

Dr. med. Judith Bildau
Sleep like a Queen – Raus aus der Erschöpfung:
Wie wir Frauen endlich wieder tief und erholsam schlafen

Gelesen von Eva Becker



SCHLAFTAGEBUCH

Abend: vor dem Einschlafen

	Wie fühlst du dich gerade?	Wie leistungsfähig warst du heute?	Wie müde oder erschöpft hast du dich heute gefühlt?	Hast du heute tagsüber geschlafen?	Hast du in den letzten vier Stunden Genussmittel konsumiert?	Wann gehst du gleich schlafen?
	1: Sehr angespannt. 2: Ziemlich angespannt. 3: Eher angespannt. 4: Eher entspannt. 5: Ziemlich entspannt. 6: Sehr entspannt.	1: Gut. 2: Ziemlich gut. 3: Eher gut. 4: Eher schlecht. 5: Ziemlich schlecht. 6: Schlecht.	0: Gar nicht. 1: Ein wenig. 2: Ziemlich. 3: Sehr.	Falls ja: Wann und wie lange?	Falls ja: Was? (z.B. Alkohol, Zigaretten, Koffein) Wie viel?	Nenne eine Uhrzeit.
Montag						
Dienstag						
Mittwoch						
Donnerstag						
Freitag						
Samstag						
Sonntag						

Morgen: nach dem Aufwachen

	Wie erholsam war die Nacht?	Wie fühlst du dich gerade?	Wie lange brauchtest du ungefähr zum Einschlafen?	Wie oft warst du nachts wach?	Wann bist du heute aufgewacht?	Wie lange hast du insgesamt geschlafen?	Wann bist du aufgestanden?
	1: Sehr erholsam. 2: Ziemlich erholsam. 3: Mittelmäßig. 4: Kaum erholsam. 5: Gar nicht erholsam.	1: Sehr bedrückt. 2: Ziemlich bedrückt. 3: Eher bedrückt. 4: Eher unbeschwert. 5: Ziemlich unbeschwert. 6: Sehr unbeschwert.	Gib eine ungefähre Zeitdauer in Minuten an.	Falls du wach warst: Wie oft? Wie lange jeweils und insgesamt?	Gib eine Uhrzeit an.	Gib eine ungefähre Zeitdauer in Stunden und Minuten an.	Gib eine Uhrzeit an.
Montag							
Dienstag							
Mittwoch							
Donnerstag							
Freitag							
Samstag							
Sonntag							

[illegible]

SCHLAFTAGEBUCH

Auswertung am Ende der Woche

Wie würdest du die Qualität deines Schlafes in dieser Woche insgesamt bewerten? Gibt es Nächte, in denen du besonders gut oder schlecht geschlafen hast?		Welche Emotionen und Gedanken hattest du im Zusammenhang mit deinem Schlaf? Sorgen um Schlaflosigkeit, Freude über eine erholsame Nacht, Stress durch Schlafmangel?	
Welche Muster hast du in deinem Schlafverhalten erkannt? Gibt es bestimmte Tage, an denen du besser oder schlechter geschlafen hast?		Hast du Veränderungen in deiner Schlafumgebung vorgenommen? Neue Matratze, andere Raumtemperatur, Verdunkelungsvorhänge usw.	
Gab es bestimmte Ereignisse oder Umstände, die deinen Schlaf beeinflusst haben? Stress, Ernährung, körperliche Aktivität, Bildschirmzeit vor dem Schlafengehen usw.		Falls vorhanden: Welche Schlafprobleme haben besonders gestört? Z.B. Probleme beim Einschlafen, Durchschlafen, starke Müdigkeit am Morgen.	
Welche Maßnahmen hast du unternommen, um deinen Schlaf zu verbessern? Meditation, feste Schlafenszeiten, keine Koffeinzufuhr am Abend usw.		Was nimmst du dir für die nächste Woche vor? Geänderte Routinen am Abend oder Morgen, Mindset-Arbeit usw.	

Zykluskalender

TAG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tage der Blutung																															
Blutungsstärke																															
Unterleibsschmerzen																															
Kopfschmerzen																															
Übelkeit																															
Wassereinlagerungen																															
Brustspannen																															
Traurigkeit																															
Angst/Panik																															
Schlechter Schlaf																															
Antriebslosigkeit																															
Stimmungsschwankungen																															
Wut/Aggression																															
Hitzewallungen																															
Knochen- und Gelenkschmerzen																															
Kognitive Symptome (z. B. Brain Fog)																															

Stärke der Beschwerden: schwach: – mittel: ● stark: +

Fragebögen

1. Frauen-Schlaf-Index (FSI)

Dieser Fragebogen dient der Selbsteinschätzung deiner Schlafqualität in den letzten vier Wochen. Er ersetzt keine medizinische Diagnose.

Skala:

- ☐ 0 = gar nicht/kein Problem
- ☐ 1 = leicht
- ☐ 2 = mäßig
- ☐ 3 = deutlich
- ☐ 4 = sehr stark/sehr häufig

1. *Einschlafprobleme*

Wie schwierig ist es für dich, abends einzuschlafen?

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. *Nächtliches Aufwachen*

Wie oft wachst du nachts auf und hast Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen?

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. *Frühes Erwachen*

Wie oft wachst du morgens zu früh auf und kannst nicht mehr weiterschlafen?

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4. Zyklusbedingte Schlafveränderungen

Wie stark verändert sich dein Schlaf in bestimmten Phasen deines Zyklus (z.B. während deines Eisprungs, vor und während deiner Periode)?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

5. Hormonelle Unruhe in der Nacht

Wie sehr beeinträchtigen innere Unruhe, Hitzewallungen oder körperliche Anspannung deinen Schlaf?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

6. Tagesmüdigkeit

Wie müde oder erschöpft fühlst du dich tagsüber durch schlechten Schlaf?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

7. Konzentration und emotionale Belastung

Wie sehr beeinflussen Schlafprobleme deine Konzentration, Stimmung oder emotionale Stabilität?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Gedankenkreisen am Abend

Wie stark halten dich Grübeln, Sorgen oder mentale Aktivität vom Einschlafen ab?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

9. Zufriedenheit mit deinem Schlaf

Wie unzufrieden bist du insgesamt mit deinem Schlaf?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Gesamtpunkte (0–36):

0–6: stabiler Schlaf

7–14: leichte Schlafbeeinträchtigung

15–22: moderate Schlafprobleme

23–36: deutliche Einschränkung des Schlafs

2. Frauen-Schlaf-Qualitäts-Index (FSQI)

Dieser Fragebogen dient der Selbsteinschätzung deiner Schlafqualität in den letzten vier Wochen. Er ersetzt keine medizinische Diagnose.

1. Zubettgehzeit

Wann bist du in den letzten vier Wochen gewöhnlich ins Bett gegangen?

→ _____ Uhr

2. Aufstehzeit

Wann bist du gewöhnlich aufgestanden?

→ _____ Uhr

3. Einschlafdauer

Wie lange brauchst du im Durchschnitt, um einzuschlafen?

☐ 0 = unter 15 Minuten

☐ 1 = 16–30 Minuten

☐ 2 = 31–60 Minuten

☐ 3 = über 60 Minuten

4. Schlafdauer

Wie viele Stunden schläfst du im Durchschnitt pro Nacht?

- ☐ 0 = mehr als 7 Stunden
- ☐ 1 = 6–7 Stunden
- ☐ 2 = 5–6 Stunden
- ☐ 3 = weniger als 5 Stunden

5. Nächtliches Aufwachen

Wie oft wachst du nachts auf und kannst nur schwer wieder einschlafen?

- ☐ 0 = nie
- ☐ 1 = selten
- ☐ 2 = häufig
- ☐ 3 = sehr häufig

6. Zyklusbedingte Veränderungen

Wie stark verändert sich dein Schlaf im Verlauf deines Zyklus?

- ☐ 0 = gar nicht
- ☐ 1 = leicht
- ☐ 2 = deutlich
- ☐ 3 = sehr stark

7. Körperliche Symptome in der Nacht

Wie sehr wirst du durch körperliche Symptome gestört (z.B. Hitzewallungen, Schwitzen, Unruhe)?

- ☐ 0 = gar nicht
- ☐ 1 = leicht
- ☐ 2 = mäßig
- ☐ 3 = stark

8. Grübeln am Abend

Wie stark halten dich Gedanken oder Sorgen vom Einschlafen ab?

- ☐ 0 = gar nicht
- ☐ 1 = leicht
- ☐ 2 = deutlich
- ☐ 3 = sehr stark

9. Schlafstörungen durch äußere Einflüsse

Wie häufig wird dein Schlaf durch äußere Einflüsse (z.B. Lärm, Partner*in, Kinder) gestört?

- ☐ 0 = gar nicht
- ☐ 1 = selten
- ☐ 2 = häufig
- ☐ 3 = sehr häufig

10. Einnahme von Schlafmitteln

Wie häufig nimmst du Schlafmittel ein?

- ☐ 0 = nie
- ☐ 1 = seltener als 1× pro Woche
- ☐ 2 = 1–2× pro Woche
- ☐ 3 = 3× oder häufiger pro Woche

11. Tagesmüdigkeit

Wie stark fühlst du dich tagsüber müde oder erschöpft?

- ☐ 0 = gar nicht
- ☐ 1 = leicht
- ☐ 2 = deutlich
- ☐ 3 = sehr stark

12. Beeinträchtigung im Alltag

Wie stark beeinflusst dein Schlaf deine Konzentration, Leistungsfähigkeit oder Stimmung?

- ☐ 0 = gar nicht
- ☐ 1 = leicht
- ☐ 2 = deutlich
- ☐ 3 = stark

13. Subjektive Schlafqualität

Wie würdest du deine Schlafqualität insgesamt einschätzen?

- ☐ 0 = sehr gut
- ☐ 1 = gut
- ☐ 2 = schlecht
- ☐ 3 = sehr schlecht

Gesamtpunktzahl (0–39):

0–7: stabiler Schlaf

8–15: leichte Schlafbeeinträchtigung

16–23: moderate Schlafprobleme

24–39: deutliche Einschränkungen des Schlafs

3. Frauen-Tagesschläfrigkeit-Skala (FTS)

Dieser Fragebogen erfasst, wie wahrscheinlich es ist, dass du in bestimmten Alltagssituationen einnicken oder einschlafen würdest. Bitte beziehe dich auf die letzten vier Wochen.

Wichtig: Es geht um tatsächliches *Einnicken*, nicht nur um Müdigkeit.

Wie wahrscheinlich ist es, dass du in den folgenden Situationen einschläfst?

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

Alltag und typische Situationen

1. Beim Sitzen und Lesen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. Beim Fernsehen oder Serienschauen

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Beim ruhigen Sitzen in der Öffentlichkeit (z. B. Wartezimmer, Meeting)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Als Beifahrerin in einem Auto (ca. 1 Stunde)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5. Während einer längeren Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

**6. Wenn du dich am Nachmittag hinlegst, um dich auszu-
ruhen**

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

7. Beim Sitzen und Reden mit einer anderen Person

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

**8. Nach dem Mittagessen (ohne Alkohol), wenn du ruhig
sitzt**

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

**9. Beim ruhigen Liegen am Abend (z. B. auf dem Sofa oder
im Bett)**

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Care, Alltag und mentale Belastung

**10. Während du für eine andere Person verantwortlich bist
und selbst ruhig sitzt**

(z. B. Betreuung, Begleitung, Unterstützung)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

11. In Momenten, in denen du nach einem vollen Tag oder nach Fürsorge für andere endlich zur Ruhe kommst

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

12. Beim ruhigen Sitzen ohne Verpflichtungen

(z.B. Warten, Pause machen, einfach kurz nichts tun)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Gesamtpunktzahl (0–36):

0–8: normale Tagesschläfrigkeit

9–14: erhöhte Tagesschläfrigkeit

15–22: deutliche Tagesschläfrigkeit

23–36: starke Tagesschläfrigkeit

4. Frauen-Schlafüberzeugungs-Fragebogen (FSF)

Dieser Fragebogen erfasst, welche Gedanken und Überzeugungen du zum Thema Schlaf hast. Bitte beziehe dich auf die letzten vier Wochen.

Bewerte, wie sehr du den folgenden Aussagen zustimmst:

- ☐ 0 = stimme überhaupt nicht zu
- ☐ 1 = stimme eher nicht zu
- ☐ 2 = stimme eher zu
- ☐ 3 = stimme voll zu

1. Schlafbedarf und Erwartungen

1. Ich muss eine bestimmte Anzahl an Stunden schlafen, sonst funktioniere ich am nächsten Tag nicht.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. Wenn ich schlecht geschlafen habe, kann mein Körper das kaum ausgleichen.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Guter Schlaf ist entscheidend dafür, wie ich meine täglichen Aufgaben als Frau bewältige.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. Kontrolle über den Schlaf

4. Ich habe wenig Kontrolle darüber, wie gut ich ein- oder durchschlafe.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5. Je mehr ich versuche zu schlafen, desto schlechter gelingt es mir.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

6. Schlaf ist etwas, das »einfach passieren muss«, sonst funktioniert er nicht.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Frauenspezifische Belastungsfaktoren

7. Hormonelle Veränderungen (z. B. Zyklus, Perimenopause, Schwangerschaft) beeinflussen meinen Schlaf stark.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

8. Wenn mein Alltag von Verantwortung für andere geprägt ist, verschlechtert sich mein Schlaf automatisch.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

9. Mein Schlaf hängt stark davon ab, wie viel mentale Belastung ich am Tag hatte.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Sorgen und Konsequenzen von schlechtem Schlaf

10. Wenn ich schlecht schlafe, mache ich mir schnell Sorgen um meine Gesundheit.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

11. Schlechter Schlaf beeinflusst meine Stimmung und meine emotionale Stabilität stark.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

12. Wenn ich nachts wach liege, bewerte ich das schnell als »Problem«.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5. Schlaf und Leistungsdruck

13. Ich erwarte von mir selbst, trotz schlechter Nacht am nächsten Tag voll leistungsfähig zu sein.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

14. Ich fühle mich unter Druck, meinen Schlaf »optimieren« zu müssen.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

6. Care und mentale Last

15. Wenn ich für andere verantwortlich bin, hat das direkten Einfluss auf meinen Schlaf.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

16. Ich kann erst wirklich schlafen, wenn alles für andere organisiert oder erledigt ist.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Gesamtpunktzahl (0–48):

0–12: gesunde Schlafüberzeugungen

13–24: leicht dysfunktionale Schlafgedanken

25–36: deutlich belastende Schlafüberzeugungen

37–48: stark dysfunktionale Schlafmuster

5. *Ich habe das Gefühl, dass mein Schlaf nicht tief oder erholsam ist.*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

6. *Ich wache morgens auf und fühle mich nicht erholt, obwohl ich genug geschlafen habe.*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. Tagesschläfrigkeit und kognitive Symptome

7. *Ich habe Konzentrationsprobleme oder mentale Verlangsamung.*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

8. *Ich nicke in ruhigen Alltagssituationen ungewollt ein.*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Frauenspezifische Symptompräsentation

9. *Ich fühle mich tagsüber reizbar, ängstlich und leide unter Stimmungsschwankungen.*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

10. *Ich wache morgens häufig mit Kopfschmerzen oder trockenem Mund auf.*

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Medizinische Risikofaktoren

11. Ich befinde mich in der Peri- oder Postmenopause

- ☐ 0 = nein
- ☐ 1 = möglich / unklar
- ☐ 2 = Perimenopause
- ☐ 3 = Postmenopause

12. Bei mir liegt eine Schilddrüsenunterfunktion oder ein Struma (Schilddrüsenvergrößerung) vor.

- ☐ 0 = nein
- ☐ 1 = unklar / Verdacht
- ☐ 2 = diagnostiziert, gut eingestellt
- ☐ 3 = diagnostiziert, nicht optimal eingestellt

Gesamtpunktzahl (0–36):

0–10: niedriges Risiko für eine schlafbezogene Atmungsstörung

11–18: erhöhtes Risiko für eine schlafbezogene Atmungsstörung

19–26: hohes Risiko für eine schlafbezogene Atmungsstörung

27–36: sehr hohes Risiko für eine schlafbezogene Atmungsstörung

6. Frauen-Restless-Legs-Screening (FRLS)

Dieser Fragebogen dient der Einschätzung deiner Beschwerden, die auf ein Restless-Legs-Syndrom (RLS) hinweisen können. Er ersetzt keine medizinische Diagnose. Bitte beziehe dich auf die letzten vier Wochen.

Antwortskala (für Abschnitt 1–2)

- ☐ 0 = nie
- ☐ 1 = selten
- ☐ 2 = häufig
- ☐ 3 = sehr häufig
- ☐ 4 = sehr stark/ fast jede Nacht

1. Typische RLS-Symptome

1. Ich habe unangenehme Empfindungen in den Beinen (z. B. Kribbeln, Ziehen, Unruhe).

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. Der Bewegungsdrang in meinen Beinen wird stärker, wenn ich zur Ruhe komme.

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. Die Beschwerden treten vor allem abends oder nachts auf.

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4. Bewegung (z. B. Gehen, Strecken) lindert die Beschwerden kurzfristig.

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

5. Die Beschwerden stören mein Einschlafen oder Durchschlafen.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

6. Ich wache nachts aufgrund von Beinunruhe oder Bewegungsdrang auf.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. Schlaf- und Tagesauswirkungen

7. Meine Schlafqualität wird durch die Beinunruhe deutlich beeinträchtigt.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. Ich fühle mich tagsüber müde oder erschöpft aufgrund meiner nächtlichen Beschwerden.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. Frauenspezifische Risikofaktoren

Zyklus und hormonelle Phase

9. Ich befinde mich in der Perimenopause.

☐ 0 = nein

☐ 1 = möglich/unklar

☐ 2 = ja, verbunden mit seltener und/oder schwächerer Menstruation

☐ 3 = ja, verbunden mit häufiger und/oder stärkerer Menstruation

Eisenstatus***10. Ich habe starke Menstruationsblutungen.***

- ☐ 0 = nein
- ☐ 1 = gelegentlich
- ☐ 2 = häufig
- ☐ 3 = sehr stark/ ausgeprägt

11. Bei mir liegt ein Eisenmangel vor.

- ☐ 0 = nein
- ☐ 1 = unklar/ Verdacht
- ☐ 2 = ja, Eisenmangel (Ferritin niedrig, Hämoglobinwert normal)
- ☐ 3 = ja, Eisenmangelanämie (Ferritin niedrig, Hämoglobinwert niedrig)

Gesamtpunktzahl (0–44):

0–12: niedriges Risiko für das Vorliegen eines RLS

13–22: leicht erhöhtes Risiko für das Vorliegen eines RLS

23–32: moderates bis hohes Risiko für das Vorliegen eines RLS

33–44: sehr hohes Risiko für das Vorliegen eines RLS

SCHLAFMEDIZINER*INNEN

Hier findest du verschiedene Listen mit Schlafmedizinerinnen und Schlafmedizinerinnen in Deutschland:

STERN-Ärzteliste:

<https://www.stern.de/stern-studien/aerzte/schlafmedizin--das-sind-empfehlenswerte-aerzte-aus-dem-bereich-31711044.html>

FOCUS-Ärzteliste:

<https://www.focus-gesundheit.de/top-mediziner/suche/schlafmedizin/deutschland>

SCHLAFLABORE

Auf der Website der **Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)** findest du eine Liste mit allen zertifizierten Schlaflaboren in Deutschland:

<https://www.dgsm.de/fileadmin/dgsm/Arbeitsgruppen/insomnie/AG-Insomnie-Liste-Schlaflabore-05-2016.pdf>

PODCASTS ZUR ENTSPANNUNG, ZUR MEDITATION UND FÜR TRAUMREISEN

Einschlafen Podcast (Toby Baier): <https://einschlafen-podcast.de>

Meditation zum Einschlafen (Ralf Lederer und Chutikarn Lederer):

<https://podcasts.apple.com/de/podcast/meditation-zum-einschlafen/id1574044170>

Mindlook – Geführte Meditation: <https://mind-look.de/pages/about-us>

Koala Mind – Meditation und Achtsamkeit (Petra Hess): <https://www.koala-mind.com/>

Meditation für jeden Tag – Dein Podcast für geführte Meditation und Entspannung (Paulina Thurm):

<https://open.spotify.com/show/OpHJWgdSdTCw7zadFFbamy>

APPS FÜR KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE

DiGA (Digitale Gesundheitsanwendung) auf Basis der k-VT (ärztlich verordnet werden die Kosten von den privaten und gesetzlichen Krankenkassen übernommen)

Somnio: <https://somn.io>

HelloBetter Schlafen: <https://hellowebetter.de/blog/hellowebetter-schlafen-auf-rezept/>

Somnovia: <https://somnovia.de>

APP FÜR ACCEPTANCE-AND-COMMITMENT-THERAPIE (ACT)

RestWise – Sleep Anxiety Help: <https://restwisesleep.com>

RestWise ist eine App, die auf der Acceptance-and-Commitment-Therapie für Schlaflosigkeit (ACT-I) basiert und ein selbstgeführtes Programm für besseren Schlaf bietet. Sie soll gegen Schlaflosigkeit sowie nächtliches Grübeln helfen, indem sie Betroffene dabei unterstützt, eine gelassenere Einstellung zum Ausruhen zu entwickeln. Die App und die zugehörigen Inhalte stehen aktuell leider ausschließlich auf Englisch zur Verfügung.

SELBSTHILFEGRUPPEN

Auf der Website der **Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)** findest du eine Liste mit Selbsthilfegruppen in Deutschland, die sich mit Schlafstörungen befassen:

<https://www.dgsm.de/gesellschaft/fuer-patienten/selbsthilfegruppen>