

Schlaf – Schlafstörung und Therapie

M.v.Wachter



Aus www.schlafgestoert.de, Hajak, G. & Rüther, E. (1995) und S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf – Schlafstörungen
Mit Illustrationen von Claudia Styrsky, München

Verbreitung von Schlafstörungen

Wer unter chronischen Schlafstörungen leidet, hat oft das Gefühl, er wäre der Einzige, der sich durch die Nacht quälen muss, während alle anderen gut schlafen.

Etwa jeder vierte Erwachsene leidet gelegentlich unter Ein- oder Durchschlafstörungen. 15 % aller Erwachsenen in Deutschland leiden an einer behandlungsbedürftigen Schlafstörung. (Dreßing H, Riemann D (1994))
Bei jedem 10. liegt bereits eine chronische Schlafstörung vor.
10 Mio. Deutsche sind schwerst betroffen.
40% der über 65jährigen klagt über unzureichenden Schlaf bzw. Schlafprobleme.
Über die Hälfte der Schichtarbeiter mit Nachtschichten klagt über Schlafstörungen
Schlafstörungen zählen damit zu den häufigsten psychosomatischen Beschwerden
Schlafstörung wird oft nicht Ernst genommen

Menschen mit einer chronischen Schlafstörung sind erheblich beeinträchtigt, haben eine verminderte Leistungsfähigkeit, sind in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt, haben ein erhöhtes Unfallrisiko und es besteht die Gefahr der Selbstmedikation mit Alkohol und / oder Tabletten mit entsprechendem Suchtrisiko.

Schlafstörungen

Insomnie - Mangel an Schlafqualität oder Schlafquantität.

Einschlafstörung
Durchschlafstörung
Nicht erholsamer Schlaf
Tagesschläfrigkeit

Schlafbeschwerden

- Nicht einschlafen können
- Häufiges Kurzerwachen
- Langes nächtliches Wachliegen
- Unruhiger flacher Schlaf
- Lautes unregelmäßiges Schnarchen
- Gelegentliches Schlafwandeln
- Beobachtung nächtlicher Atempausen
- Herzrhythmusstörungen
- Schlaflähmung
- Krämpfe in den Beinen
- Mißempfindungen im Bereich der Extremitäten
- Bewegungsunruhe, meist im Bereich der Beine
- Frühes erwachen am morgen
- Gedankenkreisen mit „Problemgrübeln“ oder Planungsgedanken
- Ärger und Verzweiflung über gestörten Schlaf
- Anspannung / Unruhe / Herzklopfen

Tagesbefindlichkeit

- Müdigkeit
- Unwohlsein
- Einschränkung der Konzentration und Leistungsfähigkeit
- Irritabilität
- Depressive Verstimmung
- Muskelschmerzen
- Überwiegendes Beschäftigtsein mit der Schlafstörung

Normaler Schlaf

Es gibt keine bestimmte Schlafdauer, die erforderlich ist. Die meisten Menschen kennen aus eigener Erfahrung die Schlafmenge, die sie benötigen, um erholt und ausgeschlafen zu sein. Die durchschnittliche Schlafdauer liegt in den Industrieländern bei etwa 7 Stunden, Individuell aber sehr unterschiedlich zwischen ca. 5 und 9 Stunden.

Verschiedene Schlafstadien

Das Einschlafstadium 1

Der leichte Schlaf 2

Der Tiefschlaf Stadium 3 und 4

Schlafzyklen

REM-Schlafphasen 20 % der Schlafzeit

kurzen, häufig nur eine Minute dauernden Aufwachphasen sind ganz normal

Im Alter weniger Tiefschlaf

zum gesunden Schlaf eines 50jährigen gehört durchaus, dass er mehrere Male in der Nacht wach wird

Was hat der Körper vom Schlaf?

Regeneration (Tiefschlaf)

Stärkung des Immunsystems

Gedächtnisarbeit (REM-Schlafphasen)

Verarbeitung von Erlebnissen (Träume)

Formen der Schlafstörung

- Schlafstörung durch akute Belastung (Streß, Konflikte, emotionale Belastung)
- psychische Schlafstörung (unbewußte seelische Konflikte stören den Schlaf)
- Physiologische Schlafstörung (chronisch erhöhter Erregungszustand und Fehlverhalten im Umgang mit dem Schlaf, falsche Schlafhygiene)
- Schlafstörung bei Schichtarbeit
- Organische Schlafstörung (Schlafapnoesyndrom 1%, Syndrom der ruhelosen Beine, Syndrom der periodischen Beinbewegungen)
- Schlafstörungen bei körperlichen Erkrankungen (Schmerzzustände, Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Fibromyalgie, neurolog. Erkrankungen usw.)
- Schlafstörung bei Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit
- Schlafstörung bei psychischen / psychiatrischen Erkrankungen

Schlafstörung bei psychischen Störungen

70% der psychiatrisch oder psychisch kranken Patienten klagen über eine Insomnie.

- Depression
- Angststörung, Panikstörung
- Zwangserkrankung: Eßstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Psychosen

Schmerz und Schlaf

Schmerz führt über Stress und Anspannung zu Ein- und Durchschlafstörungen, es ist daher nicht verwunderlich, dass 50-80% der chronischen Schmerzkranken unter Schlafproblemen leiden. Anhaltende Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus verringern die körpereigene Schmerzhemmung, Schlaf hingegen schützt vor Schmerzempfindungen. 3 Tage Schlafentzug führt auch bei Gesunden zu Spontanschmerz (Haack 2009).

Die chronische Schlafstörung

Mehr als 6 Monate

Das Symptom der Schlafstörung „verselbständigt“ sich.

Es entsteht eine eigenständige Erkrankung.

Die auslösende Ursache spielt dann kaum noch eine Rolle.

Es entwickelt sich ein Teufelskreislauf der Schlafstörung.

40% der Betroffenen leiden bereits mehr als fünf Jahre

Schlaflosigkeit beherrscht in hohem Maße den gesamten Alltag des Betroffenen. Allabendliche Anstrengungen, besser schlafen zu können sind vergeblich und führen zur Angst vor jeder bevorstehenden Nacht, zu innerer Anspannung und nächtlichem Angst- und Ärgergefühlen.

„Wie wird die Nacht werden?“

Ich werde wieder stundenlang wachliegen, grübeln, mich quälen.

Wie soll ich den nächsten Tag schaffen, wenn ich nicht ausgeschlafen bin.

Wenn es so weitergeht, werde ich krank oder verrückt werden.“ ·

Nächtliche Wachphasen sind von körperlicher Unruhe, vegetativer Begleitsymptomatik wie Herzklopfen und Schwitzen und vermehrtes Gedankenkreisen begleitet. Tagsüber kommt es zu depressiven Verstimmungen, Angst, Anspannung und Einschränkung der Konzentration und Leistungsfähigkeit. Paradoxerweise schlafen die Betroffenen z. B. beim Fernsehen ein, also in Umgebungen, wo sie eigentlich nicht schlafen wollen.

Circulus vitiosi (Folie). Die Angst vor dem Nicht-einschlafen-können erzeugt eine erhöhte Erregungsbereitschaft und vegetative Labilisierung und damit wieder eine Schlafstörung.

Folgen

Man geht früher bzw. zu unterschiedlichen Zeiten zu Bett, um jeweils den richtigen Müdigkeitspunkt abzapassen: Unregelmäßige Zubettgehzeiten instabilisieren unseren inneren biologischen Rhythmus

Kurzschlafphasen am Tage

Alkohol als Schlafhelfer: Tatsächlich verbessert Alkohol das Einschlafen, aber schon relative geringe Mengen Alkohol führen zu einer erheblichen Störung der zweiten Nachthälfte.

Therapie der Schlafstörung

Schlafhygiene

Viele Betroffene haben falsche und häufig auch angstbesetzte Vorstellungen über die Natur des normalen/gesunden Schlafes (z.B. „Wer nicht genug schläft, wird verrückt“ oder „Zu einem gesunden Schlaf gehört es, nachts nicht aufzuwachen“).



Praktische Tipps zur Schlafhygiene

- Nehmen Sie vier bis sechs Stunden vor dem Schlafengehen keine koffeinhaltigen Getränke oder Medikamente zu sich.
- Rauchen Sie grundsätzlich nicht vor dem Schlafengehen oder während der Nacht.
- Trinken Sie vier bis sechs Stunden vor dem Schlafengehen keine alkoholischen Getränke.
- Nehmen Sie vor dem Schlafengehen keine schweren Mahlzeiten ein. Eine leichte Nacht Mahlzeit kann hingegen schlaffördernd wirken.
- Betreiben Sie einige Stunden vor dem Schlafengehen keinen körperlich anstrengenden Sport.
- Beseitigen oder reduzieren Sie lästige Lichtquellen, Lärmgeräusche und extreme Temperaturen im Schlafzimmer.
- Vermeiden Sie auf die Uhr zu sehen. Viele Menschen, deren Schlaf gestört ist, schlafen besser, wenn der Zeitdruck entfällt. Verstecken Sie den Wecker z. B. im Kleiderschrank, um den Drang zur Kontrolle der Uhrzeit zu unterbinden
- Achten Sie auf Schlafrituale (beruhigende positive Tätigkeiten)

Menschen mit Schlafproblemen entwickeln Strategien, um sich dem gestörten Schlafrhythmus anzupassen. Dazu zählen regelmäßige Nickerchen am Tage, übermäßiger Kaffeekonsum, alkoholische Getränke vor dem Schlafengehen, Nacharbeit und unregelmäßige Schlafenszeiten.

Die Einschlafschwierigkeiten beruhen dann auf Gewöhnungseffekten, die eine allgemeine Anspannung und ausgeprägte Angst vor Schlaflosigkeit hervorrufen. Das Schlafzimmer wird automatisch mit quälenden Einschlafversuchen assoziiert, was zu Anspannung und Unruhe führt.

Dies kann so weit gehen, daß Menschen, die unter Einschlafstörungen leiden, auf dem Sofa oder im Sessel schlafen, weil sie aufgrund der negativen Assoziationen im Schlafzimmer keinen Schlaf mehr finden.

Diese Phänomene, die sich auf die Schlafbedingungen bezieht, können mit zwei verschiedenen Therapiemethoden behandelt werden:

Stimuluskontrolle und Schlafrestriktion.

Beide sind effektiver als eine medikamentöse Therapie (3/4 der Betroffenen hilft sie anhaltend)

Stimuluskontrolle

Mit der Stimuluskontrolle soll die Beziehung zwischen Schlaf und Schlafzimmer wieder normalisiert werden. Dies wird erreicht, indem die im Bett schlaflos verbrachte Zeit reduziert wird.

Regeln der Stimuluskontrolle

1. Gehen Sie erst dann schlafen, wenn Sie sich müde fühlen.
2. Wenn sie innerhalb von 15–30 Minuten nicht einschlafen können (ungefähr abschätzen, ohne auf den Wecker zu schauen), stehen Sie auf und gehen in einen anderen Raum. Bewegen Sie sich oder lenken Sie sich ab (z. B. etwas trinken oder lesen oder eine langweilige Tätigkeit ausführen).
3. Gehen Sie wieder ins Bett, wenn Sie sich schläfrig fühlen. Wenn Sie nicht einschlafen, wiederholen Sie diesen Vorgang so oft wie nötig.
4. Morgens zur gleichen Zeit aufstehen, auch am Wochenende, und möglichst keinen Mittagsschlaf machen.

Schlafrestriktion

Viele Betroffene liegen länger im Bett um mehr Schlaf zu bekommen

Mit dem Mittel der Schlafrestriktion wird die im Bett verbrachte Zeit auf die tatsächlich geschlafene Zeit begrenzt.

Schlafprotokoll: im Bett verbrachte und die faktisch geschlafene Zeit über 1 bis 2 Wochen im Tagesprofil gemessen

Danach wird die im Bett verbrachte Zeit auf die tatsächliche Schlafenszeit reduziert. mind. 5 Std. (Am Anfang schwer, da müde und her Schlafdruck)
Sobald sich die Qualität des Schlafes verbessert, schrittweise um 15 min verlagern bis der angemessene Zeitplan für den individuell benötigten Schlaf gefunden.

Die Technik der Schlafrestriktion schreibt eine bestimmte Schlafenszeit und nicht eine bestimmte im Bett zu verbringende Zeit vor. Stimuluskontrolle und Schlafhygiene lassen sich mit der Technik der Schlafrestriktion kombinieren.

Problembewältigung

Eine weitere Methode zur Bekämpfung von Schlafproblemen ist die bewußte Auseinandersetzung mit den eigenen Sorgen und Problemen innerhalb eines täglich festgelegten Zeitkontingents. In dieser Zeit setzt man sich ganz bewußt mit den eigenen Problemen auseinander und sucht nach Lösungsansätzen. Nehmen Sie sich jeden Abend 30 Minuten Zeit und widmen Sie sich an einem Ort, an dem Sie allein und ungestört sind, Ihren Problemen. Schreiben Sie dann Ihre Sorgen auf 3 bis 5 Karten und benutzen Sie für jedes Problem eine einzelne Karte. Hierbei kann es sich um ganz banale Angelegenheiten handeln - wie z. B. an einen Anruf oder an den Geburtstag eines Freundes zu denken- oder aber um ernste Probleme, z. B. finanzieller oder familiärer Art. Wenn Sie auf diese Weise alle Probleme schriftlich erfaßt haben, ordnen Sie diese nach Schwere und Bedeutung. Betrachten Sie dann Karte für Karte und suchen Sie Lösungen für jedes einzelne Problem. Sicher wird es nicht für alle Probleme leichte Lösungswege geben, aber schon kleine Erfolge können die Psyche entscheidend entlasten. Sehen Sie die Karten am nächsten Morgen durch und fangen Sie an, die Lösungsvorschläge in die Tat umzusetzen.

Andere therapeutische Verfahren

- Kognitive Fokussierung (Konzentration auf angenehme und beruhigende Gedankenbilder)
- Gedankenstopp (nächtliche Grübeleien durchbrechen)
- Streßbewältigung
- Entspannungstherapie
- Psychotherapie (angezeigt, wenn als Ursache oder als Folge der Schlafstörung psychische Probleme/Störungen vorliegen. z.B. Depression)

Medikamentöse Therapie

- pflanzlich bei leichten Schlafstörungen: Baldrian, Hopfen, Melisse
- Benzodiazepine nur für 1 Woche wegen Suchtrisiko
- Benzodiazepinrezeptoragonisten „Z-Medikamente“ (Stilnox=Zolpidem; Ximovan= Zopiclon) können für den Kurzzeitgebrauch von 3 bis 4 Wochen empfohlen werden. Eine Intervalltherapie mit Benzodiazepinrezeptoragonisten 3 Tage /Woche bei längerer Einnahme sinnvoll, Suchtrisiko, daher nicht über mehrere Monate.
- Die sedierenden schlafanstoßenden Antidepressiva Trimipramin, Trazodon (keine Gewichtszunahme) und Doxepin (Zulassung) können zur Verringerung nächtlicher Wachperioden empfohlen werden auch Agomelatonin oder Mirtazapin. Antidepressiva machen keine Abhängigkeit.
- niederpotente Neuroleptika Melperon, Pipamperon (Promethazin/Atosi, Quetiapin)
- Retardiertes Melatonin kann zur Behandlung der Insomnie bei Patienten mit einem Alter über 55 Jahren empfohlen werden, geringer Effekt, kein unretardiertes M. nehmen.

Wirksamkeit

Psychologische Techniken helfen bei über 75% der Betroffenen.
Stimulus-Kontrolle und Schlafrestriktion sind wirksamer beim Einschlafen als Medikamente (Benzos)! Bei Durchschlafstörung sind sie genauso wirksam wie Medikamente.
(M. Smith, American Journal of Psychiatry, 1/2002)

CDs und Kasette bei **Schlafstörungen** können Sie bei uns Ausleihen

1. Kraft, D.: Hilfe bei Schlafstörungen mit sanfter Hypnose
2. S. Altmeyer: Einschlafhilfe auf Entspannungs-CD aus Aachen
3. soundersleepsystem www.soundersleep.com
4. "Wege in die Entspannung + Gesunder Schlaf" Atementspannung, Muskelentspannung und Visualisierung www.stressverminderung.de

DVD

Wenn der Schlaf zum Albtraum wird - Schlafstörungen und ihre Behandlung auf der DVD Psychosomatische Erkrankungen, Auditorium Netzwerk / Jokers Verlag
 Dr. med. Martin v. Wachter, Dr. med. Askan Hendrichke.
 Die Seele schweigt - der Körper spricht - Psychosomatische Erkrankungen und ihre Behandlung

Literaturhinweise und Internetlinks

Selbsthilfe:

Dieter Riemann. Ratgeber Schlafstörungen: Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe 2003
 Claudia Croos-Müller Schlaf gut - Das kleine Überlebensbuch Soforthilfe bei Schlechtschlafen, Albträumen und anderen Nachtqualen. Kösel 2014
 Backhaus, J. & Riemann, D.: Schlafstörungen bewältigen. Informationen und Anleitungen zur Selbsthilfe. Belz-Verlag 18,- Euro (Schlaflabor Uni Freiburg)
 Jürgen Zully, Barbara Knab: Die kleine Schlafschule. Herder 8,90 Euro
 Borbely, A. A. (1984): Das Geheimnis des Schlafs. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung. DVA, Stuttgart (z.Z nicht im Buchhandel erhältlich, aber im Internet unter folgender Adresse abrufbar: <http://www.unizh.ch/phar/sleep/buch>)
 Degen, R. (1997): Der kleine Schlaf zwischendurch. Rororo-TB
 Hobson, J.A. (1998): Schlaf - Gehirnaktivität im Ruhezustand. Spektrum der Wissenschaft, 1989
 Lavie, P.: Die wundersame Welt des Schlafes. 1997
 Zimmer, D. (1984): Wenn wir schlafen und träumen. Kösel-Verlag, München.
 Kraft, D. Hilfe bei Schlafstörungen, Hypnose, CD, Tel. 06434 915161
 Tages- und Einschlafübungen: <http://www.soundersleep.com>

Ärzte und Therapeuten:

Hajak, G. & Rütger, E. (1995): Insomnie. Springer, Berlin-Heidelberg.
 Schlaftraining - Ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen
 Hogrefe-Verlag
 Müller, T.; Paterok B.: Schlaftraining - ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen. Hogrefe 1999
 Riemann, D.; Backhaus, J.: Behandlung von Schlafstörungen, PVU-Beltz, 1996
 Berger, M. (Hrsg.) (1992): Handbuch des normalen und gestörten Schlafs. Springer, Berlin-Heidelberg.

Wer nachts schlaflos surft

<http://www.schlafgestoert.de> (Schlaflabor Uni Münster)
 Die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)
<http://www.dgsm.de/> (Ratgeber, Liste mit 237 Schlaflaboren)
 Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)
<http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/schl-01.htm>
<http://www.besserschlafenmitselbsthypnose.de/>
 Youtube SchmerzTV Schlafstörungen

**Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische
 Medizin am Ostalb-Klinikum Aalen
 Im Kälblesrain 1, 73430 Aalen.
 Tel. 07361-55 1801 , Fax 07361-55 1803
<http://www.psychosomatik-aalen.de>**

2015
 J:\Materialien für
 Patienten\Erstgespräch\Patienteninfo
 Schlafstörung.doc