

Hypnotherapie bei der Behandlung von Insomnien in der stationären psychosomatischen Rehabilitation

Abschlussbericht

Prof. Dr. Angelika A. Schlarb¹

Dr. Peter Bommersbach²

Jasmin Faber¹

Steinbrecher-Hocke²

¹Universität Bielefeld, ²Eifelclinic Manderscheid

Gefördert durch:



Bielefeld, 2019

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Angelika A. Schlarb
Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft
Abteilung für Psychologie
Postanschrift: Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld
Telefon:++49(0)521-106-4320
E-Mail:angelika.schlarb@uni-bielefeld.de

Dr. med. Peter Bommersbach
Eifelklinik Manderscheid
Mosenbergstr. 19,
54531 Manderscheid
Telefon: 06572-925-01
E-Mail: Peter.Bommersbach@eifelklinik.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Zusammenfassung	1
1 Wissenschaftlicher Hintergrund.....	4
1.1 Prävalenz von Schlafstörungen bei Erwachsenen	4
1.2 Behandlung von Schlafstörungen bei Erwachsenen.....	6
1.3 Fragestellung und Hypothesen	8
2 Methode.....	8
2.1 Studiendesign	9
2.2 Fallzahlberechnung & Analyseplan.....	9
2.3 Das Schlaftraining	10
2.4 TAU.....	14
2.5 Messinstrumente.....	18
3 Studiendurchführung	25
3.1 Teilnehmerrekrutierung & Erhebungszeitpunkte.....	25
3.2 Studienablauf und Zeitplanung.....	26
3.3 Datenerfassung, Datenhaltung und Datentransfer	26
3.4 Datenschutz	26
3.5 Qualitätssicherung.....	27
3.6 Ethik	28
3.7 Studienregistrierung	28
4 Ergebnisse	29
4.1 Stichprobenbeschreibung.....	29
4.2 Primärhypothese	29
4.3 Sekundärhypothese.....	31
4.4 Weitere Fragestellungen	32
4.6 Evaluation des Schlaftrainings	37

5 Fazit	40
Literatur.....	43
Anhang	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Effektstärken für Fallzahlberechnung	10
Tabelle 2. Übersicht der Inhalte einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen und hypnotherapeutischen Intervention	12
Tabelle 3. Überblick der Zeitplanung	26
Tabelle 4. Deskriptive Statistiken der subjektiven Schlafqualität (PSQI) aufgeteilt nach der Anzahl der komorbiden Störungen	33
Tabelle 5. Deskriptive Statistiken der subjektiven Schlafqualität (PSQI) aufgeteilt nach Diagnose- und Behandlungsgruppen	34
Tabelle 6. Deskriptive Statistiken der Einschlaf latenz aufgeteilt nach der Anzahl der komorbiden Störungen	35
Tabelle 7. Deskriptive Statistiken der subjektiven Schlafqualität (PSQI) aufgeteilt nach Geschlecht und Behandlungsgruppen	36
Tabelle 8. Deskriptive Statistiken der Einschlaf latenz aufgeteilt nach Geschlecht und Behandlungsgruppen	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Flowchart	9
Abbildung 2. Mittelwertsunterschiede für PSQI-Gesamtwert	30
Abbildung 3. Prozentuale Häufigkeiten der Insomniediagnosen (IQ-A)	31
Abbildung 4. Mittelwertunterschiede für die Einschlaf latenz (Schlaf tagesbuch)	32
Abbildung 5. Verteilung der Diagnosegruppen für Interventions- und Kontrollgruppe	33
Abbildung 6. Skalenmittelwerte für einzelne Trainingssitzungen aus Sicht der Patienten	38
Abbildung 7. Skalenmittelwerte für einzelne Trainingssitzungen aus Sicht der Therapeuten	39
Abbildung 8. Prozentuale Häufigkeiten für einzelne Elemente des Schlaf trainings.	40

Zusammenfassung

Schlafstörungen im Erwachsenenalter sind weit verbreitet. Ca. 10% aller Deutschen leiden an einer primären Insomnie. Trotz sehr großer Effizienz von psychologischen Verfahren sind bei der Behandlung von chronischer Insomnie medikamentöse Interventionen in unterschiedlichen Kontexten am stärksten vertreten. Schlafmediziner fordern seit langem, den Therapieschwerpunkt mehr auf nichtmedikamentöse Therapieverfahren der Insomnie zu verlegen und jede Schlafmittelanwendung grundsätzlich mit nichtmedikamentösen Verfahren zu begleiten (vgl. Riemann et al., 2017).

In den meisten Psychotherapien zu Schlafstörungen haben sich gemischte und kombinierte Verfahren etabliert, die Faktoren wie Stresssensibilität, Umgebungsfaktoren und Tagesstruktur sowie – Beeinträchtigungen berücksichtigen. Lambert (1992, Schlarb S. 71) hat mit den extratherapeutischen Faktoren, Beziehungsfaktoren, Placebo-Hoffnungsfaktoren und der eigentlichen Technik des Therapeuten vier Faktoren benannt, die wesentlich am Therapieerfolg bei Schlafstörungen beteiligt sind.

Derzeitige Befunde zur Behandlung von Schlafstörungen mit einem hypnotherapeutischen Ansatz stützen sich im Wesentlichen auf Studien im ambulanten Setting. Insbesondere die Studie „Verhaltenstherapie und Hypnotherapie bei primärer Insomnie“ von Schlarb (2003) bestätigte positive Effekte der Behandlung auf das Schlafverhalten und die subjektive Einschätzung der Schlaferholbarkeit. Dieses kombinierte und strukturierte Schlaftherapieprogramm umfasst 6 Sitzungen im Rahmen eines hypnotherapeutisch-verhaltenstherapeutischen Ansatzes mit psychoedukativen Elementen. Schlaftherapieprogramme bieten in der Regel 6 bis 8 Module zur Behandlung von Schlafstörungen an (vgl. Schlarb, 2003). Aufgrund der begrenzten Therapiedauer und der Vermittlung von Entspannungstechniken zur Selbsteinübung sind solcherlei Interventionen besonders geeignet. Metaanalysen haben die Effektivität von kurzen Behandlungszeiten von Hypnotherapie bestätigt (vgl. Revenstorf, 2012). Eine spezielle Wirksamkeit von Hypnotherapeutischen Interventionen bei Schlafstörungen wurde im Rehabilitations-Setting bislang nicht untersucht.

In der vorliegenden Studie war das Ziel das Schlaftherapieprogramm (nach Schlarb) erstmalig in einer kontrollierten randomisierten Studie (RCT) in einem stationären Setting einer psychosomatischen Rehabilitation zu überprüfen. Neben durchführungsspezifischen Aspekten wie Akzeptanz und Wirksamkeit einer solchen Intervention in einem stationären Setting, wurden auch störungsrelevante Endpunkte für das Forschungsvorhaben entwickelt und überprüft.

Da sich die Interventionsunterstützung auf den Schlaf und die wahrgenommene Schlafproblematik fokussiert, wurden verschiedene wesentliche Schlafparameter adressiert. Zum einen ein subjektives Moment – die vom Patienten wahrgenommene Schlafqualität, zum anderen – die Einschlaf latenz, welche sich auf die Ein- und Durchschlafproblematik im Rahmen einer Insomnie häufig zeigt. Somit wurden nachfolgende Hypothesen bezüglich des Schlafes festgehalten.

Als Primärhypothese wurde formuliert: Die Patienten der Interventionsgruppe werden im Vergleich zur Kontrollgruppe zum Katamnesezeitpunkt eine deutlich bessere subjektive Schlafqualität aufweisen.

Als Sekundärhypothese wurde formuliert: Die Einschlaf latenz wird sich durch das verhaltenstherapeutisch-hypnotherapeutische Behandlungsangebot zum Zeitpunkt T3 signifikant verbessern.

Weitere **Hypothesen:** Explorativ sollte erforscht werden, ob bei Patienten mit einer geringeren Anzahl an komorbiden Erkrankungen größere Besserungen zu erwarten sind als bei Patienten mit mehr komorbiden Erkrankungen. Darüber hinaus, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit gibt.

Insgesamt wurden 347 Patienten entweder der Interventions- oder Kontrollgruppe, die die Standardbehandlung im Sinne eines Treatment as usual (TAU) der Klinik erhielt, zugeordnet. Beide Gruppen füllten direkt vor und nach dem Training, sowie zur 3-Monats-Katamnese verschiedene Fragebögen und ein Schlaftagebuch aus. Die Interventionsgruppe erhielt neben der Standardbehandlung das Schlaftraining, welches ein kombiniertes Programm aus kognitiv-verhaltenstherapeutischen und hypnotherapeutischen Elementen ist.

Die Intent-to-treat-Analysen zeigen, dass in beiden Bedingungen die subjektive Schlafqualität verbessert wurde und es zu einer Reduktion der Insomniediagnosen kam. Die Schlaf-Interventionsgruppe konnte die Einschlaf latenz unter den klinisch relevanten Cut-off-Wert reduzieren. Das Schlaftraining wurde sowohl von den Patienten als auch den Trainern/Therapeuten als gut und sinnvoll eingeschätzt. Die unterschiedlichen Therapieelemente (wie beispielsweise Entspannungsmethoden, Hypnosen) wurden von den Patienten als hilfreich hinsichtlich ihrer Gesundheit bewertet. Aus statistischer Perspektive zeigte sich bzgl. der verschiedenen Schlafparameter kein signifikanter Einfluss der Anzahl an komorbiden Störungen und des Geschlechts. Patienten mit mehreren komorbiden Störungen konnten auf der klinischen Signifikanzebene deutlich vom Schlaftraining profitieren. So berichteten Patienten mit 3 oder 4 komorbiden Störungen der Schlafinterventionsgruppe eine deutlichere Verbesserung der mittleren

subjektiven Schlafqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe. Das Training kann somit bei unterschiedlichster Klientel eingesetzt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aufgrund der qualitativen und quantitativen Studienergebnisse das Thema Schlaf und das Schlaftraining als Bestandteil des Therapiealltags in einer psychosomatischen Rehabilitation implementiert werden sollte. Weitere Datenanalysen, die wesentliche Therapieerfolgskriterien berücksichtigen wie Behandlungsmotivation, sollten durchgeführt werden, um das Schlaftraining individueller an die Patientenbedürfnisse anzupassen.

1 Wissenschaftlicher Hintergrund

1.1 Prävalenz von Schlafstörungen bei Erwachsenen

Laut Robert Koch-Institut (Statistik 2013) leiden rund 25 Prozent der deutschen Bevölkerung unter Schlafstörungen. Epidemiologische Studien dokumentieren weltweit hohe Prävalenzen (10-30%) für Schlafstörungen im Sinne einer Insomnie. In Deutschland leiden ca. 25% der Erwachsenen unter einer beeinträchtigten Schlafqualität, während die Prävalenzrate für eine Insomniestörung bei ca. 6% liegt (Schlack et al., 2013). Andere Studien fanden eine Inzidenzrate für die Entwicklung von Insomniesymptomen von 30.7% sowie für die Entwicklung einer Insomniestörung eine Rate von 7.4% (LeBlanc et al., 2009). Neuere Arbeiten zeigen, dass in den Industrienationen zwischen 5.8% und 19% der Erwachsenen unter einer chronifizierten Schlafproblematik leiden (Riemann et al., 2017).

Schlafstörungen sind mit einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Symptomen verbunden und verursachen hohe gesundheitsökonomische und volkswirtschaftliche Kosten. Schlafmangel ist häufig mit psychosozialen Beeinträchtigungen wie Tagesmüdigkeit, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Stressanfälligkeit, schlechterem allgemeinen Gesundheitszustand und mangelndes psychisches Wohlbefinden verknüpft und beeinträchtigt entsprechend das Erleben. Für den Alltag berichten die Patienten von einer erhöhten Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsprobleme sowie einer gedrückten Stimmung (Shekleton et al., 2014; Buysee et al., 2007). Die mit der Schlafproblematik einhergehende Belastung und Leidensdruck wird deutlich in einer beeinträchtigten Lebensqualität (Shekleton et al., 2014), die stark den Alltag der Patienten beeinflussen kann bis zur Schilderung von erhöhter Suizidalität (Pigeon et al., 2012).

Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)“ weisen darauf hin, dass die Relevanz des Schlafes auf dem Gebiet von Public Health bislang noch unterschätzt wird. Nach den Daten von DEGS1 sind ca. ein Drittel der deutschen Erwachsenenbevölkerung von Ein- und Durchschlafstörungen mit potenzieller klinischer Relevanz betroffen. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch in der Komorbidität von anderen Erkrankungen. Bei depressiven Erkrankungen sind beispielsweise bestehende Schlafstörungen von großer Wichtigkeit. Bleiben sie bestehen, geht dies mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv und der Entwicklung weiterer psychischer Beeinträchtigungen einher (Baglioni et al., 2011). Diverse Studien warnen ausdrücklich vor einer Wechselbeziehung zwischen Insomnie und Depression, bei der die Insomnie als Prädiktor einer zukünftigen depressiven Episode gilt und umgekehrt (Buysee et al., 2008). Dies gilt auch für andere Störungen. So treten Schlafstörungen bei Angststörungen und chronischen Schmerzkrankungen gehäuft auf (Jansson-Fröjmark & Lindblom, 2008; Sivertsen et al., 2012; Van Mill et al., 2010).

Bezüglich der Schmerzstörungen zeigt sich, dass gerade eine beeinträchtigte Schlafqualität vor der Schmerzerkrankung anscheinend zu einer Schmerzsensibilisierung beiträgt und somit zukünftige Schmerzen als intensiver wahrgenommen werden. So treten beispielsweise auch Kopfschmerzen eher im Zusammenhang mit einer Schlafdeprivation auf. Zudem werden Schlafprobleme – vor allem eine beeinträchtigte Schlafqualität meist bei Schmerzerkrankungen wie beispielsweise bei einer Reizdarmsymptomatik, berichtet (Gulewitsch et al., 2017). Bedingt durch die Schmerzsymptomatik kommt es oftmals zu einer verlängerten Einschlafsymptomatik und damit verbundener Schlafreduktion (Schlarb et al., 2017).

Auch bezüglich einer PTBS Erkrankung und Schlafstörungen zeigt sich eine ähnliche Assoziation. PTBS-bezogenen Schlafstörungen, insbesondere Alpträume werden hierbei als Risikofaktoren für eine Symptomverschlechterung oder für das Wiederauftreten der Symptomatik formuliert. Ein traumatisches Ereignis kann Schlafirritationen und -störungen hervorrufen und eine solch beeinträchtigte Schlafqualität hat wiederum Auswirkungen darauf, wie und ob sich PTBS-Symptome entwickeln. So leiden ca. 70-90 % der Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen an Ein- und Durchschlafstörungen. Wie wichtig der Schlaf diesbezüglich ist, zeigt sich in seiner Rolle im Rahmen der Emotionsverarbeitung und Gedächtnisbildung. Insbesondere beim Abspeichern ins Langzeitgedächtnis und für das Konsolidieren des Gedächtnisses hat er eine ausschlaggebende Funktion. Schlafen Patienten mit einer PTSD mehr nach einem solchen Ereignis, zeigen sie weniger Symptome. Insbesondere die REM-Schlafphasen scheinen hierbei von großer Bedeutung zu sein. Je mehr REM-Phasen, desto weniger Flashbacks treten auf und werden auch als weniger belastend wahrgenommen. Das spricht für einen bedeutsamen Zusammenhang von Schlaf und PTBS-Symptomen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Schlafstörungssymptome über die Remission einer behandelten Traumafolgestörung oftmals hinaus persistieren, was wiederum ein Risikofaktor darstellt (Belleville, 2011; Thordardottir et al., 2016).

Im Kontext der stationären psychosomatischen Rehabilitation berichten viele Patienten über ein breitgefächertes Spektrum unterschiedlicher psychischer und somatischer Beschwerden, welche bei 86% mit einer schlechten Schlafqualität verbunden ist (Linden, 2015). In der Regel handelt es sich um Patienten, für die u.a. ein Abstand von ihrem gewohnten psychosozialen Milieu sinnvoll ist und für die eine ambulante Therapie kaum oder nicht möglich ist (Zaudig, 2004).

1.2 Behandlung von Schlafstörungen bei Erwachsenen

Behandlungsmaßnahmen von Schlafstörungen lassen sich kategorisieren in die Behandlung körperlicher Faktoren, Verbesserung der Schlafhygiene und der Behandlung zugrunde liegender psychischer Probleme. Die Behandlung von Schlafstörungen stützt sich bislang hauptsächlich auf die ambulante Behandlung (Niemann, 2002). Die stationäre Behandlung begründet sich aus dem Vorhaben, den schlafgestörten Patienten aus seinem konflikthaften Umfeld zu lösen und durch äußeren Abstand Symptome überwinden zu können. Bezüglich der Intervention sind unterschiedliche grundlegende eher verhaltensorientierte Strategien zu unterscheiden, die als Basis jeglicher schlafbezogener Intervention dienen.

Schlafbezogene Psychoedukation beziehungsweise die Berücksichtigung der Schlafhygiene sind essentielle Bestandteile einer schlafbezogenen Behandlung. Hierbei werden Informationen über den Schlaf sowie über Konsequenzen eines schlechten Schlafs zu übermitteln. Besonders wichtig ist hierbei die Aufklärung über die Auswirkungen eines unregelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus, Übergewicht sowie hinsichtlich der Auswirkungen von Alkoholkonsum. Ein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus führt zu einer verringerten subjektiven Tagesmüdigkeit und einer verbesserten Schlafeffizienz (Manber et al., 1996).

Als ein sehr gut evaluiertes Verfahren zur Behandlung insomnischer Symptome wird die Stimuluskontrolle gezählt (Morgenthaler et al., 2006). Ziel dieser Intervention ist der Aufbau einer positiven Assoziation zwischen dem Bett und einem gesunden Schlaf. Das Bett und die Umgebung sollte daher möglichst deutlich verändert werden, so dass eine neue schlafbezogene Assoziation vom Patienten erlernt werden kann.

Zudem führen unzureichend therapierte Schlafstörungen vielfach zu Selbstmedikation und damit häufig einhergehenden Substanzmissbrauch der Betroffenen mit erheblichen gesundheitlichen (Breslau et al., 1996; Taylor, 2013) Folgen und gesundheitsökonomischen Kosten (Taylor, 2007).

Die Wirksamkeit von Hypnotherapie ist in verschiedenen Bereichen durch über 70 Studien gut belegt. Im Bereich der Schlafstörungen weisen einzelne Studien auf positive Effekte durch hypnotherapeutische Interventionen hin. Hirscher et al. (2012) weisen auf positive Effekte kognitiver Verhaltenstherapie in der Insomnietherapie hin. So führten kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken (u.a. Entspannungsverfahren, kognitive Techniken) zur langfristigen Verbesserung des Schlafes, seien allerdings nicht flächendeckend für alle Insomniepatienten zugänglich. Als neue Behandlungsmethoden haben sich laut Hirscher et al. Achtsamkeitsübungen und die speziell für die Insomnietherapie entwickelte „Intensive Sleep Retraining“ etabliert.

Zur Wirksamkeit von Behandlungsprogrammen für Schlafstörungen und Insomnien mit einer kombinierten Behandlungsmethode liegen bisher nur wenige Daten vor. Von wesentlicher Bedeutung sind die erwähnten Studien von Schlarb (2003) und Niemann (2002), die beide kombinierte Verfahren untersuchten. Bei Niemann liegen Daten für das stationäre Setting vor. An diesen Daten angelehnt, soll das von Schlarb etablierte Schlaftherapieprogramm in der Eifelklinik mit einer kombinierten Behandlung mit einem hypnotherapeutisch-verhaltenstherapeutischen Ansatz unter Einbeziehung von psychoedukativen Elementen untersucht werden. Psychoedukation hat sich in Form von Patientenschulung in Vortrag und Gruppenarbeit etabliert. Psychoedukative Elemente findet sich in nahezu allen verhaltenstherapeutisch geprägten Schlaftherapieprogrammen (vgl. Schlarb, 2003).

Neben der Behandlung von Schlafstörungen und Insomnien im ambulanten Setting wurden in der Studie „Stationäre Verhaltenstherapie bei chronischer primärer/nicht organischer Insomnie“ von Niemann (2002) 35 Patienten im stationären Rahmen innerhalb einer 6-wöchigen Behandlung in einer psychosomatischen Rehabilitation (400 Betten) mit einem multifaktoriellen Programm untersucht. Er verglich schlafbezogene Parameter aus den Schlafprotokollen bei Therapiebeginn mit den Parametern zur 6-monatigen Katamnese. Es zeigten sich u.a. signifikante Langzeiteffekte im Sinne einer stabilen subjektiven Verbesserung der Schlafeffizienz (16% Erhöhung), der Gesamtschlafdauer (66 Minuten Verlängerung), der Schlafqualität (14% Verbesserung) und der Einschlafzeit (28 Minuten Reduktion). Die Ergebnisse sprechen dafür, eine stationäre Behandlung als Therapiekonzept bei langjährig Betroffenen einzusetzen, wenn ambulante Maßnahmen nicht erfolgreich gewesen sind. Dressing und Riemann (vgl. Staedt u. Riemann, 2007) weisen auf den hohen Anteil von Schichtarbeitern mit Schlafstörungen hin.

Bislang boten 4 Kliniken in Deutschland Hypnotherapie im stationären Setting an. Keine der 4 Kliniken ist als Rehabilitationsklinik aufgeführt und mit dem institutionellen Rahmen der Eifelklinik Manderscheid vergleichbar. Die Behandlungsangebote richten sich nicht gezielt an Patienten mit Schlafstörungen, sondern an psychische und psychosomatische Störungsbilder (u.a. affektive Störungen, Depression, Belastungsstörungen). Die Behandlungsverfahren stützen sich auf tiefenpsychologische, tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutische kombinierte Modelle sowie ganzheitliche Ansätze ohne feste Zuordnung zu einer theoretischen Schule. Das Behandlungsangebot von Niemann (2002) wird aktuell in keiner der untersuchten Kliniken angeboten.

Mit der Einführung eines Schlaftherapieprogramms mit einem kombinierten Behandlungsansatz sollte in vorliegender Studie untersucht werden, inwieweit sich eine vorliegende Schlafproblematik bei betroffenen Patienten verbessern lässt. Da bislang diese nur unzureichend im stationären Reha-Kontext berücksichtigt und behandelt werden konnten. Ziel war somit Schlafstörungen im Sinne einer

nicht organischen Insomnie ausreichend zu therapieren um eine Verbesserung des Erlebens und Empfindens zu erreichen. Das im Reha-Kontext vorliegende stationäre Setting bietet im Vergleich zur ambulanten Behandlung die Möglichkeit, das Schlaftherapieprogramm in das Behandlungsangebot zu integrieren. Patienten mit Insomnie können mit einem erweiterten schlafspezifischen Therapieprogramm „aus einer Hand“ behandelt werden, ohne weitere Behandler aufsuchen zu müssen.

1.3 Fragestellung und Hypothesen

Basierend auf dem theoretischen Hintergrund leiten sich die nachfolgenden Fragestellungen bzw. Hypothesen ab.

1.3.1 Hypothesen

Die zentrale Fragestellung (Primärhypothese) lautet:

1. Die Patienten der Interventionsgruppe weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe zum Katamnesezeitpunkt eine deutlich bessere subjektive Schlafqualität auf.

Weitere Fragestellungen (Sekundärhypothese) sind:

2. Die Einschlaf latenz verbessert sich durch das verhaltenstherapeutisch-hypnotherapeutische Intervention zum Zeitpunkt T3 signifikant.
3. Weitere Fragestellungen sind:
 - a Sind bei Patienten mit weniger komorbiden Erkrankungen größere Besserungen zu erwarten als bei Patienten mit mehr Erkrankungen?
 - b Reagieren Männer auf die Intervention Im stationären Setting anders (mit einer größeren Besserung) als Frauen?

2 Methode

Nachfolgend werden zunächst das Studiendesign, die Rekrutierung, die Fallzahlberechnung und der Ablaufplan dargestellt.

Anschließend wird das Interventionsprogramm (Schlaftraining) welches bei der Interventionsgruppe durchgeführt wurde (IG) dargestellt. Ebenfalls wird die Intervention der aktiven Kontrollbedingung (TAU) beschrieben, und das Vorgehen bei der Katamnese dargestellt. Es folgt schließlich die Darstellung der inkludierten Messinstrumente.

2.1 Studiendesign

Die Beantwortung der Fragestellung erfolgte über ein randomisiertes Kontrollgruppendesign mit einer Experimentalgruppe (IG), die das Schlaftraining mit anschließender Katamnese absolvierte und der Kontrollbedingung (TAU; Abb. 1).

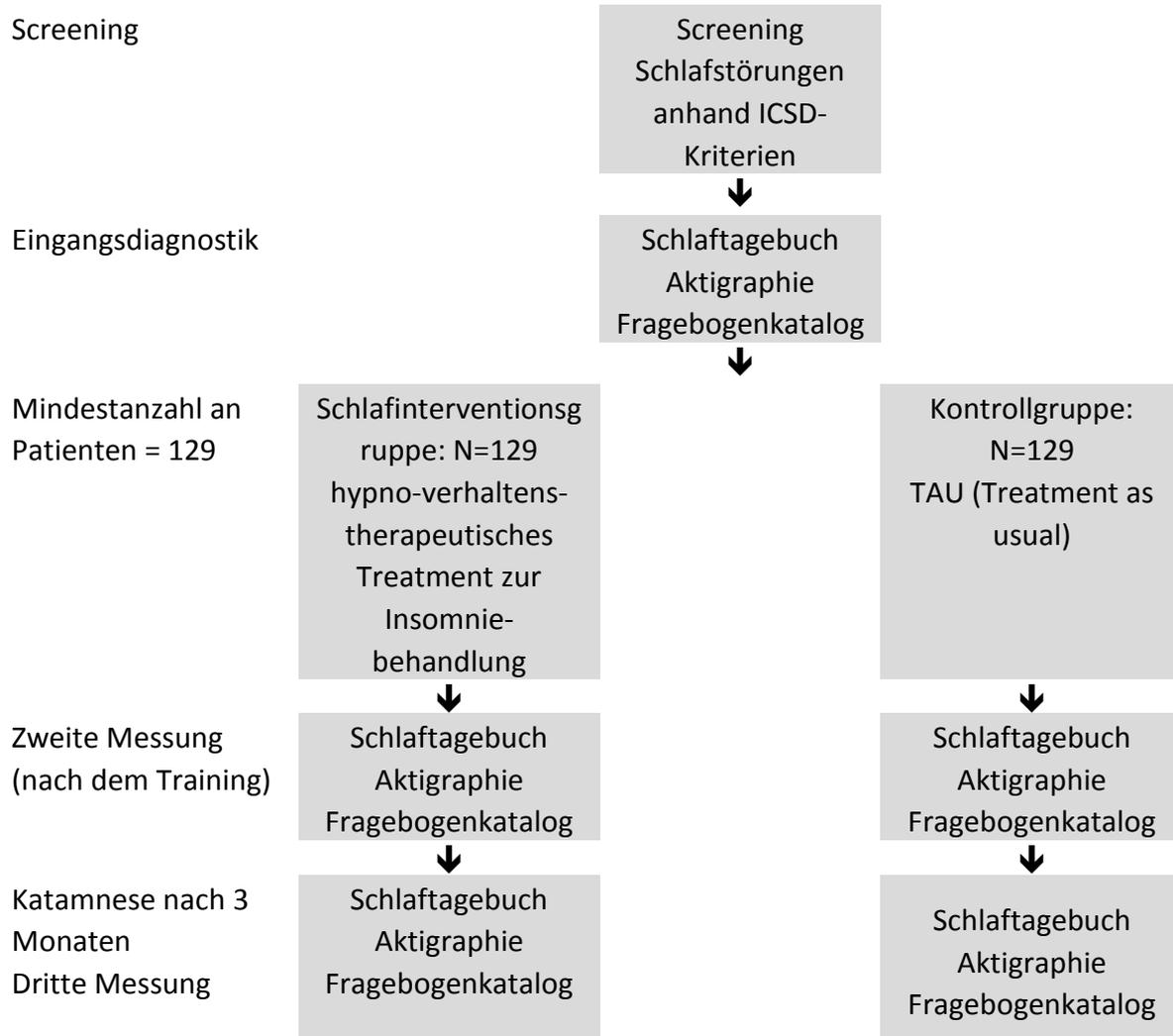


Abbildung 1. Flowchart

2.2 Fallzahlberechnung & Analyseplan

Schlarb (2003) fand in ihrer Studie mittlere bis kleine Effekte hinsichtlich der Einschlafzeit, Gesamtschlafzeit und der nächtlichen Wachliegezeit. Schlarb kritisiert hier das Design der Kontrollgruppe, was mögliche größere Effekte verdeckte. Irwin, Cole & Nicassio (2006) untersuchten in einer Metaanalyse 23 Interventionen (kognitiv-verhaltenstherapeutische, Entspannung, reine Verhaltenstherapie) und fanden mittlere bis große Effekte. In einer Metaanalyse von Morin (1994) wurden 59

kognitiv-verhaltenstherapeutische Studien untersucht. Die o.g. Ergebnisse (Effektstärken vgl. Cohen, 1988) sind in der nachfolgenden Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1. Effektstärken für Fallzahlberechnung

Parameter	Studie Schlarb			Metaanalyse Irwin *	Metaanalyse Morin
	Gesamt	VT	Hyp		
Einschlaflatenz	.45	.51	.39	.90	.88
Gesamtschlafzeit	.36	.43	.32	-.52	.42
Nächtliche Wachliegezeit	.17	.10	.39	-.64	.65

Die Gesamtstichprobengröße von 240 Vpn ergibt sich zum einen aus den Ergebnissen von Schlarb (Schlarb, 2003) und den Rahmenbedingungen der Behandlung in der Rehabilitation. In der Rehabilitation erwarten wir eine Konfundierung verschiedener Variablen aufgrund des Settings (Abstand von den Belastungen, sportliche Aktivierung) und durch die Besonderheit der Kontrollgruppenbedingung (TAU), die das gesamte Behandlungsspektrum der Klinik ebenfalls erfährt und sich daher diese Behandlungselemente ebenfalls möglicherweise kurz- oder längerfristig auf eine Besserung des Schlafes auswirkt. So erwarten wir zunächst maximal mittlere Effekte ($d \sim 0,35$), die aber insbesondere in der Katamneseemessung stabil bleiben sollten (Fallzahlberechnung siehe weiter unten). Nach Bongartz et.al (2002) konnte in einer metaanalytischen Studie zur Effektivität der Hypnose bei randomisierten Studien mit Gruppenvergleich eine Effektstärke von 0,51 erreicht werden. Für die hypnotherapeutische Behandlung von ICD-10 kodierten Störungen bei einem durchschnittlichen Behandlungszeitraum von 5,1 Wochen konnte eine Post-treatment-Effektstärke von $d = 0,60$ gemessen werden. Für die spezielle Verwendung von Hypnose zur Unterstützung medizinischer Maßnahmen konnten Effekte von $d = 0,38$ erreicht werden. Die gute Wirksamkeit der Hypnotherapie auf Einschlafstörungen gilt laut Grawe et al. (1994) als belegt. Zu erwähnen wären in diesem Zusammenhang die Studien von Reid et.al (1981) und Woolfolk et.al (1983).

2.3 Das Schlaftraining

Eine kombinierte verhaltens- und hypnotherapeutische Intervention erscheint auf der Basis von Metaanalysedaten über 18 Studien sinnvoll (Kirsch et al., 1995b).

Suggestionen lösen einfache sowie komplexe emotionale, kognitive und physiologische Reaktionen aus, die mitunter in bedingte, konditionierte Reaktionen münden, welche nicht unbedingt einer willentlichen Kontrolle unterliegen. Somit bedient eine Methodenkombination durch Verhaltenstherapie explizite, strukturierte Lernvorgänge und durch die Hypnotherapie das Prinzip des impliziten und assoziativen Lernens. Diese Art des Lernens bietet durch den hoch imaginativen Charakter einen erhöhten Anwendungstransfer und erleichtert so Lernprozesse.

Das entwickelte hypnotherapeutische Programm basiert auf der Literatur, wie sie im vorigen Abschnitt vorgestellt wurde. Hier wurde versucht, eine Kombination von symptom-spezifischen und allgemeinen Metaphern herzustellen, um damit ein höchstmögliches Ausmaß an Effektivität zu erzielen. Nach vorherigen Studien sind Metaphern, die symptom-spezifisch gestaltet sind, effektiver als allgemeine Metaphern (Behre u. Scholz, 1998). Daher stellt das vorliegende hypnotherapeutische Programm eine Kombination der Ableitungen aus den theoretischen Erkenntnissen und der Umsetzung dieser in hypnotherapeutische Interventionen dar (Schlarb, 2017; Übersicht siehe Tabelle 2).

Sitzung 1: Psychoedukation, Grundlagen

In Sitzung eins wird Psychoedukation mit hypnotherapeutischen Techniken verbunden: Aufbauend auf der Architektur des Schlafes (siehe Abbildung) wird eine hypnotherapeutische Metapher generiert, die das Bild der wiederholenden Schlafzyklen aufnimmt und ein entspanntes (Wieder-)einschlafen ermöglicht. Durch die Koppelung der Abbildung der Schlafzyklen mit einem Meeresbild, in dem ein Delphin oder ein Wal abtaucht und somit die Tiefe suggeriert, kann in der Tat eine Veränderung der Schlafarchitektur erreicht werden. Die Gewichtung innerhalb des Bildes muss auf die Tiefe und das selbständige abgleiten bzw. abtauchen und die damit verbundene Entspannung gelegt werden. Durch eine solche hypnotherapeutische Metapher lassen sich Schlafstadien verändern während bei einer Kontrollbedingung, die den gleichen Textumfang und den gleichen Sprecher umfasst, ein solcher Effekt nicht gefunden werden konnte (Cordi et al., 2014).

Tabelle 2. Übersicht der Inhalte einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen und hypnotherapeutischen Intervention

Sitzung	Thema/Inhalt	Verhaltenstherapie	Hypnotherapie
1.	Grundlagen des Schlafes, ungünstige Schlafgewohnheiten, Fehlwahrnehmung des	Gesunder Schlaf, Schlafstörungsfaktoren, Regeln des gesunden Schlafs	Entspannungstrance/-Kennenlernen der Trance, Schlafbild, Metapher »Ast im

Tabelle 2. Übersicht der Inhalte einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen und hypnotherapeutischen Intervention

Sitzung	Thema/Inhalt	Verhaltenstherapie	Hypnotherapie
	Schlafs, Schlafmitteleinnahme, Veränderungsprozesse initiieren		Fluss«
2.	Psychophysiologische Faktoren wie Anspannung	Progressive Muskel- relaxation	Ruhebild, Rekonstruierte positive Schlaferfahrung, Metapher »Schlafbaum«
3.	Schlafbehindernde Gedanken, Tagesmüdigkeit	Veränderung von negativen Kognitionen bez. des Schlafs	Selbsthypnoseübung, Metapher »red balloon«
4.	Umgang mit Stress und »daily hassles«	Situation, Emotion, Kognitions- und Verhaltensmodell	Metapher »Der Wanderer«
5.	Individuelle Persönlichkeitsmerkmale	Veränderung von negativen Kognitionen allgemein	Schutzmetapher »Ritterrüstung«
6.	Loslassen von Problemen	Notfallkoffer	Metapher »Vom Wachland und vom Schlafland«

Sitzung 2: Physiologische Prozesse, Anspannung

Da bei Insomniepatienten auch körperliche Faktoren für die Beschwerden ausschlaggebend sein können, wurde die »Schlafbaum-Trance« konstruiert. Ziel dieser Metapher ist die Unterstützung natürlicher schlafbezogener körperlicher Prozesse wie die Ausschüttung von Melatonin als Schlafhormon. Ziel der Metapher ist eine Unterstützung des Körpers in seinem natürlichen

Rhythmus, sodass am frühen Abend das Schlafhormon Melatonin ausgeschüttet und dadurch zu einem etwas späteren Zeitpunkt Müdigkeit verspürt wird. Der Schlafbaum ist somit eine Metapher, die sich an biologische Prozesse orientiert und Veränderungen ermöglicht. Der Patient besucht seinen Schlafbaum und überprüft, ob es diesem gut geht, oder die Funktion des Baumes beeinträchtigt ist. So kann beispielsweise der Baum zu wenig versorgt werden (wenig Wasser, Dünger etc.), die Äste können zu stark belastet sein und Stütze benötigen. Zudem kann ein mentaler Austausch mit dem Baum stattfinden (Was braucht der Baum? Was erzählt der Baum, etc?) Auf der einen Seite wird so die biologische Komponente berücksichtigt, auf der anderen Seite die Selbstfürsorge gefördert (Baum = Patient).

Sitzung 3: Schlafhinderliche Gedanken

Mit der »Red-balloon«-Technik (Hammond, 1990), sollen die für Schlafgestörte typischen, zwanghaften Denkstrukturen und die übermäßige Besorgtheit gegenüber ihrem Schlafverhalten und den »daily hassles« positiv verändert werden. Kern der Metapher ist die Suggestion, Ballast an einen Heißluftballon abzugeben, der dann mit dieser Belastung davonfliegt. Über dieses Loslassen von Dingen soll eine Veränderung von Denk- und Verhaltensweisen angeregt werden, die wiederum mit einer grüblerischen Haltung von Insomniepatienten (auf etwas fixiert sein) unvereinbar ist. Dieses Abgeben von Ballast wurde unter Einbeziehung möglichst vieler Sinnesmodalitäten gestaltet. Die anschließende Zeitprogression, die dem Einzelnen die Möglichkeit bietet, die Veränderung im Erleben (eine ruhige und gelassene Haltung) zu visualisieren und zu spüren, vertieft diesen Prozess.

Sitzung 4: Umgang mit Stress

Da Insomniepatienten, wie schon im theoretischen Teil beschrieben, häufig in der Nacht grübeln und auch schon am Tage eine schlechte Nacht befürchten, wurde die Suggestion der Wanderer bzw. des Wanderers mit einem besonderen Rucksack eingesetzt. Hierbei kann der Wanderer auf seinem Weg unnötigen Ballast abgeben, sich jedoch auch mit lerngeschichtlichen Aspekten auseinandersetzen, welche sich in einem Geheimfach befinden, die der Wanderer durch Zufall entdeckt und alte Erfahrungen umfasst. Durch diese Metapher soll der Patient leichter Belastungen abgeben und sich von den Alltagsbeschwerden aber auch von übergeordneten mentalen Strukturen („Ich muss perfekt sein“) eher befreien können. Ziel ist, die Grundanspannung zu reduzieren sowie ein erleichtertes Einschlafen bzw. Wiedereinschlafen in der Nacht. In diesem Zusammenhang sind auch die hohen Leistungsanforderungen zu sehen, die Insomnier an sich stellen, darüber hinaus ihr starkes Verantwortungsgefühl für andere. Daher soll diese Suggestion die Oberpläne in Frage stellen und für Entlastung und Entspannung sorgen.

Sitzung 5: Individuelle Persönlichkeitsmerkmale, Stressresistenz

Da schlafgestörte Patienten sich in der Nacht häufig mit ungelösten Alltagsproblemen beschäftigen, wurde eine Schutztrance, beispielsweise als Ritterrüstung, Umhang oder Kugel in dieser Sitzung eingesetzt. Durch diese Trance wird es dem Patienten möglich, alltägliche stressige Ereignisse an sich abprallen zu lassen. Diese Art der körperbezogenen Suggestion ermöglicht dem Patienten, ein Gefühl des Schutzes und der Sicherheit aufzubauen. Dem Patienten soll es so besser möglich sein, anstehende Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen.

Sitzung 6: Überwindung von Problemen, neue Verhaltensweisen erlernen

Um die Grenzen zwischen Tagesereignissen und dem Tage zugehörigen Verhaltensweisen sowie die der Nacht und dem Schlaf zugeordneten Verhaltensweisen besser zu rekonstruieren und wieder stärker zu betonen, wurde eine Metapher konstruiert, die diese beiden verschiedenen Verhaltensweisen darstellen und die für Insomniepatienten typische Vermischung dieser Verhaltensweisen auflösen soll. Daher trägt die Trance der letzten Sitzung den Titel »Geschichte vom Schlafland und vom Wachland«. In dieser Metapher regiert ein König oder eine Königin zwei Länder. Das eine davon ist das Wachland, das andere nennt sich Schlafland. Die Aufgaben und Grenzen der Länder haben sich über die Jahre vermischt, sodass die Einwohner der Länder irritiert bzw. krank sind, fremde, ihnen nicht entsprechende Gewohnheiten angenommen haben und keine Ordnung mehr wahrnehmen können. Die Gesundheit der Bewohner ist gefährdet, da sie nicht mehr ihrem natürlichen Rhythmus und ihrer Begabung entsprechend leben können. Aufgabe des Königs bzw. der Königin ist es nun, die Länder wieder mit den ihnen eigenen Aufgaben zu betrauen und darauf zu achten, dass die Gewohnheiten der einzelnen Länder beibehalten werden, sodass alle gesund werden und bleiben.

2.4 TAU

Im Rahmen der stationären Rehabilitationsversorgung umfasst die Intervention zahlreiche einzelne Behandlungsbausteine. Das Therapieprogramm versteht sich als ganzheitliches Konzept, welches nicht nur medizinische, sondern auch psychotherapeutische Maßnahmen inkludiert. Es werden Schulungen, Entspannungsverfahren, Sport- und Bewegungsangebote, gestalterische Therapien sowie Sozialtherapien kombiniert und entsprechend vertieft eingesetzt.

Alle Patienten nehmen an einem sogenannten Basisprogramm teil. Dieses besteht aus integrativer Gruppentherapie, Einzelpsychotherapie, Gruppenveranstaltungen wie Abteilungsvollversammlungen

und Pflegegruppen, Entspannungsverfahren, Gesundheitsschulungen, Sport und Bewegungstherapie, Hydromassagen und Visiten mit dem Abteilungsleiter.

2.4.1 Einzelpsychotherapie

Im Rahmen des regulären Aufenthalts werden Einzelpsychotherapiegespräche bei dem Bezugstherapeuten durchgeführt. Der Bezugstherapeut ist der verantwortliche Ansprechpartner für den Patienten während des Aufenthaltes. Somit werden essentielle Aspekte von wirksamer Psychotherapie durch diese Zuständigkeit gefördert (Therapeutische Beziehung, siehe auch Grawe, 2005). Der Bezugstherapeut bespricht mit dem Patienten – nach Rücksprache mit dem Abteilungsleiter – das therapeutische Vorgehen und den –prozess. Hierbei werden Einzelgespräche, Krisenunterstützung, diagnostische und therapeutische Adaptationen und zusätzliche Interventionen oder auch Fragen der Therapieverkürzung oder –Verlängerung besprochen. Auch sozialmedizinische Fragestellungen wie beispielsweise der beruflichen Entlassungsform werden mit dem Bezugstherapeuten detailliert thematisiert.

2.4.2 Integrative Gruppentherapien

Alle Patienten erhalten im Rahmen des Aufenthaltes Gruppentherapien. Dreimal wöchentlich werden diese Therapien für jeweils 90 Minuten durchgeführt. Basis für die Gruppentherapien ist ein Sich-Öffnen der Patienten sowie die Bereitschaft Konflikte oder Probleme im Hier-und-Jetzt zu bearbeiten. Besonders auch das Annehmen von Hilfe wird im Rahmen der integrativen Gruppentherapie diskutiert und so versucht Veränderungsbereitschaft zu erhöhen und positive soziale Erfahrungen zu ermöglichen. Die Gruppe wird von einem erfahrenen Bezugstherapeuten geleitet.

2.4.3 Konzentrierte Bewegungs-, Musik- und Kunsttherapie

Diese verschiedenen Therapieformen werden in Einzel- als auch im Gruppensetting durchgeführt. Es geht hierbei in erster Linie um das Wahrnehmen und Erleben von Gefühlen sowie die Ausdruckfähigkeit zu steigern.

2.4.4 Ergotherapie

In der Ergotherapie hat das Ziel durch Gestaltung die Wahrnehmung, das Selbstbewusstsein und die Zuversicht der Patienten zu stärken. Bei der Ergotherapie werden sowohl körperliche als auch kognitive und soziale Kompetenzen gefördert. Durch die schöpferisch-kreative Haltung ist hierbei zentral. So sollen eigene Fähigkeiten und Stärken neu- oder wiederentdeckt werden. Im Rahmen dieser Therapieform werden zwischen kompetenzorientierten und ausdruckszentrierten Methoden

unterschieden, die dann auch in unterschiedlichen Settings angeboten und umgesetzt werden. Ganz besonders ist diese Maßnahme im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (MBOR).

2.4.5 Achtsamkeitsbasierte Verfahren

Unterschiedliche achtsamkeitsbasierte Verfahren werden eingesetzt.

So erhalten die Patienten

- Yoga
- Qi-Gong
- Körperwahrnehmungsschulungen im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes.

2.4.6 Entspannungsverfahren

Auch verschiedene Entspannungsverfahren werden den Patienten vermittelt. Im Rahmen des Aufenthaltes lernen die Patienten sowohl autogenes Training als auch progressive Muskelrelaxation kennen und diese einzuüben.

2.4.7 Sport- und Bewegungstherapie

Ziel dieser therapieformen ist die Steigerung der psychischen und physischen Belastbarkeit des Patienten. Der Patient wird anhand motiviert bewegungsbezogene Verhaltensveränderungen umzusetzen und so neue Fertigkeiten und Kenntnisse für seine eigene Gesundheit zu erlangen.

Je nach Indikation kommen folgende Maßnahmen zum Tragen:

- Medizinische Trainingstherapie

Hierbei werden dem Patienten individuell passende Übungen vermittelt und demonstriert. Nach ausführlicher Anweisung trainiert er unter Aufsicht selbständig auf einer hierfür speziellen Trainingsfläche sowie medizinischen Geräten.

- Gruppengymnastik

Ziel hierbei ist die Motivierung zu einem aktiveren Lebensstil und somit positive psychovegetative Effekte von Bewegung optimal in die Rehabilitation einbauen. Jeder Patient nimmt an dieser Intervention teil. Die Einteilung der Gruppen erfolgt anhand einer Leistungsebene und umfasst diverse Aktivitäten (Gymnastik, Wirbelsäulengymnastik, Wassergymnastik, Walking oder Nordic Walking, Morgengymnastik).

2.4.8 Physiotherapie

Je nach Empfehlung des zuständigen Arztes werden gegebenenfalls bei orthopädischen Begleiterkrankungen physiotherapeutisch angepasste Übungen in die Behandlung implementiert. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist hierbei ein übergeordnetes Ziel. Hierfür werden ihm Hilfestellungen für die Zeit während und nach dem Aufenthalt in der Klinik an die Hand gegeben. Die für ihn zugeschnittenen krankengymnastischen Übungen werden eingeübt und anschließend selbständig von Patienten weiter umgesetzt.

2.4.9 Physikalische Therapien

Aquamassage sowie andere indikationsbezogene Angebote wie Elektrotherapie, Wärmepackung und Lymphdrainagen werden entsprechend dem Krankheitsbild des Patienten angewendet.

2.4.10 Vorträge und Schulungen

Im Rahmen von solchen Gruppenveranstaltungen wurden spezifische Themen und Krankheitsbilder hinsichtlich psychoedukativer Elemente in Gruppen durchgeführt. Folgende Themen werden auf diese Weise bearbeitet: Stress, Alltagsdrogen, Bewegung, Ernährung, Psychosomatik, gesunder Schlaf, Ernährungsschulung, Schutzfaktoren. Des Weiteren werden auch andere, alltagsrelevante Themen angesprochen: pragmatische sozialmedizinische Hinweise zu Übergangsgeld, Zuzahlung, Fahrtkosten und Haushaltshilfe, medizinische, psychotherapeutische und sozialmedizinische Nachsorge.

Elemente der Psychoedukation waren in der Regel Aufklärung und Information über das Störungsbild anhand von Beispielen. Hierzu wurden auch die Fallberichte der Teilnehmer eingeholt und Rückfragen bezüglich einzelner Symptome gestellt. Information über subklinische Symptome oder Symptomgruppen, die im Rahmen von anderen Störungen auftreten.

Des Weiteren wurden Entstehungs- und Bedingungsmodelle mit den Patienten diskutiert und über mögliche Verstärkungszusammenhänge und ungünstige Verhaltensgewohnheiten hinsichtlich der geschilderten Problematik aufgeklärt.

2.4.11 Sozialdienst

Ein fester Bestandteil der Rehabilitation ist das Angebot des Sozialdienstes, welches den Patienten hinsichtlich der beruflichen und sozialen Belange unterstützt. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der

Unterstützung bei der stufenweise Wiedereingliederung in den Beruf. Dabei werden ggf. auch Arbeitgeber einbezogen.

2.4.12 Weitere Angebote

Weitere Angebote wie die WeB-Reha als Kooperation zwischen den Werks- und Betriebsärzten und der Deutschen Rentenversicherung und die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) runden das Angebotsspektrum und Behandlungsrepertoire der Eifelklinik ab.

2.5 Messinstrumente

Im Folgenden werden die einzelnen Messinstrumente dargestellt.

2.5.1 Akzeptanz- und Machbarkeitsfragebogen

Für die Evaluierung des Schlaftrainings wurden in Anlehnung an Schlarb und Kollegen (2011) jeweils ein Fragebogen für die Patienten und einer für die Therapeuten implementiert. Patienten und Therapeuten füllten die Fragebögen am Ende jeder Sitzung anonym aus. Das Antwortformat umfasste eine fünf-stufige Likert-Skala von 1 = trifft voll und ganz zu bis 5 = trifft überhaupt nicht zu. Niedrigere Werte kennzeichnen ein höheres Maß an Zufriedenheit mit dem Schlaftraining.

Der Akzeptanzfragebogen für Patienten umfasst 14 Aussagen. Diese werden vier Subskalen zugeordnet, die für jede Trainingssitzung die Akzeptanz hinsichtlich des Inhalts, der Didaktik, dem Transfer in den Alltag, sowie der Trainereignung erfassen. Auf zwei globalen Aussagen werden die Zufriedenheit mit der Hypnose und die Gruppendynamik beurteilt.

Der Akzeptanz- und Machbarkeitsfragebogen der Therapeuten umfasst 22 Aussagen. Diese werden sieben Subskalen zugeordnet, wobei der Bereich der Akzeptanz vier Subskalen und der Bereich der Machbarkeit drei Subskalen umfasst. Zu den Subskalen der Akzeptanz zählen Inhalt, Hypnotherapie, Trainereignung und Gruppendynamik, wohingegen die Rahmenbedingungen, Instruktionen und Fragen zum Co-Trainer zur Machbarkeit gehören.

2.5.2 Feedbackbogen zum Schlaftraining

Der Feedbackbogen zum Schlaftraining ist ein an die Trainingsinhalte angepasster Fragebogen, bei denen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen nach ihren persönlichen Erfahrungen mit dem Schlaftraining befragt werden. Zunächst sollen die Patienten einschätzen, wie hilfreich sie die einzelnen Trainingselemente sind. An dieser Stelle waren Mehrfachantworten möglich. Des Weiteren wurden die Patienten gebeten, das Gruppensetting auf einer fünf-stufigen Skala (1 = überhaupt nicht

hilfreich bis 5 = sehr hilfreich) einzuschätzen. Die abschließenden Fragen, welche Trainingselemente die Patienten weiterhin anwenden werden und welche Aspekte sie noch gern behandelt haben würden, sollten mittels eines offenen Antwortformates beantwortet werden.

2.5.3 Anamnesefragebogen

Der Anamnesebogen der Eifelklinik Manderscheid ist ein standardisierter Fragebogen, der von den Patienten vor dem Klinikaufenthalt aufgefüllt wird. Er beinhaltet eine Reihe von offenen und Multiple-Choice-Fragen bzgl. demographischer Patientendaten, der Patientengeschichte, physischer und mentaler Gesundheit, sowie zur beruflichen und sozialen Anamnese.

2.5.4 Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI)

Der Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI, Riemann & Backhaus, 1996; deutsche Version) dient der Messung der subjektiven Schlafqualität. Während in der Originalversion ein Zeitraum von vier Wochen erfasst wird, wurde in den vorliegenden Studien eine Woche erhoben. Der Fragebogen umfasst 18 Items und misst die Komponenten Schlafqualität, Schlaflatenz, Schlafdauer, Schlaffeffizienz, Schlafstörungen, Schlafmittelkonsum und Tagesmüdigkeit. Der Gesamtscore kann Werte zwischen Null und 21 annehmen. Es besteht ein empirischer Cut-off von 5 (Zeitlhofer et al., 2000), der eine Einteilung in gute und schlechte Schläfer erlaubt. Werte über 10 gelten als Hinweis auf einen sehr deutlich beeinträchtigten Schlaf. Die interne Konsistenz für den Gesamtscore beträgt .77 (Doi et al., 2000).

2.5.5 Insomnia Questionnaire for Adults (IQ-A)

Der Insomnia Questionnaire for Adults (IQ-A, Schlarb & Faber, in Vorbereitung) ist ein Screeningfragebogen, der die Kriterien einer Insomnie in Anlehnung an das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) erfasst. Der Fragebogen besteht aus 11 Items und einem dichotomen Antwortformat (Ja/Nein). Hinweise auf die Diagnose einer Insomnie ergeben sich, wenn Aussage 5 und 7, sowie mindestens eine der Aussagen von 1-4 mit ‚Ja‘ beantwortet werden.

2.5.6 Schlaftagebuch

Das Schlaftagebuch erfasst verschiedene subjektive Schlafparameter. Die Patienten füllten dieses über einen Zeitraum von einer Woche vor und nach dem Schlaftraining, sowie bei der 3-Monats-Katamnese aus. Während des Schlaftrainings erhielten die Patienten ebenfalls ein Schlafprotokoll (Prozessschlaftagebuch). Das Diagnostik- und Prozessschlaftagebuch sind gleich aufgebaut. Es ist in ein Morgenprotokoll, welches direkt nach dem Aufstehen, und in ein Abendprotokoll untergliedert,

welches vorm Lichtlöschen ausgefüllt werden soll. Das Morgenprotokoll umfasst acht Fragen zur Aufsteh- und Zubettgehzeit, Einschlafdauer, nächtlichem Erwachen, Medikamenteneinnahme, Alpträumen und Erholbarkeit. Das Abendprotokoll umfasst für die Kontrollgruppe zehn und für die Interventionsgruppe 11 Aussagen zu Alltagsbewältigung, Mittagsschlaf, körperlicher Aktivität, Substanz- und Medienkonsum, sowie die Anwendung von Entspannungstechniken und Hypnose (nur für die Interventionsgruppe). Aus den Angaben des Schlaftagebuchs werden verschiedene Schlafparameter berechnet: Gesamtschlafdauer, Einschlafzeit, Schlafeffizienz.

2.5.7 Aktigraphie

Die SOMNOWatch™ plus von SOMNOmedics ist ein Aktigraph zur objektiven Messung von Schlafparametern. Der Aktigraph wird am nicht-dominanten Handgelenk über einen Zeitraum von einer Woche (parallel zum Schlaftagebuch) vor und nach dem Schlaftraining, sowie bei der 3-Monats-Katamnese getragen. Er verfügt über eingebaute dreidimensionale Aktivitätssensoren. Die Analyse erfolgte mit der DOMINO Light Software (SOMNOmedics). Diese errechnet verschiedene Schlafparameter: im Bett verbrachte Zeit, Schlafdauer, nächtliche Aufwachhäufigkeit und -dauer, Schlafeffizienz und Einschlafzeit. In einer Studie mit Schlafapnoepatienten zeigte die SOMNOWatch™ eine Genauigkeit von 85.9 % im Vergleich zu Polysomnographie.

2.5.8 Strukturiertes Klinisches Interview (SKID-I)

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM Störungen (SKID; Wittchen et al., 1997) wird für die Erfassung einer Achse-I Störung nach DMS-IV und ICS-10 genutzt. Das Interview besteht aus einem einführenden Abschnitt und neun Modulen. Sieben dieser neun Module repräsentieren die Hauptstörungsklassen auf Achse-I des DSM-IV.

2.5.9 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D; Hermann-Lingen, Buss & Snaith, 2011) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der über einen Zeitraum von einer Woche die ängstliche und depressive Symptomatik erfasst. Die HADS-D besteht aus 14 Aussagen, die auf einer vier-stufigen Skala (von null bis drei) beurteilt werden sollen. Jeweils sieben Aussagen werden zu den Subskalen Angst und Depression aufsummiert. Die Summenwerte für jede Subskalen können Werte zwischen 0-21 annehmen. Höhere Werte implizieren eine stärker ausgeprägte Symptomatik auf den jeweiligen Subskalen. Personen können anhand des Summenwertes wie folgt kategorisiert werden: Werte von sieben oder weniger gelten als unauffällig, Werte von 8-10 als grenzwertig auffällig, Werte von 11-14 als pathologisch und Werte von 15-21 als gravierend pathologisch. Beide Subskalen zeigen sich als

intern valide mit Cronbach's $\alpha = .80$ für Angst und $\alpha = .81$ für Depression. Die globale Retest-Reliabilität hat sich für beide Subskalen als gut ($\kappa = .71$) erwiesen und zeigt sich für verschiedenen klinische Settings als auch Altersgruppen stabil (Hermann-Lingen, Buss & Snaith, 2011).

2.5.10 Beschwerdenliste (B-LR)

Die Beschwerdenliste (B-LR, von Zerssen & Petermann, 2011) besteht aus 20 Items, die eine subjektive Beeinträchtigung durch aktuelle körperliche bzw. Allgemeinbeschwerden auf vier Stufen erfassen. Der Wertebereich von Prozenträngen zwischen 85 bis 89 gilt als leicht erhöht, zwischen 90 und 97 als deutlich erhöht und darüber als stark erhöht. Das Cronbachs- α mit $.94$ und die Split-Half-Reliabilität werden mit $.93$ bzw. $.91$ als gut ausgeprägt beschrieben (Zerssen & Petermann, 2011).

2.5.11 Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Bei der Epworth Sleepiness Scale (ESS) handelt es sich um eine im angloamerikanischen (Johns, 1991) und deutschsprachigen Raum (Bloch et al., 1999) validierte Selbstbeurteilungsskala zur Messung der Tagesschläfrigkeit. Die ESS besteht aus acht Aussagen, die typische Alltagssituationen beschreiben. Für diese Situationen soll jeweils angegeben werden, für wie wahrscheinlich die Person ein Einschlafen in diesen Situationen halten würde. Auf einer vier-stufigen Skala mit den Abstufungen 0 (ich nicke niemals ein), 1 (ich nicke selten ein), 2 (ich nicke oft ein) und 3 (ich nicke fast immer ein) kann angegeben werden, wie hoch die Personen die Wahrscheinlichkeit einschätzen, in einer der aufgezählten Situationen einzuschlafen (Handwerker, 2002). Die psychometrischen Eigenschaften der ESS wurden anhand einer Stichprobe junger Erwachsener (Alter: $M = 20.9$; $SD = 2.8$) überprüft und werden sowohl für die klinische als auch für die nicht-klinische Stichprobe als zufriedenstellend eingestuft. Die interne Konsistenz wird mit einem Wert von $\alpha = .88$ für die klinische Stichprobe als hoch und mit einem Wert von $\alpha = .73$ für die nicht-klinische Stichprobe als zufriedenstellend angegeben. Die Test-Retest-Reliabilität ist mit einem Wert von $r_{tt} = .822$ als gut zu bewerten.

2.5.12 Fragebogen für schlafbezogene Kognitionen (FB-SK)

Der Fragebogen für schlafbezogene Kognitionen (FB-SK; Scharfenstein, 1995) erfasst die Intensität von negativen, schlafbezogenen Kognitionen und deren Konsequenzen auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Leistung, als auch positive Kognitionen, wie Selbstmanagement und Problemlösefähigkeit. Der Fragebogen besteht aus 30 Aussagen, die auf einer vier-stufigen Skala (1 = fast nie bis 4 = fast immer) eingestuft werden sollen. Die einzelnen Aussagen werden dann fünf Subskalen zugeordnet: Schlafangst (9 Aussagen), Katastrophisierung (7 Aussagen), Gelassenheit (6 Aussagen), Positive Selbstinstruktion (6 Aussagen) und Schlafmittel (2 Aussagen). Für jede Subskala

wird ein Summenwert berechnet, wobei höhere Werte eine stärkere Ausprägung der negativen oder positiven Kognitionen bedeuten.

Die psychometrischen Kennwerte wurden anhand einer deutschen Stichprobe geprüft und ergaben eine gute interne Konsistenz für die negativen Kognitionen ($\alpha = .84 - .86$), sowie eine zufriedenstellende für die positiven Kognitionen ($\alpha = .72 - .74$). Zudem ergaben sich hohe Korrelationen der Beschwerdeliste (B-LR) mit der Schlafangst und Katastrophisierung.

2.5.13 Nightmare Effects Questionnaire (NEQ)

Der Nightmare Effects Questionnaire (NEQ; Schlarb, Zschoche & Schredl, 2016) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, der zum einen die Tagesbeeinträchtigungen von Alpträumen und zum anderen die Frequenz, Dauer und subjektive Auswirkungen von Alpträumen erfasst. Der Fragebogen besteht aus 38 Aussagen. Die ersten vier Aussagen erfassen, wie oft und wann am Tag Alpträume erinnert werden, sowie den Zeitpunkt, seit dem die Person unter Alpträumen leidet, sowie die Häufigkeit, mit der an die Alpträume tagsüber gedacht wird. Die Aussagen 5 - 37 beziehen sich auf den psychologischen Stress am Tag nach einem Alptraum und werden auf einer drei-stufigen Skala von niemals/fast nie bis sehr häufig/immer. Der Summenwert aus diesen 33 Aussagen ergibt das Ausmaß der Beeinträchtigung, wobei höhere Werte eine stärkere Beeinträchtigung implizieren. Die letzte Aussage erfasst auf einer 10-stufigen Skala (0 = gar nicht bis 10 = sehr stark), inwieweit Alpträume subjektive Auswirkungen haben.

2.5.14 Nightmares Questionnaire for Adults (NQ-A)

Der Nightmares Questionnaire for Adults (NQ-A, Schlarb & Faber, in Vorbereitung) ist ein Screeningfragebogen, der die Kriterien einer Alpträumstörung in Anlehnung an das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) erfasst. Der Fragebogen besteht aus 12 Items und einem dichotomen Antwortformat (Ja/Nein).

2.5.15 Composite Scale of Morningness (CSM)

Die Composite Scale of Morningness ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung des individuellen Chronotyps (Smith, Reilly & Midkiff, 1989; Randler, 2008, Deutsche Version). Der Fragebogen besteht aus 13 Aussagen, wobei diese entweder auf einer vier- oder fünf-stufigen Skala beantwortet werden sollen. Durch Aufsummierung der einzelnen Antworten kann ein Wert zwischen 13-55 erreicht werden. Höhere Werte implizieren eine stärkere Ausprägung als Morgentyp. Die CSM

ist ein reliables und valides Messinstrument mit einer Retest-Reliabilität von $r = .88$ und hohen Korrelationen mit Konstrukten wie dem Schlaf-Wach-Kreislauf (Randler, 2009).

2.5.16 Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Jerusalem & Schwarzer, 2003) erfasst mittels zehn Aussagen die allgemeinen optimistischen Kompetenzüberzeugungen, d.h. das eigene Vertrauen, eine schwierige Situation zu meistern, wobei dieser Erfolg den eigenen Kompetenzen zugeschrieben wird. Theoretische Grundlage bildet das Selbstwirksamkeitskonzept (perceived self-efficacy), welches erstmals von Bandura (1977) verwendet wurde, und für seine sozial-kognitive Theorie (1997) eine wesentliche Rolle spielt.

Die zehn Aussagen werden auf einer vier-stufigen Skala (1 = stimmt nicht bis 4 = stimmt genau) eingeschätzt und ergeben aufsummiert einen Gesamtwert, der zwischen zehn und 40 liegen kann. Höhere Werte bedeuten dabei ein höheres Maß an Kompetenzüberzeugungen. Die psychometrischen Kennwerte wurden sowohl in internationalen als auch nationalen Studien überprüft. Die internen Konsistenzen liegen dabei international zwischen .79 und .90, bei deutschen Stichproben zwischen .80 und .90. Die Skala korreliert zudem mit zahlreichen anderen relevanten Konstrukten. So zeigen sich positive Korrelationen mit dispositionalem Optimismus und Arbeitszufriedenheit, als auch negative Korrelationen mit Ängstlichkeit, Depressivität und Stresseinschätzungen (Bedrohung, Verlust).

2.5.17 Bielefeld Suggestibility Scale (BSSC)

Die Bielefeld Suggestibilitätsskala erfasst den Grad der Suggestibilität, d.h. die Empfindlichkeit auf Suggestionen zu reagieren, und besteht aus 30 Aussagen, die auf einer vier-stufigen Skala (1 = trifft nicht zu bis 4 = trifft voll zu) beurteilt werden sollen (Schlarb, Claßen, & Faber; in Vorbereitung). Die Aussagen werden zu einem Gesamtwert und vier Subskalen aufsummiert: (1) sensorische Imagination, (2) situative Imagination, (3) Lebhaftigkeit nächtlicher Träume und (4) Fantasie und Tagträume. Höhere Werte implizieren ein höheres Maß an Suggestibilität. Cronbach's α für die Gesamtskala ($\alpha = .88$) liegt im guten und für die Subskalen (sensorische Imagination = .67; situative Imagination = .74; Lebhaftigkeit nächtlicher Träume = .72; Fantasie und Tagträume = .73) im akzeptablen Bereich.

2.5.18 Test d2 – Aufmerksamkeits-Belastungs-Test

Der d2 ist ein Instrument zur Messung der individuellen Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit auf objektiver Ebene (Brickenkamp et al., 2010). Es wird neben der Konzentrationsfähigkeit einer

Testperson auch deren Schnelligkeit und Genauigkeit bei der Unterscheidung ähnlicher visueller Reize erfasst. Die Aufgabe besteht darin, in einer Reihe von visuellen Reizen bestimmte Reize zu identifizieren (d's mit 2 Strichen). Der Test besteht aus 14 Zeilen mit einer bestimmten Anzahl an Zielreizen und Distraktoren, wobei die Testperson für jede Zeile 20 Sekunden zur Verfügung hat, um so viele Zielreize wie möglich zu identifizieren. Die Reliabilität ($\alpha = .80 - .95$) als auch die Validität wurden in zahlreichen Studien belegt.

2.5.19 Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)

Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Persönlichkeitsfacetten, wobei jede Subskala das non-pathologische Äquivalent zu den Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ICD-10 repräsentiert. Als Grundlage dieses Messinstrumentes dient die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen von Kuhl und Kazén (2009). Der Fragebogen besteht aus 140 Aussagen, die auf einer vier-stufigen Skala von (0) trifft gar nicht zu bis (3) trifft ausgesprochen zu bewertet werden. Jeweils 10 Aussagen werden einer von 14 Subskalen zugeordnet: eigenwillig-paranoid, zurückhaltend-schizoid, ahnungsvoll-schizotypisch, spontan-borderline, liebenswürdig-histrionisch, ehrgeizig-narzisstisch, selbstkritisch-selbstunsicher, loyal-abhängig, sorgfältig-zwanghaft, kritisch-negativistisch, still-depressiv, hilfsbereit-selbstlos, optimistisch-rhapsodisch und selbstbehauptend-antisozial. Die internen Konsistenzen variieren für die Subskalen zwischen $\alpha = .73$ und $\alpha = .85$. Das PSSI korreliert mit verschiedenen klinischen und non-klinischen Konstrukten, wie z.B. Suizidalität, Depression, Big 5, Persönlichkeitsdimensionen der 16 PF.

3 Studiendurchführung

In diesem Abschnitt wird die Teilnehmerrekrutierung, die einzelnen Erhebungszeitpunkte bzw. der Studienablauf beschrieben und dargestellt.

Qualitative Angaben hinsichtlich der Durchführung des Schlafbehandlungsprogrammes werden ebenfalls aufgeführt.

3.1 Teilnehmerrekrutierung & Erhebungszeitpunkte

Im Rahmen der Aufnahme in die Eifelklinik Manderscheid wurden die Patienten in einer Info-Veranstaltung über Zielsetzung, Inhalt und Ablauf der Studie aufgeklärt. Den Patienten wurden vor der Teilnahme diverse Unterlagen zur Studie ausgehändigt. Unter anderem erhielten sie ‚Informationen zur Studie‘ (vgl. Anhang) sowie eine ‚Einwilligungserklärung‘ (vgl. Anhang). Alle Patienten, die ihr Einverständnis erteilt hatten, wurden hinsichtlich ihrer Schlafqualität und Schlafproblematik befragt.

Einschlusskriterium für eine Teilnahme war eine schlechte Schlafqualität (PSQI > 5) und das Erfüllen der Insomniekriterien (Screening mittels IQ-A).

Die Randomisierung in die beiden Bedingungen erfolgte für die ersten vier Durchgänge zufällig durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der Klinik. Alle weiteren der 33 Gruppen wurden im Wechsel durchgeführt, um das Risiko der Weitergabe der Trainingsinhalte so gering wie möglich zu halten und Analysen zwischen parallel und im Wechsel stattfindenden Gruppen durchführen zu können.

Eine ausführliche Diagnostik erfolgte für die Interventions- und Kontrollgruppe direkt vor (t1) und nach dem Training (t2), sowie zu einer 3-Monats-Katamnese (t3). Die Fragebögen und das Schlaftagebuch wurden als Paper-Pencil-Version ausgefüllt. Die Studiendaten der Aktigraphie wurden ausschließlich elektronisch gespeichert.

Für die Teilnehmer der Katamnese gab es ein dreifachgestuftes Vorgehen: Nachdem die Studienteilnehmer telefonisch kontaktiert und über die bevorstehende Befragung informiert wurden, wurde den Teilnehmern bei Zustimmung der Fragebogenkatalog, das Schlaftagebuch, sowie der Aktigraph postalisch zugesandt. Sofern die Teilnahme an dieser ausführlichen Diagnostik verweigert wurde, wurde den Teilnehmern eine verkürzte Version über einen Link angeboten. Hierbei wurde lediglich ein Auszug aus dem Fragebogenkatalog abgefragt. Sollte auch hier die Teilnahme verweigert werden, erfolgte ein telefonisches Kurzinterview, bei dem die Insomniekriterien abgefragt wurden.

3.2 Studienablauf und Zeitplanung

Die Zeitplanung inkl. der entsprechenden Inhalte sind Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3. Überblick der Zeitplanung

Zeitraum	Inhalte/Tätigkeiten
Mai 2015 bis Oktober 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Konzeption des Trainingsmanuals • Erstellung des Informationsblattes und der Einverständniserklärungen • Erstellung des Fragebogenkataloges • Antrag Ethikkommission • Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Eifelklinik Manderscheid
November 2015 bis Dezember 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Probedurchlauf mit einer Interventionsgruppe • Adjustierung des Trainingsmanuals
Januar 2016 bis Juni 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Datenerhebung (Training, Katamnese [t3])
Juli 2018 bis Oktober 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Datenauswertung • Berichterlegung

3.3 Datenerfassung, Datenhaltung und Datentransfer

Die Projektmitarbeiter und –mitarbeiterinnen der Eifelklinik Manderscheid führten alle Diagnostiken und Interventionen durch. Die Unterlagen der Diagnostiken wurden anschließend an die Universität Bielefeld weitergeleitet. Des Weiteren erfolgte über einen versicherten Versand die Zustellung der anonymisierten Anamnesebögen an die Universität Bielefeld. Die elektronischen Daten der Aktigraphie wurden in Rücksprache mit den EDV-Beauftragten der Eifelklinik Manderscheid und der Universität Bielefeld über einen eigens von der Universität angelegten Accounts übermittelt, auf den nur Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Forschungsprojektes Zugriff hatten.

Die Auswertung und Analyse der Studiendaten wurde durch die Universität Bielefeld durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte mittels SPSS.

3.4 Datenschutz

Die von der Eifelklinik Manderscheid vergebenen Patientencodes wurden für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie modifiziert und auf allen schriftlichen und elektronischen Studienunterlagen notiert. Die Modifizierung der Patientencodes erfolgte in Absprache der Projektmitglieder. Somit war eine Trennung der Patienten und Forschungsdaten gewährleistet (Pseudonymisierung).

3.5 Qualitätssicherung

Um die Forschungsqualität sicher zu stellen wurden diverse Anstrengungen unternommen. Nachfolgend werden essentielle Maßnahmen dargestellt.

3.5.1 Manualanfertigung (Standardisierung)

Vor Beginn der Studie wurde ein Manual hinsichtlich der durchzuführenden Schlaftrainingseinheiten entwickelt (siehe Abschnitt oben). Dieses Manual wurde hinsichtlich der benötigten Materialien, der zeitlichen Rahmenbedingungen sowie der notwendigen Umgebungsfaktoren angereichert. Allgemeine Informationen hinsichtlich des Störungsbildes, der Diagnostik sowie der Umsetzung der Intervention wurden der Darstellung der einzelnen Sitzungen vorgeschaltet. Auf diese Weise sollte erreicht werden, dass alle Projektmitarbeiter einen möglichst gleichen Wissensstand hinsichtlich der im Projekt benötigten Informationen sowie hinsichtlich der einzelnen Diagnostischen Notwendigkeiten, Instrumente, Interviews sowie Funktionalität dieser hatte. Darüber hinaus sollte so sichergestellt werden, dass den Therapeuten eine strukturierte und manualisierte Vorgehensweise ermöglicht wird, um die Standardisierung der Intervention sicher zu stellen.

Begleitende Bögen sollten die Manualtreue während der Durchführung belegen und dokumentieren, wie die einzelnen Behandlungselemente durchgeführt und erlebt wurden. Hierzu gab es diverse Rückmeldungen, welche dann wiederum in den Verbesserungsprozess eingeflochten wurden.

3.5.2 Schulung der MitarbeiterInnen (Standardisierung)

Nach der Entwicklung und Finalisierung des Manuals wurde eine Schulung des Personals vor Ort (in der Eifelklinik) vorgenommen. An dieser nahmen alle Therapeuten teil, so dass auch Projektfremde Personen über den Ablauf, das Ziel sowie die einzelnen Maßnahmen in Kenntnis gesetzt wurde. Die Schulung umfasste neben der Darstellung des theoretischen Hintergrunds und Informationen hinsichtlich Prävalenz auch die einzelnen diagnostischen Schritte und Instrumente. Schließlich wurde das Behandlungsprogramm detailliert durchgesprochen und einzelne Elemente unter Intervention und Supervision eingeübt. Im Rahmen von Wiederholungsvorgängen wurden somit deutliche Lerneffekte erzielt, welche von den Teilnehmerinnen am Ende der Veranstaltung reflektiert und rückgemeldet wurden.

3.5.3 Meetings und Telefonkonferenzen

Um die Forschungsqualität und den Austausch zu gewährleisten wurden die einzelnen Projektschritte im Rahmen regelmäßiger Treffen oder Telefonmeetings zwischen Projektmitarbeiterinnen (alle vier bis sechs Wochen) der Studienverlauf reflektiert und weitere Schritte besprochen. Hierbei wurde in der Regel der Verlauf der letzten Wochen diskutiert und darauf aufbauend weitere Schritte hinsichtlich einer Optimierung des Ablaufs vorgenommen. So zeigte sich beispielsweise zu Beginn eine eingeschränkte Compliance der Patienten bei der 3-Monats-Katamnese alle Fragebögen sowie den Aktigraphen zurück zu senden. Durch ein klar kommuniziertes Vorgehen bei der Katamneseplanung konnte dieser Prozess deutlich verbessert werden.

Darüber hinaus wurden in der Eifelklinik das therapeutische Vorgehen und die Manualtreue anhand von Intervisionssitzungen reflektiert. Aspekte hieraus wurden in die Meetings der Gesamtforschungsgruppe eingebracht. Zudem wurden bei Hospitationen vor Ort die Interventionsgruppen reflektiert, um ggf. notwendige Modifikationen der Interventionsdurchführungen vorzunehmen (beispielsweise die zeitliche Dauer anzupassen oder die Gruppengröße zu beleuchten). Basis der Intervention war durchgängig das standardisierte Schulungsmanual, welches immer wieder optimiert wurde.

3.6 Ethik

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz positiv beschieden. Es bestanden keine berufsethischen oder berufsrechtlichen Bedenken gegen die Durchführung der Studie.

3.7 Studienregistrierung

Um die Sichtbarkeit der Studie zu erhöhen und einen umfassenden Austausch zu ermöglichen sowie eine Vernetzung mit anderen Zentren und Universitäten herstellen zu können wurde die Studie registriert. Die Studienregistrierungsnummer im DRKS lautet (DRKS00010422).

4 Ergebnisse

Im Folgenden wird unter Abschnitt 4.1 zunächst die Stichprobe beschrieben. In den anschließenden Abschnitten werden die Ergebnisse dargestellt und abschließend auf die Evaluation des Schlaftrainings eingegangen.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 347 Patienten der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet. Es handelte sich um 174 Männer und 162 Frauen, sowie 11 fehlenden Angaben bzgl. des Geschlechts. Diesen waren im Durchschnitt 49.77 Jahre (SD = 9.01) alt, mit einer Altersspannbreite von 22 – 64 Jahren.

Der Interventionsgruppe wurden 164 Patienten randomisiert zugeteilt, die im Durchschnitt 49.29 Jahre (SD = 8.22) alt waren. Die Altersspanne der PatientInnen betrug 25 – 63 Jahre. Es handelte sich um 81 Männer und 77 Frauen, sowie 6 fehlenden Altersangaben.

Der Kontrollgruppe (TAU) wurden 183 Patienten zugeordnet, die im Durchschnitt 50.19 Jahre (SD = 9.66) alt waren, mit einer Altersspannbreite von 22 – 64 Jahren. Es handelte sich um 93 Männer und 85 Frauen, sowie 5 fehlenden Altersangaben.

Dem Ansatz der *Intention-to-treat Analyse (ITT)* folgend wurden alle Patienten in die Datenanalyse mit einbezogen, unabhängig davon, ob sie alle Teile der Interventionen absolviert hatten. Fehlende Werte auf einer für die Hypothesenprüfung relevanten Variablen wurden mittels der Last-Observation-Carried-Forward-Methode (LOCF) zur Postmessung und Katamnese ersetzt.

4.2 Primärhypothese

Primärhypothese:

Die Patienten der Interventionsgruppe weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe zum Katamnesezeitpunkt eine deutlich bessere subjektive Schlafqualität auf.

Für die Untersuchung der Primärhypothese, dass Patienten der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollbedingung (TAU) zum Katamnesezeitpunkt eine deutlich bessere subjektive Schlafqualität aufweisen, wurde zunächst der Gesamtwert des PSQI für eine Varianzanalyse mit Messwiederholung verwendet. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Effekt über die Zeit, d.h. sowohl in der Interventions- als auch in Kontrollgruppe kam es zu einer signifikanten Verbesserung der subjektiven Schlafqualität, $F(1.93, 666.82) = 86.16, p < .001, \eta_p^2 = .200$ (Abbildung 2). Diese Veränderung blieb von der Postmessung bis zur Katamnese stabil. Der durchschnittliche Gesamtwert des PSQI lag in beiden Gruppen und zu allen drei Messzeitpunkten

im auffälligen Bereich, da ein Wert ≥ 5 erreicht wird. Der Interaktionseffekt Gruppe x Zeit wurde nicht signifikant, $F(1.93, 666.83) = 5.68$, $p < .10$, $\eta_p^2 = .007$.

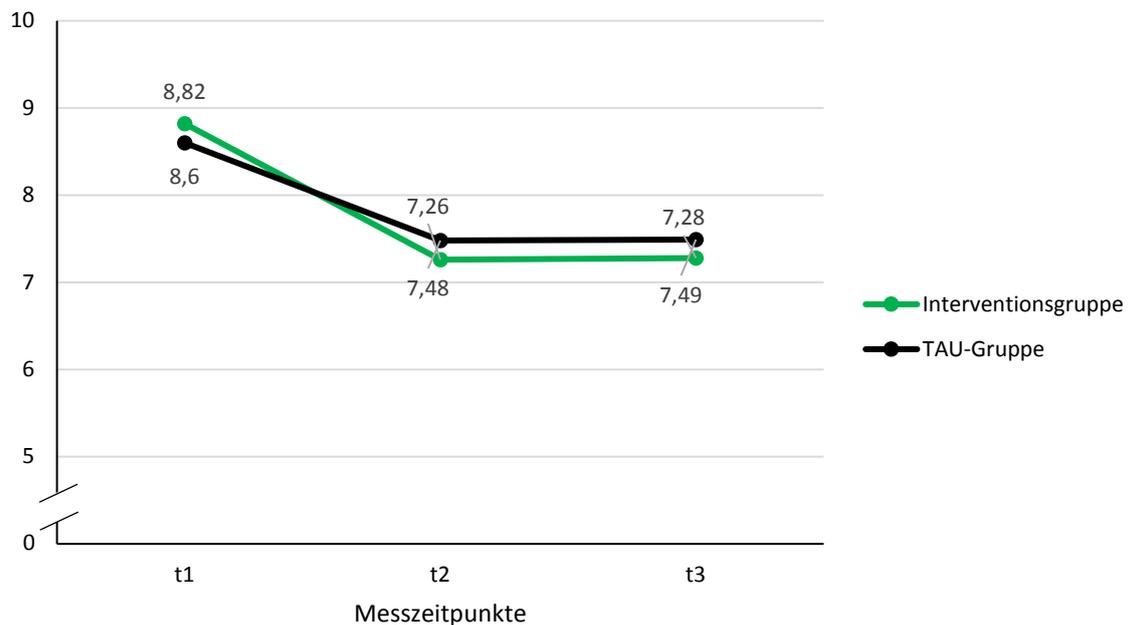


Abbildung 2. Mittelwertsunterschiede für PSQI-Gesamtwert

Zusätzlich zur subjektiven Schlafqualität wurden für weitere Analysen die Ergebnisse des IQ-A als Fragebogen, der die Erfüllung der Insomniekriterien überprüft, herangezogen. Für die Interventionsgruppe zeigte sich eine signifikante Reduktion der Insomniediagnosen direkt nach dem Training als auch zur 3-Monats-Katamnese (Conchran's $Q = 45.86$, $p < .001$). Ein ähnlicher Verlauf wurde in der Kontrollgruppe sichtbar (Conchran's $Q = 41.26$, $p < .001$). Wie anhand der deskriptiven Abbildung ersichtlich wird, trifft diese Reduktion der Insomniediagnosen bei der Interventionsgruppe für mehr Patienten zu. Diese Unterschiedlichkeit zeigt sich auch noch bei der 3-Monats-Katamnese. Auch hier erfüllen deutlich weniger PatientInnen der Insomniebehandlungsbedingung die Kriterien einer Insomniediagnose. Die prozentualen Häufigkeiten sind in Abbildung 3 dargestellt.

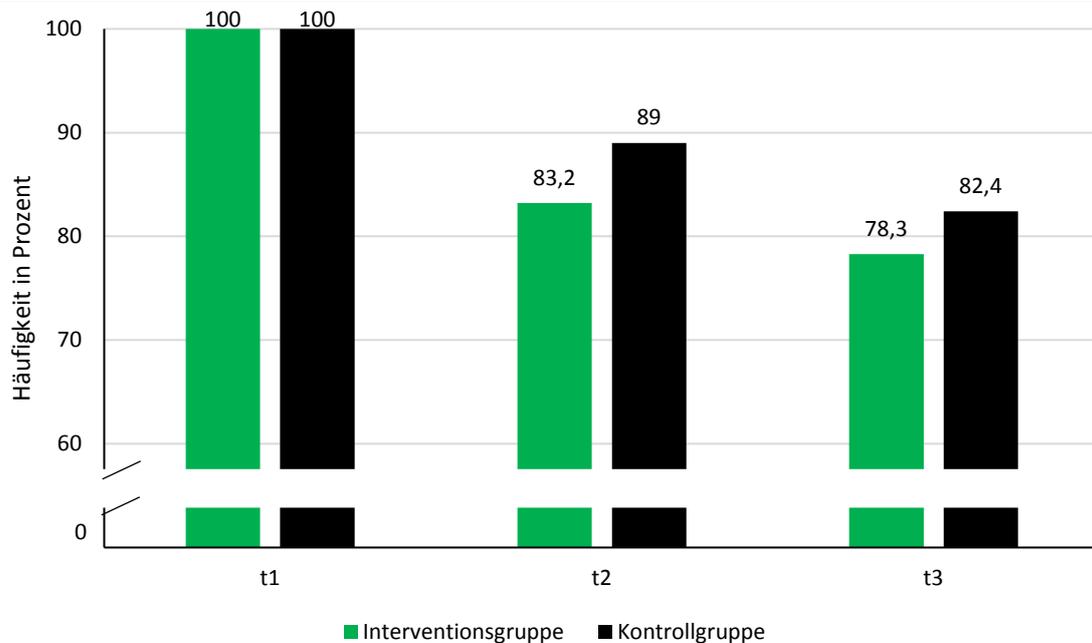


Abbildung 3. Prozentuale Häufigkeiten der Insomniediagnosen (IQ-A)

4.3 Sekundärhypothese

Die Einschlaf latenz verbessert sich durch das verhaltenstherapeutisch-hypnotherapeutische Intervention zum Zeitpunkt T3 signifikant.

Für die Untersuchung der Sekundärhypothese, dass Patienten der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollbedingung zum Katamnesezeitpunkt eine signifikante Verbesserung der Einschlaf latenz aufweisen, wurde die mittlere Einschlaf latenz (in Minuten) aus dem Schlaftagebuch für eine Varianzanalyse mit Messwiederholung verwendet. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Effekt über die Zeit, d.h. sowohl in der Interventions- als auch in Kontrollgruppe kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Einschlaf latenz, $F(1.04, 202.24) = 14.60$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .07$ (Abbildung XY). Der Interaktionseffekt Gruppe x Zeit wurde nicht signifikant, $F(1.04, 202.24) = 0.18$, $p = .68$. Da gerade beim Schlaf auch die klinische Signifikanz von großer Bedeutsamkeit ist, wurde vor allem auch Wert auf die Interpretation der Ergebnisse bezüglich klinischer Merkmale (hier die Dauer der Einschlaf latenz) gelegt.

Hinsichtlich der klinischen Signifikanz zeigte sich v.a. in der Schlafinterventionsgruppe ein signifikantes Ergebnis. Zur Postmessung als auch zur Katamnese war die mittlere Einschlaf latenz unter dem klinisch relevanten Cut-off-Wert von 30 Minuten. Die TAU-Kontrollgruppe reduzierte zwar ebenfalls ihre Einschlaf latenz, jedoch blieb diese zu allen 3 Messzeitpunkten im klinisch auffälligen Bereich, d.h. über 30 Minuten (Abb. 4).

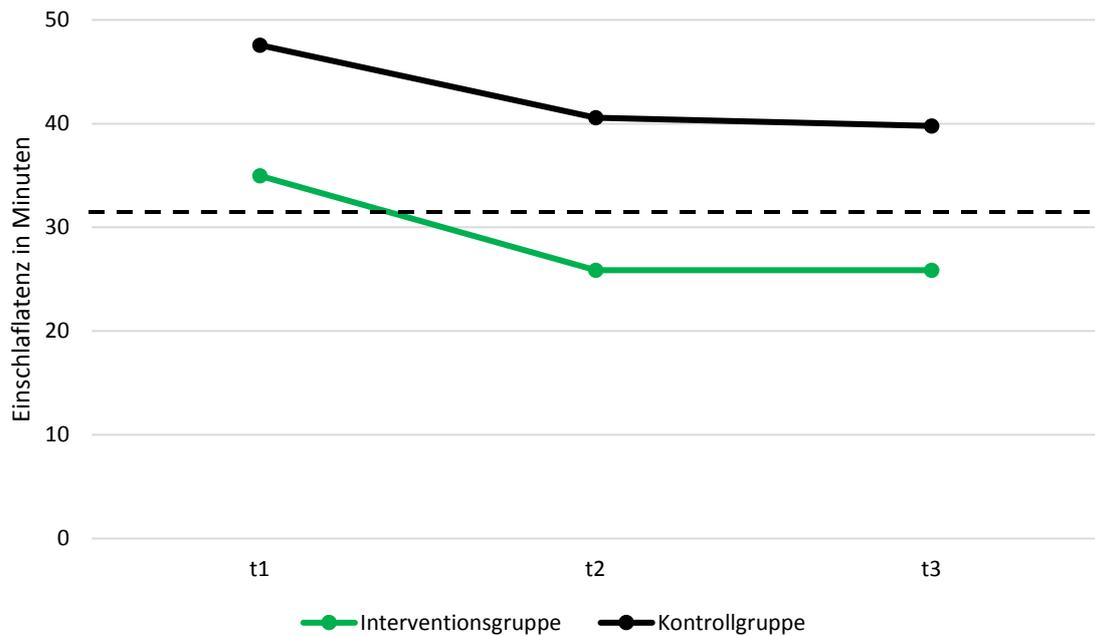


Abbildung 4. Mittelwertunterschiede für die Einschlaflatenz (Schlafstagebuch)

4.4 Weitere Fragestellungen

4.4.1 Effekte der Komorbidität und Diagnose

Zur Überprüfung der Teilfragestellung 3a, inwieweit die Komorbidität einen Einfluss auf die Effekte des Schlaftrainings haben, wurden zum einen die Anzahl der komorbiden Störungen verwendet und zu anderen die Patienten gemäß ihrer Hauptdiagnose nach dem klinischen Interview (SKID) in die folgenden sechs Diagnosegruppen unterteilt: (1) depressive Episode (F32), (2) rezidivierende Episode (F33), (3) Anpassungsstörung (F43.2), (4) phobische Störung (F40), Panikstörung (F41.0), Generalisierte Angststörung (GAS; F41.1) und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; F43.1), (5) Somatisierungsstörung (F45) und (6) andere. Eine Verteilung dieser Gruppen für die Interventions- und Kontrollgruppe sind in Abbildung 5 dargestellt.

Für Teilfragestellung 3a wurde für die subjektive Schlafqualität eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Die Gruppenzuordnung und die Anzahl der komorbiden Störungen wurden als Zwischensubjektfaktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.95, 580.13) = 10.36, p < .001, \eta_p^2 = .034$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit wurde ebenfalls signifikant, $F(1.95, 580.13) = 3.60, p = .03, \eta_p^2 = .012$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Anzahl der komorbiden Störungen, $F(7.81, 580.13) = 1.13, p = .34$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Anzahl der komorbiden

Störungen, $F(7.81, 580.13) = 1.03$, $p = .41$, wurden nicht signifikant. Tabelle 4 zeigt die deskriptiven Statistiken zu diesen Subgruppen.

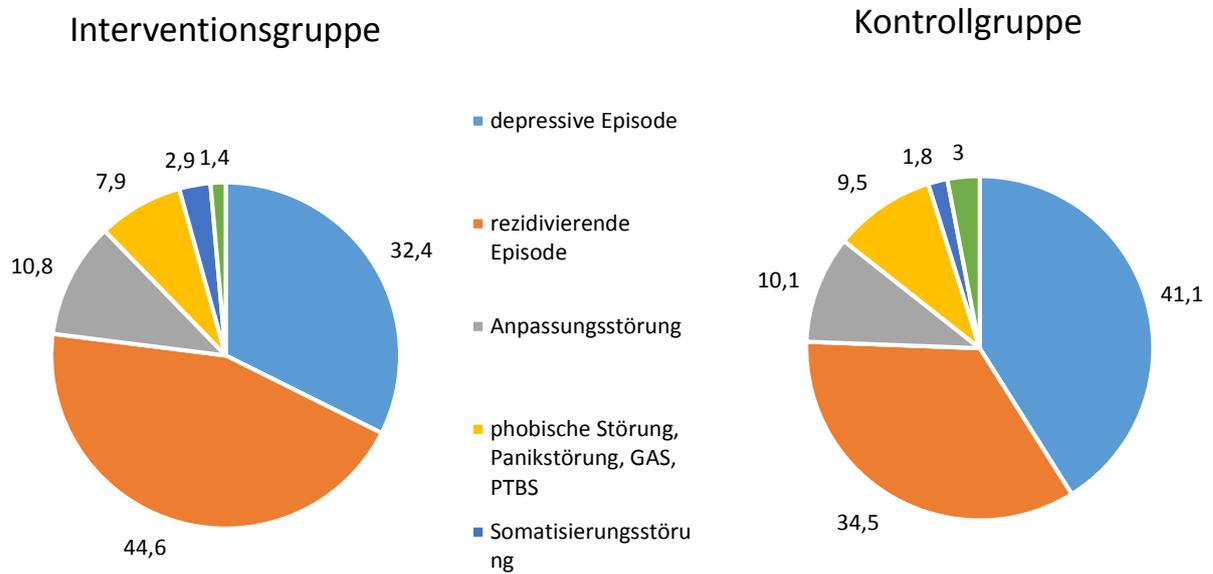


Abbildung 5. Verteilung der Diagnosegruppen für Interventions- und Kontrollgruppe

Tabelle 4. Deskriptive Statistiken der subjektiven Schlafqualität (PSQI) aufgeteilt nach der Anzahl der komorbiden Störungen

		M (SD)		
		t1	t2	t3
IG	0	8.21 (2.14)	6.11 (2.70)	6.23 (2.20)
	1	9.33 (2.08)	7.61 (2.87)	7.72 (3.09)
	2	8.80 (2.20)	7.40 (2.57)	7.36 (2.53)
	3	10.00 (0.00)	8.50 (2.12)	5.50 (2.12)
	4	8.50 (0.71)	9.50 (0.71)	8.00 (1.41)
KG	0	8.15 (2.00)	6.75 (2.74)	6.75 (2.67)
	1	8.73 (2.09)	7.67 (2.65)	7.55 (2.73)
	2	9.08 (2.26)	7.79 (2.43)	7.75 (2.31)
	3	9.80 (1.30)	9.00 (2.24)	9.80 (1.79)
	4	10.33 (2.51)	10.67 (3.21)	11.67 (1.53)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Auf der Ebene der klinischen Signifikanz ließ sich ein Vorteil des Schlaftrainings für Patienten mit mehreren komorbiden Störungen erkennen. So zeigten Patienten mit 3 oder 4 komorbiden

Störungen in der Interventionsgruppe eine deutlichere Verbesserung der mittleren subjektiven Schlafqualität im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche im oberen Bereich einer schlechten subjektiven Schlafqualität bzw. chronischen Insomniesymptomen anzusiedeln war (Tabelle 4).

Aufgrund der geringen Fallzahl in den Kategorien von Patienten mit 3 oder 4 komorbiden Störungen wurden die Kategorie 2, 3 und 4 zusammengefasst. Die Gruppenzuordnung und die Anzahl der komorbiden Störungen wurden wieder als Zwischensubjektfaktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.95, 587.56) = 72.30$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .194$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit wurde tendenziell signifikant, $F(1.95, 587.56) = 2.66$, $p = .072$, $\eta_p^2 = .009$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Anzahl der komorbiden Störungen, $F(3.90, 587.56) = 0.91$, $p = .455$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Anzahl der komorbiden Störungen, $F(3.90, 587.56) = 0.35$, $p = .839$, wurden nicht signifikant.

Tabelle 5. Deskriptive Statistiken der subjektiven Schlafqualität (PSQI) aufgeteilt nach Diagnose- und Behandlungsgruppen

		M (SD)		
		t1	t2	t3
IG	F32	8.80 (2.06)	6.98 (2.58)	6.91 (2.43)
	F33	8.74 (2.23)	7.00 (3.06)	7.03 (2.79)
	F43.2	8.93 (2.34)	6.80 (3.36)	5.80 (2.48)
	F40, F41.0, F41.1, F43.1	8.09 (2.07)	6.55 (2.46)	8.09 (2.17)
	F45	7.00 (1.15)	4.50 (1.73)	5.50 (1.29)
	andere	7.50 (2.12)	4.50 (2.12)	4.50 (2.12)
KG	F32	8.59 (1.90)	7.32 (2.71)	7.09 (2.73)
	F33	8.82 (2.29)	7.62 (2.62)	7.60 (2.77)
	F43.2	7.00 (1.58)	5.35 (1.54)	6.00 (1.73)
	F40, F41.0, F41.1, F43.1	9.19 (2.14)	8.06 (2.95)	8.75 (2.59)
	F45	8.67 (2.31)	6.67 (2.08)	6.00 (2.65)
	andere	9.40 (2.07)	10.60 (2.70)	9.80 (2.39)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

In einer weiteren Analyse wurde der Effekt der Hauptdiagnose untersucht. Die Gruppenzuordnung und die Diagnosegruppe wurden als Zwischensubjekt faktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.95, 575.27) = 27.03$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .084$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit wurde tendenziell signifikant, $F(1.95, 575.27) = 2.89$, $p = .06$, $\eta_p^2 = .010$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Diagnosegruppe, $F(9.75, 575.27) = 1.43$, $p = .16$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Diagnosegruppe, $F(9.75, 575.27) = 1.27$, $p = .25$, wurden nicht signifikant. Tabelle 5 zeigt die deskriptiven Statistiken zu diesen Subgruppen.

Abschließend wurde der Effekt der Anzahl komorbider Störungen als auch die Hauptdiagnosegruppe auf die Einschlaf latenz analysiert. Die Gruppenzuordnung und die Anzahl der komorbiden Störungen wurden als Zwischensubjekt faktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.04, 187.99) = 5.20$, $p = .023$, $\eta_p^2 = .028$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit, $F(1.04, 187.99) = 0.98$, $p = .327$, der Interaktionseffekt von Zeit und Anzahl der komorbiden Störungen, $F(4.16, 187.99) = 0.54$, $p = .76$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Anzahl der komorbiden Störungen, $F(4.16, 187.99) = 1.28$, $p = .281$, wurden nicht signifikant. Tabelle 6 zeigt die deskriptiven Statistiken zu diesen Subgruppen.

Tabelle 6. Deskriptive Statistiken der Einschlaf latenz aufgeteilt nach der Anzahl der komorbiden Störungen

		M (SD)		
		t1	t2	t3
IG	0	31.20 (16.60)	24.98 (18.92)	24.98 (18.92)
	1	47.90 (54.95)	30.52 (27.01)	30.52 (27.01)
	2	33.13 (23.93)	26.15 (18.37)	26.15 (18.37)
	3	25.50 (0.00)	20.86 (0.00)	20.86 (0.00)
	4	9.29 (0.00)	10.00 (0.00)	10.00 (0.00)
KG	0	44.84 (36.33)	40.21 (33.85)	39.08 (33.06)
	1	45.21 (42.69)	41.56 (43.93)	40.59 (44.01)
	2	57.29 (47.32)	42.51 (25.10)	42.51 (25.10)
	3	29.70 (1.72)	18.62 (21.04)	19.81 (19.96)
	4	98.21 (38.89)	45.36 (35.86)	45.36 (35.86)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Die Gruppenzuordnung und die Anzahl der komorbiden Störungen (3 Ausprägungen) wurden als Zwischensubjektfaktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.04, 192.03) = 15.18, p < .001, \eta_p^2 = .076$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit, $F(1.04, 192.03) = 0.06, p = .819$, der Interaktionseffekt von Zeit und Anzahl der komorbiden Störungen, $F(2.08, 192.03) = 0.75, p = .479$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Anzahl der komorbiden Störungen, $F(2.08, 192.03) = 1.86, p = .157$, wurden nicht signifikant.

Für die Prüfung des Effekts der Hauptdiagnose wurden die Gruppenzuordnung und die Diagnosegruppe als Zwischensubjektfaktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.04, 185.92) = 5.31, p = .021, \eta_p^2 = .029$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit, $F(1.04, 185.92) = 1.02, p = .318$, der Interaktionseffekt von Zeit und Diagnosegruppe, $F(5.19, 185.92) = 0.37, p = .873$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Diagnosegruppe, $F(5.19, 185.92) = 0.56, p = .736$, wurden nicht signifikant.

4.4.2 Effekte des Geschlechts

Für Teilfragestellung 3b wurde für die subjektive Schlafqualität eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Die Gruppenzuordnung und das Geschlecht wurden als Zwischensubjektfaktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.94, 644.40) = 83.31, p < .001, \eta_p^2 = .201$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit wurde tendenziell signifikant, $F(1.94, 644.40) = 5.89, p = .09, \eta_p^2 = .007$.

Tabelle 7. Deskriptive Statistiken der subjektiven Schlafqualität (PSQI) aufgeteilt nach Geschlecht und Behandlungsgruppen

		M (SD)		
		t1	t2	t3
IG	♂	8.52 (2.31)	6.68 (3.12)	6.74 (2.73)
	♀	9.18 (2.31)	7.86 (2.99)	7.88 (2.94)
KG	♂	8.25 (1.91)	7.02 (2.65)	7.11 (2.67)
	♀	8.93 (2.20)	7.94 (2.71)	7.85 (2.71)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Der Interaktionseffekt von Zeit und Geschlecht, $F(1.94, 644.40) = 1.32, p = .27$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Geschlecht, $F(1.94, 644.40) = .40, p = .66$, wurden nicht signifikant. Tabelle 7 zeigt die deskriptiven Statistiken zu diesen Subgruppen.

In einer weiteren Analyse zur Prüfung der Teilfragestellung 3b wurde für die Einschlaf latenz eine Varianzanalyse mit Messwiederholung durchgeführt. Die Gruppenzuordnung und das Geschlecht wurden als Zwischensubjektfaktoren bestimmt. Mauchly's Test auf Sphärität wurde signifikant, weshalb eine Korrektur nach Greenhouse-Geisser vorgenommen wurde. Die Analysen zeigten einen signifikanten Haupteffekt der Zeit, $F(1.04, 193.87) = 12.39, p < .001, \eta_p^2 = .062$. Der Interaktionseffekt von Zeit und Gruppenzugehörigkeit, $F(1.04, 193.87) = 0.18, p = .68$, der Interaktionseffekt von Zeit und Geschlecht, $F(1.04, 193.87) = 1.43, p = .23$, sowie die Dreifachinteraktion Zeit x Gruppe x Geschlecht, $F(1.04, 193.87) = .026, p = .88$, wurden nicht signifikant. Tabelle 8 zeigt die deskriptiven Statistiken zu diesen Subgruppen.

Tabelle 8. Deskriptive Statistiken der Einschlaf latenz aufgeteilt nach Geschlecht und Behandlungsgruppen

		M (SD)		
		t1	t2	t3
IG	♂	37.34 (41.94)	25.90 (20.66)	25.90 (20.66)
	♀	32.98 (22.05)	26.96 (22.61)	26.96 (22.61)
KG	♂	50.47 (46.98)	40.93 (39.12)	40.84 (39.17)
	♀	44.03 (32.68)	40.49 (33.30)	38.76 (32.50)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

4.6 Evaluation des Schlaftrainings

Wie eingangs dargestellt sollte auch die Akzeptanz und Qualität des Schlaftrainings von Seiten der PatientInnen und der TherapeutInnen erhoben und ausgewertet werden. Im folgenden Abschnitt werden daher die Ergebnisse zur Prozessevaluation dargestellt. Erfasst wurden die Bewertungen des Schlaftrainings hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte.

4.6.1. Bewertungen der Patienten

Für die Auswertung und Ergebnisdarstellung wurden die einzelnen Aussagen den Subskalen zugeordnet und für jede dieser Subskalen ein Skalenmittelwert für jede einzelne Trainingssitzung des 6 Sitzungen umfassenden Trainings ermittelt. Die Ergebnisse werden in Abbildung 6 dargestellt.

Wie das oben stehende Schaubild zeigt, wurden alle Komponenten des Schlaftrainings hinsichtlich der abgefragten vier Themenbereiche (Inhalt, Didaktik, Transfer in den Alltag und Trainereignung) gut angenommen und diese Einschätzungen aus der Perspektive der PatientInnen blieben über die Sitzungen hinweg stabil.

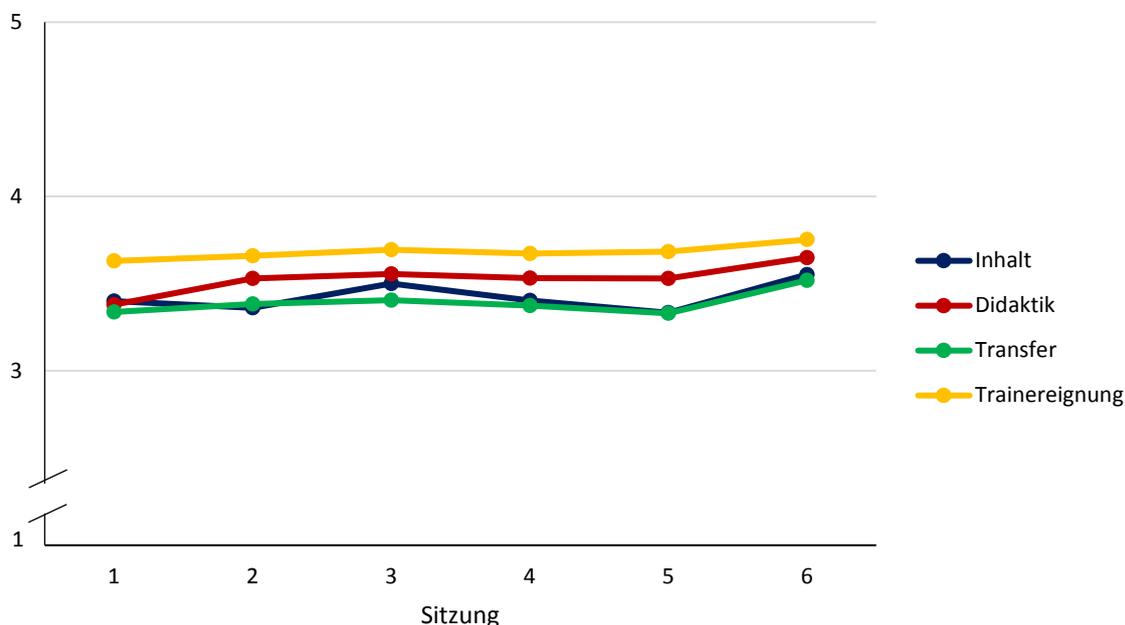


Abbildung 6. Skalenmittelwerte für einzelne Trainingssitzungen aus Sicht der Patienten

Anmerkung: Die Fragen zur Bewertung des Trainings wurden auf einer Skala von 1 bis 5 bewertet.

4.6.2 Bewertung durch die Therapeuten

Auch für die Perspektive der Therapeuten wurde eine solche Qualitäts- und Prozessevaluation durchgeführt. Auch hier wurden für die Auswertung und Ergebnisdarstellung die einzelnen Aussagen den Subskalen zugeordnet und für jede dieser Subskalen ein Skalenmittelwert für jede Trainingssitzung ermittelt. Die Ergebnisse werden in Abbildung 7 dargestellt.

Alle Komponenten des Schlaftrainings wurden hinsichtlich der fünf Themenbereiche aus der Perspektive der TherapeutInnen (Inhalt des Trainings, eigene Eignung, wahrgenommene Gruppendynamik, Rahmenbedingungen für die Trainingsumsetzung als Gruppentraining, Transparenz und Klarheit der Instruktionen) gut aufgenommen. Aus Sicht der Therapeuten wurden die Instruktionen des Trainermanuals als gut eingeschätzt, wohingegen die Rahmenbedingungen als Teilbereich der Machbarkeit die niedrigsten Werte erreichten. Dieser Umstand hängt nach Einschätzung der Therapeuten v.a. mit den während der Interventionszeit fortlaufenden Baumaßnahmen der Klinik zusammen, die u.a. eine Durchführung der Entspannungs- und Hypnoseübungen unmöglich machte. Inhaltlich werden Sitzung 1-3 und Sitzung 6 als gut eingeschätzt. Bzgl. der Gruppendynamik zeigt sich auch hier ein stetiger Anstieg der Akzeptanz.

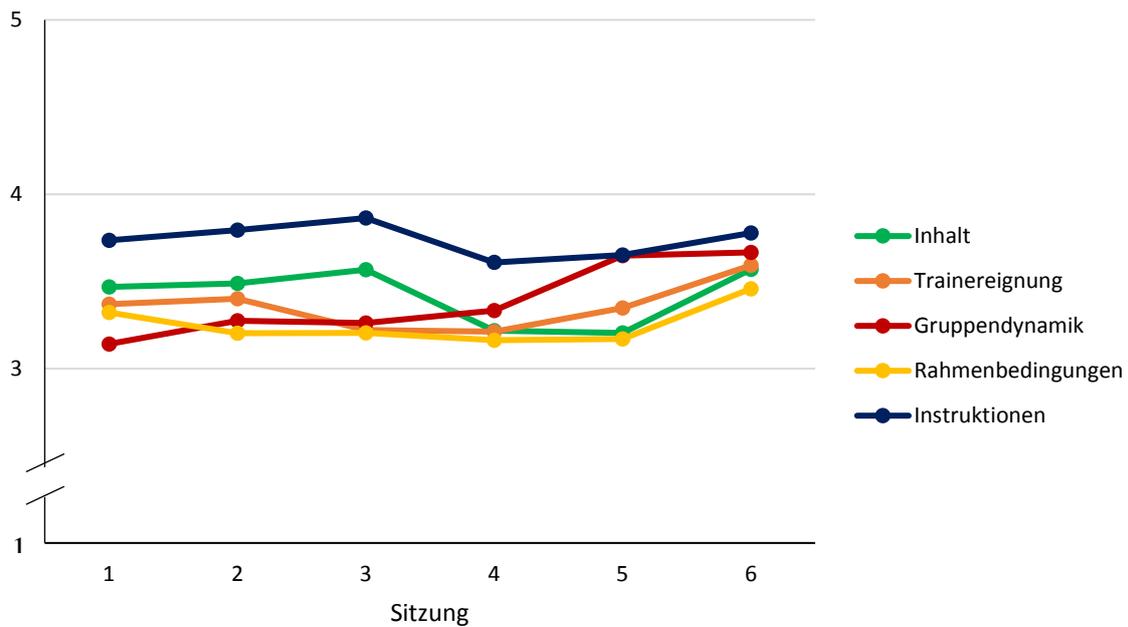


Abbildung 7. Skalenmittelwerte für einzelne Trainingssitzungen aus Sicht der Therapeuten

Die Auswertung der Subskala Co-Trainer war nicht möglich, da ein Großteil der Interventionsgruppen und Sitzungen von einem Therapeuten durchgeführt wurden.

4.6.3 Feedback zum Schlaftraining

Über die allgemeine Einschätzung hinaus (siehe oben) wurden auch die einzelnen Therapieelemente hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit durch die PatientInnen eingeschätzt. Alle im Behandlungskonzept verankerten Therapieelemente wurden aufgeführt und von den Teilnehmern anhand einer Ratingskala bewertet.

Es wurden von insgesamt 102 Patienten die Feedbackbögen ausgewertet. Die prozentualen Häufigkeiten auf die Frage, wie hilfreich die Patienten die einzelnen Trainingselemente fanden, sind in Abbildung 8 dargestellt.

Aus Sicht der Patienten werden vor allem die entspannungsorientierten Aspekte und Übungen sowie die entwickelten schlafbezogenen Metaphern und Hypnosen als hilfreiche Elemente wahrgenommen. Danach folgen in der Bewertung die Informationen und Übungen zum Zu-Bett-Geh-Ritual, sowie die Entwicklung und Anwendung eines Ruhebids. Am wenigsten hilfreich wurden die Elemente Stress-O-Meter und Gedankenmaltechnik eingeschätzt.

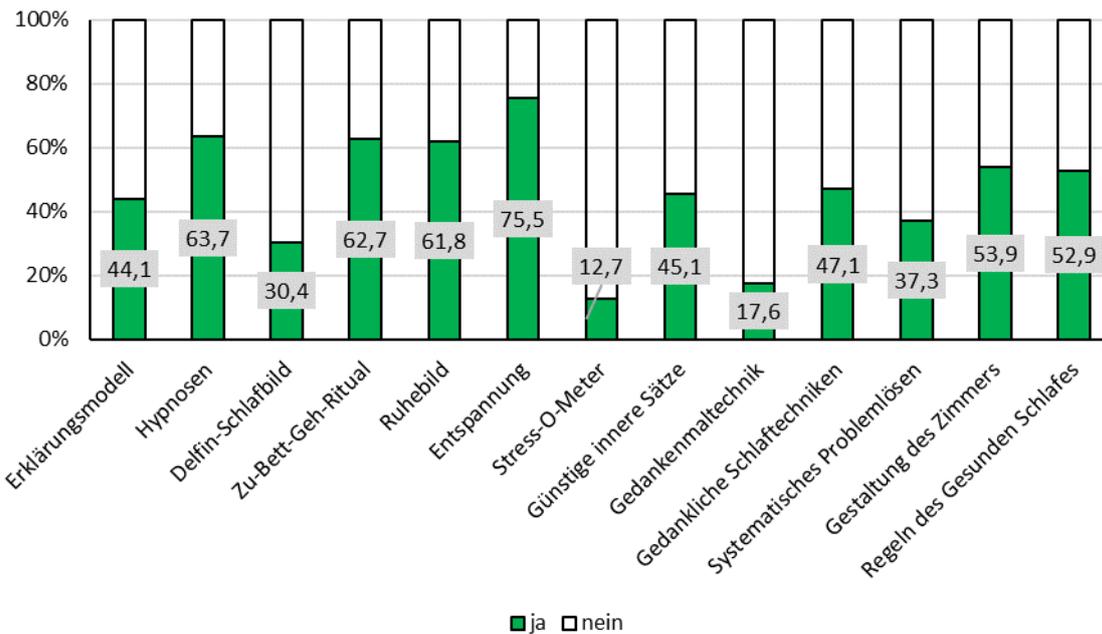


Abbildung 8. Prozentuale Häufigkeiten für einzelne Elemente des Schlaftrainings.

Bezüglich der Darbietung der Therapie, welche ja als Gruppenintervention umgesetzt wurde zeigte sich, dass das Gruppensetting als sehr hilfreich eingeschätzt wurde (Md = 5).

5 Fazit

Das Ziel dieses Forschungsprojektes war die Akzeptanz-, Umsetzungs- und Wirksamkeitsprüfung eines additiven Schlaftrainings bei Patienten einer psychosomatischen Rehabilitation in Bezug auf deren subjektiver Schlafqualität und Einschlafzeit im Vergleich zur Standardbehandlung der Klinik (TAU). Zudem sollten die Effekte der Komorbidität als auch des Geschlechts analysiert werden.

Die Studienergebnisse zeigen, dass das Schlaftraining und die Inhalte der einzelnen Trainingssitzungen sowohl von den Patienten als auch den Trainern in dem stationären Setting gut angenommen und als sinnvoll eingeschätzt wurden.

Auf Basis einer Intention-to-treat-Analyse zeigten sich in beiden Bedingungen eine signifikante Verbesserung der subjektiven Schlafqualität und eine signifikante Reduktion der Insomniediagnosen. Diese Effekte sind bei der Insomniebehandlungsbedingung auf klinischer sowie deskriptiver Ebene deutlich höher. Ähnliches gilt hinsichtlich der Einschlafzeit. Bei beiden Bedingungen ergab sich eine Reduktion der Einschlafzeit, wobei lediglich die Schlafinterventionsgruppe eine klinisch signifikante Reduktion schafft.

Hinsichtlich der schlafbezogenen Beeinträchtigung zeigte sich, dass Patienten mit mehreren komorbiden Störungen bzgl. ihrer Schlafproblematik klinisch signifikant auffälliger waren als Patienten, die keine oder nur eine komorbide Störung vorwiesen. Das Geschlecht hat überdies hinaus keinen statistisch signifikanten Einfluss auf den Effekt des Schlaftrainings.

Aus den bisherigen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass das Schlaftraining in Gruppenform von den Patienten in der Rehabilitationsklinik positiv angenommen wird und auch klinisch relevante Verbesserungen zeigt. Hinsichtlich der statistischen Berechnungen jedoch beide Behandlungsbedingungen effektiv sind und ein zusätzliches Schlaftraining ein Element in einem großen Behandlungssetting darstellt, weshalb Studien mit größeren Fallzahlen und weniger ausgeprägten Effekten angenommen werden müssen. In der Fallzahlkalkulation dieser Studie, welche als Pilotprojekt gesehen werden kann, wurden mittlere Effekte angenommen. Nach der Durchführung zeigt sich nun, dass eher mit einem kleineren Effekt kalkuliert und gerechnet werden muss, da das Behandlungskonzept der Klinik relativ viele andere standardisierte Strukturen umfasst (siehe einführender Teil). So lässt sich bzgl. vieler Parameter kein statistischer Vorteil der Schlafbedingung im Vergleich mit der TAU-Bedingung nachweisen, obwohl sich auf verschiedenen klinischen Ebenen deutliche Unterschiede und Effekte zeigen.

Die bisher postulierten Einflüsse wie komorbide Störungen und das Geschlecht scheinen keinen negativen Einfluss auf die Wirksamkeit des Schlaftrainings zu haben – so dass das Training bei unterschiedlichsten Gruppen eingesetzt werden kann. Andere Faktoren, wie die Motivation der Patienten, körperliche Erkrankungen, weitere Anwendung der Trainingsinhalte, könnten als Moderatoren die Effekte des Trainings beeinflussen – dies sollte in weiterführenden Studien berücksichtigt werden.

Aus wissenschaftlicher Perspektive und für die klinische Praxis liefert die Studie darüber hinaus einige interessante Ergebnisse. Hierbei sei v.a. auf die hohe Akzeptanz und subjektiv positive Einschätzung auf Klientenebene verwiesen sowie auf die klinisch signifikante Reduktion der Einschlaf latenz in der Interventionsgruppe hingewiesen. Das Training selbst scheint demnach bei differenzierter erfassten Schlafparametern (hier: Schlaftagebuch) deutlichere Effekte zu zeigen, wohingegen die verwendeten Fragebögen den Schlaf lediglich retrospektiv erfasst haben und daher ggf. eine zeitliche Konfusion in der Wahrnehmung des Schlafes mit sich gebracht haben. Zudem wurde das Schlaftagebuch während der 1. Woche des Klinikaufenthalts ausgefüllt. Dies kann ebenfalls ein Grund für die klinisch relevanten Ergebnisse sein, da Patienten aus ihrem alltäglichen Umfeld heraus in ein stationäres Setting kamen und in der Klinik einen geregelten Tagesablauf vorgeschrieben bekommen haben.

In diesem Gesamtzusammenhang sollte auch die Bidirektionalität des Schlafes und der wahrgenommenen Schlafqualität reflektiert und fokussiert werden. So konnte in diversen Studien nachgewiesen werden, dass vor allem die Verbesserung des Schlafes als wichtiger Bestandteil von langandauernden Therapieeffekten bei depressiven Störungen zu werten ist. Liegt eine solche qualitative Verbesserung nicht vor, ist mit einem zeitnahen Rückfall bzw. dem Wiederauftreten der Depression zu rechnen. Vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen ist daher vor allem auch der qualitative Ergebnisbereich besonders zu betonen. Jeder einzelne Patient,

der nach dem Aufenthalt keine Insomnie mehr aufweist bedeutet somit eine signifikante Verbesserung der Wahrscheinlichkeit hinsichtlich eines Rückfalls.

Aufgaben für die Zukunft

Wie oben bereits erwähnt ist eine kritische Reflexion der gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich weiterer Forschungs- und Implementierungsfragen notwendig.

Für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation war dieses Forschungsprojekt im Rahmen eines stationären Settings mit dem Ziel der Umsetzung und Implementierung eines solchen Schlaftrainings eine Pilotstudie. Für die Zukunft stehen diesbezüglich weitere Aufgaben im Raum; so ist eine weitere Adjustierung an den Klinikalltag sowie eine spezifischere Erfassung möglicher konfundierender Faktoren unbedingt nötig und sinnvoll. Zudem sollten bei einem weiteren Forschungsprojekt subjektive Parameter stärker fokussiert werden. Auch sollte die Wirksamkeitsüberprüfung des Konzepts in weiteren Studien als Einzel- oder komprimiertes Training (im Sinne eines Kompakttrainings) unbedingt stattfinden um auf diese Weise zielgruppenorientierter vorgehen zu können. Subgruppen berücksichtigende und ggf. angepasste Schlafinterventionen (beispielsweise bei Patienten mit mehreren Störungen) sollten intensiver in Behandlungsüberlegungen und hierbei mögliche additive Elemente des Schlaftrainings berücksichtigt werden. Aspekte des Transfers von Gelerntem während des Klinikaufenthalts auf den häuslichen Rahmen und das „normale“ Leben der PatientInnen sollte erforscht und ggf. unterstützt werden, da gerade nachhaltige Effekte für die Klinik bzw. das Rehabilitationsnetzwerk von Interesse sein dürften. Zudem sollten langfristiger Effekte – beispielsweise nach 6 Monaten oder einem Jahr – erfasst und überprüft werden um auf diese Weise vor allem die Nachhaltigkeit des Aufenthalts und der schlafbezogenen Intervention zu evaluieren.

Insgesamt ist eine Integration dieses Schlaftrainings oder einzelner Bestandteile aussichtsreich, um die psychische und physische Gesundheit der Patienten optimaler wiederherzustellen.

Literatur

- Baglioni, C., & Riemann, D. (2012). Is chronic insomnia a precursor to major depression? Epidemiological and biological findings. *Current psychiatry reports*, 14(5), 511-518.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Behre, A., & Scholz, O. B. (1998). Behandlungswirkungen standardisierter hypnotherapeutischer Suggestionen bei Patienten mit Schlafstörungen. *Hypnose und Kognition*, 15(1-2), 113-127.
- Belleville, G., Guay, S., & Marchand, A. (2011). Persistence of sleep disturbances following cognitive-behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 318-327.
- Bloch, K. E., Schoch, O. D., Zhang, J. N., & Russi, E. W. (1999). German version of the Epworth sleepiness scale. *Respiration*, 66(5), 440-447.
- Bongartz, W., Flammer, E., & Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose. *Psychotherapeut*, 47(2), 67-76.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological psychiatry*, 39(6), 411-418.
- Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., & Liepmann, D. (2010). *Test d2-Revision: Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest*. Göttingen: Hogrefe.
- Buysse, D. J., Thompson, W., Scott, J., Franzen, P. L., Germain, A., Hall, M., Moul, D. E., Nofzinger, E. A., & Kupfer, D. J. (2007). Daytime symptoms in primary insomnia: a prospective analysis using ecological momentary assessment. *Sleep medicine*, 8(3), 198-208.
- Buysse, D. J., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2008). Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults. *Sleep*, 31(4), 473-480.
- Cohen, J. (1988). The effect size. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 77-83.

-
- Cordi, M. J., Schlarb, A. A., & Rasch, B. (2014). Deepening sleep by hypnotic suggestion. *Sleep, 37*(6), 1143-1152.
- Doi, Y., Minowa, M., Uchiyama, M., Okawa, M., Kim, K., Shibui, K. and Kamei, Y. (2000) Psychometric Assessment of Subjective Sleep Quality Using the Japanese Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in Psychiatric Disordered and Control Subjects. *Psychiatry Research, 97*, 165-172.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F., & Donati, R. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Grawe, K., & Fliegel, S. (2005). Ich glaube nicht, dass eine Richtung einen Wahrheitsanspruch stellen kann!. *PiD-Psychotherapie im Dialog, 6*(02), 128-135.
- Gulewitsch, M. D., & Schlarb, A. A. (2017). Comparison of gut-directed hypnotherapy and unspecific hypnotherapy as self-help format in children and adolescents with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized pilot study. *European journal of gastroenterology & hepatology, 29*(12), 1351-1360.
- Hammond, D. C. (Ed.). (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. WW Norton & Company.
- Handwerker, G. (2002). Epworth-Sleepiness-Scale für Kinder (ESS-K). *Kompodium Schlafmedizin, 3*, 2-3.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). *HADS-D: Hospital anxiety and depression scale: Deutsche Version*. Huber.
- Hirscher, V., Baglioni, C., Unbehauen, T., Spiegelhalder, K., Nissen, C., & Riemann, D. (2012). Psychologische Behandlung bei Schlafstörungen. *Verhaltenstherapie, 22*(4), 237-245.
- Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology, 25*(1), 3.
- Jansson-Fröjmark, M., & Lindblom, K. (2008). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of psychosomatic research, 64*(4), 443-449.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (2003). SWE-Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep, 14*(6), 540-545.

-
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 63*(2), 214.
- Kuhl, J., & Kazén, M. (2009). *Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar: PSSI; Manual*. Hogrefe.
- Lambert MJ, Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94–129). Basic Books.
- LeBlanc, M., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., Baillargeon, L., & Morin, C. M. (2009). Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep, 32*(8), 1027-1037.
- Linden, M. (2015). Institutionelle Prävalenz und Kontext schwerer Schlafstörungen bei Patienten in psychosomatischer Rehabilitation. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 65*(07), 268-272.
- Manber, R., Bootzin, R. R., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (1996). The effects of regularizing sleep-wake schedules on daytime sleepiness. *Sleep, 19*(5), 432-441.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., Kapur, V., Lee-Chiong, T., Owens, J., Pancer, P., & Swick, T. (2006). Practice Parameters for the Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: An Update. An American Academy of Sleep Medicine Report. *Sleep, 29*(11), 1415-1419.
- Morin, C. M., Stone, J., McDonald, K., & Jones, S. (1994). Psychological management of insomnia: a clinical replication series with 100 patients. *Behavior Therapy, 25*(2), 291-309.
- Niemann, T. U. (2002). *Stationäre Verhaltenstherapie bei chronischer primärer/nichtorganischer Insomnie-Evaluation eines multimodalen Behandlungsprogramm* (Doctoral dissertation, Christian-Albrechts Universität Kiel).
- Pigeon, W. R., Pinquart, M., & Conner, K. (2012). Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *The Journal of clinical psychiatry, 73*:e1160-7.
- Randler, C. (2008). Psychometric properties of the German version of the Composite Scale of Morningness. *Biological Rhythm Research, 39*(2), 151-161.
- Randler, C. (2009). Validation of the full and reduced Composite Scale of Morningness. *Biological Rhythm Research, 40*(5), 413-423.

-
- Reid, W. H., Ahmed, I., & Levie, C. A. (1981). Treatment of sleepwalking: a controlled study. *American Journal of Psychotherapy*, 35(1), 27-37.
- Revenstorf, D. (2012). Hypnotherapie: Neurobiologie und Wirksamkeit und klinische Anwendung. *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 11, 135-14.
- Riemann, D. and Backhaus, J. (1996) Behandlung von Schlafstörungen. Psychologie VerlagsUnion, Beltz, Weinheim.
- Riemann, D., Baum, E., Cohrs, S., Crönlein, T., Hajak, G., Hertenstein, E., Kose, P., Öanghorst, J., Mayer, G., Nissen, C., Pollmächer, T., Rabstein, S., Schlarb, A., Sitter, H., Weeß H.-G., Wetter, T., & Spiegelhalder, K. (2017). S3-Leitlinie nicht erholsamer schlaf/schlafstörungen. *Somnologie*, 21(1), 2-44.
- Schlack, R., Hapke, U., Maske, U., Busch, M., & Cohrs, S. (2013). Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 740-748.
- Schlarb, A. A. (2003). Verhaltenstherapie und Hypnotherapie bei primärer Insomnie. Dissertation. Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften, Universität Tübingen.
- Schlarb, A. A., Brandhorst, I., & Hautzinger, M. (2011). Mini-KiSS—ein multimodales Gruppentherapieprogramm für Eltern von Kleinkindern mit Schlafstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
- Schlarb, A. A., Claßen, M., & Faber, J. (in Vorbereitung). Bielefeld Suggestibility Scale (BSSC).
- Schlarb, A. A., Claßen, M., Hellmann, S. M., Vögele, C., & Gulewitsch, M. D. (2017). Sleep and somatic complaints in university students. *Journal of pain research*, 10, 1189.
- Schlarb, A. A. & Faber, J. (in Vorbereitung). Insomnia Questionnaire for Adults (IQ-A).
- Schlarb, A. A. & Faber, J. (in Vorbereitung). Nightmare Questionnaire for Adults (NQ-A).
- Schlarb, A. A., Zschoche, M., & Schredl, M. (2016). Der Nightmare effects questionnaire (NEQ). *Somnologie*, 20(4), 251-257.
- Scharfenstein, A. (1995). Der Fragebogen zu schlafbezogenen Kognitionen (FB-SK), ein änderungssensitives Instrument für Diagnostik und Therapie. *DIAGNOSTICA-GOTTINGEN-*, 41, 203-220.

-
- Shekleton, J. A., Flynn-Evans, E. E., Miller, B., Epstein, L. J., Kirsch, D., Brogna, L. A., Burke, L. M., Bremer, E., Murray, J. M., Gehrman, P., Lockley, S. W., & Rajaratnam, S. M. W. (2014). Neurobehavioral performance impairment in insomnia: relationships with self-reported sleep and daytime functioning. *Sleep, 37*(1), 107-116.
- Sivertsen, B., Lallukka, T., & Salo, P. (2011). The economic burden of insomnia at the workplace. An opportunity and time for intervention?. *Sleep, 34*(9), 1151-1152.
- Smith, C. S., Reilly, C., & Midkiff, K. (1989). Evaluation of three circadian rhythm questionnaires with suggestions for an improved measure of morningness. *Journal of Applied psychology, 74*(5), 728.
- Staedt, J., & Riemann, D. (2007). *Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen*. W. Kohlhammer Verlag.
- Taylor, B., Rehm, J., Patra, J., Popova, S., & Baliunas, D. (2007). Alcohol-attributable morbidity and resulting health care costs in Canada in 2002: recommendations for policy and prevention. *Journal of studies on alcohol and drugs, 68*(1), 36-47.
- Taylor, D. J., Bramoweth, A. D., Grieser, E. A., Tatum, J. I., & Roane, B. M. (2013). Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behavior therapy, 44*(3), 339-348.
- Thordardottir, E. B., Hansdottir, I., Valdimarsdottir, U. A., Shipherd, J. C., Resnick, H., & Gudmundsdottir, B. (2016). The manifestations of sleep disturbances 16 years post-trauma. *Sleep, 39*(8), 1551-1554.
- van Mill, J. G., Hoogendijk, W. J., Vogelzangs, N., van Dyck, R., & Penninx, B. W. (2010). Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 71*(3), 239.
- von Zerssen, D., & Petermann, F. (2011). *Die Befindlichkeits-Skala: revidierte Fassung; Manual*. Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Hogrefe, Göttingen.
- Woolfolk, R. L., & McNulty, T. F. (1983). Relaxation treatment for insomnia: A component analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*(4), 495.
- Zaudig, M. (2004). Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung/Fifty years of psychosomatic inpatient treatment. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 50*(4), 355-375.

Zeitlhofer, J., Schmeiser-Rieder, A., Tribl, G., Rosenberger, A., Bolitschek, J., Kapfhammer, G., Saletu, B., Katschnig, H., Holzinger, B., Popovic, R., & Kunze, M. (2000). Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102(4), 249-257.

Anhang

Patienteninformation zur Studie

“Hypnotherapeutisch-verhaltenstherapeutische Behandlung von Insomnien in der stationären psychosomatischen Rehabilitation“

Sehr geehrte Patientin,

sehr geehrter Patient,

im Rahmen unseres stationären Therapieangebotes wollen wir die Wirksamkeit eines Behandlungsangebotes für Schlafstörungen prüfen. Dieses Therapieangebot hat sich im ambulanten Bereich bereits als erfolgreich erwiesen. Wir möchten hiermit bei Ihnen nachfragen, ob Sie Interesse haben, an der nachfolgend beschriebenen Studie teilzunehmen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.

Die Studie wird von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland gefördert.

Im Folgenden finden Sie wichtige Informationen zur Ablauf der Studie:

1. Dieses Forschungsprojekt ist von einer unabhängigen ärztlichen Ethikkommission geprüft und genehmigt worden.
2. Alle Daten (aus Fragebögen, Interviews und weitere Daten der Klinik) werden nur in pseudonymisierter Form, d.h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnliches gespeichert und verarbeitet.
3. Die Patienten, die am Forschungsprojekt teilnehmen, werden in zwei verschiedenen Bedingungen mit unterschiedlichem Behandlungsangebot zugeordnet. Die Zuteilung erfolgt je nach Anreisezeitraum.

Die Interventionsgruppe erhält neben dem psychotherapeutischen Angebot der Rehabilitationsbehandlung zusätzlich ein Schlaftherapieprogramm von 6 Behandlungssitzungen in der Gruppe (2 wöchentliche Gruppensitzungen) im Zeitraum von 3 Wochen. Die Kontrollgruppe erhält im gleichen Zeitraum das psychotherapeutische Basisangebot der Rehabilitationsbehandlung.

Folgender Ablauf des Forschungsprojektes ist vorgesehen:

1. Zu Beginn Ihres Aufenthaltes bitten wir Sie, verschiedene Fragebögen zur Abklärung der Beeinträchtigung des Schlafes auszufüllen. Wenn Sie bestimmte Kriterien erfüllen, können Sie in die Studie aufgenommen und einer Gruppe zugeteilt werden.
2. Wenn Sie an der Studie teilnehmen und in die Interventionsgruppe eingeteilt werden, wird ihr ohnehin bestehender Behandlungsplan um eine Gruppe zur Förderung des Schlafes ergänzt. Dort

erhalten Sie Informationen zur Förderung eines gesunden Schlafes und lernen Techniken um Ihren Schlaf zu verbessern. Während Ihres Aufenthaltes wird Ihr Schlafverhalten weiterhin über einen Zeitraum von mehreren Nächten mittels eines Aktigraphen, d.h. eines armbanduhrähnlichen Schlafmessinstruments überwacht. Dieser Aktigraph wird ähnlich einer Armbanduhr am Handgelenk getragen und zeichnet die Bewegung des Schlafenden auf, worüber Rückschlüsse auf Schlafdauer und der Schlaf-Wach-Rhythmus gezogen werden können. Dies hat im Allgemeinen keinen Einfluss auf das Schlafverhalten. Neben der Messung durch die Aktigraphen beurteilen Sie Ihren Schlaf mittels vorgefertigter Schlafprotokolle. Nach der Beendigung der Gruppe werden Ihnen erneut einige Fragebögen vorgelegt, die eine Veränderung des Schlafes erfassen. Wenn Sie an der Studie teilnehmen und in die Kontrollgruppe eingeteilt werden, erhalten Sie das übliche psychotherapeutische Angebot.

3. Drei Monate nach Ihrer Entlassung aus der Rehabilitation werden Ihnen noch einmal Fragebögen und der Ihnen bereits vertraute Aktigraph zugesandt, um eigenständig eine Messung im Alltag durchzuführen. Durch die Rücksendung der Materialien entstehen Ihnen keine Kosten.

Was wir Ihnen garantieren:

Die Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig.

Wenn Sie nicht teilnehmen möchten, hat dies keine Nachteile für Ihre weitere Rehabilitation. Sie können jederzeit Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Es entstehen Ihnen hierdurch keine Nachteile in der Behandlung.

Ihre Angaben in den Fragebogen sowie alle anderen Daten im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt werden vollkommen vertraulich behandelt. Die Daten werden zur wissenschaftlichen Auswertung im Hause bearbeitet und an die Universität Bielefeld pseudonymisiert, d.h. kodiert ohne Angabe von Namen und Anschrift weitergegeben. Alle Personen, die mit dem Forschungsprojekt beschäftigt sind, sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet. Die Studiendaten werden 10 Jahre archiviert. Im Falle des Widerrufs Ihrer Studienteilnahme werden alle erhobenen Daten gelöscht.

Unser Kooperationspartner an der Universität Bielefeld ist die Abteilung Psychologie, vertreten durch Frau Prof. Dr. Angelika Schlarb. Wenn Sie im Verlauf des Forschungsprojektes Fragen haben, dürfen Sie sich stets an uns wenden (Herr Becker, Zi. 02.00.04, Frau Steinbrecher-Hocke, Zi. 02.00.08). Sollten Sie sich für eine Teilnahme an diesem Forschungsprojekt entschließen, möchten wir Ihnen schon jetzt für Ihre Unterstützung danken und Sie bitten, die beiliegende Einwilligungserklärung zu unterschreiben.

Dr. med. P. Bommersbach

I. Steinbrecher-Hocke

V. Becker

Ärztlicher Direktor

Diplompsychologin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Erziehungswissenschaftler M.A. Studienleiter
Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Akzeptanzfragebogen für Teilnehmer

Sitzung:

Datum:

Therapeut:

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie den aufgeführten Aussagen zur Beurteilung der heutigen Sitzung zustimmen.

- | | Trifft voll und ganz zu | Trifft eher zu | Weiß nicht | Trifft eher nicht zu | Trifft überhaupt nicht zu |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. Das Thema der Sitzung hat mich angesprochen. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Das theoretische und praktische Wissen wurde verständlich vermittelt. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Auf meine individuelle Situation wurde ausreichend eingegangen. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe Antworten auf meine Fragen erhalten. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich nehme neue Anregungen mit in meinen Alltag. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es wurden ausreichend Übungsmöglichkeiten angeboten. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe Hilfestellungen für die Umsetzung in den Alltag erhalten. | <input type="checkbox"/> |

-
8. Ich habe mich in der Gruppe wohl gefühlt.
9. Es gab genug Möglichkeiten zum Austausch in der Gruppe.
10. Ich werde Strategien vom heutigen Termin umsetzen.
11. Der Trainer/ Die Trainerin wirkte auf mich kompetent.
12. Ich hatte heute das Gefühl, dass der Trainer/ die Trainerin mich versteht.
13. Die neuen Informationen haben mir geholfen.
14. Die Tranceeinheit hat mir geholfen.

Vielen

Dank

für

Ihre

Mitarbeit!

Akzeptanzfragebogen für Therapeuten

Sitzung:

Datum:

Therapeut:

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie den aufgeführten Aussagen zur Beurteilung der heutigen Sitzung zustimmen.

Fragen zu inhaltlichen Aspekten	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Weiß nicht	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
1. Das Thema wurde von der Gruppe gut angenommen.	<input type="checkbox"/>				
2. Der Inhalt der heutigen Sitzung erschien mir sinnvoll.	<input type="checkbox"/>				
3. Das theoretische Wissen wurde von den Teilnehmern verstanden.	<input type="checkbox"/>				
4. Das praktische Wissen wurde von den Teilnehmern verstanden.	<input type="checkbox"/>				
5. Der zeitliche Rahmen war für die Stunde angemessen.	<input type="checkbox"/>				
6. In dem Raum ist ein guter Sitzungsablauf möglich.	<input type="checkbox"/>				

-
7. Die Tageszeit der Sitzung war gut gewählt.
8. Die Instruktionen für den Trainer waren verständlich.
9. Die Instruktionen für den Trainer waren hilfreich.
10. Der Ablauf gelang flüssig.
11. Ich habe mich gut vorbereitet gefühlt.
12. Ich konnte die Tranceeinheit flüssig und in einem angemessenen Tonfall vortragen.

**Fragen
gruppensdynamischen
Aspekten**

zu

Trifft voll und ganz zu

Trifft eher zu

Weiß nicht

Trifft eher nicht zu

Trifft überhaupt nicht zu

13. Ich habe mich als Trainer in der Gruppe wohlfühlt.
14. Ich fühle mich überfordert.

-
15. Die Gruppe hat in der heutigen Sitzung gut mitgearbeitet.
16. Mir ist es gelungen mit Schwierigkeiten in der Gruppe umzugehen.
17. Es gab genug Möglichkeiten zum Austausch in der Gruppe.
18. Ich hatte Spaß an der heutigen Sitzung.
19. Auf individuelle Situationen der Teilnehmer konnte ich ausreichend eingehen.
20. Die Größe der Gruppe ist für mich passend.
21. Die Zusammenarbeit mit meinem Co-Therapeuten hat gut funktioniert.
22. Ich fühlte mich heute durch meinen Co-Therapeuten unterstützt.

Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)

Anleitung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar **während der letzten Woche**. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten Woche beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Code: _____

Datum: _____

1. Wann sind Sie während der letzten Woche gewöhnlich abends zu Bett gegangen?	Übliche Uhrzeit:
2. Wie lange hat es während der letzten Woche gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?	In Minuten:
3. Wann sind Sie während der letzten Woche gewöhnlich morgens aufgestanden?	Übliche Uhrzeit:
4. Wie viele Stunden haben Sie während der letzten Woche pro Nacht tatsächlich geschlafen? (Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)	Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht:

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

5. Wie oft haben Sie während der letzten Woche schlecht geschlafen, ...				
	Während der letzten Woche gar nicht	Weniger als einmal pro Woche	Einmal oder zweimal pro Woche	Dreimal oder häufiger pro Woche
1. ... weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ... weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... weil Ihnen zu kalt war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... weil Ihnen zu warm war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... weil Sie schlecht geträumt hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... weil Sie Schmerzen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... aus anderen Gründen? Bitte Beschreiben: _____ _____ _____ _____	Und wie oft während der letzten Woche konnten Sie aus diesem Grund schlecht schlafen?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten Woche beurteilen?	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Ziemlich gut <input type="checkbox"/>	Ziemlich schlecht <input type="checkbox"/>	Sehr schlecht <input type="checkbox"/>
7. Wie oft haben Sie während der letzten Woche Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?	Während der letzten Woche gar nicht <input type="checkbox"/>	Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/>	Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/>	Dreimal oder häufiger pro Woche <input type="checkbox"/>
8. Wie oft hatten Sie während der letzten Woche Schwierigkeiten wachzubleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?	Während der letzten Woche gar nicht <input type="checkbox"/>	Weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/>	Einmal oder zweimal pro Woche <input type="checkbox"/>	Dreimal oder häufiger pro Woche <input type="checkbox"/>
9. Hatten Sie während der letzten Woche Probleme, mit genügend Schwung die üblichen Alltagsaufgaben zu erledigen?	Keine Probleme <input type="checkbox"/>	Kaum Probleme <input type="checkbox"/>	Etwas Probleme <input type="checkbox"/>	Große Probleme <input type="checkbox"/>

10. Schlafen Sie allein in Ihrem Zimmer?

Ja

Ja, aber ein Partner/Mitbewohner schläft in einem anderen Zimmer

Nein, aber der Partner schläft im selben Zimmer, aber nicht im selben Bett

Nein, der Partner schläft im selben Bett

Falls Sie einen Mitbewohner / Partner haben, hat er folgende Symptome bei Ihnen bemerkt.

	Während der letzten Woche gar nicht	Weniger als einmal pro Woche	Einmal oder zweimal pro Woche	Dreimal oder häufiger pro Woche
a) Lautes Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lange Atempausen während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nächtliche Phasen von Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Oder andere Formen von Unruhe während des Schlafes	Bitte beschreiben:			

Insomnia Questionnaire for Adults - IQ-A

Code: _____

Datum: _____

Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen zu Ihrem Schlafverhalten und den damit verbundenen Emotionen gestellt. Sollten Sie eine Frage nicht eindeutig mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten können, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die eher auf Sie zutrifft.

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich brauche länger als 30 Minuten zum Einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich kann nicht durchschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wenn ich nachts wach werde, kann ich nicht schnell wieder einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich wache morgens zu früh auf – mehr als 30 Minuten früher als erwünscht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Meine Schlafprobleme beeinträchtigen mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe mindestens dreimal pro Woche Schlafprobleme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe seit mindestens einem Monat Schlafprobleme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich bin tagsüber müde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Meine Schlafprobleme sind ausschließlich auf schlechte Schlafhygiene (z.B. helles Licht, Sport direkt vor dem Schlafen) zurückzuführen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Meine Schlafprobleme sind ausschließlich auf Substanzgebrauch (z.B. Alkohol) zurückzuführen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Meine Schlafprobleme sind ausschließlich auf Medikamente zurückzuführen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Interventionsgruppe

Schlafprotokoll von Herrn/Frau:

Woche vom bis

Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)							
1. Wann haben Sie gestern Abend das Licht ausgemacht?							
2. Wie lange haben Sie gestern Abend nach dem Lichtlöschen wach gelegen?							
3. Wie oft sind Sie in dieser Nacht aufgewacht? Und wovon?							
4. Wie lange haben Sie vor dem Wiedereinschlafen durchschnittlich wach gelegen?							
5. Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
6. Haben Sie letzten Abend oder in der Nacht Medikamente eingenommen? Wenn ja, welches Präparat und in welcher Menge?							
7. Wie erholsam war für Sie der Schlaf? (1=sehr erholsam bis 6=gar nicht erholsam)							

8. Hatten Sie heute Nacht einen Alptraum? Falls ja, über was?							
---	--	--	--	--	--	--	--

Danke, wir wünschen Ihnen einen angenehmen Tag!

Schlafprotokoll von Herrn/Frau:

Woche vom bis

Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)							
1. Wie leicht/schwer fiel es Ihnen heute den Alltag zu bewältigen? (1=sehr leicht bis 6=sehr schwer)							
2. Haben Sie heute tagsüber geschlafen? Falls ja, geben Sie an, wann und wie lange insgesamt.							
3. Gab es während des heutigen Tages besondere Ereignisse (wie z.B. Besuch, schwierige Gespräche, Streit)? Wenn ja welche?							
4. Wie lange und wann haben Sie sich heute körperlich betätigt? Welcher Art?							
5. Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen haben Sie heute geraucht?							
6. Wann und wie viel (ml) Kaffee, schwarzen Tee, Cola haben Sie heute getrunken? (1= weniger als 1 Std. vorm Zubettgehen; 2=1-3)							
7. Haben Sie in den letzten 4 Stunden Alkohol zu sich genommen? Falls ja, was und wie viel (ml)?							
8. Wie lange haben Sie sich heute vor dem Zubettgehen mit Medien (Fernsehen, Handy, Tablet, etc.) beschäftigt?							
9. Wann sind Sie heute zu Bett gegangen? (Uhrzeit)							

10. Haben Sie heute Entspannungstechniken angewandt? (ja-nein)							
11. Haben Sie heute die Hypnoseübungen aus dem Training angewandt? (ja-nein)							

Schlafstagebuch Kontrollgruppe

Schlafprotokoll von Herrn/Frau:

Woche vom bis

Morgenprotokoll (nach dem Aufstehen)							
1. Wann haben Sie gestern Abend das Licht ausgemacht?							
2. Wie lange haben Sie gestern Abend nach dem Lichtlöschen wach gelegen?							
3. Wie oft sind Sie in dieser Nacht aufgewacht? Und wovon?							
4. Wie lange haben Sie vor dem Wiedereinschlafen durchschnittlich wach gelegen?							
5. Wann sind Sie heute Morgen aufgewacht?							
6. Haben Sie letzten Abend oder in der Nacht Medikamente eingenommen? Wenn ja, welches Präparat und in welcher Menge?							

7. Wie erholsam war für Sie der Schlaf? (1=sehr erholsam bis 6=gar nicht erholsam)							
8. Hatten Sie heute Nacht einen Alptraum? Falls ja, über was?							

Danke, wir wünschen Ihnen einen angenehmen Tag!

Schlafprotokoll von Herrn/Frau:

Woche vom bis

Abendprotokoll (vor dem Lichtlöschen)							
1. Wie leicht/schwer fiel es Ihnen heute den Alltag zu bewältigen? (1=sehr leicht bis 6=sehr schwer)							
2. Haben Sie heute tagsüber geschlafen? Falls ja, geben Sie an, wann und wie lange insgesamt.							
3. Gab es während des heutigen Tages besondere Ereignisse (wie z.B. Besuch, schwierige Gespräche, Streit)? Wenn ja, welche?							
4. Wie lange und wann haben Sie sich heute körperlich betätigt? Welcher Art?							
5. Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen haben Sie heute geraucht?							
6. Wann und wie viel (ml) Kaffee, schwarzen Tee, Cola haben Sie heute getrunken? (1= weniger als 1 Std. vorm Zubettgehen; 2=1-3 Std. vorm Zubettgehen; 3=mehr als 3 Std. vorm Zubettgehen)							
7. Haben Sie in den letzten 4 Stunden Alkohol zu sich genommen? Falls ja, was und wie viel (ml)?							
8. Wie lange haben Sie sich heute vor dem Zubettgehen mit Medien (Fernsehen, Handy, Tablet, etc.) beschäftigt?							

9. Wann sind Sie heute zu Bett gegangen? (Uhrzeit)							
10. Haben Sie heute Entspannungstechniken angewandt? (ja-nein)							

HADS-D

Name, Vorname:

Datum:

Geburtsdatum:

Code-Nummer:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Nightmares Effects Questionnaire (NEQ-A)

Nightmares Effects Questionnaire – NEQ-A

Code: _____

Datum: _____

Auf den nächsten Seiten finden Sie einige Fragen zum Thema Träume. Bei jeder Frage gibt es verschiedene Antwortmöglichkeiten. Wir bitten Sie, diejenige Antwortmöglichkeit anzukreuzen, die für Sie am besten zutrifft. Lesen Sie deshalb immer zuerst alle Antworten genau durch und entscheiden sich bitte erst dann für **eine** der Antwortmöglichkeiten. Es gibt keine guten oder schlechten, richtigen oder falschen Antworten. Lassen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen ruhig Zeit.

1. Wie oft erinnern Sie sich in den letzten vier Wochen an Ihre **Träume**?

Jeden Morgen	2-3 mal pro Woche	Einmal pro Woche	2-3 mal im Monat	Einmal im Monat	Gar nicht
<input type="checkbox"/>					

2. Wie oft sind es angenehme Träume, an die Sie sich erinnern?

Jeden Morgen	2-3 mal pro Woche	Einmal pro Woche	2-3 mal im Monat	Einmal im Monat	Gar nicht
<input type="checkbox"/>					

Nun kommen ein paar Fragen zum Thema „**Alptraum**“. Damit alle genau dasselbe darunter verstehen, haben wir noch einmal beschrieben, was Alpträume genau sind. Bitte lesen Sie sich die Beschreibung genau durch!

Was sind Alpträume?

Wir alle haben Träume. An die meisten davon können wir uns am nächsten Tag nicht mehr erinnern. An die Anderen möchten wir uns vielleicht am nächsten Tag gar nicht erinnern, denn ihre Inhalte machen Angst und wir fürchten uns davor. Diese Träume nennt man Alpträume. Sie sind so schlimm, dass die Person davon aufwacht und sich noch gut an den Inhalt des Traumes erinnern kann.

3. Wie oft erinnern Sie sich in den letzten vier Wochen an Ihre **Alpträume**?

Jeden Morgen	2-3 mal pro Woche	Einmal pro Woche	2-3 mal im Monat	Einmal im Monat	Gar nicht
<input type="checkbox"/>					

Nicht alle schlechten Träume sind immer gleich Alpträume! Wir können auch Träume haben, die uns Angst machen und die wir als unangenehm empfinden, von denen wir aber nicht erwachen.

4. Wie oft hatten Sie in den letzten vier Wochen schlechte Träume, von denen Sie aber nicht erwacht sind?

Jede Nacht	2-3 mal pro Woche	Einmal pro Woche	2-3 mal im Monat	Einmal im Monat	Gar nicht
<input type="checkbox"/>					

5. Wie oft denken Sie am nächsten Tag an den Alptraum in der Nacht davor?

1 - 2 mal am Tag	3 - 6 mal am Tag	Mehr als 6 mal am Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

!!! Bei den nächsten Fragen dürfen Sie **mehrere** Antwortmöglichkeiten ankreuzen!!!

6. Wann erinnern Sie sich in der Regel an einen Traum?

morgens	mittags	abends
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt kreuzen Sie bitte wieder nur **eine** Antwort an, also entweder ja oder nein.

Am nächsten Tag, nachdem Sie einen Alptraum hatten...

Ja Nein

7. ...sind Sie ungewöhnlich schlecht gelaunt.

8. ...haben Sie keine Lust Dinge zu unternehmen, die Ihnen sonst Spaß machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...sind Sie schnell lustlos und müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...haben Sie weniger Vertrauen in Ihr Können und in sich selbst (z.B. glauben Sie nicht eine Aufgabe, die Ihnen bei der Arbeit gegeben wurde, lösen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...machen Sie sich selber Vorwürfe oder haben Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...fällt es Ihnen schwer sich bei der Arbeit zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...fällt es Ihnen schwer Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...schlafen Sie am Abend schlechter ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...haben Sie weniger oder mehr Appetit als gewöhnlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...sind Sie häufig unaufmerksam oder machen Flüchtigkeitsfehler bei der Arbeit oder sonstigen Aufgaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...fällt es Ihnen schwer die Aufmerksamkeit bei Aufgaben aufrecht zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...können Sie den Erklärungen z.B. von einem Kollegen nicht folgen oder Aufgaben oder Pflichten nicht erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...sind Sie häufig von anderen Dingen abgelenkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...können Sie nicht ruhig sitzen bleiben, auch dann nicht wenn dies von Ihnen verlangt wird z.B. in einer Besprechung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...unterbrechen und stören Sie häufig Andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ...können Sie z.B. beim Autofahren/Einkaufen schlecht abwarten bis Sie an der Reihe sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am nächsten Tag, nachdem Sie einen Alptraum hatten...	Ja	Nein
23. ...sind Sie schnell sauer oder genervt von anderen Personen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...haben Sie mehr Streit mit Ihrem Partner oder Ihren Kindern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ...haben Sie mehr Streit mit Freunden oder Kollegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ...fällt es Ihnen schwer, sich an Regeln zu halten oder Aufforderungen, die andere an Sie stellen, zu folgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ...sind Sie leichter reizbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ...suchen Sie den Streit mit Anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ...haben Sie einen Wutausbruch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ...haben Sie ein wütendes Gefühl im Bauch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ...würden Sie am liebsten an die Decke gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ...sind Sie angespannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ...sind Sie besorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ...fürchten Sie sich vor etwas oder haben Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ...haben Sie Schweißausbrüche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ...haben Sie Atembeschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ...haben Sie Kälteschauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ...haben Sie Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ...haben Sie das Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ...haben Sie Herzrasen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ...fällt es Ihnen schwer sich zu konzentrieren, weil Sie sich Sorgen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nightmares Questionnaire for Adults - NQ-A

Code: _____

Datum: _____

Im Folgenden werden Ihnen einige Fragen zu Ihren Träumen und den damit verbundenen Auswirkungen gestellt. Sollten Sie eine Frage nicht eindeutig mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten können, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die eher auf Sie zutrifft.

	Ja	Nein
1. Ich wache nachts durch Alpträume, die bedrohliche oder beängstigende Inhalte haben, auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn ich aus einem Alptraum erwache, bin ich relativ schnell munter und orientiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich leide unter den Alpträumen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meine Alpträume beeinträchtigen mich im Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Alpträume sind nicht ausschließlich auf Substanzgebrauch (z.B. Alkohol) zurückzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Alpträume sind nicht ausschließlich auf Medikamente zurückzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe weniger als einmal pro Woche Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe mehrmals pro Woche Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe jede Nacht mind. einen Alptraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe seit mindestens einem halben Jahr Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe seit mindestens einem Monat Alpträume aber weniger als 6 Monate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich habe seit einigen Wochen, max. einem Monat Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code: _____

Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit (Epworth Sleepiness Scale)

Datum:

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde *niemals* einnicken**
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken**
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken**

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken
Im Sitzen lesend	① ② ③ ④
Beim Fernsehen	① ② ③ ④
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	① ② ③ ④
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	① ② ③ ④
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	① ② ③ ④
Wenn Sie sitzen und sich mit jemand unterhalten	① ② ③ ④
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	① ② ③ ④
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	① ② ③ ④
<i>Bitte nicht ausfüllen</i>	<i>Summe</i>

Fragebogen zu schlafbezogenen Kognitionen - FB-SK

Code: _____

Datum: _____

Wir führen oft ein inneres Gespräch mit uns selbst. So ermuntern wir uns, bestimmte Dinge zu tun, loben uns, wenn wir etwas gut gemacht haben oder tadeln uns für einen Fehler. Auch wenn wir nicht schlafen können, gehen uns bestimmte Gedanken durch den Kopf.

Im Folgenden finden Sie typische Gedanken von Menschen, die Schlafstörungen haben.

Bitte lesen Sie jede der Feststellungen durch und geben Sie an, **wie häufig Ihnen dieser Gedanke durch den Kopf geht, wenn Sie wach im Bett liegen**. Kreuzen Sie auf der Skala die Zahl an, die am ehesten zutrifft!

(Skala von 1 = fast nie bis 4 = fast immer)

	fas t nie			fast imme r
1. Wenn ich ruhig bleibe und mich entspanne, kann ich besser einschlafen.....	1	2	3	4
2. Ich kann gegen meine Schlafstörungen selbst was tun.....	1	2	3	4
3. Ich muss mich jetzt entspannen.....	1	2	3	4
4. Ich werde schon damit fertig.....	1	2	3	4
5. Ich muss ein Schlafmittel nehmen.....	1	2	3	4
6. Ich werde sicher bald einschlafen.....	1	2	3	4
7. Meine Schlafstörungen hören nie auf.....	1	2	3	4
8. Ich bin ein hoffnungsloser Fall.....	1	2	3	4
9. Es gibt noch schlimmere Dinge als meine Schlafstörungen.....	1	2	3	4
10. Ich drehe noch durch, wenn ich nicht einschlafen kann.....	1	2	3	4
11. Das Wachliegen macht mich fertig.....	1	2	3	4
12. Ich kann das ewige Nichtschlafen nicht mehr aushalten.....	1	2	3	4
13. Ablenkung hilft am besten.....	1	2	3	4
14. Ich kann selbst was tun, um einzuschlafen.....	1	2	3	4

15. Ich weiß nicht mehr, was ich machen soll.....	1	2	3	4
16. Ich lasse mich von meinen Schlafstörungen nicht unterkriegen.....	1	2	3	4
17. Ich muss mich eben mit meinen Schlafstörungen abfinden.....	1	2	3	4
18. Was soll bloß noch werden, wenn das so weitergeht.....	1	2	3	4
19. Gegen meine Schlafstörungen hilft nur noch ein Medikament.....	1	2	3	4
20. Morgen früh werde ich wieder völlig erschlagen sein.....	1	2	3	4
21. Es ist doch klar, dass ich nach so wenig Schlaf nichts leisten kann.....	1	2	3	4
22. Wenn ich nicht bald einschlafe, werde ich meine Arbeit nicht schaffen.....	1	2	3	4
23. Wenn ich länger schlafe, geht es mir besser.....	1	2	3	4
24. Ich werde bestimmt krank, wenn ich weiter so schlecht schlafe.....	1	2	3	4
25. Die anderen werden sich fragen, warum ich so schlapp bin.....	1	2	3	4
26. Aufregung macht es auch nicht besser.....	1	2	3	4
27. Mir ist heute alles zu viel.....	1	2	3	4
28. Ich fühle mich dauernd müde.....	1	2	3	4
29. Ich muss unbedingt schlafen.....	1	2	3	4
30. Am besten ist, nicht daran zu denken.....	1	2	3	4

Composite Scale of Morningness (CSM)

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Bitte kreuzen Sie jeweils nur eine Antwort an. Bitte überlegen Sie nur kurz und antworten Sie spontan.

Wann würden Sie aufstehen, wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie sich den Tag frei einteilen könnten?

- 5 [] vor 6:30 Uhr
4 [] zwischen 6:30 Uhr und 7:45 Uhr
3 [] zwischen 7:45 Uhr und 9:45 Uhr
2 [] zwischen 9:45 Uhr und 11 Uhr
1 [] nach 11 Uhr

Wann würden Sie zu Bett gehen, wenn es nur nach Ihrem eigenen Wohlbefinden ginge und Sie sich den Abend frei einteilen könnten?

- 5 [] vor 21 Uhr
4 [] zwischen 21 Uhr und 22:15 Uhr
3 [] zwischen 22:15 Uhr und 0:30 Uhr
2 [] zwischen 0:30 Uhr und 1:45 Uhr
1 [] nach 1:45 Uhr

Wie leicht fällt es Ihnen normalerweise morgens aufzustehen?

- 1 [] überhaupt nicht leicht
2 [] nicht so leicht
3 [] ziemlich leicht
4 [] sehr leicht

Wie wach fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

- 1 [] überhaupt nicht wach
2 [] etwas wach
3 [] ziemlich wach
4 [] sehr wach

Wie müde fühlen Sie sich morgens in der ersten halben Stunde nach dem Aufwachen?

- 1 [] sehr müde
2 [] ziemlich müde
3 [] ziemlich fit
4 [] sehr fit

Sie haben beschlossen, Sport zu treiben. Ein Freund/ eine Freundin schlägt vor, zweimal wöchentlich eine Stunde zu trainieren. Für Ihren Freund/Ihre Freundin ist die beste Zeit Sport zu treiben morgens zwischen 7 und 8 Uhr. Wenn Sie von Ihrem eigenen Wohlbefinden ausgehen, wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit zu dieser Zeit ein?

- 4 [] Ich wäre gut in Form.
3 [] Ich wäre ziemlich in Form.
2 [] Es wäre ziemlich schwierig für mich.
1 [] Es wäre sehr schwierig für mich.

Wann werden Sie abends müde und möchten deshalb schlafen gehen?

- 5 [] vor 21 Uhr
4 [] zwischen 21 Uhr und 22:15 Uhr
3 [] zwischen 22:15 Uhr und 0:30 Uhr
2 [] zwischen 0:30 Uhr und 1:45 Uhr
1 [] nach 1:45 Uhr

Für eine Aufgabe, die sehr anstrengend ist und 2 Stunden dauert, möchten Sie in Bestform sein. Sie können sich Ihren Tag völlig frei einteilen. Welchen Zeitraum würden Sie auswählen?

- 4 [] von 8 bis 10 Uhr
3 [] von 11 bis 13 Uhr
2 [] von 15 bis 17 Uhr
1 [] von 19 bis 21 Uhr

Manche Menschen sind Morgentypen, andere dagegen Abendtypen. Zu welchem Typ würden Sie sich zählen?

- 4 [] eindeutig „Morgentyp“
3 [] eher „Morgentyp“ als „Abendtyp“
2 [] eher „Abendtyp“ als „Morgentyp“
1 [] eindeutig „Abendtyp“

Wann würden Sie aufstehen, wenn Sie einen Arbeitstag vor sich hätten (8 Stunden) und Sie sich die Zeit völlig frei einteilen könnten?

- 4 [] vor 6:30 Uhr
3 [] zwischen 6:30 Uhr und 7:30 Uhr
2 [] zwischen 7:30 Uhr und 8:30 Uhr
1 [] nach 8:30 Uhr

Stellen Sie sich vor, Sie müssten jeden Morgen um 6:00 Uhr aufstehen. Wie wäre das für Sie?

- 1 [] sehr schwierig und unangenehm
2 [] ziemlich schwierig und unangenehm
3 [] etwas unangenehm, aber kein größeres Problem
4 [] einfach und nicht unangenehm

Wie lange dauert es bei Ihnen morgens nach dem Aufstehen, bis Sie einen klaren Kopf haben und klar denken können?

- 4 [] 0 bis 10 Minuten
3 [] 11 bis 20 Minuten
2 [] 21 bis 40 Minuten
1 [] mehr als 40 Minuten

Sind Sie eher morgens oder abends aktiv?

- 4 [] ausgesprochen morgens aktiv (morgens wach, abends müde)
3 [] eher morgens aktiv
2 [] eher abends aktiv
1 [] ausgesprochen abends aktiv (morgens müde, abends wach)

Bitte geben Sie hier jeweils eine Uhrzeit an.

	An Wochentagen	Am Wochenende
Wann wachen Sie auf?	[]:[] Uhr	[]:[] Uhr
Wann stehen Sie auf?	[]:[] Uhr	[]:[] Uhr
Wann gehen Sie ins Bett?	[]:[] Uhr	[]:[] Uhr
Wann schlafen Sie ein?	[]:[] Uhr	[]:[] Uhr

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

0 [] männlich 1 [] weiblich

Bitte geben Sie Ihr Kennwort an.

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)

Code: _____

Datum: _____

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bielefeld Suggestibilitäts Skala (BSSC)

Code: _____

Datum: _____

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf bestimmte Bereiche der Vorstellung. Diese Vorstellungsfähigkeit kann jeweils von Person zu Person variieren. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und versuchen Sie sich in Ruhe die folgenden Situationen vorzustellen. Geben Sie dann bitte an, in welchem Ausmaß die jeweilige Aussage für Sie zutrifft.

	trifft nicht zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft voll zu
1. Filme erlebe ich oftmals so intensiv, dass ich um mich herum alles Mögliche vergesse.	1	2	3	4
2. Ich kann mir gut vorstellen, was für ein Körpergefühl es in einer bestimmten Situation war (bspw. Urlaub oder Prüfung).	1	2	3	4
3. Wenn ich mir vorstelle an einer frischen Erdbeere zu riechen, bekomme ich Lust auf Erdbeeren.	1	2	3	4
4. An Erlebnisse aus meiner Kindheit kann ich mich lebhaft erinnern.	1	2	3	4
5. Wenn mir andere Geschichten erzählen, kann ich mir diese in der Regel gut vorstellen.	1	2	3	4
6. Manchmal überlege ich, ob das was ich gerade erlebe die Wirklichkeit ist oder vielleicht gerade ein Traum.	1	2	3	4

7. Wenn ich eine bestimmte Musik höre, kommen mir dazu oftmals auch Bilder oder Farbtöne in den Kopf.	1	2	3	4
8. Wenn ich mir vorstelle in eine Zitrone zu beißen, spüre ich schon den sauren Geschmack im Mund.	1	2	3	4
	trifft nicht zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft voll zu
9. Ich kann mir Urlaubserinnerungen gut wieder vergegenwärtigen.	1	2	3	4
10. Manchmal träume ich vom Fliegen oder Tauchen.	1	2	3	4
11. Wenn ich Bilder betrachte, dann kann ich mir danach meist noch sehr detailliert viel vorstellen.	1	2	3	4
12. Wenn ich bestimmte Stimmen höre, stelle ich mir auch immer gleich eine Person dazu vor.	1	2	3	4
13. Ich habe sehr lebendige Träume.	1	2	3	4
14. Ich bemerke oft kleine Dinge, die mich dann erfreuen können, wie beispielsweise einen singenden Vogel oder eine hübsche Blume am Wegesrand.	1	2	3	4
15. Ich bin phantasiebegabt.	1	2	3	4
16. In Naturgegebenheiten oder zufälligen Formationen kann ich immer wieder etwas Kreatives entdecken.	1	2	3	4
17. Die Umgebung kommt mir manchmal vor wie eine	1	2	3	4

Komposition. Sie könnte dann ein Bild oder eine Szene aus einem Film sein.

18. Wenn mir jemand ein Gericht vorliest, kann ich mir gut vorstellen, wie es duften würde.	1	2	3	4
19. Wenn ich träume habe ich oft am Tag noch sehr intensiv das Gefühl und die Bilder im Kopf.	1	2	3	4
	trifft nicht zu	trifft teilweise zu	trifft überwiegend zu	trifft voll zu
20. Erlebnisse, wie das Hören der Tropfen bei starkem Regen oder das Rascheln des Laubes regen meine Phantasie an.	1	2	3	4
21. Wenn ich im Restaurant bin und die Speisekarte durchlese, kann ich mir schon richtig vorstellen, wie es schmeckt.	1	2	3	4
22. Wenn ich mir vorstelle am Meer zu sein, höre ich deutlich das Rauschen der Wellen.	1	2	3	4
23. Ich träume viel.	1	2	3	4
24. Der Geruch von typischen Dingen regt meine Phantasie an.	1	2	3	4
25. Wenn ich glücklich bin, habe ich manchmal das Gefühl schwerelos zu sein.	1	2	3	4
26. Ich habe eine reghafte Fantasie und kann mir viel vorstellen.	1	2	3	4

27. Wenn ich mir einen warmen Sommertag vorstelle,
spüre ich die Wärme der Sonne auf meiner Haut.

1

2

3

4

Fragebogen

Mediothek
FB 16
T1-140

PSSI

Fragebogen-Nr.: _____

Name: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Alter in Jahren: _____

Untersuchungsdatum: _____

In diesem Fragebogen werden Sie eine Reihe von Aussagen vorfinden. Bitte beurteilen Sie für jede Aussage, ob sie im Allgemeinen auf Sie „gar nicht“, „etwas“, „überwiegend“ oder „ausgesprochen“ zutrifft.

Bitte beantworten Sie die Aussagen möglichst **spontan** und überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter **jeder Frage** nur ein Kreuz in das Kästchen, mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

- | | trifft gar nicht zu | trifft etwas zu | trifft überwiegend zu | trifft ausgesprochen zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Viele Menschen nutzen es aus, wenn man Schwäche zeigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nähe zu anderen Menschen ist mir eher unangenehm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe schon öfter Eingebungen gehabt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich spüre oft eine innerliche Leere. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich kann Menschen für mich einnehmen, wenn ich es will. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe als Kind oft das Gefühl gehabt, etwas Besonderes zu sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Eine Position, in der ich allein für den Erfolg einer Aufgabe verantwortlich bin, würde mir Angst machen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wenn ich ganz allein bin, fühle ich mich oft hilflos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich bin ein Mensch mit festen Gewohnheiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich fühle mich von anderen oft missverstanden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich fühle mich oft niedergeschlagen und kraftlos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wenn ich etwas Falsches mache, habe ich ein schlechtes Gewissen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich drücke meine Gefühle anderen gegenüber sehr spontan aus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft ausgiebig zu
14. Meine Bedürfnisse lebe ich aus, auch wenn andere zurückstecken müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Auf die meisten Menschen kann man sich verlassen, wenn man ihnen Vertrauen schenkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich wahre immer die Distanz zu anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich spüre die Bedürfnisse anderer oft eher, als sie sie selbst bemerken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn ich jemanden sehr mag, mache ich mir Sorgen, dass die Sympathie nicht lange hält.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich kann sehr charmant sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wenn andere nicht auf meine Wünsche eingehen, kann ich böse werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Viele Seiten von mir zeige ich nicht, weil ich befürchte, dass ich die Sympathie mancher Menschen verlieren würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich lehne mich gern an eine starke Person an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Meine Gründlichkeit kann ich auch dann nicht ablegen, wenn ich unter Zeitdruck stehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Viele Menschen haben es nicht verdient, dass sie im Leben soviel Glück haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich habe oft Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich fühle mich wohl, wenn ich für jemanden sorgen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich kann mich jeden Tag für irgendwelche Dinge oder Menschen begeistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wenn andere etwas haben möchten, was ich brauche, setze ich mich meist durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ein gewisses Misstrauen gegenüber anderen ist oft angebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich lasse andere nicht gern an mich heran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich glaube, dass andere manchmal meine Gefühle spüren, auch wenn sie sich anderswo aufhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Oft kann ich selbst bei kleinen Enttäuschungen meine Wut kaum noch kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich habe ein lebhaftes Temperament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wenn ich im Beruf Ideen einbringe, erwarte ich, dass sie von anderen anstandslos akzeptiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Kritik tut mir schneller weh als anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich bin sehr bemüht, es Menschen, die mir wichtig sind, recht zu machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft über- wiegend zu	trifft ausge- sprochen zu
37. Beständigkeit und feste Grundsätze bestimmen mein Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich bin in meinem Leben oft ungerecht behandelt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Wenn ich eine gute Idee habe, habe ich auch die Energie, sie umzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Man kann mich leicht ausnutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Mein Optimismus ist unbesiegbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Wenn sich jemand mir gegenüber ablehnend verhält, kann ich ihn ohne weiteres fertigmachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Es gibt viele ehrliche und offene Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ich bin gern mit anderen Menschen zusammen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich glaube, dass Strahlungen das Denken und Fühlen der Menschen beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Meine Selbstachtung kann abrupt zwischen sehr positiven und sehr negativen Empfindungen wechseln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Wenn ich unter Menschen bin, wirke ich meist sehr lebhaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ich habe ein ausgeprägtes Gefühl für das Besondere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Was andere von mir denken, berührt mich wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. In der Partnerschaft brauche ich viel Bestätigung, wirklich geliebt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Pflichtbewusstsein geht für mich vor persönlichem Vergnügen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Andere Menschen bezeichnen mich manchmal als zynisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ich finde es oft mühsam und anstrengend, bei einem Vorsatz zu bleiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ich bin oft an Menschen geraten, die meine Gutmütigkeit ausgenutzt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Viele Menschen mögen mich sehr, weil ich überall Sonnenschein verbreite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Ich mache, was mir Spaß macht, ohne Rücksicht auf andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Es gibt viele Leute, die mit der unschuldigsten Miene andere Menschen hintergehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Andere halten mich häufig für kühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Es gibt viele Dinge, die man mit dem Verstand nicht erklären kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft über- wiegend zu	trifft ausge- sprochen zu
61. Ich gehe sehr spontan auf andere Menschen zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Der Gedanke, eine berühmte Persönlichkeit zu sein, reizt mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Wenn mir eine Schwäche bewusst wird, kann mich das eine ganze Zeit belasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. In der Partnerschaft habe ich oft große Angst, verlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Dinge, die ich öfter tun muss, erledige ich gern immer nach demselben Muster.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Dass ich Versprechen öfter nicht einhalte, müssen andere hinnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Auch in den schwierigsten Lebenslagen ist in mir immer die Sicherheit, dass alles gut wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Wenn andere mich brauchen, bin ich immer zum Helfen bereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Am liebsten bin ich mit Leuten zusammen, mit denen ich immerzu lachen und ulkige Sachen machen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertigmachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Die meisten Menschen verfolgen gute Absichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Ich mag die Nähe anderer Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Manchmal spüre ich die Anwesenheit einer fernen Person so stark, als wäre sie wirklich da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Manchmal habe ich das Gefühl, als könnte mein Leben völlig aus der Bahn geraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Meine gute Laune überträgt sich oft auf andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Ich kann es nicht haben, wenn andere mich nicht verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Wenn ich mich beobachtet fühle, werde ich ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Es tut mir gut, einen Menschen um mich zu haben, der ein wenig für mich sorgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Fehler, die auf Unachtsamkeit schließen lassen, stören mich sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Bei Menschen, die zunächst sympathisch wirken, sehe ich sehr schnell auch die negativen Seiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Mir schwindet oft die Hoffnung, dass Dinge, die mir nicht gefallen, je anders werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Es gibt mehr Sinn, Leid zu lindern, als mein persönliches Glück zu suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Wo ich auch hinkomme, verbreite ich gute Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwiegend zu	trifft, ausgesprochen zu
84. Ich greife lieber an, als mich angreifen zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Ich traue manchmal auch meinen Freunden nicht mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Ich drücke meine Gefühle meist ganz spontan aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Wenn Vernunft und Erfahrung nicht weiterhelfen, gibt es immer noch eine innere Stimme, die mir sagt, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Ich habe oft ohne Grund ängstliche Gefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Ich weiß sehr gut, wie ich beim anderen Geschlecht Interesse für mich wecken kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Oft wünsche ich mir, dass mehr Menschen das Besondere an mir sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Ich kann es gut verkraften, dass manche Menschen mich nicht mögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Ich bin ein sehr anhänglicher Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Ich mag es nicht, wenn jemand Vorschriften missachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Andere erkennen meine Leistungen oft nicht hinreichend an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Ich fühle mich oft unzulänglich und wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Wenn andere mich um Hilfe bitten, fällt es mir schwer, abzulehnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Selbst die schwierigsten Dinge im Leben können meine Fröhlichkeit nicht bremsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Wenn andere mir Schwierigkeiten machen, kann ich sehr ungemütlich werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Ich kenne viele Menschen, denen ich voll und ganz vertrauen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Probleme löse ich lieber durch eigenes Nachdenken als durch Gespräche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Es gibt so etwas wie den 6. Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Ich ärgere mich oft über Gefühle, die in mir aufkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Ich gelte als attraktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Ich träume nicht von großen Erfolgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Ich kann in Gesellschaft durchaus selbstsicher auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Ich brauche sehr viel Liebe und Angenommensein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Ich bin ein gewissenhafter Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft über- wiegend zu	trifft ausse- sprochen zu
108. Ich bin in meinem Leben oft vom Pech verfolgt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Über die meisten Dinge im Leben grübele ich nicht lange nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Es fällt mir leichter, an andere als an mich selbst zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Wenn ich unter Menschen bin, bin ich praktisch immer gut aufgelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Schwache Menschen fassen mein Durchsetzungsvermögen als Rücksichtslosigkeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Es gibt wenig wirklich gerechte Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Auch wenn etwas besonders Schönes passiert, bleibe ich meist ganz gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Ich glaube an Gedankenübertragung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Ich habe schon einmal den Impuls gespürt, mich zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Ich habe auf das andere Geschlecht eine besondere Anziehungskraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Im Mittelpunkt zu stehen, hat für mich einen besonderen Reiz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Vor vielen Menschen zu sprechen, fällt mir schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Ob ich mich als wertvollen Menschen erlebe, hängt davon ab, wie andere Menschen auf mich zugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. Genauigkeit und Ordnung sind mir sehr wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Es gibt viele Menschen, die ich nicht ausstehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Ich bin oft wütend auf mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. Manchmal geht es mir schlecht, weil ich mir das Leid zu vieler Menschen zu Herzen nehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Das Leben ist voller Wunder und herrlicher Überraschungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. Ich lasse mir von anderen nichts gefallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Es gibt viele Menschen, die versuchen, Macht zu gewinnen, nur um andere zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Wenn ein Mensch mir nahe sein will, fühle ich mich rasch eingeengt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. Es gibt übernatürliche Kräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Wenn ich mich besonders nett verhalte, weiß ich manchmal nicht, ob das wirklich aus mir selber kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Fragebogen zur ärztlichen Aufnahme

Bitte ausgefüllt zur ärztlichen Aufnahme in der Klinik mitbringen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

- | | trifft gar nicht zu | trifft etwas zu | trifft überwiegend zu | trifft ausgesprochen zu |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 131. Der Umgang mit anderen Menschen liegt mir mehr als die Bearbeitung nüchterner Sachaufgaben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 132. Ich habe viele Träume und Ideale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 133. Ich habe oft Gewissensbisse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 134. Es tut mir gut, einen Menschen um mich zu haben, der mir sagt, wo es langgeht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 135. Ich kann es nicht leiden, wenn andere ihren Pflichten nicht nachkommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 136. Meine Fehler und dunklen Seiten beschäftigen mich oft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 137. Es gibt viele Dinge, über die ich mich freuen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 138. Die Sorgen anderer beschäftigen mich mehr als meine eigenen Bedürfnisse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 139. Ich kann mich jeden Tag, auch über kleine Dinge, wie ein Kind freuen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 140. Wer mir schaden will, muss mit meiner Vergeltung rechnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

en Arzt

Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache dieser körperlichen Beschwerden und Symptome?

Bemerkungen Arzt

Benennen Sie die Erkrankungen oder Unfälle, die Ihnen heute noch Beschwerden und Symptome verursachen.

Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen.

Name des Medikamentes	Dosierung				
	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf

Vorerkrankungen / Kinderkrankheiten

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> nicht erinnerlich: | <input type="checkbox"/> Komplikationen: | |

Bemerkungen Arzt

Wichtige Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte

Welche?	Wann?

Operationen

Welche?	Wann?

Unfälle

Welche?	Wann?



Frühere Rehabilitationsbehandlungen

Bemerkungen Arzt

Wo?	Wann?

Gab es Schwierigkeiten im Verlauf der körperlichen Entwicklung?

nein ja

durch: _____

Gynäkologische Anamnese

Die Regel ist normal unregelmäßig

schmerzhaft nicht vorhanden Frage entfällt

Besteht eine Schwangerschaft

ja nein

Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung (Frauen und Männer)

nein ja, am _____

unauffällig auffällig, weitere Maßnahmen

Maßnahmen: _____

Treiben Sie Sport?

nein ja Sportart: _____

Können Sie schwimmen? ja nein

Sind Sie in Ihrer Beweglichkeit eingeschränkt?

nein ja Einschränkungen: _____

Sind Sie in Ihrer Selbstversorgung eingeschränkt?

(Körperhygiene, Kleidung, Einkaufen usw.)

nein ja Worin? _____

Vegetative Anamnese

- Allgemeinbefinden** gut mäßig schlecht
- Appetit** normal mäßig schlecht
 vermehrt
- Gewicht** konstant abgenommen __ kg zugenommen __ kg
- Stuhlgang** regelmäßig unregelmäßig
- Wasser lassen** ungestört erschwert, schmerzhaft häufig in kleinen Mengen
 vermehrt nachts Inkontinenz
- Oedeme** keine ja
- Schlaf** gut Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 schnarchen schnarchen mit Apnoephasen
- Atmung** normal Atemnot in Ruhe Atemnot bei Belastung
- Übelkeit** nein ja
- Erbrechen** nein ja
- Schwitzen** unauffällig starkes Schwitzen Schweißausbrüche
 Kältegefühl
- Allergien** keine ja:

gegen:

- Allergiepass** nein ja
- sexuelle Funktionsstörungen** nein ja keine Angaben
- Sonstiges**
-
-

Bemerkungen Arzt:



Medizinische Rehabilitationsziele

Die medizinische Abteilung und die Abteilung Sport- und Bewegungstherapie der Eifelklinik möchten Sie dabei unterstützen, in den nächsten Wochen Ihren persönlichen Zielen, im medizinisch - körperlichen Bereich näher zu kommen. Wir werden gemeinsam Wege mit Ihnen erarbeiten, Ihr körperliches Befinden und Ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, Techniken besprechen, wie Sie mit Problemen und Einschränkungen umgehen sowie Perspektiven für die **Nachsorge** (Behandlung nach der Rehabilitation) aufzeigen, damit Sie sich auch langfristig stabilisieren und wohl fühlen.

Damit Ihnen und uns klarer wird, was Sie genau erreichen möchten, nehmen Sie sich bitte Zeit und überlegen, welche medizinisch - körperlichen Ziele Sie mit dem Aufenthalt in unserer Klinik verknüpfen.

Um Sie bei der Überlegung zu unterstützen, haben wir Ihnen auf der folgenden Seite eine Auswahl von Zielen aufgelistet, die häufig gewählt werden. Natürlich können Sie auch eigene Ziele ergänzen, die nicht aufgeführt sind.

Wir bitten Sie die Liste zunächst einmal komplett durchzuarbeiten und spontan alle Ziele anzukreuzen, die Sie mit Hilfe der kommenden Rehabilitation erreichen wollen.

In einem zweiten Schritt suchen Sie sich die zwei bis vier wichtigsten Therapieziele heraus und formulieren diese in Ihren eigenen Worten unter dem Punkt „meine persönlichen Rehabilitationsziele“ aus. Dabei sollten die Ziele konkret und voraussichtlich in der vor Ihnen liegenden Zeit bei uns (zumindest teilweise) erreichbar sein. Zuletzt sollten Sie ankreuzen wie wichtig das jeweilige Ziel für Sie ist.

Ihr Arzt wird während der Aufnahmeuntersuchung diese Rehabilitationsziele mit Ihnen besprechen, konkretisieren und für die Rehabilitation festlegen.

Zum Ende Ihres Aufenthaltes werden wir mit Ihnen Ihre Therapieziele noch einmal besprechen. Dabei interessiert uns, in welchem Ausmaß Sie Ihre Ziele erreicht haben und wie Ihnen die Rehabilitation dabei geholfen hat. Auf dieser Basis können wir mit Ihnen Nachsorgemaßnahmen erörtern und einleiten, die Ihnen helfen, Ihren Gesundheitszustand auch nach der Rehabilitation zu stabilisieren bzw. weiter zu verbessern.

Medizinische Rehabilitationsziele

Bemerkungen Arzt

Verbesserung der Körperakzeptanz	<input type="checkbox"/>
Körperliche Erholung/Stabilisierung	<input type="checkbox"/>
Steigerung der Beweglichkeit/Verbesserung der Muskelkoordination	<input type="checkbox"/>
Steigerung der körperlichen Ausdauer	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/>
Körperliche Kräftigung	<input type="checkbox"/>
Kräftigung der Rückenmuskulatur	<input type="checkbox"/>
Lockerung der muskulären Anspannung	<input type="checkbox"/>
Angemessenes Training des Herz - Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/>
Linderung von Beschwerden des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/>
Linderung von Schmerzen im Bewegungsapparat durch bessere Beweglichkeit und Aufbau von Muskulatur	<input type="checkbox"/>
Besserung und Linderung von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich durch bessere Beweglichkeit und Aufbau von Muskulatur	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Ernährungszustandes	<input type="checkbox"/>
Gewichtreduktion um ____ kg	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme um ____ kg	<input type="checkbox"/>
Erwerb von Kenntnissen über krankheitsgerechte/gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>
Reduzierung/Abstinenz von Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/>
Nikotinreduktion/Abstinenz	<input type="checkbox"/>
Alkoholreduktion/Abstinenz	<input type="checkbox"/>
Angemessener Umgang mit Medikamenten	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Stoffwechselfparameter (zum Beispiel Blutzuckerwerte)	<input type="checkbox"/>
Normalisierung der Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Leberwerte	<input type="checkbox"/>
Reduktion/Ausschleichen/Umsetzen von Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>
Ansetzen einer angemessener Medikation	<input type="checkbox"/>
Information über medizinische Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Information und Einleitung von Nachsorgemaßnahmen im medizinisch - körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>
Erlernen rückschonender Haltungen und Bewegungen	<input type="checkbox"/>
Erlernen krankengymnastischer Übungen	<input type="checkbox"/>
Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens	<input type="checkbox"/>
Klärung der beruflichen Situation	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>



Meine persönlichen Rehabilitationsziele sind:

Bemerkungen Arzt

1.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manderscheid, _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Arzt



Fragebogen zur psychotherapeutischen Aufnahme

Bitte ausgefüllt zur psychotherapeutischen Aufnahme in der Klinik mitbringen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

zur Vorbereitung auf das psychotherapeutische Aufnahmegespräch in der Eifelklinik bitten wir Sie, diesen Fragebogen zu bearbeiten und ausgefüllt zur psychotherapeutischen Aufnahme mitzubringen.

Zugang zur Rehabilitation

- selbst/aus eigener Motivation
- Krankenkasse
- Hausarzt/Facharzt
- Rentenversicherungsträger
- Bundesagentur für Arbeit
- sonstige _____

Jetzige Beschwerden

Welche psychischen Beschwerden führen Sie in die Rehabilitation?

(Beschreiben Sie die Symptome, die Sie beeinträchtigen und wie Ihr Verhalten dadurch verändert wird! Beschreiben Sie die Intensität, Lokalisation, Dauer und Häufigkeit der Symptome!)

Bisheriger Verlauf der psychischen Beeinträchtigung

Gab es ein auslösendes Ereignis?

Gab es im Verlauf weitere Auslöser?

Bemerkungen Therapeut

- Regulär
- § 51 SGB V
- § 125 SGB V
- Krankenkasse
- MBOR

Gibt es aufrechterhaltende Ereignisse für die Symptome?

**Bemerkungen
Therapeut**

Wie hat sich die Symptomatik seit dem ersten Auftreten verändert?

Sind Sie durch die Symptome bei der Arbeit beeinträchtigt?

Sind Sie durch die Symptome im Privatleben beeinträchtigt?

Welche Erklärung haben Sie für Ihre seelische Erkrankung?

Welche problematischen Verhaltensweisen haben Sie sich im Verlauf der Erkrankung angewöhnt?

(Sozialer Rückzug, Vernachlässigung von Interessen, Vermeidungsverhalten usw.?)



Was hat Ihnen bei der Bewältigung der Symptome bisher geholfen?

**Bemerkungen
Therapeut**

Welche Behandlungsformen haben Sie bisher in Anspruch genommen?

(ambulante psychiatrische Behandlung, ambulante Psychotherapie, stationäre psychiatrische Behandlung, stationäre psychosomatische Behandlung, weitere Therapien)

Biographische Anamnese

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte!

0 bis 3 Jahre

(zum Beispiel Entwicklung bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindliche Entwicklung, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen und so weiter)

3 bis 6 Jahre

(zum Beispiel Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel und so weiter)

6 bis 10 Jahre

(zum Beispiel Einschulung, Beziehung zu Mitschülern, Erziehern und so weiter)

10 bis 15 Jahre

(zum Beispiel erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme und so weiter)

15 bis 20 Jahre

(zum Beispiel Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht und so weiter)

20 bis 25 Jahre

(zum Beispiel Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbständigkeitsentwicklung und so weiter)

**Bemerkungen
Therapeut**



Familie

Bemerkungen
Therapeut

Wie erlebten Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?

(zum Beispiel harmonisch, angespannt, Konflikt vermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich und so weiter)

Mutter

Alter bei Ihrer Geburt _____ aktuelle Tätigkeit _____

falls verstorben: Jahr _____ Todesursache _____

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit!

Welche Erlebnisse mit Ihrer Mutter prägen Sie bis heute?

Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihrer Mutter auf!

a)

b)

c)

Erziehungsstil

(Lob, Strafe, Regeln, Zwang, Strenge und so weiter)

Wie versuchen Sie selbst, heute Ihren Beitrag zu einer befriedigenden Beziehung zu Ihrer Mutter zu leisten?

Vater

Alter bei Ihrer Geburt _____ aktuelle Tätigkeit _____
falls verstorben: Jahr _____ Todesursache _____

**Bemerkungen
Therapeut**

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit!

Welche Erlebnisse mit Ihrem Vater prägen Sie bis heute?

Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihres Vaters auf!

a)

b)

c)

Erziehungsstil

(Lob, Strafe, Regeln, Zwang, Strenge und so weiter)

Wie versuchen Sie selbst, heute Ihren Beitrag zu einer befriedigenden Beziehung zu Ihrem Vater zu leisten?

Geschwister

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern!

	Geschlecht	Alter	früher	heute
1				
2				
3				
4				

Andere Bezugspersonen:

Soziale Anamnese

- Leben Sie alleine? ja, seit _____ nein
- In einer festen Partnerschaft? ja, seit _____ nein
- Sind Sie verheiratet? ja, seit _____ nein
- Leben Sie getrennt? ja, seit _____ nein
- Sind Sie verwitwet? ja, seit _____ nein
- Haben Sie Kinder? ja nein

Alter	Geschlecht	aus welcher Beziehung?	im Haushalt wohnend?	beim Partner wohnend, alleinstehend, verheiratet etc.
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Beschreiben Sie Ihre Wohnsituation!

Gibt es Belastungen in Ihrer aktuellen familiären Situation bzw. der Wohnsituation?

Ist Ihre häusliche Versorgung gewährleistet?

- ja nein

Bemerkungen
Therapeut

Beschreiben Sie Ihre soziale Situation!
(soziale Unterstützung, Freundeskreis und so weiter)

Leben Angehörige / Personen mit im Haushalt, die versorgt werden müssen?

nein ja, _____

Welche Art der Versorgung?

Beschreiben Sie Ihre Freizeitinteressen!
(Hobbys, Sport, Vereine, weitere Interessen)

Beschreiben Sie Ihre finanzielle Situation!
(Gibt es finanzielle Probleme? Schulden?)



Risikoverhalten

Nikotin

- Nichtraucher seit _____
- Raucher, Menge Zigaretten/Tag _____

Alkohol

- nein selten gelegentlich regelmäßig

Menge: _____

Drogen

- nein
- ja, _____

Psychopharmaka

- nein
- ja, Medikament und Menge _____

Haben Sie ausreichend Bewegung?
(Sport, Spaziergänge, Bewegung während der Arbeit)

Beschreiben Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten!
(Regelmäßige Mahlzeiten, ausgewogene Ernährung)

Fühlen Sie sich gestresst?
(beruflich und/oder privat)

Betreiben Sie Sport im Übermaß?
(Extremsportarten, Risikosportarten)

- nein ja, _____

**Bemerkungen
Therapeut**

Sozialversicherungsrechtlicher Status

Bemerkungen
Therapeut

- Erwerbstätigkeit ja nein
- Altersrentner/in ja nein
- arbeitslos ja nein
- in Ausbildung ja nein
- in Altersteilzeit nein ja, seit _____
- Hausfrau/Hausmann nein ja, seit _____
- Erwerbsminderungsrente nein ja, seit _____
- Berufsunfähigkeit nein ja, seit _____
- Erwerbsunfähigkeit nein ja, seit _____
- sonstige Rente nein ja, _____

Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme:

- arbeitsfähig arbeitsunfähig seit _____

Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten

- keine Dauer _____ nicht erwerbstätig
- bis 3 Monate 3 bis 6 Monate 6 Monate und mehr

Grad der Behinderung (GdB)

- nein beantragt ja, _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

- nein beantragt ja, _____

Haben Sie einen Rentenanspruch gestellt?

- nein ja, am _____
- Im Widerspruchsverfahren Sozialgericht

Beabsichtigen Sie einen Rentenanspruch zu stellen?

- nein ja

Gibt es weitere laufende Sozialleistungsanträge?

- nein ja:

Gibt es laufende Rechtsstreitigkeiten?

- nein ja:
-



Arbeits- und Berufsanamnese

Bemerkungen
Therapeut

Schulabschluss

- Hauptschule Realschule Gymnasium
- Hauptschulabschluss Mittlere Reife Abitur
- kein Schulabschluss Fachhochschule/
Hochschule Bachelor/
Master
- anderer _____

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

- _____
- keinen

Umschulungen

- nein ja, _____ (Jahr)
- warum _____
- zur/zum _____
- durch die Agentur für Arbeit durch den Rentenversicherungsträger
- durch die Berufsgenossenschaft selbst finanziert

Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?

(beruflicher Werdegang)

von	bis	Tätigkeit

Letzte Tätigkeit

Arbeitgeber

seit wann _____ bis wann _____

Haben Sie anerkannte Berufskrankheiten?

- nein ja

Beschreiben Sie Ihren aktuellen Arbeitsplatz, Ihre beruflichen Aufgaben
(jetzige beziehungsweise letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit)

**Bemerkungen
Therapeut**

Arbeitshaltung

	ständig	überwiegend	zeitweise
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend/hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten/Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heben/Tragen

Art der Lasten: _____

Gewicht häufig bis _____ kg

Gewicht gelegentlich bis _____ kg

Sind technische Hebe-
hilfsmittel vorhanden? nein ja, folgende:

weitere Bemerkungen: _____

Arbeitsorganisation

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit | <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit, __ Stunden pro Tag |
| <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle | |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Früh/Spätschicht | <input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht |
| <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht | <input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt |
| <input type="checkbox"/> Einzelakkord | <input type="checkbox"/> Gruppenakkord |

Beschreibung: _____



Äußere Einflüsse

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung | <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung |
| <input type="checkbox"/> starker Lärm | <input type="checkbox"/> Lärmschutz muß getragen werden |
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen/Vibrationen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? | |
| <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche? | |
| <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche? | |
| <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien | <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten |
| <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt | |

Berufliches Kraftfahren

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PKW | <input type="checkbox"/> LKW |
| <input type="checkbox"/> Baumaschinen/sonstige Fahrzeuge | |
| <input type="checkbox"/> Personenbeförderung | <input type="checkbox"/> Gefahrguttransport |

Sonstiges

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr | <input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage | <input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr | <input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich |
| <input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten ____ min | <input type="checkbox"/> keine geregelten Pausen |
| <input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit | <input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen [z. B. Feinarbeit] |

Fühlen Sie sich den beruflichen Anforderungen gewachsen? ja nein

Fühlen Sie sich an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz wohl? ja nein

Beabsichtigen Sie, Ihre Arbeitsstelle zu wechseln? ja nein

Können Sie sich Veränderungen am Arbeitsplatz vorstellen, die Ihre Beschwerden reduzieren würden?

(z. B. anderer Arbeitsstuhl, Hebehilfen etc.)?

nein ja, _____

**Bemerkungen
Therapeut**

Haben Sie eine Betriebsbeschreibung bzw. Beschreibung Ihrer Arbeitsstelle durch den Betriebsarzt?

- nein ja (bitte beifügen)

Sind Sie mit Ihrer Arbeitsstelle zufrieden?

- ja nein, weil

Sind Sie der Meinung, Ihre Tätigkeit weiter fortführen zu können?

- ja nein, weil

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz?

- zu Fuß Fahrrad Öffentliche Verkehrsmittel
 PKW sonstige
 ohne Probleme mit Problemen

Dauer des Arbeitsweges: _____

Werden Sie betriebsärztlich betreut?

- ja nein

Anschrift des Betriebsarztes:

Sonstiges

Nach meiner Einschätzung kann ich einer beruflichen Tätigkeit:

- weiter nachgehen abhängig vom weiteren gesundheitlichen Zustand weiter nachgehen
 keinesfalls weiter nachgehen

**Bemerkungen
Therapeut**



Subjektive Beeinträchtigung der Aktivität und Teilnahme

Bemerkungen
Therapeut

Im Bereich des Lernens und der Wissensanforderungen fühle ich mich:

nicht beeinträchtigt beeinträchtigt durch:

Im Bereich der Kommunikation (Schreiben, Lesen, Sprechen) fühle ich mich:

nicht beeinträchtigt beeinträchtigt durch:

Im Bereich der Mobilität fühle ich mich:

nicht beeinträchtigt beeinträchtigt durch:

Im Bereich der Selbstversorgung fühle ich mich:

nicht beeinträchtigt beeinträchtigt durch:

Im Bereich des häuslichen Lebens fühle ich mich:

nicht beeinträchtigt beeinträchtigt durch:

Im Bereich Freunde und Bekannte zu finden bzw. Beziehungen zu knüpfen fühle ich mich:

nicht beeinträchtigt beeinträchtigt durch:

In folgenden weiteren wichtigen Lebensbereichen (z. B. Hobbys, Freizeit, Teilhabe an wichtigen gesellschaftlichen Lebensbereichen) fühle ich mich:

nicht beeinträchtigt beeinträchtigt durch:

Psychische, berufliche und soziale Rehabilitationsziele

Die psychotherapeutische Abteilung und die Sozialberatung der Eifelklinik möchten Sie dabei unterstützen, Ihren persönlichen Zielen im seelischen und sozialen Bereich in den nächsten Wochen näher zu kommen.

Wir werden gemeinsam Wege mit Ihnen erarbeiten, die Ihnen dabei helfen, Ihr seelisches Befinden und Ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, Techniken besprechen, wie Sie mit Problemen und Einschränkungen umgehen sowie Perspektiven für die **Nachsorge** (Behandlung nach der Rehabilitation) aufzeigen, damit Sie sich auch langfristig stabilisieren und wohl fühlen.

Damit Ihnen und uns klarer wird, was Sie genau erreichen möchten, nehmen Sie sich bitte Zeit und überlegen, welche psychischen und sozialen Ziele Sie mit dem Aufenthalt in unserer Klinik verknüpfen.

Um Sie bei der Überlegung zu unterstützen, haben wir Ihnen auf den folgenden Seiten eine Auswahl von Zielen aufgelistet, die häufig gewählt werden. Natürlich können Sie die Auswahl auch mit eigenen Zielen ergänzen.

Wir bitten Sie, diese Liste zunächst einmal komplett durchzuarbeiten und spontan alle Ziele anzukreuzen, die Sie mit Hilfe der Rehabilitation erreichen wollen.

In einem zweiten Schritt suchen Sie sich die drei bis fünf wichtigsten Therapieziele heraus und schreiben diese in Ihren eigenen Worten unter dem Punkt „Meine persönlichen Rehabilitationsziele“ auf.

Zuletzt sollten Sie ankreuzen, wie wichtig das jeweilige Ziel für Sie ist.

Ihr Psychotherapeut/Ihre Psychotherapeutin wird während der Aufnahmeuntersuchung diese Rehabilitationsziele mit Ihnen besprechen, konkretisieren und für die Rehabilitation festlegen.

Zum Ende Ihres Aufenthaltes werden wir gemeinsam Ihren Therapieerfolg noch einmal besprechen. Dabei interessiert uns, in welchem Ausmaß Sie Ihre Ziele erreicht haben und wie Ihnen die Rehabilitation dabei geholfen hat. Auf dieser Basis können wir **Nachsorgemaßnahmen** erörtern und einleiten, die Ihnen helfen, Ihren Gesundheitszustand auch nach der Rehabilitation zu stabilisieren bzw. weiter zu verbessern.



Psychische, berufliche und soziale Rehabilitationsziele

Bemerkungen
Therapeut

Verbesserung der Angstbewältigungskompetenz	<input type="checkbox"/>
Abbau von Vermeidungsverhalten	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Depressionsbewältigungskompetenz	<input type="checkbox"/>
Planung und Steigerung positiver Aktivitäten	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>
Aktivierung und Antriebssteigerung	<input type="checkbox"/>
Abbau des Rückzugsverhaltens	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Suchtbewältigungskompetenz	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenz	<input type="checkbox"/>
Normalisierung des Essverhaltens	<input type="checkbox"/>
(Wieder-) Entdecken von Ressourcen	<input type="checkbox"/>
Aktivierung von Ressourcen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Kommunikationsverhaltens	<input type="checkbox"/>
Formulierung und angemessene Durchsetzung eigener Wünsche, Bedürfnisse und Forderungen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Fähigkeit, Kontakte zu Mitmenschen aufzunehmen	<input type="checkbox"/>
Befähigung, sich angemessen abgrenzen zu können	<input type="checkbox"/>
Förderung der Unabhängigkeit in Beziehungen	<input type="checkbox"/>
Erkennen und Bearbeiten eigener problematischer Beziehungsmuster	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Interaktions- und Beziehungsverhaltens	<input type="checkbox"/>
Aufbau von selbstsicheren und souveränen Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung darin, Konflikte auszuhalten und zu akzeptieren	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Fähigkeit, Konflikte frühzeitig wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>
Erlernen von Konfliktbewältigungskompetenzen	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines realistischen Selbstbildes	<input type="checkbox"/>
Erleben von Selbstwirksamkeit	<input type="checkbox"/>
Steigerung des Selbstvertrauens	<input type="checkbox"/>
Steigerung des Selbstwertgefühls	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Selbstwahrnehmung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Selbstakzeptanz	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Selbstverantwortung und Eigenmotivation	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Körperakzeptanz	<input type="checkbox"/>
Abbau von Selbstüberforderungstendenzen und Perfektionismus	<input type="checkbox"/>
Akzeptanz der Krankheit bzw. deren Symptomen	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung und Bewältigung von Trennungs- oder Verlustereignissen	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung schwieriger Lebensereignisse	<input type="checkbox"/>

Akzeptanz der Krankheit bzw. deren Symptomen	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung und Bewältigung von Trennungs- oder Verlustereignissen	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung der biographischen Hintergründe der Symptomatik	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses	<input type="checkbox"/>
Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation	<input type="checkbox"/>
Einleitung von Nachsorgemaßnahmen	<input type="checkbox"/>
Information zur ambulanten Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Information und Motivierung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>
Hilfe bei der Entwicklung von guten, realistischen und relevanten Zielen	<input type="checkbox"/>
Körperliche Erholung und Stabilisierung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/>
Reduzierung / Abstinenz von Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/>
Nikotinreduktion/Abstinenz	<input type="checkbox"/>
Alkoholreduktion/Abstinenz	<input type="checkbox"/>
Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik	<input type="checkbox"/>
Analyse von symptomauslösenden Bedingungen	<input type="checkbox"/>
Analyse von symptomaufrechterhaltenden Bedingungen	<input type="checkbox"/>
Erkennen psychosomatischer Zusammenhänge	<input type="checkbox"/>
Vermittlung eines bio - psycho - sozialen Krankheitsverständnisses	<input type="checkbox"/>
Förderung der Entspannungsfähigkeit durch Erlernen eines Entspannungsverfahrens	<input type="checkbox"/>
Vermittlung von Information über Stressentstehung und Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>
Förderung von Genussfähigkeit	<input type="checkbox"/>
Wiedereingliederung in das Erwerbsleben	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung einer neuen beruflichen Orientierung	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens	<input type="checkbox"/>
Klärung der beruflichen Situation	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung von interpersonellen Problemen und Konflikten im beruflichen Bereich	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung von interpersonellen Problemen und Konflikten im familiären Bereich	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung von Problemen in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen Bereich	<input type="checkbox"/>
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich	<input type="checkbox"/>
Aufbau von sozialen Beziehungen	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der finanziellen Situation	<input type="checkbox"/>
Beurteilung der (beruflichen) Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>



Meine persönlichen Rehabilitationsziele sind:

**Bemerkungen
Therapeut**

1.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.

eher nicht so wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	außerordentlich wichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manderscheid, _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Therapeut/in