

Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnien)

Seite 53–55

? Wer ist betroffen?

Schlafstörungen sind sehr häufig. Etwa 15% der Menschen durchleben zumindest einmal in ihrem Leben eine Periode mit schweren, behandlungsbedürftigen Schlafstörungen.

Das Schlafbedürfnis unterliegt von Person zu Person erheblichen Schwankungen. 7–9 Stunden bilden den Mittelwert, wobei es Streuungen in beide Richtungen gibt. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt das Schlafbedürfnis ab. Dies hängt unter anderem damit zusammen, daß mit zunehmendem Alter Tiefschlafphasen seltener werden.

Schlafstörungen können sowohl eigenständig als sog. primäre Schlafstörungen entstehen oder auch sekundäre Folge von seelischen oder körperlichen Erkrankungen sein.

? Was sind die Ursachen für Schlafstörungen?

Eine Vielzahl psychischer Erkrankungen wie etwa Depressionen (siehe S. 23 ff.) und Belastungsreaktionen gehen mit Schlafstörungen einher. Ebenso sind körperliche Erkrankungen, besonders wenn sie chronisch-schmerzhaft verlaufen und/oder mit Störungen der inneren Drüsen oder des Herz-Kreislauf-Systems einhergehen, häufig durch Schlafstörungen kompliziert. Beim sog. Restless-Legs-Syndrom (Syndrom der ruhelosen Beine) ist der Schlaf durch Muskelzuckungen, v.a. in der unteren Extremität, und/oder unangenehme bis schmerzhaft Misempfindungen beeinträchtigt.

Beim sog. Schlaf-Apnoe-Syndrom setzt vielfach während der Nacht die zentrale Steuerung des Atemrhythmus im Gehirnstamm aus. Die Betroffenen hören für Sekunden auf zu atmen, bis dem Gehirn starker Sauerstoffmangel signalisiert wird und mit einem Schnappen nach Luft die Atmung für eine Weile weitergeht. Es ist verständlich, daß die mit dem Schlaf-Apnoe-Syndrom einhergehenden „kleinen“ nächtlichen Erstickungsanfälle den Schlaf negativ beeinflussen.

Bei vielen Menschen sind die Schlafstörungen aber nicht Folge einer der o.g. körperlichen oder seelischen Erkrankungen, sondern eigenständige, primäre psycho-physiologische Insomnien. Dieser Typus von Schlafstörung wird im Laufe des Lebens in einer Belastungssituation „erworben“ und kann durch ungünstige Bedingungen aufrecht erhalten werden. Auf bewußte oder unbewußte psychische Anspannung reagieren viele Menschen kurzfristig mit Schlafstörungen. Diese bilden sich jedoch meist von selbst spontan zurück, wenn die belastenden Faktoren wegfallen. Es gibt aber ungünstige Bedingungen, die für die Aufrechterhaltung von Schlafstörungen mit verantwortlich sein können:

- ungünstiger oder häufig wechselnder Wach-Schlaf-Rhythmus, z.B. bei Schichtarbeitern,
- Einsatz alkoholischer Getränke als „Schlummertrunk“,
- schwere Mahlzeiten vor dem Zubettgehen,
- das Mitnehmen der Tagessorgen in den Nachtschlaf, d.h. unzureichende Entspannung in der Einschlafphase,
- anregende koffein- und teehaltige Getränke am Abend.

? Wie lauten die Regeln für einen besseren Schlaf?

Aus dem zuletzt Gesagten leiten sich einige Verhaltensregel für besseren Schlaf ab:

- zu möglichst regelmäßigen Zeiten ins Bettgehen;
- trotz schlechten Schlafes in der vergangenen Nacht auf ein Tagesnickerchen verzichten;
- im Schlafzimmer für angenehm kühle Raumtemperatur, Ruhe und Dunkelheit sorgen;
- auch wenn sich der Schlaf nicht einstellt, in der Nacht ruhig und entspannt im Bett liegen bleiben, nicht selbst den Tag-Nacht-Rhythmus durch nächtliche Aktivitäten unterbrechen;
- am Abend auf schwere Speisen, alkoholische Getränke, Kaffee, schwarzen Tee und Cola verzichten;
- körperliche Aktivitäten fördern einen gesunden, tiefen Nachtschlaf, sollten jedoch mehrere Stunden vor dem Zubettgehen erfolgen;
- ein persönliches Einschlafritual entwickeln, wobei unter Umständen Entspannungsverfahren wie das Autogene Training und konzentrierte Entspannung nach Jacobsen hilfreich sein können;
- sich nicht ärgern, wenn man nachts einmal wach liegt, sich selbst angenehme Suggestionen geben.

? Sollen Schlafmittel eingesetzt werden?

Vor dem Einsatz von Hypnotika (Schlafmitteln) sollte eine Ursachenanalyse der Schlafstörungen stehen. Die o.g. körperlichen und/oder seelisch bedingten Schlafstörungen verlangen in erster Linie eine spezifische Behandlung der Grunderkrankung.

Primäre „psychophysiologische“ Schlafstörungen, bedingt beispielsweise durch akute Belastungssituationen in Beruf und Partnerschaft, können kurzfristig die Gabe schlafanstoßender Medikamente für einige Wochen erforderlich machen. In Studien geprüft sind beispielsweise hochdosierte Baldrianwurzel-Präparate 2 h vor dem Schlafengehen. Es ist allerdings etwas Geduld erforder-

lich. Der Nachtschlaf normalisiert sich bei vielen schlafgestörten Menschen erst nach einigen Abenden der regelmäßigen Einnahme.

Es gibt auch moderne synthetische Schlafmittel, die ein annähernd biologisches „normales“ Schlafmuster herbeiführen können. Zu empfehlen sind beispielsweise Substanzen wie Zolpidem 5–10 mg oder Zopiclon 10 mg. Die entsprechenden Medikamente sollten 1/2–1 Stunde vor dem Schlafengehen eingenommen werden. Gebräuchlich sind ferner wegen des schlafanstoßenden und beruhigenden Effektes auch noch Benzodiazepine. Entschließt man sich zu deren Einsatz, sollte man Präparate mit einer kurzen Halbwertszeit auswählen, um einen Überhang (hang over) an Benommenheit und Müdigkeit am nachfolgenden Morgen zu vermeiden. Infrage kommt beispielsweise Triazolam. Namentlich bei den Benzodiazepin-Präparaten besteht aber bei mehrwöchiger Einnahme die Gefahr einer Toleranzentwicklung, d.h. die Tendenz, die Dosis zu steigern, um noch den gewünschten schlafanstoßenden Effekt zu erzielen. Sowohl für alle Benzodiazepin-Präparate als auch die oben erwähnten moderneren, aber eben auch benzodiazepinähnlichen Schlafmittel sollte gelten, daß bei Einnahme von mehr als 2 Tabletten zur Nacht ein dringender Verdacht besteht, daß sich Gewöhnungseffekte einschleichen.

Bereits lange Zeit bestehende psychophysiologische Schlafstörungen sind häufig kompliziert zu behandeln. Dies zum einen, weil es erhebliche Störungen der Schlafrhythmik gibt, die es erforderlich machen, sorgsam die o.g. schlaffördernden Regeln einzuhalten. Gut ist es auch, ein „Schlafstagebuch“ zu führen. Zum anderen haben derartig Erkrankte des öfteren und zumeist schon über längere Zeit Schlafmittel eingenommen. Dadurch ist die Schlafarchitektur nachhaltig gestört, die erwähnten Gewöhnungseffekte sind eingetreten. Aber selbst wo dies noch nicht der Fall ist, gibt es beim Absetzen von schlafanstoßenden Medikamenten häufig in den ersten Nächten quälende Schlafstörungen. Diese sind auf Gegenregulation des Organismus (Rebound-Phänomene) zurückzuführen. Im besten Fall hilft es hier einfach, mit etwas Geduld die Zeit durchzustehen und die bereits erwähnten schlaffördernden Regeln einzuhalten. Sind echte Gewöhnungseffekte eingetreten, dann können die schlafanstoßenden Medikamente nur in

kleinen Schritten reduziert werden. Ziel ist und bleibt allerdings auch dann die Medikamentenfreiheit. Ist diese nicht erreichbar, sollten Benzodiazepin-Derivate zumindest durch die moderneren synthetischen Präparate mit geringerem Suchtpotential ersetzt werden.

Tritt zudem noch ein mehr oder minder ausgeprägter gemütsmäßiger Verstimmungszustand oder eine Angststörung hinzu, so empfehlen wir den Einsatz von Antidepressiva. Namentlich tri- und tetrazyklische Substanzen weisen schlafanstoßende und beruhigende Wirkungen auf, haben jedoch praktisch kein Suchtpotential. Die Mitarbeit langwierig schlafgestörter Menschen ist zur Normalisierung des Wach-Schlaf-Rhythmus unbedingt erforderlich, z. B. bei einer Schlafrestriktion; d. h., sehr regelmäßig wird zu einer bestimmten Zeit zu Bett gegangen, wobei man dann am nachfolgenden Morgen auch wieder zu einer festgesetzten Uhrzeit zeitig

aufsteht. Indem man sich nur einen kurzen Nachtschlaf gönnt, tagsüber Nickerchen vermeidet, verbessert sich in der Regel der Schlaf in der verbleibenden, vergleichsweise kurzen Zeit der Nachtruhe.

Ähnlich ist die medikamentöse Therapie zur Normalisierung des Schlafes durch die bereits oben erwähnten Entspannungstechniken und durch eine ärztliche Analyse ungünstiger Gedanken und Erwartungen bezüglich des Schlafes zu unterstützen. Patienten mit hartnäckigen Schlafstörungen haben in der Regel katastrophisierende Vorstellungen über die Konsequenzen des Schlafmangels; sie setzen sich nachts oft selbst in Panik in der phantasierten Vorwegnahme des nachfolgenden schlechten Tages. Der Arzt sollte hier eine gelassene Einstellung zur Schlafstörung, verbunden mit der Zuversicht, daß diese schrittweise normalisiert werden kann, vermitteln.