Nichtorganische Schlafstörungen

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

	Nein	Ja
(1) **Wann** gehen Sie abends ins Bett? **Wann** stehen sie auf?	Antwort: _____	
(2) Haben Sie **Probleme** mit dem **Einschlafen** oder **Durchschlafen**?	❑	❑
(3) Wie viele **Stunden** schlafen Sie durchschnittlich in der **Nacht**?	Antwort: _____	
(4) Haben Sie das Gefühl, dass ihr Schlaf **nicht erholsam** ist?	❑	❑
(5) Werden Sie **schwer wach** oder sind Sie **tagsüber sehr müde**?	❑	❑
(6) Schlafen Sie **tagsüber**? Wenn ja, wie lange ungefähr?	Antwort: _____	
Beurteilen Sie: Die Dauer, Qualität oder der Zeitpunkt des Schlafes ist gestört.	**Nein** ❑ **→Ende**	**Ja** ❑

	Nein	Ja
(7) Sind Sie aufgrund des gestörten Schlafs **besorgt**? Oder fühlen Sie sich aufgrund ihrer Schlafstörung **tagsüber** in Ihrem Leistungsvermögen **beeinträchtigt** (Müdigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Stimmung, etc.)?	**Nein** ❑ **→Ende**	**Ja** ❑

	Nein	Ja
(8) Wie **häufig** treten Ihre Schlafstörungen auf? Und **wie lange** leiden Sie bereits darunter? ***[mind. drei Mal pro Woche, mind. ein Monat lang]***	❑	❑

	Nein	Ja
(9) Leiden Sie unter **Albträumen**, d.h. unter einem lebhaften Traumerleben voller **Angst** und **Furcht** mit sehr **detaillierter Erinnerung** an den Trauminhalt?	❑	❑

	Nein	Ja
Beurteilen Sie: Es lassen sich verursachenden organischen Faktoren feststellen, wie z.B. neurologische oder internistische Krankheitsbilder, Einnahme psychotroper Substanzen oder einer Medikation	❑	❑ **→Ende**

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg

Bestimmen Sie, ob:

Nichtorganische Insomnie — F 5 1. 0

- ✓ *Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen* oder *schlechte Schlafqualität* ohne erfrischende Wirkung
- ✓ *Mindestens drei Mal pro Woche* während *eines Monats*
- ✓ Deutlicher *Leidensdruck* bzw. *verminderte* alltägliche *Funktionsfähigkeit*

Nichtorganische Hypersomnie — F 5 1. 1

- ✓ Übermäßige *Schlafneigung* am Tag, *Schlafanfälle* oder *verlängerter Übergang* zum Wachzustand
- ✓ *Nicht* durch inadäquate Schlafdauer bedingt
- ✓ *Fast täglich* über mindestens *einen Monat* oder in *wiederkehrenden Perioden* kürzerer Dauer
- ✓ Deutliche *Erschöpfung* oder *Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten*
- ✓ *Keine* Hinweise auf eine organische Schlafstörung (z.B. Narkolepsie, Schlafapnoe)

Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus — F 5 1. 2

- ✓ *Mangel an Übereinstimmung* zwischen individuellem und von der Umgebung geforderten Schlaf-Wach-Rhythmus
- ✓ Führt zu *Schlaflosigkeit* oder *Hypersomnie*
- ✓ Deutlicher *Leidensdruck* oder *Behinderung der Alltagsaktivitäten*

Albträume — F 5 1. 5

- ✓ Häufig wiederkehrende, heftige *Angstträume*
- ✓ Sehr *detaillierte Erinnerung* an den Trauminhalt nach dem Erwachen
- ✓ Das Traumerleben selbst und die resultierende Störung des Schlafes verursachen einen deutlichen *Leidensdruck*

***Hinweis*:** Albträume können ein Symptom der *Posttraumatischen Belastungsstörung* darstellen.

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg