

Ein- und Durchschlafstörungen: Primäre Insomnie

Patrick Kolb, 2010



Der Schlaf ist wie eine Taube. Wenn Du die Hand ruhig ausstreckst, kommt sie herbei und lässt sich darauf nieder, wenn du sie aber ergreifen willst, fliegt sie davon.

Psychiater P. Dubois

Inhaltsverzeichnis

1. Basiswissen über Schlaf	Seite 3
1.1. Schlafphysiologie	Seite 3
1.2. Chronobiologie	Seite 5
1.3. Ontogenese	Seite 6
1.4. Schlafregulation	Seite 7
1.5. Funktion	Seite 7
2. Schlafstörungen im Allgemeinen	Seite 8
3. Primäre Insomnien: Ein- und Durchschlafstörungen	Seite 9
3.1. Prävalenz	Seite 9
3.2. Formen	Seite 9
3.3. Definition und Diagnose	Seite 9
3.4. Ätiologie und Pathogenese	Seite 10
4. Professionelle Hilfe	Seite 13
5. Medikamentöse Behandlung	Seite 14
5.1. Barbiturate	Seite 14
5.2. Benzodiazepine	Seite 14
5.3. benzodiazepinähnliche Hypnotika	Seite 15
5.4. Antidepressiva und Neuroleptika	Seite 15
5.5. pflanzliche Präparate	Seite 15
5.6. Alkohol	Seite 15
5.6. Regeln zur Einnahme von Schlafmitteln	Seite 15
6. Psychotherapeutische Behandlung	Seite 16
7. Verwendet Literatur	Seite 18

Mit dem Schlaf ist es ähnlich, wie mit der Gesundheit und dem Glück, wir bemerken ihre Bedeutung und positiven Auswirkungen erst wenn sie einmal nicht mehr vorhanden sind. Wir sprechen von Schlafstörungen, wenn sie sich über einen länger definierten Zeitraum hinweg manifestieren und wir selber auch darunter leiden.

Die Verbreitung (Prävalenzrate) und Anzahl der Ersterscheinungen (Inzidenzrate) scheint in den letzten Jahren gestiegen zu sein. Mittlerweile wird davon gesprochen, daß 20% der Patienten in Allgemeinarztpraxen über Schlafstörungen klagen.

Trotz des scheinbaren Bedarfs und der starken, gesicherten Evidenzbasierung von psychotherapeutischen Behandlungskonzepten werden nachwievor fast ausschließlich medikamentöse Behandlungen in Anspruch genommen.

Die vorliegende Broschüre soll eine kurze Einführung in die psychotherapeutische (und medikamentöse) Behandlung von primären Insomnien darstellen, also die umgangssprachlich bezeichneten Ein- und Durchschlafstörungen. Ziel ist es die Pflege eines erholsamen Schlafes, also die sogenannte Schlafhygiene leichter zu gestalten. Da diese Broschüre also Begleitheft zur eigentlichen Psychotherapie bei Schlafstörungen konzipiert ist, werden hier auch keine grundlegenden Tips und Ratschläge unterbreitet. Dazu gibt es im Handel mittlerweile genügend Ratgeber.

1. Basiswissen über Schlaf

Dorsch definiert Schlaf in seinem Wörterbuch als *„ein gewöhnlich periodisch auftretender, der Erholung dienender Zustand der Ruhe und des Sich-Abschließens von der Umwelt unter Herabsetzung oder Aufhebung des Tagesbewußtseins und der willkürlichen Bewegung“* (Dorsch, 1994, Seite 683).

Diese knappe Definition beinhaltet bereits wichtige Punkte, auf die ich nachfolgend näher eingehen möchte, auch um eventuelle Mythen und falsche Annahmen zu dekonstruieren, da diese erwiesenermaßen sehr oft an Schlafstörungen beteiligt sind.

Es gibt keine verbindlichen, objektivierbaren Kriterien für einen sogenannten „normalen Schlaf“. Schlaf ist stets ein äußerst individuell erlebtes und interpretiertes Geschehen. So bestehen erhebliche inter- und intraindividuelle Unterschiede hinsichtlich Schlafbedarf, Schlafdauer und Toleranzgrenzen.

Guter, erholsamer Schlaf ist Ausdruck innerer Ausgeglichenheit, und nicht so sehr ihre Ursache. Da Wachen und Schlafen stets in engem Zusammenhang zu sehen sind, reichen einfache Techniken, wie sie von den Klienten oft erwünscht werden, in der Regel längerfristig nicht aus. Es geht vielmehr darum, daß der Klient seinen Lebensstil überdenkt und gegebenenfalls ändert.

1.1. Schlafphysiologie

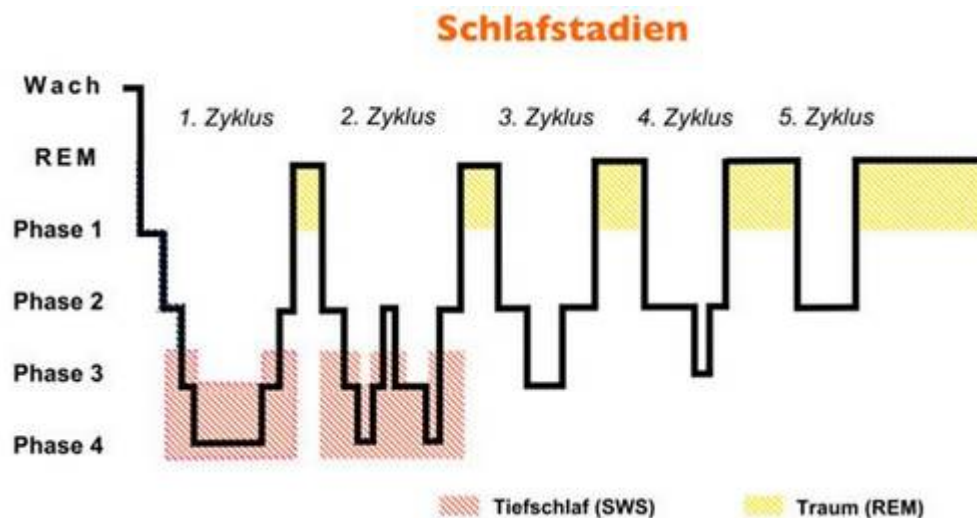
Der Schlaf ist ein leicht irritierbarer psychophysiologischer Ruhezustand, mit einer zyklischen Struktur. Das heißt nichts anderes wie, daß unser Schlaf aus mehreren sich abwechselnden, wiederkehrenden Phasen besteht.

Diese sogenannten Schlafstadien lassen sich per Messungen der Gehirnströme (mit dem Elektroenzephalogramm, EEG), der Augen (mit dem Elektrookulogramm, EOG) und der Muskeln (mit dem Elektromyogramm, EMG) bestimmen und klar voneinander abgrenzen.

Bei gesunden Menschen unterliegen die Schlafstadien einer relativ stabilen zyklischen Abfolge, die in die Non-Rem-Stadien (Phase 1 bis 4) und den Rem-Schlaf unterteilt werden können (siehe Grafik). Alle Stadien sind für eine gute Nachtruhe von Bedeutung. Auch der leichte Schlaf gehört zu einem gesunden Schlaf.

In diesem Zusammenhang wird von der „Schlaftrappe“ gesprochen, weil der Schlaf eigentlich nichts anderes ist, wie ein Auf- und Abgehen auf den einzelnen Stufen einer Treppe. Die benannten

Phasen werden in einer Nacht 4 bis 5 Mal durchlaufen, mit jeweils unterschiedlicher Dauer. Es findet ein zyklischer Ablauf von Rem und Non-Rem-Phasen statt. Die erste Rem-Periode tritt nach 80 bis 120 Minuten auf. Im Verlauf der Nacht nehmen die tiefen Schlafstadien zusehends ab, während die Rem-Phasen an Länge gewinnen.



Einschlafen

Die meisten Erwachsenen benötigen zum Einschlafen in der Regel zwischen 5 und 10 Minuten. Die Gedanken werden wandern gelassen. Herzfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur sinken. Während die Gehirnwellen anfangen sich zu verändern.

Es ist durchaus „normal“ auch mal an einigen Tagen und Nächten etwas länger zum Einschlafen zu benötigen, sei es weil das Abendmahl etwas üppiger ausgefallen ist, kurz vor dem Zubettegehen noch eine Tasse Kaffee zu sich genommen wurde oder einfach weil am darauffolgenden Tag ein wichtiges Meeting ansteht.

Stadium 1

Nach einer kurzen Zeit des Dösens treten wir in die erste Phase ein, einen Zustand zwischen eben besagtem Dösen und Schlaf. Der Muskeltonus nimmt in dieser Phase ab und die Augen rollen sich bereits langsamer. Auf kognitiver Ebene kann es zu hypnagogen Halluzinationen kommen, die zum Schlaf führen.

Werden wir in dieser Phase geweckt, so haben wir den Eindruck noch gar nicht geschlafen zu haben und wir berichten von statischen Traumbildern.

Stadium 2

Der eigentliche Schlaf beginnt mit dem Eintritt in die Phase 2, wobei es sich um den sogenannten Leichtschlaf handelt. Die Muskelspannung sinkt noch weiter. Es sind keine Augenbewegungen mehr vorhanden.

Die Phase 2 nimmt in etwa die Hälfte des gesamten Nachtschlafs in Anspruch.

Werden wir in dieser Phase geweckt, so ähneln die Traumhalte den Geschehnissen aus dem Alltag.

Stadium 3 und 4

Die Stadien 3 und 4 sind sehr miteinander verbunden und die Übergänge zwischen ihnen sind noch fließender als bei den anderen Phasen. Die Phasen 3 und 4 sind die eigentliche Tiefschlafphasen, und machen zirka 10 bis 15% des nächtlichen Schlafes aus.

Der Muskeltonus ist mittlerweile weiter abgesunken. Trotzdem kommt es in diesen Phasen gerne zum Sprechen im Schlaf und Schlafwandeln.

Werden wir in dieser Phase geweckt, so können wir uns kognitiv nur sehr selten an Traum inhalte erinnern.

Während der Phasen 1 bis 4 sinken fast alle vitalen Lebenszeichen, wie Blutdruck, Atemfrequenz, Puls, Muskeltonus usw.

Es ist auch durchaus normal mehrmals pro Nacht aufzuwachen, jeweils nach einem vollständigen Schlafzyklus. Meistens sind wir uns dieses Aufwachens am darauffolgenden Morgen nicht mehr bewußt.

Rem-Phasen

Aserinsky und Kleitman entdeckten im Jahre 1953 den Rem-Schlaf. Rem steht für Rapid Eye Movement, also zu Deutsch schnelle Augenbewegungen.

In dieser Schlafperiode ist die Muskelspannung extrem niedrig und der Körper somit sehr entspannt. Würde die betreffende Person in dieser Phase geweckt, so wäre sie anfangs fast bewegungsunfähig, bis der Tonus zurück in die Muskeln gekehrt ist.

Werden wir in dieser Phase geweckt, so berichten 90% der Personen von visuellen und halluzinatorischen Traumerlebnissen.

Die Rem-Phasen stellen hoch aktive Schlafphasen dar. Herz- und Atemfrequenz steigen in dieser Zeit erneut an.

1.2. Chronobiologie

Die Chronobiologie des Schlafes meint nichts anderes wie die Schlaf-Wach-Rhythmik, also das Abwechseln zwischen Wachheits- und Schlafzustand. Diese Rhythmik hängt eng zusammen mit anderen biologischen Rhythmen, wie beispielsweise dem Ausscheiden von Hormonen oder dem Wechsel zwischen Hell und Dunkel.

Der Mensch verfügt über eine Art innere Uhr, die in wissenschaftlichen Experimenten erwiesen hat, daß die Phasen des Wachseins und des Schlafens einer gewissen Gesetzmäßigkeit unterliegen, und sich (wenn der Mensch nicht darauf einwirkt) von selbst einstellen und ablaufen. Das Problem entsteht allerdings wenn wir bedingt durch unsere Arbeitszeiten (im extremsten Fall Jetlag oder wechselnde Schichtarbeit) in diese innere Uhr eingreifen. Dadurch muß unsere innere Uhr sich ständig neu einstellen und readjustieren, was viel Energie beansprucht und bei vielen Menschen zu Schlafstörungen führen kann.

Unsere natürliche Schlaf-Wach-Rhythmik unterliegt einer Phasenlänge von 25 bis 26 Stunden, und eben nicht 24 Stunden. Zudem haben Untersuchungen erwiesen, daß wenn wir uns von der Einengung durch die Arbeitszeiten befreien würden, der Mensch zweimal innerhalb von 24 Stunden schlafen würde: Nachts und Nachmittags. Ähnlich wie es Babies und Kleinkinder gerne tun. Das wäre unser „natürlicher“ Schlaf-Wach-Rhythmus, den wir aber bedingt durch Arbeit und Schule nicht einhalten können. Es ist dennoch sehr wichtig sich dieser Gesetzmäßigkeiten bewußt zu sein, da dies auch die Bedeutung von regelmäßigen Ruhe- und Schlafpausen unterstreicht. Genauso wie diese Erkenntnis die Bedeutung der Regelmäßigkeit von Aufsteh- und Zubettgehzeiten unterstreicht. Auch an Wochenenden ist es deshalb ratsam zur gleichen Zeit schlafen zu gehen und aufzustehen!

Die Chronobiologie des Schlafes wird maßgeblich von Hormonen bestimmt, deren Ausscheidung einerseits einer gewissen Regelmäßigkeit unterliegt und andererseits auch von äußeren Bedingungen abhängig ist. Das sogenannte Schlafhormon Melatonin wird ausgeschüttet wenn der Lichteinfluß vermindert oder beseitigt ist, also während der Nacht. Aus diesem Grund es ist auch ratsam bei verdunkelten Fenstern zu schlafen. Bei hellem Licht, also tagsüber schüttet der Körper das Hormon

Cortisol aus, welches am Vormittag seinen maximalen Punkt erreicht. Während Melatonin müde macht, hat Cortisol eine aufweckende und wachhaltende Funktion.

Es bestehen dennoch große interindividuelle Unterschiede in der Chronobiologie des Schlafes. Es gibt vereinfacht ausgedrückt zwei große Typen: Lerchen und Eulen, oder anders formuliert Frühaufsteher und Nachtmenschen. Es macht wenig Sinn zu versuchen gegen die individuelle Neigung anzukämpfen, sondern vielmehr sollte man versuchen sein Leben daran zu akkomodieren, insoweit dies beruflich, familiär und sozial möglich ist.

1.3. Ontogenese

Das eben besprochene Schlaf-Wach-Verhalten weist nicht nur große interindividuelle, sondern auch intraindividuelle Variationen auf.

So verändert sich das polyphasische Schlafverhalten eines Babies oder Kleinkindes, von mehreren kürzeren Phasen des Schlafens pro Tag hin zu immer weniger Schlafphasen, diese dann aber mit einer größeren Dauer.

Mit dem Alter nimmt in der Regel die Schlafdauer konsequent ab, und pendelt sich in etwa um das 30. Lebensjahr bei 7 bis 8 Stunden pro Tag ein.

Beim Wegfall der Erwerbstätigkeit und der dadurch bedingten Auflockerung von sozialen Konventionen, tendieren ältere Menschen wieder mehr zu einem biphasischen Schlafmuster, also auch Nachmittags und Nachts zu schlafen. Die gesamte Dauer bleibt in etwa gleich, es kommt eben zu mehreren Unterbrechungen und somit vermehrt zu bi – oder polyphasischen Schlafmustern.

Aber nicht nur Schlafdauer und Rhythmus verändern sich mit dem Altern, sondern auch die sogenannte „innere Architektur“. So nehmen mit dem Alter die Schlafstufen 3 und 4 konsequent ab, was nichts anderes bedeutet, als daß der ältere Menschen nicht mehr so tief schläft. Da sie mehr Zeit in den leichteren Schlafstadien verbringen, wachen sie deshalb auch Nachts häufiger auf.

Die nachfolgende Tabelle gibt das altersbezogene durchschnittliche Schlafbedürfnis pro Tag beim Menschen wieder. Wobei unbedingt zu betonen ist, daß dies durchschnittliche Werte sind, und es durchaus Abweichungen gibt, die nicht als pathologisch zu betrachten sind.

Alter	durchschnittliches Schlafbedürfnis pro Tag
Neugeborene	bis zu 18 Stunden
1–12 Monate	14–18 Stunden
1–3 Jahre	12–15 Stunden
3–5 Jahre	11–13 Stunden
5–12 Jahre	9–11 Stunden
Teenager	9–10 Stunden
Erwachsene und Ältere	7–8 (+) Stunden
Schwangere Frauen	8 (+) Stunden

Empirische Studien haben auch belegt, daß nicht die Dauer des Schlafes entscheidend ist, sondern vielmehr das subjektive Empfinden der Erholbarkeit des Schlafes. Dauerhaftes langes Schlafen (über 11 Stunden) und sehr kurzes Schlafen (unter 4 Stunden) führen erwiesenermaßen auf Dauer zu einer erheblichen Verringerung der Lebenserwartung. Also zu wenig und zu viel schlafen kann beides schädlich sein!

1.4. Schlafregulation

Es ist ein Trugschluß anzunehmen, daß der Mensch tagtäglich mindestens 8 Stunden Schlaf benötige. Die Variationsbreite geht von 4 bis 10 Stunden, und der Mittelwert liegt in etwa bei 7 bis 8 Stunden. Es ist also keine Lebensnotwendigkeit unbedingt 8 Stunden pro Tag schlafen zu müssen. Wichtig ist vielmehr unsere Befindlichkeit im Anschluß an den Schlafen, also Qualität geht vor Quantität!

Die Folgen des Schlafmangels sind kurzfristig weniger schwerwiegend als oft befürchtet wird. Ein kurzer Schlafentzug führt zu Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblemen, während die körperliche Leistungsfähigkeit und die Stoffwechselfvorgänge meistens nur geringfügig beeinträchtigt sind. Somit besteht vorerst einmal bei Schlafdefizit keinerlei Lebensbedrohung!

Nach einer Schlafentzugsperiode muß keineswegs der gesamte verlorene Schlaf nachgeholt werden. Studien haben erwiesen, daß die Phasen des Tiefschlafs nach solchen Perioden geringen Schlafes ausgeprägter sind. Es ist also nicht nur unnötig, sondern macht darüberhinaus auch gar keinen positiven Effekt den verlorenen Schlaf gezielt „nachzuschlafen“.

Genausowenig nützt es „vorzuschlafen“, also zu versuchen einen noch gar nicht vorhandenes Schlafdefizit im Vorraus durch überschüssigen Schlaf zu verhindern. Der Körper ist gar nicht in der Lage Schlaf zu speichern.

Langschläfer haben lediglich mehr Rem-Phasen als Kurzschläfer, während Anzahl und Dauer der Tiefphasen gleich bleiben.

Den Weltrekord im Schlafentzug hält der Amerikaner Randy Gardner. Im gelang es in der Tat (gewollt) 11 Tage und Nächte wach zu bleiben. Am Anschluß gab er eine Pressekonferenz und legte sich dann schlafen. Wie lange glauben Sie wird er geschlafen haben? Nach bereits 14 Stunden wachte er erholt auf. Seine zweite Erholungsnacht dauert dann „nur noch“ 10 Stunden. Bereits in der dritten Folgenacht pendelte sich seine Schlafdauer bei seinem alten Muster von 8 Stunden ein.

1.5. Funktion

Der Schlaf ist, wie bereits eingangs erwähnt, ein aktiver körperlicher Vorgang, der zu physischer und psychischer Erholung führt.

Der Schlaf dient der metabolischen Erholung. Vor allem in den Tiefphasen findet eine wichtige Proteinsynthese statt, welche behilflich ist Körperzellen zu erneuern und zu reparieren. Aus diesem Grund ist Schlaf bei Kindern auch sehr wichtig, da während des Schlafes auch Wachstumshormone ausgeschüttet werden, dies kennen sicherlich die meisten Eltern. Das Kleinkind wird abends im neuen Schlafanzug ins Bett gelegt und morgens beim Aufwachen ist der Anzug plötzlich zu klein geworden. Das Kind ist im wahrsten Sinne des Wortes über Nacht gewachsen.

Dem Schlaf kommt auch eine große Bedeutung bei den Abwehrfunktionen unseres Körpers zu, was auch der plausible Grund ist, wieso Schlaf immer noch die beste Medizin ist. Arthur Schopenhauer hat einmal formuliert: *„Der Schlaf ist für den ganzen Menschen, was das Aufziehen für die Uhr ist“*. Im Rem-Schlaf werden Ereignisse aus unserem Alltag verarbeitet. Bei Demenzkranken ist eine deutliche Verminderung des Rem-Schlafes vorzufinden, was somit die Konsolidierung von Gedächtnisinhalten erschwert oder gar verhindert.

Der Schlaf hilft unserem Gehirn sich zu entspannen und ein wenig Ordnung in das Gedächtnis und die Eindrücke vom Tag zu bringen. Was auch durch die Wirkung bestätigt wird, einmal „eine Nacht über etwas zu schlafen“. Am folgenden Tag sehen die Dinge oft gleich ganz anders aus.

2. Schlafstörungen im Allgemeinen

Schlafstörungen sind heutzutage sehr verbreitet, und genauso unterschiedlich sind ihre Erscheinungsformen und Ursachen.

Ich berufe mich in dieser Broschüre auf die Störungsklassifikation des ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Internationale Classification of Diseases Version 10).

Auf die sogenannten organischen Schlafstörungen werde ich an dieser Stelle nicht eingehen, da deren Behandlung (bis auf das sekundäre nächtliche Einnässen F98.0) nicht in den Aufgabenbereich der Psychologen und Psychotherapeuten fallen. Hier steht die Behandlung der organischen Symptome im Vordergrund. Auch Ein- und Durchschlafstörungen können die Folge einer organischen Krankheit sein, wie beispielsweise bei Erkrankungen von Herz, Lunge, Magen, Darm, Nieren, Schilddrüsenüberfunktion, Parkinson usw.

Nicht-organische Schlafstörungen haben psychische Ursachen im weitesten Sinne, und fallen deshalb in den Tätigkeitsbereich von Psychologen und Psychotherapeuten. Sie können auch Folge von psychischen Grunderkrankungen sein, wie beispielsweise Depressionen, Manie, Psychosen, oder Substanzmißbrauch (Drogen, Alkohol, Medikamente). In einem solchen Fall sollte die therapeutische Intervention an diesen Grundstörungen ansetzen. Aus diesem Grund ist es wichtig sowohl organische als auch psychische Grunderkrankungen auszuschließen oder abzuklären.

Nicht-organische Schlafstörungen		Organische Schlafstörungen	
<i>a) Dyssomnien</i>			
F 51.0	Nicht-organische Insomnie	G 47.8	Kleine-Levin-Syndrom
F 51.1	Nicht-organische Hypersomnie	G 47.4	Nicht-psychogene Störung mit exzessivem Schlaf (Narkolepsie)
F 51.2	Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	G 47.2	Nicht-psychogene Störung mit unangebrachten Schlafenszeiten
<i>b) Parasomnien</i>			
F 51.3	Schlafwandeln	G 47.3	Schlafapnoe
F 51.4	Pavor nocturnus	G 25.3	Episodische Bewegungsstörungen und nächtliche Myoklonien
F 51.5	Alpträume	G 25.8	Syndrom der unruhigen Beine (Restless legs-Syndrom)
F 51.8	Andere nicht-organische Schlafstörungen	R 33.8	Primäre Enuresis nocturna
F 51.9	Nicht näher bezeichnete nicht-organische Schlafstörungen	F 98.0	Sekundäre Enuresis nocturna

Quelle: Backhaus und Reimann, 1999, Seite 2

ICD-10 trennt die nicht-organischen Schlafstörungen in Dyssomnien und Parasomnien. Dyssomnien sind grob vereinfacht ausgedrückt Schlafstörungen, wo der Schlaf als unzureichend oder nicht erholsam empfunden wird. Parasomnien hingegen umfassen Störungen mit abnormen Ereignissen, die während des Schlafes auftreten, wie beispielsweise Schlafwandeln oder nächtliches Hochschrecken (Pavor nocturnus).

Die hier vorliegende Broschüre konzentriert sich auf die sogenannten nicht-organischen Insomnien, auch noch primäre Insomnien oder einfach Ein- und Durchschlafstörung genannt.

3. Primäre Insomnien: Ein- und Durchschlafstörungen

3.1. Prävalenz

In Westeuropa leiden in etwa 10% der Bevölkerung an primären Insomnien (einige Angaben sprechen sogar von bis zu 25%).

Vor der Behandlung ist eine Differentialdiagnose unumgänglich, um etwaige organische oder psychische Grunderkrankungen auszuschließen. In einem solchen Fall ist die Schlafstörung nämlich die Folge einer anderen primären Grunderkrankung und wir sprechen dann von sekundärer Insomnie.

Insomnien sind in allen Altersgruppen vorzufinden, allerdings nimmt die Verbreitung mit dem Anstieg des Alters zu. Frauen leiden zudem häufiger an primärer Insomnie als Männer.

Oft lassen sich primäre Insomnien im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten oder psychischen Störungen vorfinden, das heißt es liegt eine sogenannte Komorbidität vor.

Bei unbehandelten Insomnien liegt eine erhöhte Signifikanz zur Chronifizierung vor, was die Dringlichkeit psychotherapeutische und/oder medikamentöse Intervention noch einmal unterstreicht.

3.2. Formen

Primäre Insomnien lassen sich noch einmal unterteilen in:

- Einschlafstörungen
- Schlafunterbrüche
- Frühzeitiges Aufwachen am Morgen

Außerdem lassen sich primäre Insomnien noch aufgrund ihrer Frequenz unterscheiden, und zwar in:

- Transitorische Insomnien: die Schwierigkeiten treten nur einige Tage auf, meistens verursacht durch Aufregung oder Stress (bspw. bei Kindern vor Prüfungen oder Schulbeginn nach Schulferien)
- Kurzfristige Insomnie: die Störungen tritt für einen Zeitraum von 2 bis 3 Wochen auf, bedingt durch anhaltenden Stress in Beruf oder Familie. Sobald die Stressoren abklingen verschwindet auch die Beeinträchtigung des Schlafes
- Chronische Insomnie: die Schlafstörungen sind fast jede Nacht vorhanden

3.3. Definition und Diagnose

Ethymologisch bedeutet Insomnie „komplette Schlaflosigkeit“. *„Im klinischen Sprachgebrauch werden darunter Ein- und/oder Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, unerholsamer Schlaf und damit assoziierte Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit wie etwa Leistungs- und Konzentrationsstörungen und erhöhte Tagesmüdigkeit verstanden“* (Backhaus und Reimann, 1999, Seite 1).

Zentraler Punkt bei Definition und Diagnose einer primären Insomnie ist das subjektive Empfinden. Es besteht demnach eine deutliche Diskrepanz zwischen Schlafbedürfnis und subjektivem Schlafvermögen, das heißt der Betroffene hat das Empfinden weitaus weniger zu schlafen als er benötigt oder zu glauben benötigt.

Die ICD-10 Klassifikation gibt folgende Kriterien für die Diagnose der nicht-organischen Insomnie (F51.0) an (Dilling & Freyberger, 2010):

- A. Klagen über Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität ohne erfrischende Wirkung.
- B. Die Schlafstörungen treten mindestens dreimal pro Woche während mindestens eines Monats auf.
- C. Die Schlafstörungen verursachen entweder einen deutlichen Leidensdruck oder wirken sich störend auf die alltägliche Funktionsfähigkeit aus.
- D. Verursachende organische Faktoren fehlen, wie z.B. neurologische oder andere somatische Krankheitsbilder, Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen oder eine Medikation.

Zu Beginn der Behandlung einer Insomnie sollte, wie bereits erwähnt, eine Differentialdiagnose vorgenommen werden, die sich aus folgenden Verfahren zusammensetzen kann:

Diagnostisches Vorgehen bei Insomnien.

1. Körperliche Anamnese/Diagnostik

- frühere und jetzige körperliche Erkrankungen
- Medikamente, Alkohol, Nikotin, Drogen
- Labor, z. B. TSH, T₃, T₄
- EEG/EKG/ggf. CT des Schädels

2. Psychiatrische/psychologische Anamnese

- Jetzige bzw. frühere neurotische bzw. psychotische Erkrankungen
- Persönlichkeitsfaktoren
- Konflikte

3. Schlafanamnese

- Interview-Leitfaden nach DSM-III-R/-IV
- Schlafstagebuch
- Tagesbefindlichkeit
- Besondere Ereignisse/äußere Faktoren
- Fremdanamnese: Periodische Beinbewegungen/Atempausen/Schnarchen
- Vorgeschichte der Schlafstörungen
- Kindheit/Familienanamnese

4. Aktometrie

5. Polysomnographie

- Verdacht auf Schlafapnoe
- Verdacht auf Restless Legs-Syndrom/nächtliche periodische Beinbewegungen
- Chronische therapierefraktäre Insomnie

Quelle: Backhaus und Reimann, 1999, Seite 19

3.4. Ätiologie und Pathogenese

Genau wie wir über den Schlaf an sich bei weitem noch nicht alles wissen, so bestehen auch hinsichtlich der Ein- und Durchschlafstörungen noch unzählige Fragen offen. Sicher ist hingegen, daß Ätiologie (Ursachen) und Pathogenese (krankhafte Entwicklung) multifaktoriell sind. Primäre Insomnie ist in den seltensten Fällen nur auf eine einzige Bedingung zurückzuführen, sondern es kommen stets mehrere zusammen, die sich dann auch oft noch wechselseitig verstärken, und dadurch einen sogenannten Schneeballeffekt auslösen.

(Streng genommen treffen die nun folgenden Ursachen für Schlafstörungen nicht ausschließlich bei primären Insomnie zu, sondern auch bei anderen Formen der Schlafstörungen)

Biologische Bedingungen

- biologische Erkrankungen (z.B. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder der Atemwege)
- altersbedingte Veränderungen
- Medikamente, vor allem zentral stimulierende oder dämpfende Mittel, die den Schlaf direkt beeinflussen, aber auch solche, bei denen Schlafstörungen eine unerwünschte Nebenwirkung darstellen
- aber auch die Einnahme von stimulierenden oder schweren Substanzen (z.B. Kaffee, fettiges Essen)
- Erkrankungen des Zentralnervensystems (z.B. Morbus Parkinson)
- psychiatrische Erkrankungen (z.B. nach ICD-10 Major Depression)
- Störungen des biologischen Schlaf-Wach-Rhythmus
- gesteigerte physiologische Aktivierungsniveau (z.B. erhöhte Herzfrequenz, erhöhter Muskeltonus, erhöhte Körpertemperatur, erhöhte Kortisol-Ausschüttung)

Umweltbedingungen

- physikalische Umweltreize (z.B. Lärm, Licht, Fernseher der weiterläuft)
- chemische Umweltreize (z.B. Schadstoffe)

Lernbedingungen

- sekundär chronifizierte Schlafstörungen, die durch die Assoziation zwischen dem Aufsuchen des Bettes und dem gestörten Schlaf infolge einer akuten Erkrankung entstanden sind
- weitere Konditionierungen einzelner Reize an eine einmal erlebte Schlafstörung
- Schlafzimmer und Bett können als diskriminierende Reize konditioniert worden sein, beispielsweise weil häufig in dieser Umgebung auch andere Aktivitäten ausgeführt werden (z.B. Fernsehen, Essen – sexuelle Aktivitäten gehören hier nicht dazu). Das Bett wird dadurch zum Hinweisreiz für Wachheit statt für Müdigkeit
- Störung gewohnter schlafbegünstigender Rituale (z.B. durch eine erzwungene Veränderung der Lebensgewohnheiten wie Wohnungswechsel)
- Kognitionen, die sich auf Probleme des abgelaufenen Tages oder auf die Zukunft richten und nicht unterbrochen werden können
- (Furcht vor) Alpträumen
- erhöhte psychophysiologische Erregung durch anregende Aktivitäten unmittelbar vor dem Schlafengehen (z.B. Lesen, Fernsehen, Joggen)

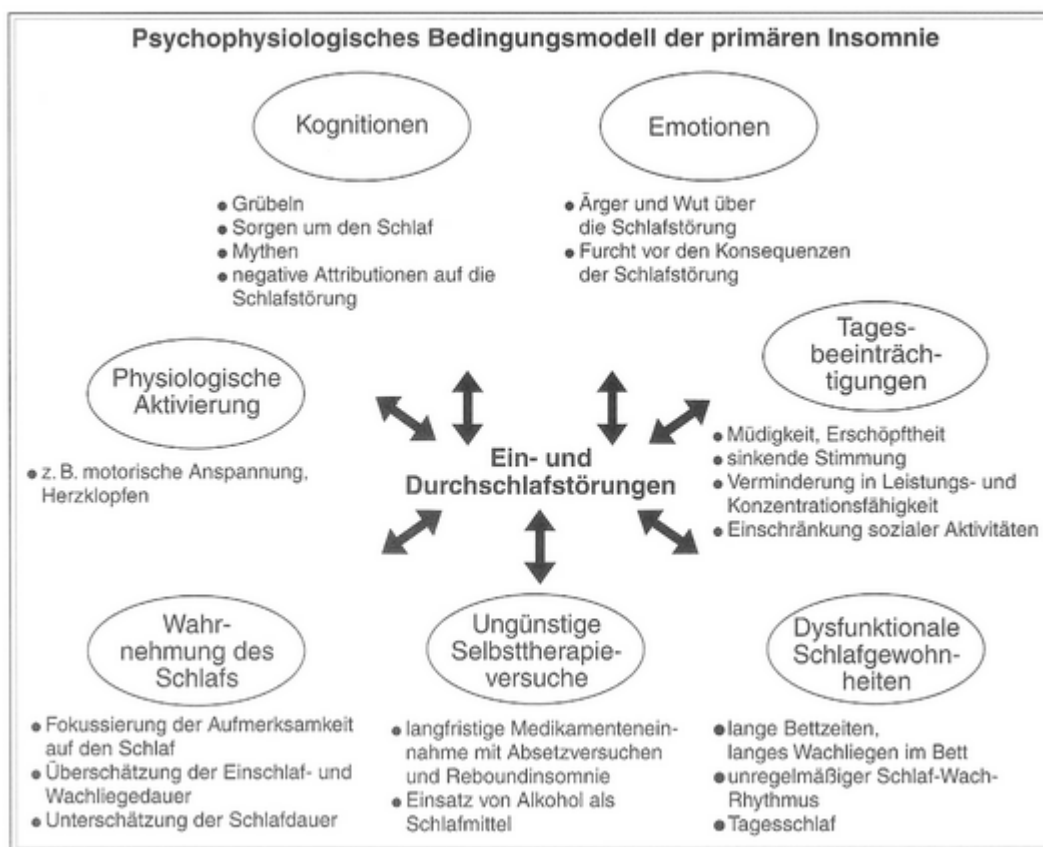
Kognitionen und Emotionen

- Erwartungsangst aufgrund vorangegangener Erfahrungen, erneut nicht ein- und/oder durchschlafen zu können – nach dem Prinzip der Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung

- damit in Zusammenhang stehende irrationale Befürchtungen und Grübeln über die Folgen des Schlafmangels oder Fehleinschätzungen hinsichtlich des persönlichen Schlafbedarfs
- Insomniepatienten führen häufig eine übertriebene Schonhaltung am Tag, eben aus dem Gefühl der mangelnden Ausgeruheheit, was dann dazu führt, daß sie sich immer weniger in der Lage sehen ihre Alltagsaktivitäten zufriedenstellend auszuführen, was wiederum die Belastung erhöht und den Schlaf beeinträchtigt. Dadurch entsteht gerne ein Teufelskreis.

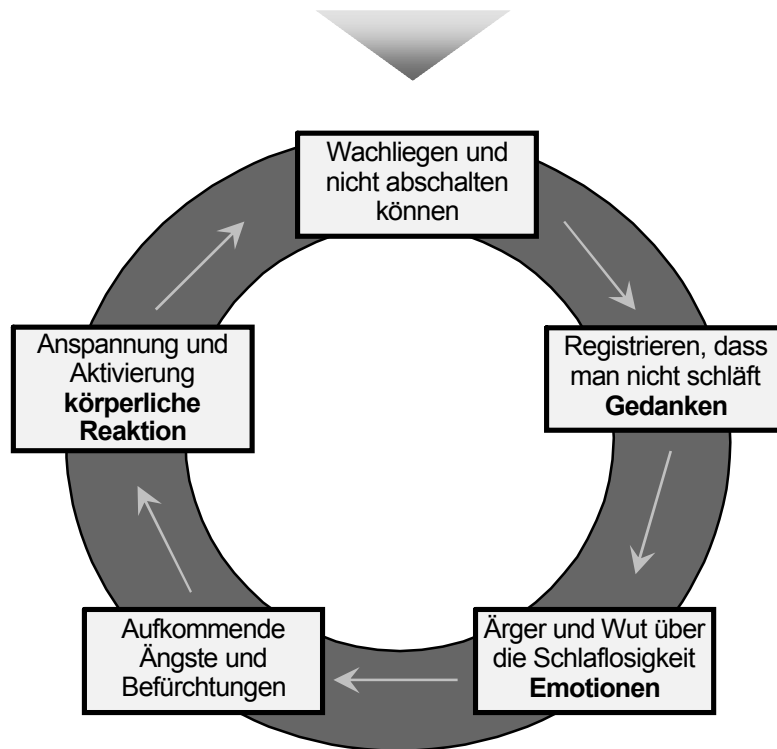
Persönlichkeitsfaktoren

- Schlafgestörte setzen sich oft mehr mit ihrem Schlaf auseinander als Nicht-Schlafgestörte
- sie können in der Regel auch weniger gut abschalten und manifestieren die Tendenz Probleme überzubewerten und eher zu internalisieren (also sich selber die Schuld zu geben)
- sie können zudem negative Gefühle weniger gut externalisieren



Quelle: Backhaus und Reimann, 1999, Seite 18

Bei Patienten, die unter primärer Insomnie leiden sind selbstverständlich nicht alle Bedingungen und Symptome anzutreffen. Meistens kommen aber einige der erwähnten Faktoren zusammen, und diese lösen, dann den bereits erwähnten Schneeballeffekt aus, und der Patient gerät dadurch rasch in einen sogenannten nächtlichen Teufelskreis:



4. Professionelle Hilfe

Ich habe bereits oben angeführt, daß es primäre Insomnien gibt, die transitorisch oder kurzfristig sind, diese gehören fast schon zum „normalen“ Schlafverhalten und sind nicht überzubewerten. In der Regel sind diese nicht professionell behandlungsbedürftig, außer die betreffende Person merkt, daß solche Schlafstörungen immer wieder in regelmäßigen Abständen auftreten.

Anders verhält es sich mit den chronischen Insomnien, die fast tagtäglich präsent sind. Sollten die Schlafstörungen länger als einen Monat, und an mehr als 3 Tagen pro Woche auftreten, und sollte das subjektive Tagesempfinden als negativ eingeschätzt werden, so ist professionelle Hilfe anzuraten.

Der erste Weg sollte der Besuch beim Hausarzt sein, der gegebenenfalls an einen Schlafmediziner überweist. Die individuelle Krankengeschichte, körperliche Untersuchungen sowie Laboruntersuchungen können bereits in dieser ersten Etappe wichtige Hinweise auf mögliche Ursachen der Störungen geben. Bei schwerwiegenden Störungen kann auch der Besuch in einem klinischen Schlaflabor angebracht sein.

Lassen sich körperlichen Ursachen ausfindig machen, so können diese relativ effizient und rasch durch die entsprechenden Behandlungen beseitigt werden.

Liegen allerdings keine unmittelbaren körperlichen Ursachen vor, so ist eine Kombination von Pharmako- und Psychotherapie anzuraten. Je nach Schweregrad der Störungen kann auch auf eine der beiden Therapieformen alleine zurückgegriffen werden, hierüber sollte der behandelnde Arzt entscheiden.

Die Nicht-Behandlung einer chronischen Insomnie kann in der Tat zu einer schwerwiegenden Chronifizierung führen, mit deutlichen Einbußen der Tageswachheit und der Leistungsfähigkeit, sowie natürlich auch Beeinträchtigungen des Abwehrsystems, was zu einer Zunahme von Krankheiten führen kann.

5. Medikamentöse Behandlung

Die Einnahme von Medikamenten bei Schlafstörungen ist in unseren Breitengraden sehr verbreitet. Die medikamentöse Behandlung kann durchaus helfen einen gesunden und erholsamen Schlaf zu unterstützen und die Wachheit am Tage zu steigern. So daß der Betroffenen zumindest eine gewisse Zeit besser und erholsamer schlafen kann.

Die positive Wirkung der Medikation hält allerdings nicht lange an, und die eigentlichen Ursachen der Insomnie werden dadurch auch nicht beseitigt. Ich vergleiche die medikamentöse Behandlung gerne mit einer Gehilfe bei einem Beinbruch. Die Krücke heilt den Bruch selber nicht, aber sie kann durchaus behilflich sein, daß der Körper den Bruch selber rascher heilen kann. Aus diesem Grunde sollte stets versucht werden die Medikamente nur zeitweilig einzusetzen, denn wer wünscht sich schon bei einem Beinbruch sein leben Lang mit einer Gehilfe gehen zu müssen?

Es ist auch durchaus möglich Medikamente nur kurzfristig einzusetzen, wie beispielsweise bei einem Jetlag, Schichtwechsel, akutem Stress oder vorhersehbarem Stress. In einem solchen Fall werden die Medikamenten nur 1 bis 3 Tage lang eingenommen.

Das „ideale Schlafmittel“ gibt es nicht, denn alle Medikamente, die bei Insomnie helfen können, habe Neben- und Nachwirkungen. Zudem besteht bei den meisten ein hohes Abhängigkeits- und Suchtpotential.

5.1. Barbiturate

Während früher als Schlafmittel eher die sogenannten Barbiturate eingesetzt wurde, haben mittlerweile die Benzodiazepine die führende Rolle übernommen. Barbiturate haben am darauffolgenden Tag den Nacheffekt einer starken Müdigkeit („Hangover“, ähnlich dem Alkoholkater). Zudem sind bei Barbituraten tödliche Überdosierungen möglich, vor allem im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol.

5.2. Benzodiazepine

Benzodiazepine gibt es mit unterschiedlichsten Wirkmöglichkeiten: Hypnotika (die eigentlichen Schlafmittel), Tranquilizer (umgangssprachlich als Beruhigungsmittel betitelt), Anxiolytikum (gegen Ängste) und noch weitere. Bekannte Benzodiazepin-Präparate sind Serax, Temesta, Valium, Xanax, Lexotanil, Tranxene uvm.

Die Benzodiazepin-Hypnotika verändern die physiologische Schlafstruktur. Die Einschlafzeit wird reduziert und auch die Anzahl der Aufwachphasen vermindert sich. Stattdessen unterdrücken die meisten Mittel den Tief- und den REM-Schlaf. Dafür werden die Phasen 1 und 2 erhöht.

Das plötzliche Absetzen von Benzodiazepin-Hypnotika kann zu einer sogenannten Rebound-Insomnie führen, das heißt nach abruptem Absetzen des Medikaments kann es zu Schlafstörungen kommen, die deutlich ausgeprägter sind als vor der Medikamenteneinnahme. Wobei zu betonen ist, daß diese Schlafstörungen dann Medikamenten bedingt sind. Dies führt in der Regel beim Betroffenen zur erneuten Einnahme der Benzodiazepine, so daß es früher oder später zu einer

Toleranz kommen kann. Diese führt dann in einem nächsten Schritt zu einer Erhöhung der Dosierung um die gleiche Wirkung zu erzielen und damit zu Abhängigkeit.

Benzodiazepine unterscheiden sich noch nach ihrer Halbwertszeit, das heißt der Dauer ihrer Wirkung. Hier wird zwischen kurzen (weniger als 5 Stunden), mittleren und langen (mehr als 8 Stunden) Halbwertszeiten differenziert. Bei einer kurzen Halbwertszeit kann es durchaus vorkommen, daß das Medikament gegen Morgen nachläßt und der Betroffene deshalb früher aufwacht. Andererseits kann es durchaus sein, daß bei einer langen Halbwertszeit morgens noch erhebliche Müdigkeit vorliegt.

5.3. benzodiazepinähnliche Hypnotika

Es gibt mittlerweile auch potente benzodiazepinähnliche Hypnotika, mit weniger Nebenwirkungen, wie beispielsweise Stilnox.

5.4. Antidepressiva und Neuroleptika

Neben den Hypnotika kommen auch Antidepressiva oder Neuroleptika zum Einsatz bei der Schlafunterstützung. Beide haben auch gewichtige Nebenwirkungen, die am besten mit dem behandelnden Arzt zu besprechen sind.

5.5. pflanzliche Präparate

Bei Schlafstörungen kommen auch sogenannte pflanzliche Präparate, wie beispielsweise Baldrian zum Einsatz. Der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit dieser Präparate steht allerdings größtenteils noch aus.

5.6. Alkohol

Alkohol gilt gemeinhin als ältestes Schlafmittel. Viele Menschen gönnen sich deshalb vor dem Zubettegehen einen kleinen „Schlummertrunk“. Abgesehen von der psychischen Gewöhnung, besteht natürlich auch die Gefahr einer Toleranz, was wiederum eine Dosissteigerung, und somit auch die Gefahr einer körperlichen Gewöhnung und Abhängigkeit mit sich bringt.

Zudem stelle ich mir die Frage inwiefern das entspannende Ritual des Schlummertrunks zu einer Besserung des Einschlafens beiträgt. Sollte dies nämlich der Fall sein, so wäre es durchaus möglich das alkoholische Getränk durch ein nicht-alkoholisches zu ersetzen.

Auf Dauer führt der Konsum von Alkohol zu häufigeren Schlafunterbrechungen, reduzierten REM-Phasen und einem deutlichen Verlust der Tiefschlafphasen, also insgesamt zu einer schlechteren Qualität des Schlafes.

5.7. Regeln zur Einnahme von Schlafmitteln

Bei der Betrachtung von Schlafstörungen ist es auch nötig zusätzlich und gleichzeitig eingenommenen Medikamente zu beachten, da auch Medikamente bei Herzstörungen, Antiepileptika uvm. zu Schlafstörungen führen können und durchaus gerne Wechselwirkungen mit den eigentlichen Schlafmitteln haben.

Was die Einnahme von Schlafmitteln anbelangt so rät das Kompendium Schlafmedizin die „5-K-Regeln“ einzuhalten:

1. Der Einsatz ist nur bei *klarer Indikation* gerechtfertigt.
2. Es sollte die *kleinst mögliche Dosierung* benutzt werden und
3. über die *kürzest mögliche Behandlungszeit* eingesetzt werden.
4. Die Medikation darf *keinesfalls abrupt abgesetzt* werden und

5. alle *Kontraindikationen* sollten beachtet werden.

Falsche Einnahme von Medikamenten gilt mittlerweile als eine der Hauptursachen für Schlafstörungen. Der künstlich herbeigeführte Schlaf unterscheidet sich immer vom natürlichen.

6. Psychotherapeutische Behandlung

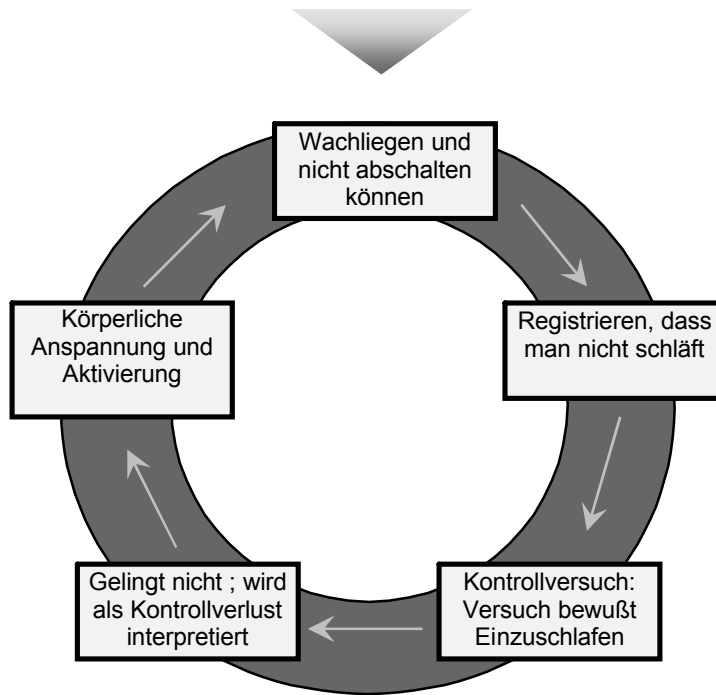
„Gerade gesunder Schlaf hat aber eine besondere Eigenart: Er entzieht sich der Herstellbarkeit. Im Gegenteil, schon die wirksame Idee, dass es wichtig sein könnte, ihn herzustellen, reicht aus – um ihn zu zerstören. Es ist eine besonders hinterlistige Art, jemandem Böses anzutun, indem man ihm suggeriert, Schlaf sei wichtig. Was nun geschieht, ist absehbar: Dieser Mensch legt sich abends ins Bett mit dem Gedanken: ‚Schlaf ist wichtig‘. Natürgemäß ist es ihm nun ein besonderes Anliegen zu beobachten, ob und wann er einschläft. Damit versucht er, etwas zu tun, was nicht möglich ist: Er versucht, mit aufmerksamem Bewusstsein zu beobachten, wie er das Bewusstsein verliert. Nach etwa einer halben Stunde stellt er fest, dass er immer noch nicht eingeschlafen ist. Die Nacht wird grausam. Denn das Nichtschlafenkönnen passiert nicht einfach, es geschieht vielmehr mit dem ständigen, quälenden Kommentar: ‚Schlaf ist wichtig – und ich kann nicht schlafen‘.“ (Manfred Lütz, 2007, Seite 110)

Da die meisten Insomniebeschwerden multifaktoriell sind greife ich, in der von mir angebotenen psychotherapeutischen Behandlung auf Interventionstechniken aus mehreren Therapieverfahren zurück, wie beispielsweise der klinischen Hypnotherapie, der systemischen Therapie, dem Psychodrama und der kognitiven Verhaltenstherapie. Allerdings immer vor dem Hintergrund meiner systemischen Therapiegrundhaltung.

Im Rahmen meiner psychotherapeutischen Intervention kommen folgende Bereiche zum Einsatz:

- Psychodiagnostik: zur Abklärung der Art der Insomnie
- Einstellungsänderung gegenüber der Insomnie: Entdämonisierung der Schlafstörung und Aufgabe von dysfunktionalen Kontrollversuchen
- Entspannung und Förderung des Wohlbefindens: in der Regel progressive Muskelentspannung nach Jakobson, aber auch Selbsthypnose oder Autogenes Training
- Psychoedukation hinsichtlich Schlaf, seiner möglichen Störungen und auch Regeln für einen gesunden Schlaf: Thema Schlafhygiene
- Schlaffördernde Kognitionen: Umgang mit schlafbehindernden Gedanken
- Stimuluskontrolle und Schlaf-Wach-Rhythmus-Strukturierung: eventuell Schlafrestriktion
- Bei Bedarf auch therapeutisches Arbeiten an persönlichkeitsbedingten Störungsfaktoren

Meiner therapeutischen Herangehensweise an die primäre Insomnie liegt die systemisch-hypnotherapeutische Idee zu Grunde, daß die meisten Probleme nicht dadurch entstehen, daß wir nicht genug tun, sondern in der Regel zu viel oder das Falsche. Bei der Insomnie steht meiner Ansicht nach der erfolglose, aber kräfteaubende Kontrollversuch im Vordergrund, und dies bestärkt die Störung weiters, wie die folgende Grafik beleuchtet. Oder wie Milton Erickson einmal treffend formuliert hat: „*Wenn du etwas stärken willst, bekämpfe es!*“




Psychotherapie stellt erwiesenermaßen eine wirksam Alternative zur medikamentösen Behandlung dar. Es ist aber auch durchaus möglich beides miteinander zu kombinieren. Es bleibt zu betonen, daß die psychotherapeutischen Effekte in der Regel erst nach einiger Zeit auftreten, also kein Notfallprogramm darstellen. Dafür sind ihre Effekte allerdings ohne unerwünschte Nebenwirkungen und behandeln die Ursachen der Störung.

7. Verwendet Literatur

- Backhaus, J. & Riemann, D. (1999), *Schlafstörungen. Fortschritte der Psychotherapie Bd. 7.* Hogrefe-Verlag: Göttingen
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg) (2010, 5. überarbeitete Auflage). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen.* Verlag Hans Huber: Bern
- Dorsch, F. (1994, 12. überarbeitete und erweiterte Auflage). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch.* Verlag Hans Huber: Bern
- Hohagen, F. & Nessler, T. (Hrsg.) (2006). *Wenn Geist und Seele streiken - Handbuch psychische Gesundheit.* Südwest Verlag
- Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (2008, 4. überarbeitete Auflage). *Insomnie.* Georg Thieme Verlag: Stuttgart
- Lütz, M. (2007). *Lebenslust. Wieder die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult.* Knaur: München
- Müller T. & Paterok, B. (1999). *Schlaftraining. Ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen.* Hogrefe: Göttingen
- Perrez, M. & Baumann U. (Hrsg.) (2005, 3., vollst. überarb. Auflage). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie.* Beltz PVU: Weinheim
- Scharfenstein, A. & Basler, H.-D. (2004). *Schlafstörungen. Auf dem Weg zu einem besseren Schlaf. Trainerhandbuch.* Vandenoek & Ruprecht: Göttingen
- Wittchen, H.-U. (1998). *Handbuch psychische Störungen: Eine Einführung.* Beltz PVU: Weinheim

Über den Autor

Patrick Kolb, Psychologe, systemischer Therapeut und Familientherapeut (DGSF), systemischer Paartherapeut, Hypnotherapeut i.A., seit mehreren Jahren als Psychologe, Supervisor und Kursleiter bei einem ambulanten Hilfs- und Pflegenetzwerk in Luxemburg, sowie in eigener therapeutischer Praxis tätig



Patrick Kolb
**Praxis für psychologische Beratung,
systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie**
*Praxisadressen: 13-15 rue de la libération, 4210 Esch/Alzette
6 Grand-Rue, 8510 Rédange/Attert*
GSM: 621 760 574 E-mail: pkolb@pt.lu
<http://www.pkolb.webplaza.lu>