschlafstörungen trotz angemessener Schlafmöglichkeit und Schlafumgebung • Allgemeine Schlafunzufriedenheit und Beeinträchtigungen am Tag (z.B. Fatigue, depressive Stimmung, Reizbarkeit, Unwohlsein, kognitive Beeinträchtigungen) • Wenn auf eine andere Schlaf-Wach-Störung, psychische Störung, einen anderen Krankheitszustand, eine Substanz/Medikation zurückzuführen, nur zu diagnostizieren, wenn die Insomnie einen Fokus der unabhängigen klinischen Aufmerksamkeit darstellt • <i>Chronische Insomnie</i>: Mehrmals pro Woche über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten; episodischer Verlauf möglich • <i>Kurzzeit-Insomnie</i>: Mehrmals pro Woche über einen Zeitraum von weniger als drei Monaten
DSM-5-TR ²	Kapitel	Schlaf-Wach-Störungen
	Bezeichnung	Insomnie
	Kriterien	A. Vorherrschende Beschwerden über Unzufriedenheit mit der Schlafquantität oder -qualität in Zusammenhang mit einem (oder mehreren) der folgenden Symptome: – Einschlafschwierigkeit. – Durchschlafstörung, charakterisiert durch häufiges Erwachen oder Wiedereinschlafschwierigkeit nach nächtlichen Wachvorgängen. – Morgendliches Früherwachen mit der Unfähigkeit, erneut einzuschlafen. B. Die Schlafstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. C. Die Schlafstörung tritt in mindestens drei Nächten pro Woche auf. D. Die Schlafstörung besteht seit mindestens drei Monaten. E. Die Schlafstörung tritt trotz adäquater Gelegenheit zum Schlafen auf. F. Die Insomnie kann nicht besser durch das Vorhandensein einer anderen Schlafstörung (z.B. Narkolepsie, atmungsbezogene Schlafstörung, Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störung, Parasomnie) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich in deren Verlauf auf. G. Die Insomnie ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament). H. Gleichzeitig bestehende psychische Störungen und medizinische Krankheitsfaktoren bieten keine angemessene Erklärung für die vorherrschenden insomnischen Beschwerden

2 Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – Text Revision © 2022, Dt. Ausgabe: © 2025, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

Merke

Die Insomnie ist subjektiv definiert. Eine schlaflaborbasierte Diagnostik ist weder erforderlich noch immer sinnvoll, da objektive Messwerte die subjektiv empfundene Beeinträchtigung in vielen Fällen nicht adäquat widerspiegeln.

1.3 Epidemiologische Daten

Prävalenz

Ein- und
Durchschlaf-
probleme:
30 bis 36 %

Die Prävalenz von Ein- und Durchschlafproblemen in der Allgemeinbevölkerung, meist bezogen auf die vergangenen vier Wochen, liegt je nach Studie bei 30 bis 36 %. Werden Tagesbeeinträchtigungen als zusätzliches Kriterium berücksichtigt, sinkt der Anteil der Betroffenen auf 10 bis 15 %. Das bedeutet, Schlafprobleme sind sehr häufig, oder anders gesagt: Niemand schläft *immer* gut. Dennoch haben die Probleme nicht automatisch einen Krankheitswert. Dieser ergibt sich erst, wenn Schlafprobleme mit einer gewissen Häufigkeit auftreten, ein entsprechender Leidensdruck besteht und wenn die Symptome gegebenenfalls auch für eine gewisse Dauer bestehen. Definiert man die Insomnie gemäß ICD- oder DSM-Kriterien (die wissenschaftliche Literatur bezieht sich größtenteils auf ICD-10 bzw. DSM-IV, wobei vergleichbare Ergebnisse unter Anwendung von ICD-11 bzw. DSM-5 zu erwarten wären), ergibt sich eine Prävalenz von 6 bis 10 % (Übersichtsarbeit zur Epidemiologie der Insomnie: Morin & Jarrin, 2022). Frauen sind, je nach Studie, etwa eineinhalbmal bis doppelt so häufig betroffen wie Männer, wobei dieser Geschlechtsunterschied erst mit der Pubertät auftritt. Zudem weisen einige Studien darauf hin, dass die Prävalenz von Insomnie mit zunehmendem Alter steigt (Kocevska et al., 2021; Schlack et al., 2013). Risikofaktoren für die Insomnie sind unter anderem somatische und psychische Vor- bzw. Begleiterkrankungen. Eine Übersicht über die Prävalenz von Einschlafproblemen, Durchschlafproblemen und frühmorgendlichem Erwachen bietet Tabelle 2 (S. 5).

Insomnie:
6 bis 10 %

Das häufigste Symptom der Insomnie sind, über alle Altersgruppen hinweg betrachtet, Durchschlafprobleme, also nächtliches Erwachen – meist nach der ersten Nachthälfte –, gefolgt von Problemen, wieder in den Schlaf zu finden. Allerdings treten Einschlaf- und Durchschlafprobleme häufig gemeinsam auf anstatt isoliert als einzelnes Symptom (Morin & Jarrin, 2022).

Darüber hinaus ist die Insomnie auch ein Risikofaktor für die Entwicklung somatischer Erkrankungen wie psychischer Störungen, wobei Ursache und Wirkung oft nur schwer zu bestimmen sind. Die wichtigsten Zusammenhänge haben wir im Kapitel 1.6 zusammengefasst.

Tabelle 2: Prävalenzraten für Einschlafprobleme, Durchschlafprobleme und frühmorgendliches Erwachen nach Alter und Geschlecht (Kocevska et al., 2021)

Alter	Geschlecht	Einschlafprobleme (in %)	Durchschlafprobleme (in %)	Frühmorgendliches Erwachen (in %)
18–25 Jahre	Gesamt	22,6	9,4	10,3
	Frauen	25,1	10,0	9,2
	Männer	19,4	8,6	11,2
26–40 Jahre	Gesamt	7,2	11,3	14,1
	Frauen	8,3	13,9	15,7
	Männer	5,5	7,4	12,0
41–65 Jahre	Gesamt	9,3	15,7	21,0
	Frauen	12,3	20,1	24,0
	Männer	5,4	10,5	17,5
> 65 Jahre	Gesamt	14,9	20,2	23,5
	Frauen	20,2	25,3	18,3
	Männer	8,0	14,5	28,0

Inzidenzraten

Längsschnittstudien zur Inzidenz von Insomnie-Symptomen – also zur Zahl der Neuerkrankungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums – sind seltener als querschnittliche Prävalenzstudien. Zudem variieren die ermittelten Inzidenzraten erheblich, was unter anderem auf Unterschiede in den betrachteten Zeiträumen und Diagnosekriterien zurückzuführen ist. Während einige Studien einzelne Symptome untersuchen, betrachten andere den gesamten Symptomkomplex der Insomnie. So wurde in einer schwedischen Studie eine 12-Monats-Inzidenz von 2,8 % berichtet (Jansson-Fröjmark & Linton, 2008), während eine US-amerikanische Untersuchung eine Inzidenz von 6 % ergab (Ford & Kamerow, 1989). Für Kanada wurde im selben Zeitraum eine Rate von 7,4 % ermittelt (LeBlanc et al., 2009), während im Vereinigten Königreich sogar 15 % angegeben wurden (Morphy et al., 2007).