

Die meisten Menschen haben in ihrem Leben schon einmal über **Schlafstörungen** geklagt. Frauen sind insgesamt häufiger betroffen als Männer. Mit steigendem Lebensalter nimmt die Häufigkeit von Schlafstörungen zu, da der Schlaf leichter und störanfälliger wird. Menschen mit chronischen Schlafstörungen haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen. Die Ursachen von Schlafstörungen sind vielfältig. Im ICD-10 werden organische und nichtorganische Schlafstörungen unterschieden.

Zu den **nichtorganischen Schlafstörungen** zählen

- nichtorganische Insomnie (Ein- und Durchschlafstörungen, schlechte Schlafqualität)
- nichtorganische Hypersomnie (übermäßige Schlafneigung)
- nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Somnambulismus (Schlafwandeln)
- Pavor Nocturnus (nächtlicher Angstschrei)
- Alpträume (Angsträume)

Vor Aufnahme einer Psychotherapie ist es notwendig abzuklären, ob eine Schlafstörung möglicherweise **organisch bedingt** ist (z.B. durch Schlaf-Apnoe, Herzerkrankung, chronische Nierenerkrankung, endokrinologische Erkrankung, Parkinson-Syndrom, Polyneuropathie oder Rheumaschmerzen). Diese Abklärung sollte spätestens während der ersten Probesitzungen erfolgen, damit die organische Grunderkrankung in jedem Fall ärztlich mitbehandelt wird (möglicherweise bessert sich allein dadurch die Schlafstörung in ausreichendem Maße) und damit deren Einfluss bei der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden kann.

Schlafstörungen können ebenfalls Folge eines **Substanzgebrauchs** oder eines Entzugseffekts sein. Möglich sind entsprechende (Neben-)Wirkungen z.B. bei Schlafmitteln, Beta-Blockern, Asthma-Medikamenten, Hormonpräparaten, Antibiotika, Entwässerungsmitteln, antriebssteigernden Antidepressiva, Alkohol, Amphetaminen und Kaffee.

Schlafstörungen beginnen häufig in psychischen Belastungssituationen, dauern aber oft noch nach deren Abklingen an und machen eine spezifische psychotherapeutische Behandlung notwendig. Da Schlafstörungen ebenfalls häufiges Symptom von **anderen psychischen Erkrankungen** sind (z.B. Depression, Angststörungen, Schizophrenie oder Demenz), ist im Rahmen der psychologischen Diagnostik zu prüfen, ob der Schlafstörung eine andere psychische Störung zugrunde liegt. In diesem Fall wäre in erster Linie die psychische Grunderkrankung zu behandeln und die Therapie um Methoden zur Behandlung von Schlafstörungen zu ergänzen.

Die zur **Diagnostik** von Schlafstörungen notwendigen Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen der letzten Wochen werden in ausführlichen Interviews oder Fragebögen erhoben. Ergänzend dazu gibt ein strukturiertes Schlaftagebuch, das auch während der Therapie täglich geführt wird, Auskunft über Art und Ausmaß der Störung, Zusammenhänge mit bestimmten Verhaltensweisen, Gedanken, äußeren Ereignissen oder konsumierten Substanzen und über Veränderungen der Schlafqualität im Laufe der Behandlung.

Im Folgenden möchte ich näher auf die **nichtorganische Insomnie** eingehen, da dies bei Erwachsenen die häufigste Form von nichtorganischen Schlafstörungen ist.

Diese Störung kann nach Ausschluss von organischen oder anderen psychischen Erkrankungsursachen diagnostiziert werden, wenn

- Ein- oder Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität seit mind. einem Monat an mindestens drei Tagen pro Woche beklagt werden,
- dies tagsüber und nachts zu einer überwiegenden Beschäftigung mit der Schlafstörung selbst und der Sorge hinsichtlich der negativen Auswirkungen der Schlafstörung führt und
- daraus ein deutlicher Leidensdruck entsteht oder die Alltagsaktivitäten gestört sind.

Entsprechend dem psychophysiologischen **Bedingungsmodell** nach Backhaus tragen folgende Bedingungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Ein- und Durchschlafstörungen bei:

- Ungünstige Schlafgewohnheiten (lange Bettzeiten, langes Wachliegen im Bett, unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, Nutzung des Bettes für Tagesaktivitäten wie Essen oder Fernsehen, Tagesschlaf)
- Ungünstige Selbsttherapieversuche (langfristige Medikamenteneinnahme, Einsatz von Alkohol)
- Ungünstige Wahrnehmung des Schlafs (starke Richtung der Aufmerksamkeit auf den Schlaf, Überschätzung der Einschlaf- und Wachliegedauer, Unterschätzung der Schlafdauer)
- Gesteigerte körperliche Aktivierung (Anspannung, Herzklopfen)
- Grübeln, schlafbezogene Sorgen, unrealistische Erwartungen und Leistungsdruck bzgl. Schlaf
- Ärger und Wut sowie Furcht vor den Konsequenzen der Schlafstörung
- Tagesbeeinträchtigungen (Müdigkeit, Erschöpfung, verminderte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, Stimmungsverschlechterung, Einschränkung von angenehmen Aktivitäten)

Nach ausführlicher Anamnese zu Schlaf- und Schlafstörungen, körperlichen Erkrankungen und lebensgeschichtlicher Entwicklung setzt die **Therapie** der Schlafstörung bei den aufrechterhaltenden Bedingungen an. Ausgehend von grundlegenden Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen wird ein individuelles Störungsmodell erarbeitet. Daraus leitet sich in der Regel folgendes Vorgehen ab:

- Vermittlung von günstigen Gewohnheiten bzgl. Schlaf, Genussmittelkonsum und (unter Einbeziehung des behandelnden Arztes) Medikamentengebrauch
- Körperliche Entspannung mittels Progressiver Muskelrelaxation
- Gedankliche Entspannung mit Hilfe von Ruhebildern oder Phantasiereisen
- Einübung von Verhaltensweisen, die das Bett wieder ausschließlich zu einem Ort des Schlafes werden lassen (Unterbrechung von Grübeln und langem Wachliegen, systematisches Problemlösen außerhalb des Bettes, keine aktivierenden Tätigkeiten – außer sexuellen – im Bett)
- Entwicklung von realistischen Erwartungen zum Schlaf, Abbau von Leistungsdruck und schlafbezogenen Sorgen
- Überprüfung der Schlaf- und Wachzeiten und des Zusammenhangs mit der Tagesbefindlichkeit sowie weitere Einflussfaktoren auf den Schlaf durch Selbstbeobachtung (Schlafstagebuch)