

Schlafstörungen aus allgemeinmedizinischer Sicht

Dr. Bernhard Panhofer

ÖGPAM

Vigaun, 30.4.2016

Allgemeinmedizin

Wir sind Spezialisten für das Vage, noch nicht Sichtbare, manchmal Harmlose, schon Spürbare, Häufige, Chronische, Komplexe in der Medizin mit einem scharfen Blick auf das Gefährliche, Seltene und einem weiten Blick auf Familie, Gesellschaft und Kultur

Allgemeinmedizin

- **Orientierung an der Person (im Gegensatz zur Krankheitsorientierung des Spezialisten).**
- **Schlafstörung ist Ausdruck von komplexen Störungen und komorbiden Krankheiten.**
- **Hermeneutisches Fallverständnis.**
- **Erlebte Anamnese, gute Arzt-Patientenbeziehung , Langzeitbetreuung**
- **Narrative based medicine**

Häufigkeit

- **30% zumindest passagere Insomnie**
- **10% chronische Insomnie**
- **Wie viel Schlaf ist notwendig? ?**
- **„normalerweise“ 6 – 8 Stunden/Nacht**

Allgemeinmedizinische Studie

- **Österreichische prospektive Studie (Kamenski et al, 2004): 12 Arztpraxen, 600 Patienten über 60 Jahre)**
- **Schlafstörung als alleinige Beratungsursache 1 % der Beratungen, bei über 60-jährigen 7%.**
- **Gezielt danach gefragt erhöhte sich der Anteil bei über 60-jährigen auf 45 %.**
- **Komorbiditäten: Hypertonie 23,5 %, degenerative Gelenks- und Wirbelsäulenerkrankungen 23,2 %, Herzerkrankungen 20 %, Depression nur 6 %**
- **63 % Nykturie – wurde zum Großteil nicht als Schlafstörung wahrgenommen**
- **17,6 % aller Patienten nehmen Schlafmittel**

Klassifizierung

- **Die Komplexität spiegelt sich in der Klassifizierung wider**
- **ICD-10 – kein eigenes Kapitel**
- **ICPC-2 unter P06 (psychisch)- Schlafstörung und N04 Restless legs**
- **ICSD-3 International Classification of Sleep Disorders der American Academy of Sleep Medicine**

ICSD-3

- 1. Insomnie**
- 2. Zentrale Störungen mit Tagesschläfrigkeit**
- 3. Schlafbezogene Atmungsstörungen**
- 4. Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen**
- 5. Parasomnien**
- 6. Schlafbezogene Bewegungsstörungen**
- 7. Andere Schlafstörungen**

Insomnien

- Chron. Insomnie : 3-maliges Auftreten pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten:
 - Psychophysiologische Insomnie
 - Paradoxe Insomnie
 - Idiopathische Insomnie
 - Inadäquate Schlafhygiene
 - Verhaltensbedingte Insomnie in der Kindheit
- Kurzzeitinsomnie
- Kurzschläfer
- Zu lange Bettzeit

Pragmatische Einteilung

- **Hypersomnie**
- **Insomnie**
- **Parasomnie**

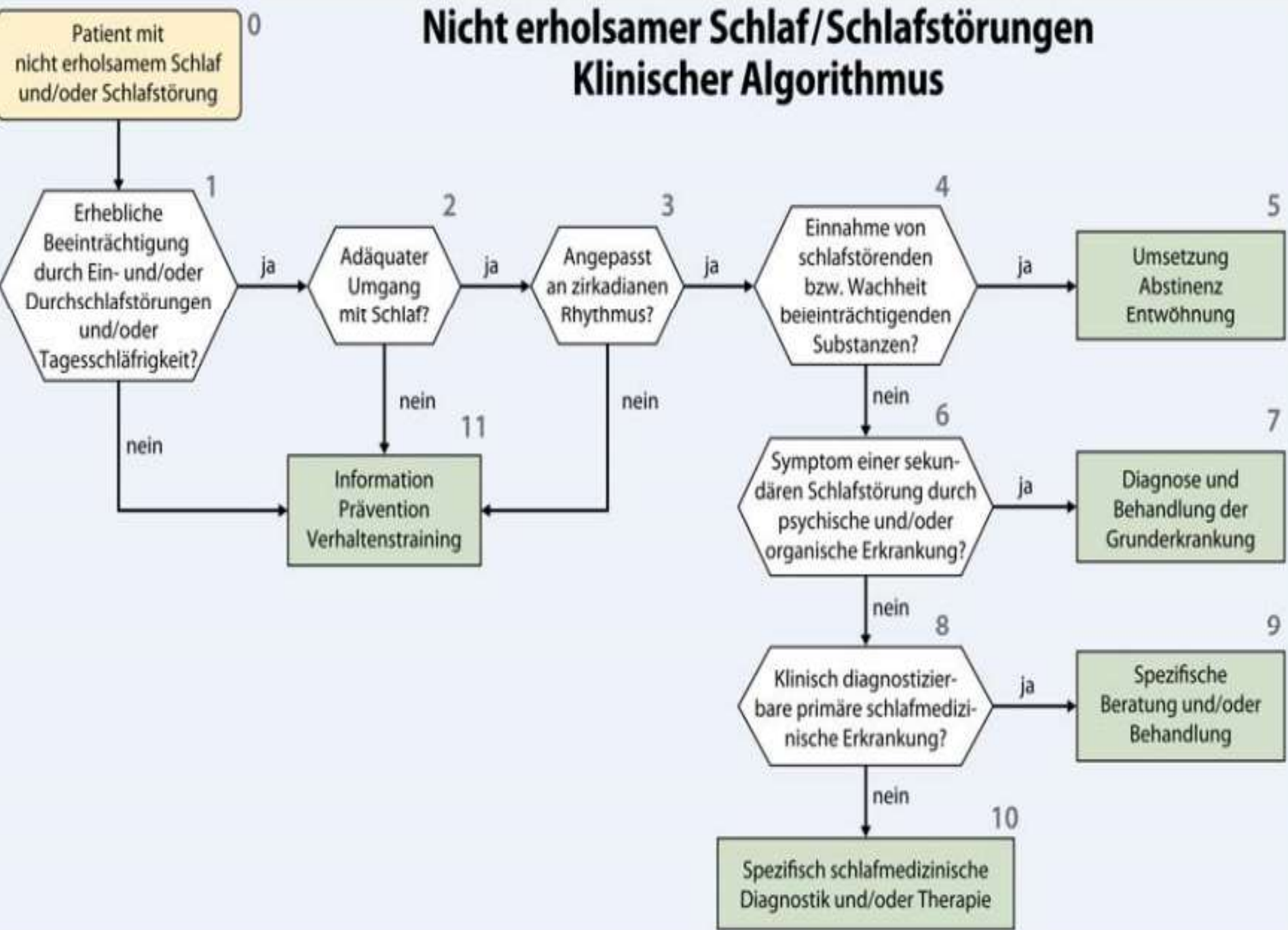
Algorithmus

S3-Leitlinie

**Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen
der Deutschen Gesellschaft für
Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)**

Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen

Klinischer Algorithmus



Diagnose

- **Zuhören, Anamnese**
- **Schlafstagebuch (?)**
- **Familie**
- **Körperliche Untersuchung**

Diagnose

- **Schwierig, die Dauer der Insomnie korrekt einzuschätzen (wird oft wesentlich unterschätzt).**
- **Labor: Keine eindeutigen Angaben in den Guidelines gefunden**
- **Praktikables Minimalprogramm: TSH, BB, EKG, LFP**

Welche Fragen

Management of Common Sleep Disorders

American Family Physician 2013 Aug 15;88(4):231-238.

Welche Fragen?

- Was ist ihre Vermutung, warum Sie schlecht schlafen?
- Wenn Sie nicht allein leben – was sagt Ihr Partner zur Schlafstörung?
- Wann gehen Sie schlafen und wann wachen Sie auf – an Wochentagen und am Wochenende?
- Wie ist ihre Schlafumgebung? (Raumtemperatur? Licht? Lärm?)

Fragen

- Was machen Sie vor dem Schlafengehen?
(Abendessen? Sport? Tätigkeiten im Bett?)
- Was ist Ihre Erwartungshaltung zum Thema Schlaf?
- Haben Sie andere Gesundheitsprobleme – auch psychischer Natur?
- Welche Medikamente nehmen Sie ein (auch “natürliche”, frei verkäufliche Medikamente)?

Fragen

- Welche Medikamente nehmen Sie ein (auch “natürliche”, frei verkäufliche Medikamente)?
- Was sind Ihre Grundsätze für einen guten Schlaf?
- Was ist Ihre Erwartungshaltung zum Thema Schlaf?

Schlafstörungen bei Kindern

- Keine Medikation beginnen
- Immer zuerst Familie mit einbeziehen
- Fast immer nichtorganisch - Ausdruck von „Not“
- Parasomnien: Bruxismus, Somnambulismus, Enuresis nocturna, Pavor nocturnus
- Selten organisch bedingt: Schlafapnoesyndrom, Hypoventilationssyndrom, Narkolepsie, Epilepsie

3-Stufenkonzept der Univ. Klinik Zürich

1. Regelmäßigen Tages-Rhythmus einführen
2. Individuellen Schlafbedarf ermitteln und anpassen
3. Selbständiges Einschlafen - Anweisungen

Alterstypische Schlafstörungen

- Säuglingsalter: noch nicht entwickelte zirkadiane Rhythmik, 8-Monatsangst
- Kleinkindesalter: Ängste, z.B. vor dem Alleinsein, Albträume. Tipp: Märchen, die den Kindern helfen
- Schulalter: Schulängste
- Jugendliche: unregelmäßiger Tages- bzw. Wochenablauf . Folge: Tagesmüdigkeit und Leistungseinschränkung

Schlafhygiene bei Kindern

1. Angenehmes Klima, ruhiger Raum, gutes Bett
2. Eigenes Bett
3. Kein völlig abgedunkelter Raum
4. Geregelte Bettgehzeit
5. Kein Stress vor dem Schlafengehen (Fernsehen, Computerspiele etc.)
6. Besprechen eventueller Ängste
7. "Abschließen" des Tages (Bettgehrituale: z.B. Gutenachtgeschichte, Abendgebet)
8. Keine Drohungen ("Wenn du nicht schläfst....")

Alpträume

- **Stress, Alkohol.**
- **Therapie: „Klarträumen“**

Schlafbezogene Atemstörungen

- **Obstruktive Schlafapnoe-Syndrome**
- Zentrale obstruktive Schlafapnoe-Syndrome
- Schlafbezogene Hypoventilationssyndrome
- Schlafbezogene Hypoxämie
- Andere Atembezogene Schlafstörungen
- Narkolepsie - Facharzt

Obstruktive Schlafapnoe

- OSA häufigste organische Ursache von Tagesmüdigkeit.
- Dunkelziffer in Ö. 250.000 – 750.000
- Unterversorgung – immense volkswirtschaftliche Bedeutung
- Hypertonie, Adipositas, Schlaganfall,
Herzrhythmusstörungen, Unfälle, KHK, Vhf, DM

Obstruktive Schlafapnoe -Symptome

- Tagesschläfrigkeit
- Beobachtete Atemstillstände
- Nächtliches Aufschrecken mit kurzzeitiger Atemnot
- Schnarchen (95%)
- Häufiges Erwachen, Herzklopfen, Nykturie, Nachtschweiß, Enuresis, Schlaftrunkenheit am Morgen
- Nächtl. bzw. morgendliche Kopfschmerzen
- **Schlafapnoe-Screening auch in Primärversorgung !!
(Polygraphie)**

Ursachen von Schlafstörungen

- **Stressbelastete Lebenssituationen**
- **Psychophysiologische Insomnie:** ursprünglich Reaktion auf eine Belastung, dann verselbständigt
- **Stimulanzien: Koffein Nikotin Alkohol**
- **Fast alle psychiatrischen Störungen**

Ursachen

- **Stressbelastete Lebenssituationen**
- **92% der Depressiven leiden an Schlaflosigkeit. Ob Schlaflosigkeit zu Depression führen kann ist nicht geklärt. Aber gesichert ist: Schlaflosigkeit geht einer Depression voraus.**
- **Angsterkrankungen: Nächtliche Panikattacken werden als besonders bedrohlich erlebt.**
- **Psychosen**
- **Bipolare Störungen, Manie**

Ursachen

- **Viele körperliche Störungen sind ebenfalls mit Insomnie assoziiert, beispielsweise Schmerzen, Refluxerkrankung, COPD und chronische Herzinsuffizienz, etc.**
- **Eine Schlafapnoe kann sich auch als Insomnie manifestieren (der Patient wird durch Atempausen geweckt).**

Ursachen

- **Restless Legs Syndrom ist eine häufige Störung, die in der Allgemeinmedizin unschwer diagnostiziert und behandelt werden kann.**
- **Chronobiologische Ursachen: Unregelmäßige Schlafgewohnheiten, Schichtarbeit und andere unübliche oder lange Arbeitszeiten, verzögerte Schlafphase, Jetlag.**

Ursachen

- **Viele Medikamente können zu Insomnie führen:
Antidepressiva, Lamotrigin, Cortison, Theophillin,
β-Mimetika, β-Blocker, Thiazide, Methylphenidat,
Parkinsonmittel, Antibiotika (Chinolone)**

Nicht-medikamentöse Behandlung

- **Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung .**
- **Die meisten Patienten profitieren bereits von wenigen Arztgesprächen.**
- **Schlafhygiene und Stimuluskontrolle**

Nicht-medikamentöse Behandlung

- Wenn Tagesmüdigkeit mild oder moderat: Schlafhygiene, Stimuluskontrolle – bei 2/3 aller Pat. hilfreich
- Wenn Tagesmüdigkeit schwer: zusätzlich kurzfristig Hypnotika (10 Tage)
- Begrenzung der Bettliegezeit (schwer Schlafgestörte)
- Paradoxe Intention

Regeln für einen gesunden Schlaf

- 6 Stunden vor Schlaf
keine koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, Schwarztee, Cola, Energydrinks)
- Alkohol weitgehend vermeiden und nicht als Schlafmittel einsetzen
- Keine schweren Mahlzeiten am Abend
- Regelmäßige körperliche Aktivität

Regeln für einen gesunden Schlaf

- Allmähliche Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen
- Ein persönliches Einschlafritual einführen (z.B. Gedichte lesen)
- Spannung/Entspannung (Hände)
- Angenehme Atmosphäre im Schlafzimmer
- In der Nacht nicht auf die Uhr schauen
- Autosuggestion („Ruhe wichtig, Schlaf gleichgültig“)

Stimuluskontrolle

- Gehen Sie nur zu Bett, wenn Sie müde sind.
- Benutzen Sie das Bett nur zum Schlafen, d.h. nicht zum Lesen, Trinken, Rauchen.
(Sexuelle Aktivitäten ausgenommen)
- Wenn Sie nach 10 min noch wach sind, stehen Sie auf und gehen Sie in ein anderes Zimmer.

Stimuluskontrolle

- Gehen Sie erst wieder ins Bett, wenn Sie sich müde fühlen
- Wenn Sie dann immer noch nicht einschlafen können, wiederholen Sie den vorhergehenden Schritt.
- Stehen Sie jeden Morgen zur gleichen Zeit auf.
- Schlafen Sie nicht tagsüber.

Pharmakotherapie

- Höchst unterschiedliche Literatur, auch Guidelines
- **Bei Personen im Alter über 60 Jahre überwiegen die Nachteile des langfristigen Einsatzes von Schlafmitteln die Vorteile.**
- Pflanzliche Mittel: Baldrian (mind. 500 mg), Hopfen (mind. 100 mg), Melisse, Passionsblume
- Benzodiazepin-Derivate (Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon) sind zu bevorzugen.
- Sedierendes Antidepressivum (Mirtazapin – 7,5 mg genügt oft), Mianserin, Trazodon (Regeneration?), Amitriptylin.
- Melatonin

Pharmakotherapie

- Schlafstörungen ältere Menschen: Altersheime, Pflegeheime
- Antipsychotika als Schlafmittel - eigentlich off-label-use
- werden zu häufig eingesetzt: Sturzgefahr, verlängerte QTc-Zeit, Delir, Dyskinesien
- Dennoch gut wirksam (Prothipendyl)
- Alternative: Lichttherapie, Regeln, Rituale

Pharmakotherapie

- Neuroleptika: kognitive Verschlechterung, depressionsfördernd (Dopaminblockade)
- S3-Leitlinie: keine Aussage, keine Empfehlung
- Expertenmeinung Dr. Kainz (Neuro-Campus Linz):
 - Chlorprothixen, Quetiapin, Melperon
 - Bei Aggression: Risperidon, Aripiprazol, Carbamezepin (cave Olanzapin, Valproat)

Diskussion

- Benzodiazepine bei Kurzzeitgebrauch nicht vorenthalten!
- Problem Low-dose- Benzodiazepin-Abhängigkeit
- Problem langwirksame Benzodiazepine
- Entzug: Ashton-Manual <http://www.benzo.org.uk>

Aus der eigenen Ordination

2015: 40x Schlafstörung als primärer Beratungsanlass

Medikamente:

- Triazolam: 14 ständig, 5 häufig, 8 gelegentlich
- Zolpidem: 6 ständig, 8 häufig, 14 gelegentlich
- Trazodon: 18 ständig, 8 häufig, 8 gelegentlich

Fallbeispiele

- Burn out / fam. Probleme 47a m
- Einschlafstörung – stört sie nicht (60a)
- Panikattacke (28 a w)
- Herzklopfen in der Nacht (74 a w)
- Rückenschmerzen (28 a w)
- Stimmen in der Nacht (31 w)
- Kann nicht schlafen (80 a, m)

Fallbeispiele Okt.15

- Schwitzen in der Nacht (54 a w)
- Problem mit Nachbar (65 a m)
- Bruxismus (24 a)
- Atemnot, Husten (80 a m)
- Aufwachen täglich um 4 Uhr (56 a m)
- Kein Auge zugetan (20 a w)

Fallbeispiele

- 85-j. Patientin, nimmt Trazodon 150 mg, kann gut einschlafen, wird um 2 Uhr wach und schläft nicht mehr, fängt dann zum Lesen an und liest bis in die Morgenstunden. Will ein Schlafmittel, das sie in der Nacht nehmen kann wenn sie aufwacht. „Herr Doktor gebn s ma was gscheits“

Fallbeispiele

- 75, Mann, Demenz (MM 17/30), Arthrosen. Wird immer grantiger, geistert herum in der Nacht. Tochter will ihm was zum Schlafen geben. Med.: Rivastigmin, Hydromorphon Risperidon (0,5/0,5/0 mg). Trazodon unwirksam. Risperidon steigern am Abend: unwirksam

Fallbeispiele

- 57- jähriger Mann, art. Hypertonie, nimmt seit 2 Jahren Bisoprolol, hat seit 1 Woche keine Med. mehr und kann auf einmal wieder gut schlafen

Fallbeispiele

- 56-jähriger Mann , leitender Angestellter, wacht um 3 Uhr auf mit quälenden Gedanken über Probleme, die sich am Morgen als gar nicht arg herausstellen. Muss öfter beruflich nach Indien fliegen.

Fallbeispiele

- 35-jährige Frau , 3. Schwangerschaft, floh letztes Jahr mit 2 kleinen Kindern aus Syrien, nächtelang kein Auge zugetan, wirkt sehr erschöpft, nicht depressiv

Take home

- Zuerst Fragen stellen
- Verhaltenstherapeutische Konzepte und nichtmedikamentöse Therapie anbieten
- Medikation überprüfen Medication Appropriateness Index (MAI)
- Erlaubt: Medikation reduzieren, absetzen
- An OAS denken

Irishes Sprichwort

**A good laugh and a long
sleep is the cure for
everything**

