

Schlafstörungen

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

Inhaltsverzeichnis

- Rund um gesundes und gestörtes Schlafverhalten
 - Was sind Merkmale des normalen Schlafes?
 - Wann spricht man von einer Schlafstörung?
 - Wie wird eine Schlafstörung diagnostiziert?
 - Wie sieht eine Untersuchung im Schlaflabor aus?
 - Welche Arten von Schlafstörungen werden unterschieden?
- Nicht-organische, vorwiegend psychisch bedingte Schlafstörungen (nach ICD-10)
 - Dyssomnien
 - Parasomnien
- Organische Schlafstörungen (nach ICD-10)
- Quellen

Rund um gesundes und gestörtes Schlafen

Phasen mit schlechtem Schlaf kennt fast jeder: Man kann abends nicht einschlafen, wälzt sich nachts unruhig hin und her, fühlt sich am nächsten Morgen müde sowie nicht erholt und leistungsfähig. Meist sind diese Beschwerden vorübergehend und eher leicht ausgeprägt, so dass man noch nicht von einer Schlafstörung spricht. Allerdings gehören Schlafstörungen in der westlichen Welt zu den am häufigsten genannten Gesundheitsbeschwerden: 20 bis 30 Prozent der Menschen berichten über Ein- und Durchschlafstörungen, etwa 15 Prozent über Müdigkeit und eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit am Tag.

Was sind Merkmale des normalen Schlafes?

Im Durchschnitt schlafen Menschen etwa sieben Stunden pro Nacht. Allerdings kann die Schlafzeit individuell sehr unterschiedlich sein. So können auch Schlafenszeiten von sechs Stunden und weniger oder zehn Stunden und mehr vorkommen. Solche Abweichungen werden nicht als Störung angesehen, wenn sich der Betroffene dadurch nicht beeinträchtigt fühlt. Während Säuglinge und Kleinkinder sehr lange schlafen, nimmt die Schlafdauer bis zum Erwachsenenalter kontinuierlich ab. Für ältere Menschen ist charakteristisch, dass ihr Schlaf kürzer und leichter ausgeprägt ist als bei jungen und mittelalten Erwachsenen.

Der Schlaf lässt sich in verschiedene Stadien unterteilen, die mithilfe von Ableitungen im Schlaflabor bestimmt werden können. Bei dieser Untersuchung werden die Hirnströme (EEG), die Muskelspannung (EMG) und die Augenbewegungen (EOG) während des Schlafes mithilfe von Elektroden gemessen. Dabei lassen sich im Lauf einer Nacht vier bis sechs 90-minütige Schlafzyklen beobachten, in denen sich die Schlafphasen in einer typischen Reihenfolge abwechseln.

So folgt auf den Wachzustand normalerweise eine kurze Phase leichten Schlafes (Schlafstadium 1), die bald vom mitteltiefen Schlafstadium 2 abgelöst wird. Anschließend treten die Schlafstadien 3 und 4 auf, die man zusammen auch als Tiefschlaf bezeichnet. In diesen Stadien lassen sich im EEG langsame Wellen, die so genannten Delta-Wellen, beobachten. Am Ende eines Schlafzyklus folgt dann die so genannte REM (engl. Rapid Eye Movement; auch paradoxer Schlaf oder desynchronisierter Schlaf; wikipedia) Phase, in der schnelle Augenbewegungen zu beobachten sind und in der oft lebhafte Träume auftreten. Zur Abgrenzung vom REM-Schlaf bezeichnet man die Schlafstadien 1 bis 4 zusammen auch als Non-REM-Schlaf.

Im Verlauf einer Nacht sind die Stadien 3 und 4 zu Beginn der Nacht meist am deutlichsten ausgeprägt, der REM-Schlaf tritt dagegen vermehrt gegen Ende der Nacht auf. Die meiste Zeit verbringt man jedoch im Schlafstadium 2, das bei gesunden Menschen mehr als 50 Prozent des gesamten Schlafes ausmacht.

Wann spricht man von einer Schlafstörung?

Fachleute sprechen von einer behandlungsbedürftigen Schlafstörung, wenn die Symptome über einen bestimmten Zeitraum (meist einen Monat oder länger) bestehen, wenn sie bedeutsame Beeinträchtigungen oder Leiden hervorrufen und wenn der Betroffene dadurch in seinen beruflichen oder sozialen Funktionen deutlich beeinträchtigt ist.

Wie wird eine Schlafstörung diagnostiziert?

Um eine Schlafstörung zu diagnostizieren, wird der Arzt zunächst systematisch nach den Symptomen, ihrem Beginn, ihrer Dauer und ihrem Schweregrad fragen. Außerdem wird er überprüfen, ob es äußere oder psychische Faktoren gibt, die mit den Schlafproblemen in Zusammenhang stehen. Weiterhin können Schlafragebogen und Schlafprotokolle eingesetzt werden, um die Symptomatik genauer zu erfassen. Häufig reichen diese Informationen aus, um eine Diagnose stellen und eine entsprechende Behandlung einleiten zu können.

Eine Untersuchung im Schlaflabor wird in der Regel durchgeführt, wenn die Diagnose unklar ist oder wenn der Verdacht auf eine bestimmte Schlafstörung besteht, die sich nur mit dieser Untersuchung eindeutig nachweisen lässt – z. B. bei Verdacht auf eine Atemstörung im Schlaf oder ein Restless-Legs-Syndrom (RLS). Das RLS (Englisch für Syndrom der ruhelosen Beine) „ist eine neurologische Erkrankung mit Gefühlsstörungen und Bewegungsdrang in den Beinen, Füßen und weniger häufig auch in den Armen, oftmals einhergehend mit unwillkürlichen Bewegungen. Im Deutschen spricht man von unruhigen Beinen, doch setzt sich auch umgangssprachlich zunehmend die Abkürzung RLS – manchmal aufgelöst zu „Rastloser Schlaf“ – als Krankheitsname durch.“ (wikipedia)

Weil Schlafstörungen sehr unterschiedliche Ursachen haben können, werden sie von Experten aus ganz unterschiedlichen Fachrichtungen behandelt – insbesondere von Psychiatern und Psychologen, Neurologen, Internisten und Lungenfachärzten.

Besonders auf die Diagnose und Behandlung von Schlafstörungen spezialisiert sind Schlafmediziner, die in schlafmedizinischen Zentren tätig sind. Eine Liste der zugelassenen schlafmedizinischen Zentren in Deutschland findet sich auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM):

http://www.charite.de/dgsm/dgsm/schlaflabore_liste.php?language=german

Wie sieht eine Untersuchung im Schlaflabor aus?

Bei der Untersuchung im Schlaflabor, der so genannten Polysomnographie, werden am Körper eine Reihe von Elektroden angebracht. Anschließend verbringt der Patient die Nacht in einem Bett im Schlaflabor. Dabei werden mit Elektroden am Kopf die Gehirnströme (EEG), mit Elektroden neben den Augen die Augenbewegungen (EOG) und mit Elektroden am Kinn die Muskelspannung (EMG) gemessen. Bei der Auswertung der Messkurven werden jeweils Abschnitte von 30-Sekunden einem Schlafstadium zugeordnet. Daraus ergibt sich ein so genanntes Schlafprofil, aus dem sich ablesen lässt, wann und wie lange jemand in einer Nacht wach war bzw. leicht oder tief geschlafen hat.

Während der Untersuchung im Schlaflabor können zudem weitere Kennwerte erfasst werden, z.B. Beinbewegungen oder die Sauerstoffsättigung im Blut, mit der sich Atemaussetzer im

Schlaf erkennen lassen. Mithilfe von Videoaufnahmen können ungewöhnliche Bewegungsmuster oder Verhaltensweisen beobachtet werden, wie sie z.B. beim Pavor Nocturnus (Lateinisch für nächtliche Angst; Syn.: „Nachtangst“) oder beim Schlafwandeln vorkommen. Nachtangst ist eine Form der Schlafstörung, die überwiegend Klein- und Schulkinder betrifft, aber auch Erwachsene ein Leben lang begleiten kann. Sie tritt häufig gemeinsam mit dem Schlafwandeln auf und wird als grundsätzlich harmlos angesehen“. (wikipedia)

Welche Arten von Schlafstörungen werden unterschieden?

Es gibt eine ganze Reihe von Schlafstörungen, die z. T. organische und z. T. vorwiegend psychische Ursachen haben. Die folgende Darstellung orientiert sich an den Kategorien der ICD-10, die zwischen organischen Schlafstörungen und nicht-organischen Schlafstörungen mit vorwiegend psychischer Ursache unterscheidet.

In diesem Dossier werden die psychisch bedingten Schlafstörungen näher beschrieben. Die Informationen zu den organisch bedingten Schlafstörungen finden Sie auf der [www.therapie.de: http://www.therapie.de/psychologie/info/diagnose/schlafstoerungen/organische-schlafstoerungen/](http://www.therapie.de/psychologie/info/diagnose/schlafstoerungen/organische-schlafstoerungen/)

Nicht-organische, vorwiegend psychisch bedingte Schlafstörungen (nach ICD-10)

Dies sind Schlafstörungen, denen in erster Linie emotionale Faktoren zugrunde liegen. Um die Diagnose stellen zu können, muss es sich um ein eigenständiges Krankheitsbild handeln, das nicht die Folge einer anderen körperlichen oder psychischen Erkrankung ist. Die Probleme müssen mindestens einen Monat lang bestehen und deutliches Leiden hervorrufen bzw. den Betroffenen deutlich in seiner psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit beeinträchtigen.

Bei den nicht-organischen Schlafstörungen wird zwischen **Dyssomnien** (medizinischer Oberbegriff für ein von der Norm abweichendes Schlafverhalten: Dabei kann es sich um ein Zu-wenig, wie z.B. Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnie) oder ein Zu-viel an Schlaf, also beispielsweise ein vermehrtes Schlafbedürfnis handeln (Hypersomnie)) und **Parasomnien** (hier treten die Symptome dagegen im Schlaf oder beim Übergang vom Wachzustand in den Schlaf bzw. vom Schlaf in den Wachzustand auf: Es sind unerwünschte und unangemessene Verhaltensauffälligkeiten, die überwiegend aus dem Schlaf heraus auftreten, und zu einer Unterbrechung des Schlafprozesses führen können und den Schlaf weniger erholsam werden lassen.) (wikipedia)

Dyssomnien

1. Nichtorganische Insomnie (Insomnie mit vorwiegend psychischen Ursachen)

a) Merkmale und Häufigkeit

Menschen mit einer nichtorganischen Insomnie haben Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen oder berichten über einen nicht erholsamen Schlaf. Die Betroffenen liegen abends lange wach und / oder wachen in der Nacht oder am frühen Morgen auf und haben dann Schwierigkeiten, wieder in den Schlaf zurückzukehren. Dadurch fühlen sie sich tagsüber häufig müde, wenig erholt und wenig leistungsfähig.

Studien zufolge sind zwischen zehn und 30 Prozent der Bevölkerung zumindest zeitweise von einer Insomnie betroffen. Etwa sechs Prozent leiden an einer chronischen Insomnie. Von den Betroffenen sind etwa zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer, wobei Menschen im mittleren Lebensalter (zwischen 45 und 55 Jahren) und ältere Menschen ab dem 85. Lebensjahr am häufigsten an einer Insomnie erkranken.

In vielen Fällen besteht die Erkrankung chronisch und zieht andere psychische Erkrankungen nach sich – insbesondere Angststörungen, Depressionen und den Missbrauch bzw die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen wie Alkohol, Medikamenten oder Drogen.

Um die Diagnose zu stellen, dürfen die Probleme nicht im Rahmen einer anderen Schlafstörung z. B. einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus oder einer Schlafapnoe (Das Schlafapnoe-Syndrom (SAS) ist ein Beschwerdebild, das durch Atemstillstände (Apnoen) während des Schlafs verursacht wird und in erster Linie durch eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit bis hin zum Einschlafzwang (Sekundenschlaf) gekennzeichnet ist, wikipedia) oder einer anderen psychischen Störung (z. B. einer Depression oder einer Angststörung) auftreten. Weiterhin muss ausgeschlossen sein, dass die Probleme durch eine körperliche Erkrankung oder durch Medikamente oder andere Substanzen (z. B. Alkohol oder Drogen) zustande kommen. In der Praxis treten die Ein- und Durchschlafstörungen jedoch häufig zusammen mit anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen auf, so dass die Abgrenzung oft schwierig ist.

Bei einer seltenen Sonderform der nichtorganischen Insomnie klagen die Betroffenen über Schlaflosigkeit, obwohl sie tatsächlich (z. B. nachgewiesen durch eine Untersuchung im Schlaflabor) ausreichend lang und tief schlafen. Hier liegt eine Fehlwahrnehmung des Schlafzustandes vor. Den Betroffenen helfen oft ähnliche Behandlungsansätze wie bei der normalen nichtorganischen Insomnie.

b) Fallbeispiel

Ein 46jähriger Mann berichtet, dass er abends zwar gut einschläft, in der Nacht aber oft aufwacht und dann lange nicht mehr einschlafen kann. In dieser Zeit beschäftigen ihn oft

Sorgen, die mit seiner Arbeit als selbständiger Unternehmer, aber auch mit Konflikten in der Ehe zu tun haben. Morgens steht er relativ spät auf, schläft in den Morgenstunden aber unruhig, weil er sich durch Lärm im Haus gestört fühlt. Abends trinkt der 46-Jährige oft noch ein Glas Wein, weil er meint, dass er so besser abschalten kann. Er berichtet, in manchen Nächten nur etwa drei Stunden, in anderen Nächten vier bis fünf Stunden zu schlafen. Seine Gedanken kreisen häufig darum, dass er wegen des Schlafmangels nicht leistungsfähig genug ist und dass er bei der Arbeit Dinge vergessen oder Fehler machen könnte.

c) Mögliche Ursachen

Emotionale Faktoren gelten als wichtigster Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer nichtorganischen Insomnie. Auslöser sind häufig belastende, stressreiche Lebenssituationen – aber auch unregelmäßige Schlafenszeiten, eine unzureichende Schlafhygiene (siehe unten) und äußere Faktoren wie Lärm, eine ungünstige Raumtemperatur oder ein unbequemes Bett können zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Insomnie beitragen.

Es wird angenommen, dass Menschen mit Insomnie ein erhöhtes Arousal, also eine Neigung zu verstärkter körperlicher, emotionaler und gedanklicher Erregung haben. Studien haben gezeigt, dass die Betroffenen im Vergleich zu anderen Menschen eine erhöhte Herzrate, eine höhere Stoffwechselrate des Gehirns und höhere Level der Stresshormone Cortisol und ACTH im Blut haben. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Menschen mit Insomnie ständig überaktiviert sind – was wiederum erklären könnte, warum sie Schwierigkeiten haben, sich zu entspannen und einzuschlafen.

Auch eine gedankliche Fixierung auf den Schlaf und das Einschlafen kann zur Aufrechterhaltung der Insomnie beitragen: Die Betroffenen machen sich vor allem vor dem Einschlafen und in der Nacht Sorgen, dass sie nicht schlafen zu können, grübeln über ihren Schlaf und fürchten, wegen des Schlafmangels nicht leistungsfähig zu sein. Diese Gedanken führen zu einer erhöhten Erregung, die wiederum das Einschlafen und einen erholsamen Schlaf verhindert. Gleichzeitig neigen Menschen mit Insomnie dazu, ihre Schlafdauer und Schlafqualität zu unterschätzen und die negativen Auswirkungen von wenig Schlaf zu überschätzen. Auch dies sind Faktoren, die zur gedanklichen und emotionalen Übererregung beitragen.

Häufig kommt es bei einer Insomnie zu ungünstigen Konditionierungen, bei denen die Betroffenen das Zubettgehen und das Bett selbst mit Wachsein, negativen Gefühlen und verstärkter Erregung verbinden. Viele üben zudem im Bett Aktivitäten aus, die nicht mit Schlaf vereinbar sind, wie Lesen, Telefonieren oder Fernsehen. Der Gedanke ans Zubettgehen und das Bett selbst werden auf diese Weise zu konditionierten Reizen, die automatisch Wachheit und einen Anstieg des Arousals auslösen.

d) Behandlungsansätze und Selbsthilfemöglichkeiten

Verhaltensbezogene und psychotherapeutische Ansätze sind die effektivsten Behandlungsmethoden einer nichtorganischen Insomnie, die gleichzeitig zu lang anhaltenden Verbesserungen führen können. Daher gelten diese Ansätze als Behandlungsmethoden der ersten Wahl. Untersuchungen haben gezeigt, dass sie deutlich effektiver sind als die Behandlung mit Medikamenten oder eine Kombination aus verhaltensbezogener und medikamentöser Therapie.

Die unten beschriebenen Methoden werden häufig miteinander kombiniert und kommen auch bei einer kognitiven Verhaltenstherapie zum Einsatz. Bei einer Psychotherapie gibt es außerdem die Möglichkeit, andere Probleme zu bearbeiten, die mit der Schlafstörung in Zusammenhang stehen und diese aufrechterhalten können. Z. B. können im Rahmen der Therapie auch ein veränderter Umgang mit Belastungen, eine Verbesserung der sozialen Kompetenz oder eine Veränderung der Lebenssituation (z. B. das Einplanen von mehr angenehmen Freizeitaktivitäten) angestrebt werden.

1. Psychoedukation

Hier erhalten die Betroffenen grundsätzliche Informationen über den Schlaf (z. B.: Was ist typisch für den normalen Schlaf? Wie entstehen Schlafstörungen?). Gleichzeitig werden mögliche Fehlannahmen über den Schlaf korrigiert. So haben viele Menschen mit Insomnie eine unrealistisch hohe Erwartung, wie lange sie pro Nacht schlafen sollten (z. B.: „Ich muss jede Nacht acht Stunden schlafen, um erholt und fit zu sein.“) oder unrealistische Annahmen darüber, wie schädlich Schlafmangel ist (z. B.: „Wenn ich heute Nacht nur fünf Stunden schlafe, bin ich morgen zu überhaut nichts in der Lage.“)

2. Schlafhygiene und Stimuluskontrolle

Maßnahmen der Schlafhygiene haben das Ziel, die Menge und die Qualität des Schlafes zu steigern. Zu ihnen gehört, einen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus einzuhalten und jeden Tag – auch an den Wochenenden – zur gleichen Tageszeit ins Bett zu gehen und wieder aufzustehen. Weiterhin sollen die Betroffenen nicht tagsüber schlafen, weil dies die Wahrscheinlichkeit erhöht, abends nicht ausreichend müde zu sein und nicht einschlafen zu können. Abends sollten sie Substanzen, die den Schlaf stören können, wie Alkohol, Nikotin und Koffein vermeiden und möglichst auf Schlafmittel verzichten. Gleichzeitig sollte die Schlafumgebung angenehm gestaltet sein, so dass der Schlaf nicht durch Lärm, eine zu hohe oder zu niedrige Raumtemperatur oder ein unbequemes Bett gestört wird. Menschen mit Insomnie sollten vor dem Einschlafen entspannende Tätigkeiten ausüben und nicht versuchen, den Schlaf zu erzwingen.

Stimuluskontrolle kann als Teil der Maßnahmen zur Schlafhygiene angesehen werden. Sie zielt darauf ab, die ungünstige Konditionierung zwischen dem Zubettgehen bzw. dem Bett und Wachsein bzw. negativen Gefühlen zu verlernen, so dass die Betroffenen das Bett

wieder als Ort des Schlafens und der Entspannung empfinden können. Dabei werden sie angewiesen, ihr Bett nur zum Schlafen (und zum Sex) zu benutzen und dort keine anderen Aktivitäten wie Lesen oder Fernsehen auszuüben. Sie sollen nur dann ins Bett gehen, wenn sie sich müde fühlen, das Bett wieder verlassen, wenn sie nach einer bestimmten Zeit (z. B. 20-30 Minuten) nicht einschlafen können, und erst dann wieder dorthin zurückkehren, wenn sie wieder ausreichend müde sind.

3. Restriktion der Zeit im Bett

Mithilfe der Restriktion der Zeit im Bett soll erreicht werden, dass Menschen mit Insomnie in etwa so viel Zeit im Bett verbringen wie sie auch tatsächlich schlafen. Dahinter steckt die Überlegung, dass die Betroffenen normalerweise deutlich länger im Bett liegen als sie tatsächlich schlafen. Viele planen absichtlich mehr Zeit im Bett ein, um trotz langen Wachliegens genügend Schlaf zu bekommen (z. B. plant jemand regelmäßig neun Stunden Zeit im Bett ein, schläft jedoch nur etwa sechs Stunden). Bei der Restriktion der Zeit im Bett werden die Betroffenen angewiesen, nur so viel Zeit im Bett zu verbringen, wie sie im Durchschnitt tatsächlich schlafen. Dadurch entsteht ein leichter Schlafmangel, der dazu führt, dass sie im Lauf der Zeit abends besser einschlafen und in der Nacht besser durchschlafen können. Wenn die tatsächliche Schlafenszeit zunimmt, wird allmählich auch die Zeit, die jemand im Bett verbringen darf, verlängert – z. B. darf der Betroffene zunächst nur sechs Stunden im Bett verbringen, dann wird die Zeit pro Woche um 15 Minuten verlängert.

4. Paradoxe Intervention

Hierbei sollen die Betroffenen nicht versuchen, einzuschlafen, sondern im Gegenteil versuchen, wach zu bleiben und das Einschlafen zu verhindern. Auf diese Weise sollen der Druck, einschlafen zu müssen und die Angst davor, nicht schlafen zu können, vermindert werden. Tatsächlich kann die paradoxe Intervention dazu beitragen, dass die Betroffenen sich weniger unter Druck setzen, einzuschlafen, und dass sie die Zeit bis zum Einschlafen kürzer und ihre gesamte Schlafenszeit als länger einschätzen.

5. Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelentspannung, das autogene Training, Meditation oder Biofeedback-Methoden (z. B. eine Rückmeldung der Gehirnströme, das so genannte EEG-Biofeedback) sind effektive Behandlungsmethoden bei Insomnie. Diese Methoden können dazu beitragen, die körperliche und psychische Anspannung und Unruhe zu reduzieren, die Menschen mit Insomnie häufig erleben. Gleichzeitig können sie ungünstige Gedanken und Sorgen vermindern, die sich auf den Schlaf oder auf andere Themen beziehen, und so das „Abschalten“ vor dem Einschlafen erleichtern.

6. Kognitive Verfahren

Mit kognitiven Verfahren können unrealistische Gedanken über den Schlaf, über die Ursachen der Schlafstörung und über die Auswirkungen des Schlafmangels systematisch hinterfragt und verändert werden. Zunächst erhalten die Betroffenen Informationen über den normalen Schlaf (siehe Kapitel *Psychoedukation*). Anschließend üben sie, unrealistische Erwartungen an den Schlaf zu hinterfragen, die negativen Auswirkungen von Schlafmangel nicht zu überschätzen und ein schlechtes Tagesbefinden nicht ausschließlich auf den Schlafmangel zurückzuführen.

Andere kognitive Strategien sind die „Sorgenstunde“ und der „Gedankenstopp“, an den sich ein „Ruhebild“ anschließt. Bei der Sorgenstunde nehmen sich die Betroffenen am Tag bewusst Zeit, um Sorgen und negative Gedanken aufzuschreiben – mit dem Ziel, sie abends beim Einschlafen „aus dem Kopf“ zu haben. Beim Gedankenstopp sagen sie bewusst „stopp!“ zu negativen und sorgenvollen Gedanken, die in der Nacht aufkommen. Anschließend sollen sie sich ein angenehmes, entspannendes Ruhebild (z. B. eine angenehme Situation an einem Strand oder auf einer Wiese) vorstellen.

7. Medikamentöse Therapie

Wenn Patienten über Schlaflosigkeit klagen, werden von Ärzten häufig Schlafmittel verschrieben, und zwar in der Regel Benzodiazepine oder so genannte Nicht-Benzodiazepine (z. B. Zolpidem, Zopiclon). Diese Medikamente können den Schlaf zwar kurzfristig deutlich verbessern – bei längerer Einnahme lässt dieser Effekt jedoch schnell wieder nach. Benzodiazepine führen außerdem zu einer Veränderung der Schlafstruktur, bei der weniger Tiefschlaf und vermehrt leichter Schlaf auftritt, so dass sich die Schlafqualität insgesamt sogar verschlechtert. Darüber hinaus können diese Medikamente zu Gewöhnungseffekten, Abhängigkeit und Entzugssymptomen führen. Benzodiazepine und Nicht-Benzodiazepine sollten deshalb nur in Absprache mit dem Arzt und nur in niedriger Dosierung über einen Zeitraum von höchstens vier Wochen eingenommen werden.

Andere Schlaf- und Beruhigungsmittel sind Antihistaminika, das Hormon Melatonin, die Aminosäure L-Tryptophan und pflanzliche Präparate wie Baldrian, Johanniskraut, Melisse, Passionsblume und Hopfen. Antihistaminika verändern ebenfalls die normale Schlafstruktur und können zu Müdigkeit am nächsten Tag und zu Gewöhnungseffekten führen. Melatonin wird vor allem bei Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (siehe unten) eingesetzt, während seine Wirksamkeit bei Insomnie bisher noch nicht eindeutig nachgewiesen ist. Die übrigen Substanzen sind ohne Rezept erhältlich und haben eine eher milde schlaffördernde Wirkung.

Auch einige Antidepressiva und Antipsychotika haben beruhigende und schlaffördernde Effekte. Hier können aber auch verschiedene Nebenwirkungen auftreten, so dass sie eher selten bei Insomnie verschrieben werden. Antidepressiva mit beruhigender Wirkung sind jedoch häufig hilfreich, wenn jemand gleichzeitig an einer Depression und an Schlaflosigkeit leidet.

2. Nichtorganische Hypersomnie (Hypersomnie mit vorwiegend psychischen Ursachen)

a) Merkmale und Häufigkeit

Bei einer Hypersomnie fühlen sich die Betroffenen tagsüber schläfrig und schlafen wiederholt ungewollt ein – oft auch zu unpassenden Zeiten, z. B. während der Arbeit oder in einem Gespräch. Die Müdigkeit und Schläfrigkeit sind stärker ausgeprägt als bei gesunden Menschen, wenn sie zu wenig oder schlecht geschlafen haben. Gleichzeitig ist die Schlafqualität in der Nacht gut, das heißt, die Betroffenen haben eine normale Schlafstruktur. Menschen mit Hypersomnie schlafen in der Regel deutlich länger als andere Menschen (mehr als 10 Stunden pro Nacht). Häufig haben sie Schwierigkeiten, sich nach dem Schlafen zu orientieren und richtig wach zu werden, was man auch als Schlaftrunkenheit bezeichnet. Viele fühlen sich zudem am Tag energielos oder unruhig, haben das Gefühl, langsam zu denken oder berichten über Gedächtnisprobleme.

Die Hypersomnie ist eine seltene Erkrankung, von der weniger als ein Prozent der Bevölkerung betroffen sind. Die Symptome beginnen meist im jungen Lebensalter, in der Regel zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr, und bestehen dann meist dauerhaft. Bei der nichtorganischen Hypersomnie wird angenommen, dass die erhöhte Schläfrigkeit vorwiegend psychische Ursachen hat. Die Diagnose setzt voraus, dass die erhöhte Schläfrigkeit am Tag keine anderen erkennbaren Ursachen wie z. B. ein Restless-Legs-Syndrom (siehe unten), periodische Beinbewegungen im Schlaf (siehe unten), eine Schlafapnoe (siehe unten), eine Narkolepsie (siehe unten) sowie andere organische Erkrankungen (z. B. Schädigungen oder Abbauprozesse des Gehirns) und andere psychische Erkrankungen (z. B. eine Depression) hat.

b) Fallbeispiel

Eine 24jährige Frau leidet seit sieben Jahren an ständiger Müdigkeit. Sie berichtet, dass sie sich meistens irgendwie durch den Tag schleppt und manchmal gar nicht weiß, wie sie die verschiedenen Aufgaben – selbst alltägliche Erledigungen wie Einkaufen, Kochen oder Aufräumen – schaffen soll. Ihr Studium macht ihr große Mühe, und es ist ihr peinlich, dass sie in den Vorlesungen jeden Tag ein paar Mal einschläft. Von anderen wurde ihr schon gesagt, dass sie sich zusammenreißen soll, dass sie nicht so viel feiern und lieber früher ins Bett gehen soll, usw. Tatsächlich schläft die 24Jährige jede Nacht etwa 10 Stunden. Wenn morgens der Wecker klingelt, fühlt sie sich schläfrig und hat große Schwierigkeiten, aus dem Bett zu kommen. Eine schlafmedizinische Untersuchung ergibt, dass ihr Schlaf in der Nacht nicht gestört ist und dass auch keine andere organische Erkrankung (z. B. eine Narkolepsie) vorliegt.

Weitere Informationen zu nicht-organischen Hypersomnie wie Behandlungsansätze, Selbsthilfemöglichkeiten oder vorbeugende Maßnahmen finden Sie unter <http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/schlafstoerungen/hypersomnien/>

3. Nichtorganische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (Jet-Lag und Schlafstörung bei Schichtarbeit)

a) Merkmale und Häufigkeiten

Bei diesen Störungen weicht das tatsächliche Schlaf-Wach-Muster vom gewünschten Schlaf-Wach-Muster ab. Wenn die Betroffenen schlafen, ist ihre Schlafqualität jedoch gut. Im Gegensatz zu den organisch bedingten Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus (siehe unten) kommen nichtorganische Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus durch äußere Faktoren zustande. Zu ihnen gehören der Jet Lag und die Schlafstörung bei Schichtarbeit.

Beim Jet-Lag verschiebt sich der Schlaf-Wach-Rhythmus durch das Überfliegen mehrerer Zeitzonen. Von diesem Problem sind besonders Menschen betroffen, die häufig fliegen müssen, z. B. Piloten und Stewardessen oder Menschen, die viel beruflich reisen müssen. Bei der Schlafstörung bei Schichtarbeit verschiebt sich der Schlaf-Wach-Rhythmus wegen der nächtlichen bzw. wechselnden Arbeitszeiten durch die Schichtarbeit.

Die Tageszeiten, zu denen jemand schlafen bzw. wach sein möchte, werden meist durch private und berufliche Anforderungen, aber auch durch die Wach- und Schlafenszeiten anderer Menschen im sozialen Umfeld bestimmt. Bei einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus ist der Betroffene zu Zeiten in der Nacht wach, in denen er eigentlich schlafen möchte und in denen die meisten Menschen seines Umfelds schlafen - dagegen schläft er zu Zeiten während des Tages, in denen er arbeiten sollte oder Zeit mit seiner Familie oder mit Freunden verbringen möchte.

Am Tag fühlen sich die Betroffenen oft müde oder schläfrig, schlafen tatsächlich ein, fühlen sich nicht leistungsfähig und sind irritierbar und wenig konzentriert. Gleichzeitig führt der verschobene Rhythmus häufig auch dazu, dass jemand mit einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus insgesamt zu wenig schläft - z. B., weil er abends zunächst nicht einschlafen kann oder morgens früher aufwacht als gewünscht. Zusätzlich können körperliche und psychische Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen, Desorientiertheit oder eine leichte depressive Verstimmung auftreten.

Zur Häufigkeit der nichtorganischen Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus gibt es keine exakten Angaben. Eine Störung bei Schichtarbeit bleibt in der Regel so lange bestehen, wie der Betroffene einer Schichtarbeit nachgeht, wobei die Probleme durch geeignete Maßnahmen etwas gelindert werden können. Nach Beendigung der Schichtarbeit dauert es etwa zwei Wochen, bis jemand zu einem normalen Schlaf-Wach-Rhythmus zurückkehren kann.

Die Anpassung an einen neuen Tag-Nacht-Rhythmus beim Jetlag ist individuell unterschiedlich und hängt auch von der Anzahl der überflogenen Zeitzonen ab. In der Regel dauert die Umstellung zwischen zwei und vierzehn Tagen. Dabei geht man davon aus, dass sich die biologische Uhr um ein bis zwei Stunde pro Tag verschieben kann.

b) Fallbeispiel

Eine 44jährige Frau arbeitet seit fünf Jahren im Schichtdienst – mit sehr unregelmäßigen und häufig wechselnden Arbeitszeiten. Mal beginnt die Arbeit morgens um 5 Uhr, mal arbeitet sie in der Spätschicht bis um 21 Uhr. Häufig kann sie dann abends nicht einschlafen und liegt auch nachts stundenlang wach. Manchmal kommt sie von der Arbeit erschöpft nach Hause und nickt am frühen Abend auf dem Sofa ein – wenn sie später in ihr Bett geht, ist sie nicht mehr müde genug, um wieder einzuschlafen. Vor der Frühschicht wacht sie häufig aus Angst, den Wecker zu verschlafen, schon mitten in der Nacht auf und kann dann nicht mehr weiterschlafen. Bei der Arbeit fühlt sich die 44jährige häufig abgeschlagen und unkonzentriert und hat Angst, Fehler zu machen oder etwas Wichtiges zu vergessen. Wenn sie frei hat, hat sie dagegen keine Probleme. Sie geht relativ spät ins Bett, kann gut einschlafen und fühlt sich am nächsten Morgen ausgeruht.

Weitere Informationen zu nicht-organischen Störungen des Wach-Schlaf-Rhythmus wie Behandlungsansätze, Selbsthilfemöglichkeiten oder vorbeugende Maßnahmen finden Sie unter <http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/schlafstoerungen/stoerung-schlaf-wach-rhythmus/>

Parasomnien

1. Schlafwandeln (Somnambulismus)

a) Merkmale und Häufigkeiten

Bei dieser Schlafstörung kommt es zu einem teilweisen Erwachen aus dem Tiefschlaf. In diesem Zustand haben die Betroffenen nur wenig Bewusstsein, führen aber Handlungen aus, die man normalerweise nur im Wachzustand macht. Häufig sind dies einfache, wiederholt ausgeführte Bewegungen, z. B. Aufsetzen im Bett, Kaubewegungen oder Herumzupfen an der Kleidung. Es können aber auch komplexe Handlungen vorkommen, wie Umherlaufen, Putzen oder Kochen. Dabei haben die Betroffenen die Augen offen, ihr Gesichtsausdruck ist jedoch starr, sie reagieren kaum auf Umgebungsreize und sind nur schwer aufzuwecken. Nach dem Aufwachen haben sie keine Erinnerung an die Episode. Schlafwandeln tritt meist im ersten Drittel der Nacht auf, in dem auch der meiste Tiefschlaf vorkommt.

Zehn bis 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben mindestens einmal eine Phase, in der sie schlafwandeln. Bei 15 Prozent tritt die Störung gelegentlich auf. In der Regel beginnt das Schlafwandeln im vierten bis achten Lebensjahr und legt sich meist im Jugendalter von

alleine wieder. Es sind in etwa gleich viele Jungen und Mädchen betroffen. In manchen Fällen treten in Zusammenhang mit dem Schlafwandeln andere Störungen im Schlaf auf. Zu diesen gehören der Pavor Nocturnus (siehe unten), das Restless-Legs-Syndrom (siehe unten), Atemstörungen im Schlaf (siehe unten) und nächtliches Einnässen.

Bei Erwachsenen kommt Schlafwandeln deutlich seltener vor. Hier sind etwa bei ein bis sieben Prozent der Bevölkerung betroffen. Wenn Erwachsene schlafwandeln, dauert die Störung meist länger an und das Schlafwandeln tritt häufiger auf. In einigen Fällen kann eine andere psychische Störung dahinter stehen, dies muss aber nicht immer der Fall sein.

b) Fallbeispiele

Ein 15jähriges Mädchen setzt sich nachts im Bett auf, macht schmatzende Geräusche, bewegt die Arme und murmelt etwas vor sich hin. Nach kurzer Zeit legt es sich wieder hin und schläft weiter.

Ein 11jähriger Junge steht regelmäßig in der Nacht auf, geht in ein anderes Zimmer, legt sich dort hin und schläft weiter. Am nächsten Morgen wird er von der Familie unter dem Tischtennistisch, im Schrank oder zwischen seinen Spielsachen auf dem Boden gefunden. Er selbst kann sich nicht erinnern, wie er dorthin gekommen ist.

Eine 31jährige Frau steht mitten in der Nacht auf, geht zum Schrank im Flur, holt die Putzsachen heraus und beginnt, das Bad und die Küche zu putzen. Nach einiger Zeit legt sie sich ins Bett zurück und schläft weiter.

Ein 40jähriger Mann wacht nachts von seinen eigenen Hilferufen auf dem Dach eines Hauses auf. Wie er dorthin gekommen ist, weiß er nicht.

c) Mögliche Ursachen

Schlafwandeln tritt in manchen Familien gehäuft auf, so dass man davon ausgeht, dass genetische Faktoren bei der Störung von Bedeutung sind. Außerdem wird angenommen, dass eine Unreife des zentralen Nervensystems beim Schlafwandeln eine Rolle spielt. Diese Annahme würde auch erklären, warum die Störung im Jugendalter, also mit zunehmender Reifung des Gehirns, meist von alleine wieder aufhört. Auslöser für Episoden, in denen Schlafwandeln auftritt, sind Faktoren, die den Tiefschlaf erhöhen. Dies sind z. B. anhaltender Schlafmangel und fieberhafte Erkrankungen. Auch Stress kann ein Auslöser für Episoden mit Schlafwandeln sein.

d) Ausschluss anderer Erkrankungen

Hinter automatischen Bewegungen wie wiederholten Kau- oder Schmatzbewegungen oder anderen Bewegungsabläufen im Schlaf können in manchen Fällen auch kurze epileptische Anfälle (so genannte Petit-Mal-Anfälle) stecken. Wenn ein Kind oder ein Familienmitglied auffällige nächtliche Bewegungen oder Verhaltensweisen zeigt, ist es deshalb immer sinnvoll,

mit einem Arzt darüber zu sprechen. Dieser wird dann möglicherweise zu einer weiteren Abklärung, z. B. zu einer Untersuchung im Schlaflabor (siehe oben) raten. Bei dieser Untersuchung können epileptische Anfälle erkannt bzw. ausgeschlossen werden. Gleichzeitig können hier auch andere mögliche Erkrankungen, die mit dem Schlafwandeln in Zusammenhang stehen können, diagnostiziert werden – z. B. ein Restless-Legs-Syndrom (siehe unten) oder Atemstörungen im Schlaf (siehe unten).

e) Behandlungsansätze und Selbsthilfemöglichkeiten

In den meisten Fällen ist beim Schlafwandeln keine spezielle Therapie notwendig. Im Wachzustand verhalten sich die Betroffenen unauffällig, und bei Kindern und Jugendlichen verschwindet die Störung meist von alleine wieder. Daher reicht es meistens aus, gefährliche Gegenstände aus dem Umfeld des Betroffenen zu entfernen und Türen und Fenster gut zu verschließen, so dass der Schlafwandler nicht in gefährliche Situationen kommt. Außerdem sollte man Schlafwandler nicht wecken, da sie dann meist verwirrt und desorientiert sind. Manche Experten empfehlen auch, den Schlafwandler behutsam zu seinem Bett zurückzuführen, ohne ihn dabei zu wecken.

Weiterhin ist es sinnvoll, wenn die Betroffenen eine gute Schlafhygiene (siehe oben) einhalten. So kann ausreichender und regelmäßiger Schlaf dazu beitragen, dass es nicht zu einem Schlafdefizit kommt, welches das Schlafwandeln begünstigt. In manchen Fällen können Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson oder das Autogene Training hilfreich sein, weil sie dazu beitragen, Stress abzubauen.

f) Medikamentöse Therapie

Meistens ist bei Schlafwandeln keine medikamentöse Therapie notwendig. In seltenen Fällen, bei denen das Schlafwandeln sehr ausgeprägt und sehr anhaltend ist, werden manchmal Antidepressiva oder Schlafmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine in niedriger Dosierung verordnet. Bei letzteren besteht jedoch bei langfristiger Einnahme die Gefahr einer Abhängigkeit und anderer unerwünschter Wirkungen (siehe Abschnitt *Medikamentöse Therapie* im Kapitel *Nichtorganische Insomnie*).

4. Pavor Nocturnus (Nachtangst)

a) Merkmale und Häufigkeit

Beim Pavor Nocturnus kommt es wiederholt zu Episoden, in denen der Betroffene aus dem Schlaf aufschreckt und dabei heftig erregt ist. Die Episoden treten meist im ersten Drittel der Nacht während des Tiefschlafes auf. Es kommt dabei es zu einem teilweisen Erwachen aus dem Tiefschlaf.

Eine Episode beginnt oft damit, dass sich der Betroffene im Bett aufsetzt, schreit, die Augen weit aufreißt und einen Ausdruck starker Angst im Gesicht hat. Während der Phasen, die

meist nur wenige Minuten dauern, bewegt sich der Schlafende heftig, wirkt verängstigt und zeigt deutliche Merkmale körperlicher Erregung wie schnelle Atmung, Schwitzen und schnellen Herzschlag. Dabei reagiert er nicht auf Reize von außen, also auch nicht auf die Versuche anderer Personen, ihn zu beruhigen. Nach dem Aufwachen besteht keine Erinnerung an die Ereignisse und auch nicht an Träume oder Eindrücke, die die starke Angst hervorgerufen haben könnten. Viele Kinder, die von Pavor Nocturnus betroffen sind, neigen phasenweise auch zum Schlafwandeln.

Von Pavor Nocturnus sind etwa ein bis sechs Prozent der Kinder betroffen. Bei Erwachsenen beträgt die Häufigkeit etwa ein Prozent. Die Störung tritt bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen, bei Erwachsenen sind beide Geschlechter etwa gleich oft betroffen. Bei Kindern beginnt die Störung meist im Alter von vier bis zwölf Jahren und hört in der Regel im Jugendalter von selbst wieder auf. Sie ist hier nicht mit anderen psychischen Auffälligkeiten verbunden.

Bei einem Teil der Betroffenen beginnt die Störung erst im Erwachsenenalter. Hier tritt sie im Alter zwischen 20 und 30 Jahren am häufigsten auf. Bei Erwachsenen hält der Pavor Nocturnus meist über einen längeren Zeitraum und ist häufig mit anderen psychischen Störungen verbunden. So lässt sich Pavor Nocturnus bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), einer generalisierten Angststörung und bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen häufiger beobachten als bei Menschen ohne diese Störungen.

b) Fallbeispiel

Ein Ehepaar wacht nachts auf, weil ihr dreijähriger Sohn panisch schreit. Als sie zu seinem Zimmer laufen, sitzt er mit weit aufgerissenen Augen im Bett, wimmert und bewegt sich unruhig hin und her. Als die Mutter versucht, ihn in den Arm zu nehmen und zu beruhigen, fängt er an, um sich zu schlagen, und scheint panische Angst zu haben. Die Mutter beobachtet, dass sein Herz schnell schlägt und sein Schlafanzug schweißnass ist. Sie redet weiter beruhigend auf ihr Kind ein, ohne dass dies irgendeine Wirkung hat. Nach etwa zehn Minuten wird der Junge wieder ruhiger und lässt sich auf sein Kissen zurücklegen, wo er bald tief und fest schlummert. Bis zum nächsten Morgen kommt es zu keinen weiteren Vorfällen.

c) Ursachen und Erklärungsmodelle

Ähnlich wie das Schlafwandeln tritt Pavor Nocturnus in manchem Familien gehäuft auf, so dass vermutlich genetische Faktoren bei der Erkrankung eine Rolle spielen. Auslöser von Pavor Nocturnus können, ebenfalls ähnlich wie beim Schlafwandeln, Schlafmangel, fieberhafte Erkrankungen und Stress sein. Auch Reifungsprozesse des Gehirns könnten bei der Störung eine Rolle spielen.

d) Behandlungsansätze und Selbsthilfemöglichkeiten

Meist ist bei Pavor Nocturnus keine spezielle Therapie notwendig. Ähnlich wie beim Schlafwandeln ist es sinnvoll, wenn die Betroffenen eine gute Schlafhygiene (siehe oben) einhalten, so dass es nicht zu einem Schlafdefizit kommt.

Wenn Kinder Pavor Nocturnus haben, ist es vor allem wichtig, dass die Eltern über die Störung informiert sind und wissen, wie sie damit umgehen können. So sollten sie ihr Kind während der Episoden nicht wecken, weil diese dann verwirrt und desorientiert sind. Es kann sinnvoll sein, auf das Kind beruhigend einzuwirken – gleichzeitig ist es wichtig zu wissen, dass die Kinder darauf wahrscheinlich nicht reagieren werden. Manche Kinder mit Pavor Nocturnus fürchten sich auch vor dem Einschlafen – dann können die Eltern während des Tages bzw. vor dem Einschlafen beruhigend auf sie einwirken.

Wenn die Störung länger anhält, raten einige Experten, den Betroffenen kurz vor dem Zeitpunkt zu wecken, zu dem der Pavor Nocturnus normalerweise auftritt. So kann das Schlafmuster unterbrochen werden, das zum Auftreten der Episoden führt.

Ist der Pavor Nocturnus mit starken Ängsten oder anderen psychischen Problemen am Tag verbunden, ist häufig eine psychotherapeutische Behandlung sinnvoll.

e) Ausschluss anderer Erkrankungen

Ähnlich wie beim Schlafwandeln können hinter dem auffälligen Verhalten in der Nacht auch kurze epileptische Anfälle (so genannte Petit-Mal-Anfälle) stecken. Daher sollte man die Vorkommnisse mit einem Arzt besprechen, der dann möglicherweise zu einer weiteren Abklärung raten wird. Bei einer Untersuchung im Schlaflabor können neben epileptischen Anfällen auch andere mögliche Erkrankungen im Schlaf erkannt bzw. ausgeschlossen werden. Ähnlich wie beim Schlafwandeln kann Pavor Nocturnus in Zusammenhang mit einem Restless-Legs-Syndrom (siehe unten) oder Atemstörungen im Schlaf (siehe unten) auftreten.

f) Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Behandlung ist bei Pavor Nocturnus nur in sehr seltenen Fällen sinnvoll. Dann werden meist Benzodiazepine in niedriger Dosierung eingesetzt. Da hier die Gefahr einer Abhängigkeit besteht, sollten sie nur über einen kurzen Zeitraum (maximal vier Wochen) angewendet werden.

5. Alpträume (Nightmare Disorder)

a) Merkmale und Häufigkeit

Bei dieser Störung erleben die Betroffenen wiederholt lebhaft bedrohliche Träume, an die sie sich nach dem Aufwachen noch detailliert erinnern können. Inhalt der Träume ist oft eine Bedrohung der eigenen Sicherheit oder eine Bedrohung des Selbstwertgefühls. Oft haben

Menschen mit Alpträumen auch nach dem Aufwachen noch starke Angst und können deshalb nicht wieder einschlafen. Die Störung tritt meist in der zweiten Hälfte der Nacht während des REM-Schlafes auf. Im Gegensatz zu Schlafwandeln und Pavor Nocturnus sind die Betroffenen nach dem Aufwachen nicht verwirrt und desorientiert, sondern schnell wach und orientiert. Der Schlafmangel und die starke Angst, die oft auch während des Tages anhält, führen dazu, dass Menschen mit Alpträumen in ihrer psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Alpträume treten vor allem bei Kindern häufig auf: 10 bis 50 Prozent der Kinder haben zeitweise Alpträume. Am häufigsten sind sie im Alter von drei bis sechs Jahren, anschließend hören sie mit zunehmendem Alter meist von alleine wieder auf. Bei anhaltendem, starken psychischen Stress kann es aber auch über einen längeren Zeitraum zu Alpträumen kommen.

Auch viele Erwachsene haben hin und wieder Alpträume, nämlich etwa 50 Prozent. Allerdings sind bei jungen Erwachsenen nur etwa drei Prozent und bei den Erwachsenen insgesamt nur ein Prozent von wiederholten, länger anhaltenden Alpträumen betroffen. Bei diesen Menschen besteht die Störung meist chronisch, wobei die Alpträume immer wieder phasenweise auftreten. Frauen sind zwei bis vier Mal häufiger von Alpträumen betroffen als Männer.

b) Fallbeispiel

Eine 25jährige Frau hat wiederholt einen Alptraum, bei dem sie sich in einer Wohnung befindet. Eigentlich fühlt sie sich hier wohl und sicher – aber draußen gibt es irgendetwas Bedrohliches, und sie hat große Angst davor, nach draußen zu gehen. Im Haus gibt es freundliche Wesen, die sie dazu bewegen wollen, die Tür aufzumachen und hinaus zu gehen. Doch immer, wenn sie die Tür aufmachen will, bekommt sie große Angst und wacht schweißgebadet auf. Diese Träume beschäftigen die Frau auch während des Tages, und ihre Stimmung ist oft den ganzen Tag gedrückt.

In einer Psychotherapie stellt sich heraus, dass die Patientin stark unter dem Konflikt mit ihren Eltern leidet, die in ihrer Kindheit sehr streng waren. Seit einiger Zeit hat sie den Kontakt abgebrochen, doch diese Situation belastet sie ebenfalls stark. In der Therapie wird die Patientin dazu bewegt, sich dem Konflikt mit ihren Eltern zu stellen und ihnen zu sagen, wie sie sich den Kontakt mit ihnen vorstellen würde. Danach gehen die Alpträume nach und nach zurück.

c) Ursachen und Erklärungsmodelle

Man geht davon aus, dass Alpträume durch Angst oder starken Stress ausgelöst werden. Bei Kindern treten Alpträume häufig auf und sind meist kein Zeichen einer psychischen Störung. Vor allem kleine Kinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren können noch nicht gut zwischen der Realität und ihrer Phantasie unterscheiden. Sie glauben häufig, dass sich

Monster oder Geister in ihrem Zimmer befinden würden und halten auch die erschreckenden Erlebnisse in den Alpträumen für real. Bei Erwachsenen kommen Alpträume oft nach akuten psychischen Belastungen vor. Länger andauernde Phasen mit Alpträumen treten häufig im Rahmen einer anderen psychischen Erkrankung auf, z. B. einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer Angststörung.

d) Behandlungsansätze und Selbsthilfemöglichkeiten

Oft ist es möglich, die Alpträume ohne spezielle Therapie in den Griff zu bekommen. Bei Kindern reicht es häufig aus, sie nach dem Aufwachen aus einem Alptraum in den Arm zu nehmen und zu beruhigen. Hilfreich kann es auch sein, am nächsten Tag über den Alptraum zu sprechen oder den Traum malen zu lassen, da das Kind den Traum so besser verarbeiten kann. Manchmal geben die Themen des Traumes auch Hinweise auf dahinter stehenden Ängste oder Probleme – z. B. wenn das Kind immer wieder von einem „bösen Mann“ träumt und sich herausstellt, dass es sich vor dem grimmig schauenden Nachbar fürchtet. Die Eltern können dann gemeinsam mit dem Kind nach Lösungen für das Problem suchen.

Bei Erwachsenen, die wiederholt unter Alpträumen leiden, ist es häufig sinnvoll, den dahinter stehenden Stress bzw. die Ängste in den Griff zu bekommen – z. B. mithilfe von Stressbewältigungsstrategien. Entspannungsverfahren wie die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson oder das Autogene Training können dazu beitragen, Stress abzubauen und so auch abends oder nach dem Aufwachen in der Nacht besser einschlafen zu können.

Sind die Alpträume sehr anhaltend und die damit verbundenen Belastungen stark ausgeprägt, ist häufig eine Psychotherapie sinnvoll. Sie kann dazu beitragen, die hinter den Alpträumen stehenden Probleme zu erkennen und Stress und Ängste abzubauen. Gleichzeitig können typische, wiederkehrende Themen der Alpträume bearbeitet werden, bis die Alpträume schließlich nicht mehr oder nur noch selten auftreten.

e) Medikamentöse Therapie

Eine medikamentöse Behandlung ist bei Alpträumen meist nicht sinnvoll.

Organische Schlafstörungen (nach ICD-10)

Die Informationen zu den folgenden organisch bedingten Schlafstörungen finden Sie auf www.therapie.de:

<http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/schlafstoerungen/organische-schlafstoerungen/>

- 1) Organisch bedingte Ein- und Durchschlafstörungen
 - a) Restless-Legs-Syndrom
 - b) Syndrom der periodischen Beinbewegungen

- 2) Organisch bedingtes krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis (idiopathische Hypersomnie)
- 3) Organisch bedingte Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
 - a) Schlafphasen-Syndrom
 - b) Schlaf-Wach-Störung bei Abweichung vom 24-Stunden-Rhythmus
 - c) unregelmäßiges Schlaf-Wach-Muster
- 4) Schlafapnoe (Atemaussetzer während des Schlafes)
- 5) Narkolepsie und Kataplexie
- 6) Sonstige Schlafstörungen
 - a) REM-Schlaf-Verhaltensstörung (Schenk-Syndrom)
 - b) Kleine-Levin-Syndrom

Quellen

- Jürgen Margraf & Silvia Schneider (2009). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Kapitel: 10: Schlafstörungen. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)
<http://www.charite.de/dgsm/dgsm/index.php>
- Swiss Sleep Society: Schlafstörungen und Tagesschläfrigkeit http://swiss-sleep.ch/?page_id=192
- Hans-Peter Volz & Siegfried Kasper (Hg.) (2008). Psychiatrie und Psychotherapie compact: Das gesamte Facharztwissen. Kapitel 8 : Magdolna Hornyak & Dieter Riemann: Nichtorganische Schlafstörungen (ICD-10: F51).
- WHO (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Hrsg. H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt. Verlag Hans Huber, Bern.
- ICD-10 bei therapie.de: <http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/icd-10/f5-verhaltensauffaelligkeiten/f51-nichtorganische-schlafstoerungen/>
- www.wikipedia.de