



Schlafedukation – wieder erholsam schlafen

Ein Kurs in vier Modulen – Modul 3



Nachgefragt: Eine Schlafhygiene-Regel ausprobieren

- Nachts nicht auf die Uhr schauen
- Abends auf schwere Mahlzeiten verzichten (nur Leichtes essen)
- Am Abend Bildschirmzeit reduzieren
- An jedem Tag zur selben Zeit aufstehen und ins Bett gehen
- Angenehme Schlafatmosphäre schaffen (kühlere Raumtemperatur, keine Lampen oder störenden Geräusche).
- Am Abend entspannen und ein Einschlafritual ausprobieren
- Abends keine koffeinhaltigen oder alkoholischen Getränke
- Vor dem Schlafengehen auf anstrengende Aktivitäten verzichten
- Im Bett nur schlafen, sonstige Aktivitäten (Fernsehen, Arbeiten, Essen etc.) anderswo durchführen
- Auf den Mittagsschlaf verzichten und erst am Abend schlafen



Die 3 häufigsten Schlafkrank.: Insomnie, OSA und RLS

Nervenarzt
<https://doi.org/10.1007/s00115-022-01262-w>
Angenommen: 11. Januar 2022

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature



CME

Zertifizierte Fortbildung

Schlafmedizin in der Psychiatrie und Psychotherapie

Marcel Zeising¹ · Christian Thiedemann² · Thomas Pollmächer¹

¹ Zentrum für psychische Gesundheit, Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland
² Tirol Kliniken, Landeskrankenhaus-Universitätskliniken Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Online teilnehmen unter:
www.springermedizin.de/cme

Für diese Fortbildungseinheit
werden 3 Punkte vergeben.

Zusammenfassung

Die Schlafmedizin ist ein Querschnittsfach mit hoher Relevanz für Psychiatrie und Psychotherapie. Die drei häufigsten schlafmedizinischen Erkrankungen (Insomnie, Schlafapnoesyndrom und Restless-legs-Syndrom) werden vorliegend praxisrelevant vorgestellt. Bei der Insomniebehandlung stellt die kognitive Verhaltenstherapie das Mittel der Wahl dar, dagegen sollte eine symptomatische medikamentöse Therapie



Schlaferkrankungen = „Volkskrankheiten“

		Prävalenz	Betroffene (D)
Insomnie-Syndrom	<i>therapiebed.</i>	15%	12,5 Mio.
Restless-legs-Syndrom		10% (davon 10-15% medikamentös behandelt: 1,1 Mio)	8,3 Mio.
Schlafapnoe-Syndrom		6%	5,1 Mio.
	<i>Stationär-psychiatrisch</i>	24%	225 Tsd.*



* basierend auf 950.000 Psychiatrie-Patienten pro Jahr, laut DGPPN



Insomnie: je Spiegelstrich muss mind. 1 Punkt zutreffen

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 für die nichtorganische Insomnie (F 51.0; [15])

- Es liegen Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität vor
- Die Schlafstörungen treten wenigstens dreimal pro Woche über einen Zeitraum von einem Monat auf
- Die Betroffenen denken vor allem nachts viel an ihre Schlafstörung und machen sich während des Tages übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen
- Die unbefriedigende Schlafdauer oder -qualität verursachen entweder einen deutlichen Leidensdruck oder wirken sich störend auf Alltagsaktivitäten aus



Mittels RIS Fragebogen Beschwerdemaß erkennen

Datum: _____ Name: _____ Geb.Datum: _____

REGENSBURGER INSOMNIE SKALA (RIS)

Die folgenden Fragen sollen Ihrem behandelnden Therapeuten eine Einschätzung ihrer Schlafstörung ermöglichen. Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie nachfolgend bei der zutreffenden Antwort ein Kreuz machen. Es darf nur ein Kreuz pro Frage bzw. Aussage gemacht werden. Die Fragen beziehen sich auf die **letzten vier Wochen**.

0. Meine üblichen Bettzeiten sind: vonUhr nachts bisUhr am nächsten Tag

1. Wie viele Minuten brauchen Sie in der Regel um einzuschlafen?	1-20 min.	20-40 min.	40-60 min.	60-90 min.	mehr als 90 min.
	0	1	2	3	4
2. Wie viele Stunden glauben Sie, durchschnittlich nachts zu schlafen?	7 und mehr	5-6	4	2-3	0-1
	0	1	2	3	4

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
3. Ich kann nicht durchschlafen	4	3	2	1	0
4. Ich wache zu früh auf	4	3	2	1	0
5. Ich wache schon bei leichten Geräuschen auf	4	3	2	1	0
6. Ich habe das Gefühl, die ganze Nacht kein Auge zugetan zu haben	4	3	2	1	0
7. Ich denke viel über meinen Schlaf nach	4	3	2	1	0
8. Ich habe Angst ins Bett zu gehen, da ich befürchte, nicht schlafen zu können	4	3	2	1	0
9. Ich fühle mich voll leistungsfähig	0	1	2	3	4
10. Ich nehme Schlafmittel, um einschlafen zu können	4	3	2	1	0

Auswertung:

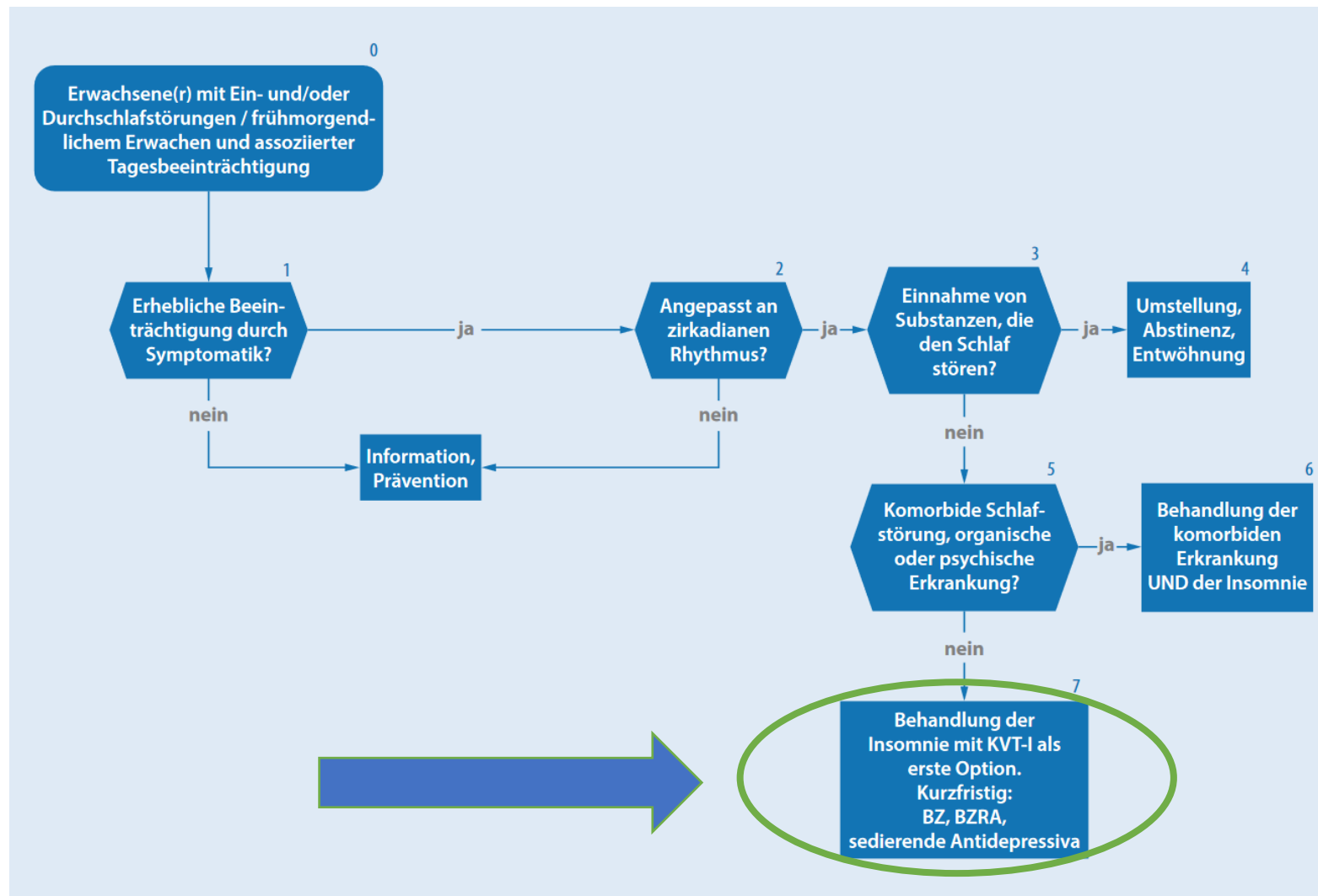
bis 12 Pkt. = unauff.

13 – 24 Pkt. = auffällig

25 – 40 Pkt. = ausgeprägt auffällig



Behandlung: Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie 1. Wahl





Insomnie – Behandlung hat mehrere Bausteine

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT-I) ist Therapie der Wahl.

Bausteine der KVT-I?

Psycho-
edukation

Kognitive
Techniken

Bettzeiten-
restriktion

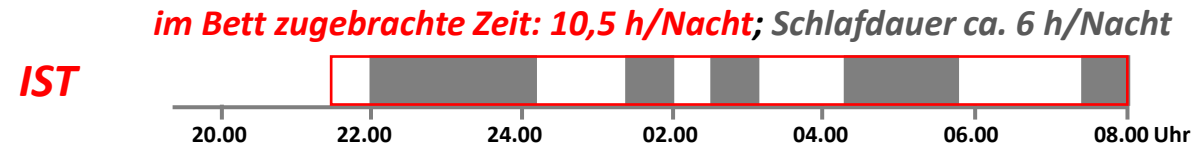
Schlaf-
hygiene

Entspannungs-
techniken

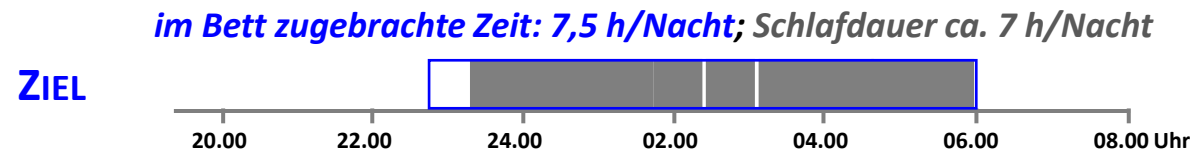
Stimulus-
kontrolle



Die Technik der Bettzeitbegrenzung

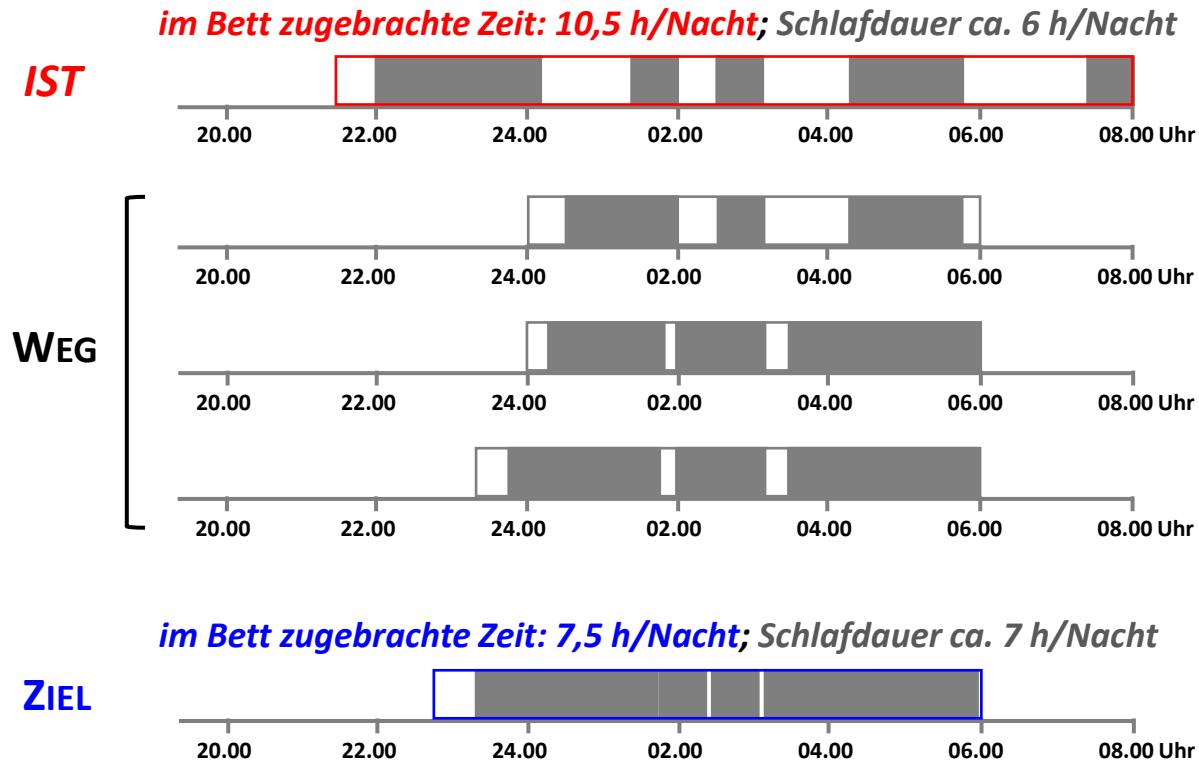


Frage:
wieviel Schlaf benötigten Sie früher, um erholt aufzuwachen?





Anfangs: alte Schlafdauer = neue Bettzeitdauer





Bettzeitbegrenzung: wichtig zu wissen...

Kontraindikationen (nicht erlaubt bei):

- bipolare affektive Störung oder Epilepsie vorbekannt

Algorithmus¹:

Wenn Schlafeffizienz > 90%, dann Bettzeit um 30min verlängern

Wenn Schlafeffizienz zwischen 80 und 90%, dann Bettzeit belassen

Wenn Schlafeffizienz <80%, dann Bettzeit verkürzen (minimal 5 h/Nacht)

Beachtenswertes:

Vor allem in den ersten Wochen der Bettzeitbegrenzung und Stimuluskontrolle kann es zu verschiedenen „Nebenwirkungen“ kommen: Stimmungsschwankungen, „Dünnhäutigkeit“ und Gereiztheit auch Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen, Schwindel, Frieren, verstärktes Hungergefühl und Übelkeit.

Verzichten Sie bei dem subjektiven Gefühl der Tagesschläfrigkeit auf das Autofahren oder Bedienen von „offenen Geräten“.



Stimuluskontrolle

- gehen Sie nur bei ausgeprägter Müdigkeit/Schläfrigkeit zu Bett
- verwenden Sie das Bett nur zum Schlafen (nicht zum Essen, Fernsehen, Lernen etc.)
- vermeiden Sie lange Wachphasen im Bett; wenn das Einschlafen oder das Wiedereinschlafen längere Zeit (15-30 min.) nicht gelingt, **verlassen Sie das Bett** und gehen einer angenehmen, entspannenden Tätigkeit nach, die Sie jederzeit unterbrechen können; gehen Sie **erst wieder ins Bett zurück, wenn Sie müde** sind.
- sollte das Einschlafen erneut nicht gelingen, verlassen Sie wieder das Bett und gehen einer entspannenden Tätigkeit nach (... usw., usw.)



Verschiedene Aktivitäten, um sich abends wach zu halten

Welche Strategien möchten Sie einsetzen, um nicht „zu früh“ einzuschlafen?

- Planung eines Ausflugs am Wochenende
- Sich zum Telefonieren verabreden
- Essen vorkochen
- Hausarbeiten erledigen (z. B. Aufräumen, Staub wischen, Wäsche zusammenlegen, Geschirr spülen)
- Etwas Kreatives tun (z. B. Malen oder Basteln)
- Kuchen backen
- Mit den Fotos des letzten Urlaubs ein Fotobuch erstellen
- Spazieren gehen
- Den nächsten Urlaub planen (z. B. die Route festlegen, nach Hotels schauen)
- Den Kleiderschrank ausmisten
- Eine E-Mail an alte Freunde schreiben
- Im Internet nach neuen Rezepten suchen
- Holzhandwerken (z. B. Drechseln oder Schnitzen)
- Filme oder Serien schauen (ggf. im Sitzen oder Stehen)
- *Anmerkung: beim Bildschirmen Blau-Filter / „Nachtmodus“ einschalten und Lichtintensität gering halten*



Strategien, um sich nachts zu beschäftigen

- Handarbeiten machen (z. B. Stricken oder Häkeln)
- Lesen
- Ein Kreuzworträtsel machen
- Lego bauen
- Meditieren
- Einen Podcast hören
- Puzzeln
- Musik hören
- Etwas Kreatives tun (z. B. Malen oder Basteln)
- Kataloge oder Zeitschriften anschauen
- Etwas Schönes planen (z. B. für das Wochenende oder den nächsten Urlaub)
- Bekannte in anderen Zeitzonen anrufen
- Die Zimmerpflanzen entstauben
- Kleidung für den nächsten Tag rauslegen

Zeising M, 2023



Studie: 50% Beschwerde-Abnahme nach ca. 8 Wochen



50%

Symptomreduktion



18 Min

Schneller einschlafen



31 Min

Weniger wach in der Nacht



12 Monate

Langanhaltende Effekte



Bei „Somnio“: ein Avatar führt durch das Programm

4



- Vermittlung von Hoffnung
- Nutzen von Metaphern
- Betonung der Mitarbeit
- Gemeinsame Ziele werden festgelegt (Vorschläge werden gemacht)

→ entspricht Vorgehen in der Psychotherapie

- Empfehlung: 8 Wochen
- 2-3 Module pro Woche



VIDEO!



Restless-Legs-Syndrom

Kriterien:

- Durch Ruhe ausgelöst
- Bewegungsdrang, Unruhegefühl
- Verstärkung der Beschwerden am späteren Nachmittag / Abend
- Abschwächung der Beschwerden durch Bewegung der Beine
- *Nicht durch andere Erkrankung besser erklärbar*

Formen:

- unerklärlich (ca. 50%) und
- symptomatisch (ca. 50%; Eisenmangel, Niereninsuffizienz, ...)

ca. 10% der Bevölkerung leiden an diesen Beschwerden

♂ : ♀ = 1:2

Häufigkeit < 18 J. : 6%

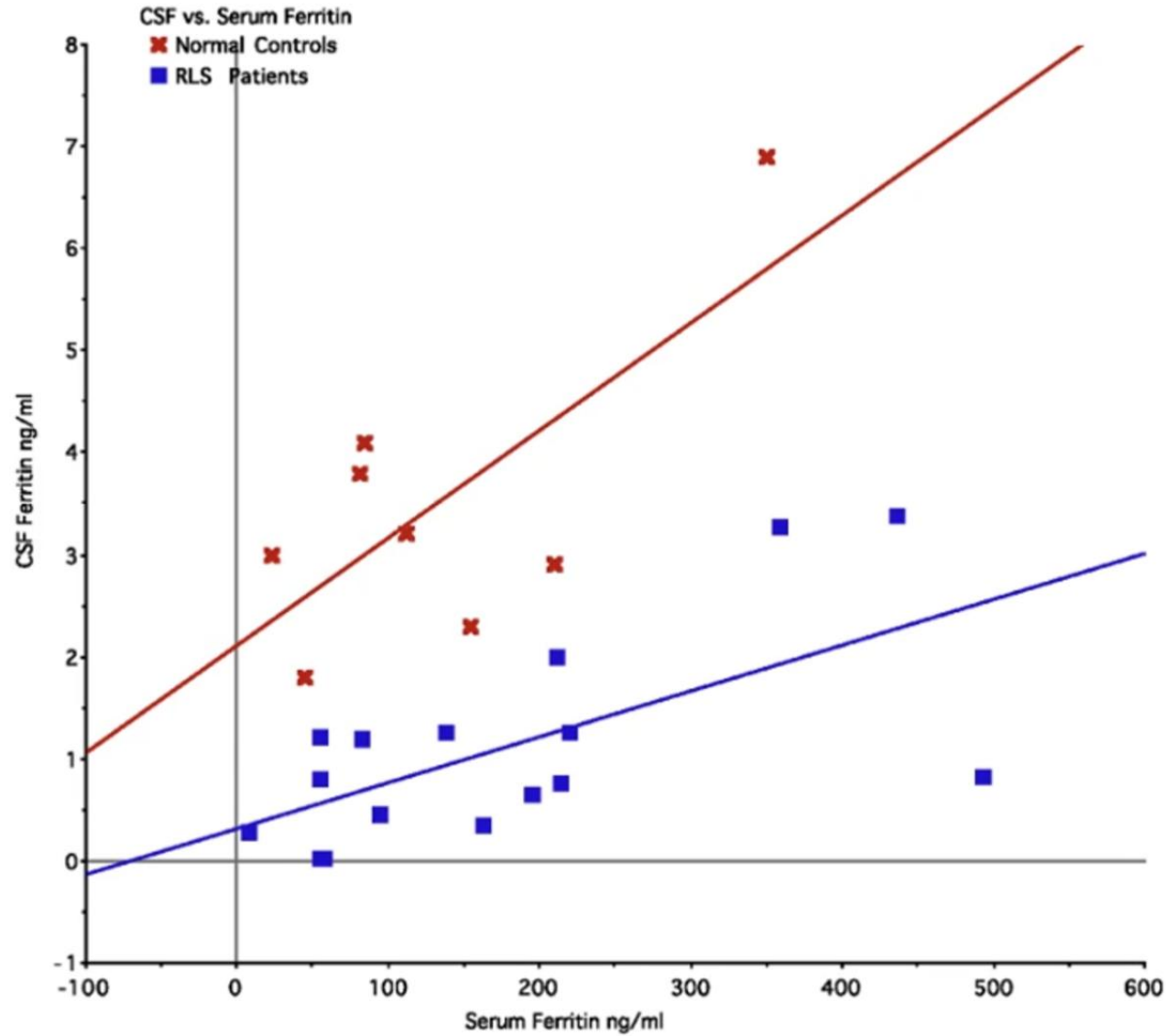
bis 30 J.: 10%

> 60 J.: 27%

häufige Fehldiagnosen!! $\Rightarrow$ *Fehlbehandlungen!!*



RLS: Eisenmangel im Gehirn (blaue Punkte=Patienten)



Evidence-based and consensus clinical practice guidelines for the iron treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease in adults and children: an IRLSSG task force report

Richard P. Allen^{a,*}, Daniel L. Picchietti^b, Michael Auerbach^c, Yong Won Cho^d, James R. Connor^e, Christopher J. Earley^a, Diego Garcia-Borreguero^f, Suresh Kotagal^g, Mauro Manconi^h, William Ondoⁱ, Jan Ulfberg^j, John W. Winkelman^k, On behalf of the International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG)





RLS-Fragebogen: Beschwerdemaß erkennen

Beurteilungsbogen zum Restless Legs Syndrom (IRLS)¹

Name: _____ Datum: _____

In den letzten 2 Wochen...

1) wie stark würden Sie die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen einschätzen?

sehr 4	ziemlich 3	mäßig 2	leicht 1	nicht vorhanden 0
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

2) wie stark würden Sie Ihren Drang einschätzen, sich wegen Ihrer RLS-Beschwerden bewegen zu müssen?

sehr 4	ziemlich 3	mäßig 2	leicht 1	nicht vorhanden 0
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

3) wie sehr wurden die RLS-Beschwerden in Ihren Beinen oder Armen durch Bewegung gelindert?

überhaupt nicht gelindert 4	ein wenig gelindert 3	mäßig gelindert 2	fast vollständig gelindert 1	keine Beschwerden vorhanden 0
-----------------------------------	--------------------------	----------------------	------------------------------------	-------------------------------------

In der letzten Woche...

4) wie sehr wurde Ihr Schlaf durch Ihre RLS-Beschwerden gestört?

sehr 4	ziemlich 3	mäßig 2	leicht 1	überhaupt nicht 0
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

5) wie müde oder schläfrig waren Sie tagsüber wegen Ihrer RLS-Beschwerden?

sehr 4	ziemlich 3	mäßig 2	leicht 1	überhaupt nicht 0
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

6) wie stark waren Ihre RLS-Beschwerden insgesamt?

sehr 4	ziemlich 3	mäßig 2	leicht 1	nicht vorhanden 0
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

7) wie oft sind Ihre RLS-Beschwerden aufgetreten?

6-7 Tage/Woche 4	4-5 Tage/Woche 3	2-3 Tage/Woche 2	1 Tag/Woche 1	überhaupt nicht 0
---------------------	---------------------	---------------------	------------------	----------------------

8) wenn Sie RLS-Beschwerden hatten, wie stark waren diese durchschnittlich?

sehr (mehr als 8 Std./Tag) 4	ziemlich (3-8 Std./Tag) 3	mäßig (1-3 Std./Tag) 2	leicht (weniger als 1 Std./Tag) 1	nicht vorhanden 0
------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	--	----------------------

9) wie sehr haben sich Ihre RLS-Beschwerden auf Ihre Fähigkeit ausgewirkt, Ihren Alltagstätigkeiten nachzugehen, z. B. ein zufriedenstellendes Familien-, Privat-, Schul- oder Arbeitsleben zu führen?

sehr 4	ziemlich 3	mäßig 2	leicht 1	überhaupt nicht 0
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

10) wie stark haben Ihre RLS-Beschwerden Ihre Stimmung beeinträchtigt, waren Sie z. B. wütend, niedergeschlagen, traurig, ängstlich oder gereizt?

sehr 4	ziemlich 3	mäßig 2	leicht 1	überhaupt nicht 0
-----------	---------------	------------	-------------	----------------------

Gesamtsumme: _____ Punkte

Auswertung (max. 40 Pkt.):

- 0 Pkt.: kein RL
- 1-10 Pkt.: geringes RLS
- 11-20 Pkt.: mäßiges RLS
- 21-30 Pkt.: starkes RLS
- 31-40 Pkt.: sehr starkes RLS

Walters AS et al., Validation of the International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. Sleep Med, 2003



Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (nächtliche Atemaussetzer)

Beschwerden:

Müdigkeit trotz „ausreichend“ langer Schlafzeit, rasche Ermüdung und erhöhte Einschlafneigung in „eintönigen“ Situationen (z.B. *Zeitung lesen, fernsehen, Vorträge, längere Autofahrten*), häufiges nächtliches Wasserlassen, Kopfschmerzen

Laut Bettpartner:

Lautes, unregelmäßiges Schnarchen; Atemstillstände; unruhiger Schlaf (*Wälzen im Bett, Jammern, Stöhnen etc.*)

ca. 6% der Bevölkerung leiden an diesen Beschwerden

♂ : ♀ = 3:1

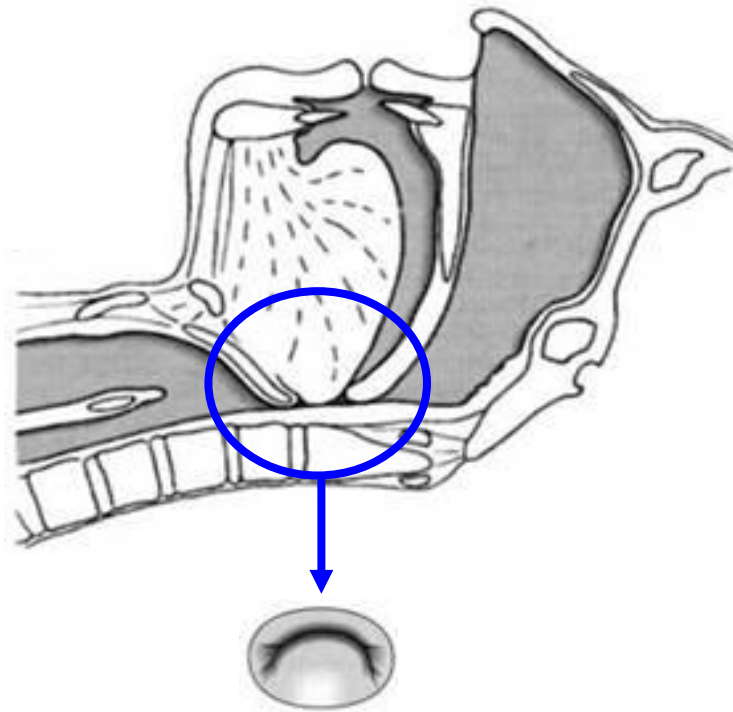
Diagnosestellung: 50-55 J.

;bei ♀ deutliche Zunahme erst in/nach Menopause



häufige Ursache=Zungengrund blockiert Atemwege

Ursache

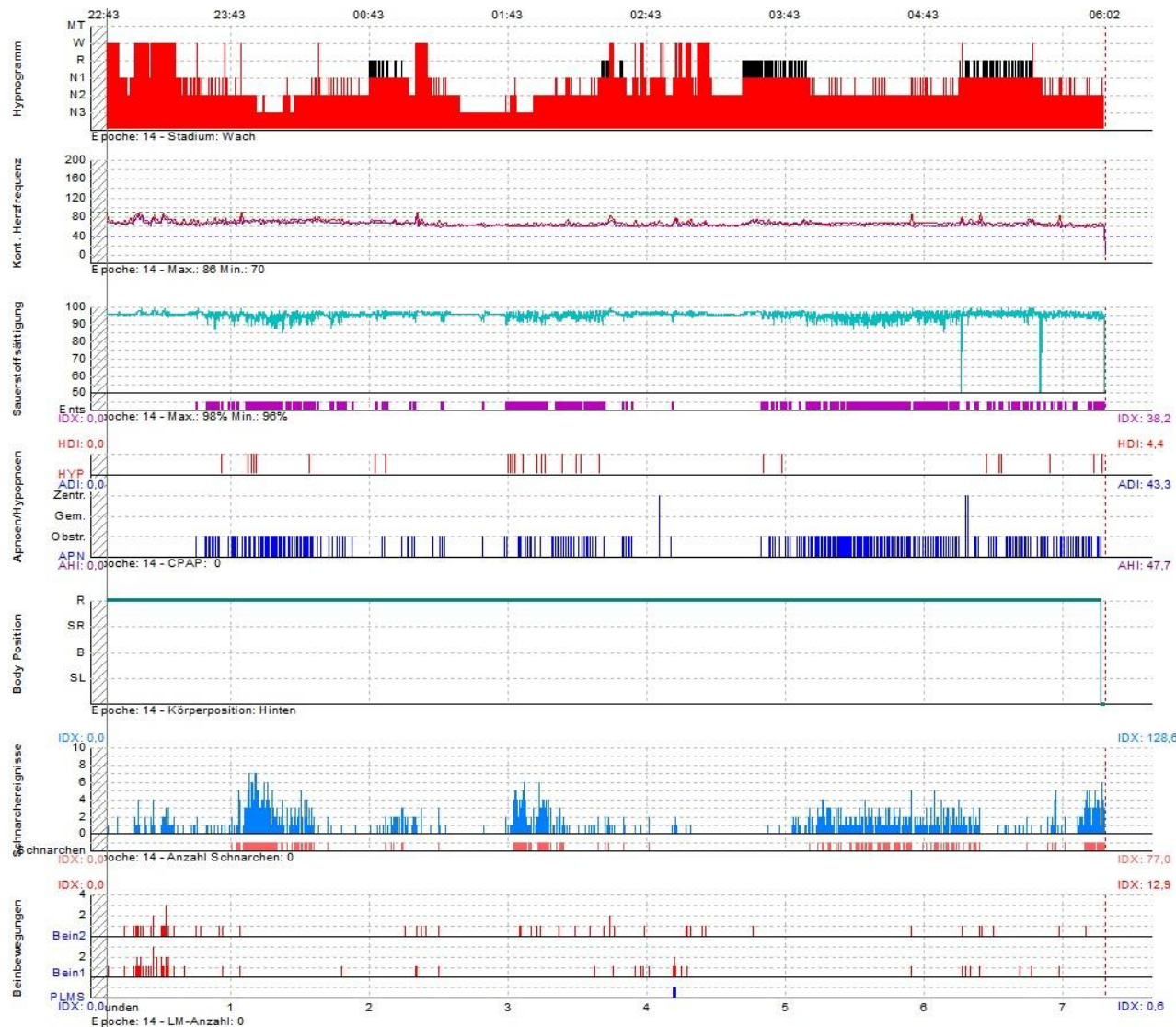


Wirkung





OSAS – polysomnografischer Befund (unbehandelt)



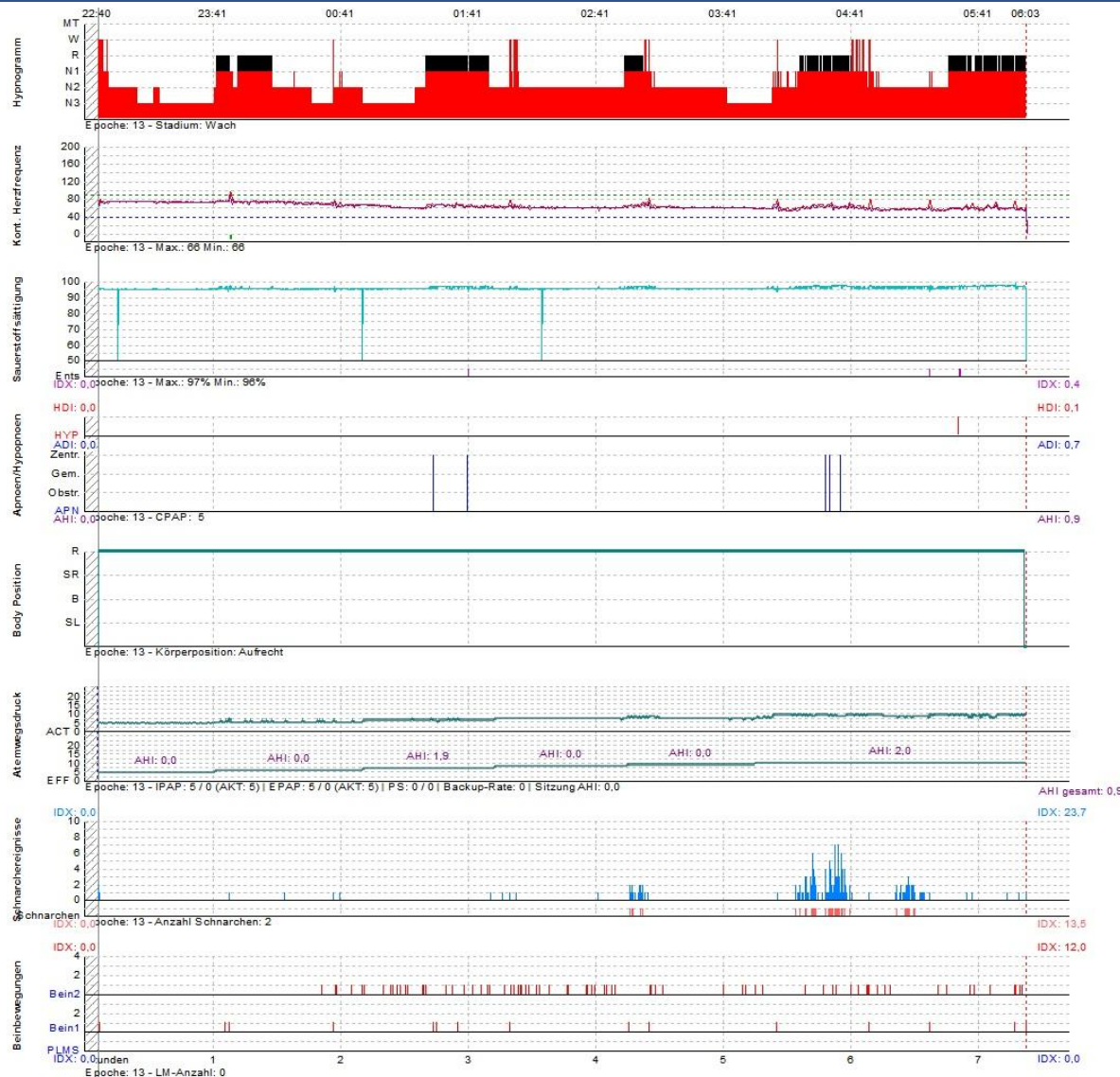
← sehr unruhiges Schlafprofil, viele Wechsel der Schlafstadien

← aufgrund vieler Sauerstoff-Entsättigungen im Blut

← aufgrund zahlreicher Atemaussetzer



OSAS – PSG-Befund unter Überdruck-(CPAP-)Therapie



← ruhiges Schlafprofil, normale Wechsel der Schlafstadien

← keine relevanten Sauerstoff-Entsättigungen im Blut

← nahezu keine Atemaussetzer

← Druck des Therapie-Gerätes (von 5 bis 10 mbar)

← nahezu kein Schnarchen mehr



OSAS – therapeutische Möglichkeiten

mechanisch

Protrusionsschiene

Externe Dilatoren

Positionstraining

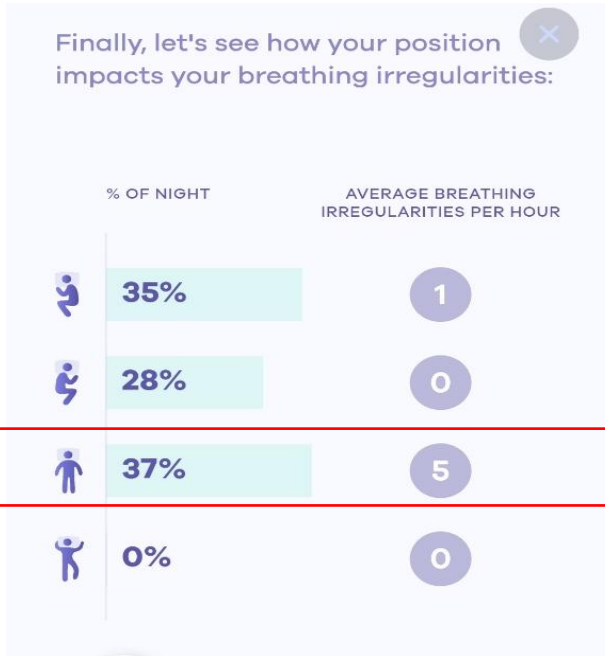
nasale Überdruckbeatmung



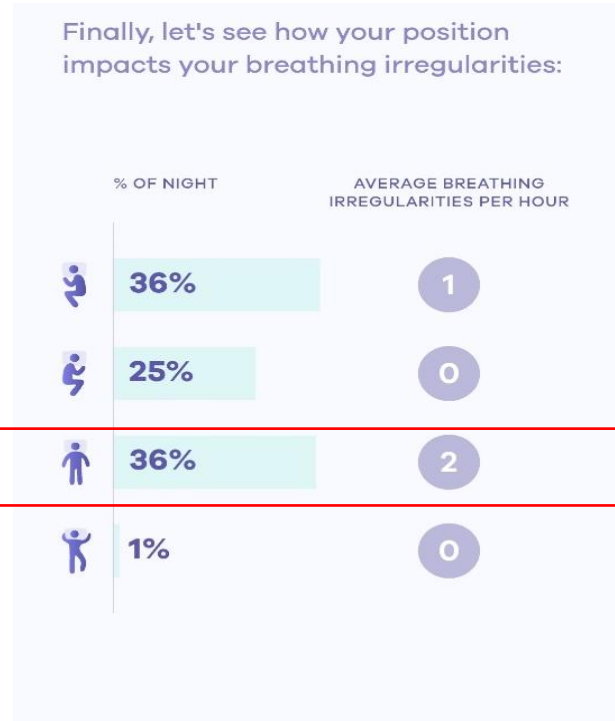


Atemaussetzer Rückenlage-betont? – ein Selbstversuch

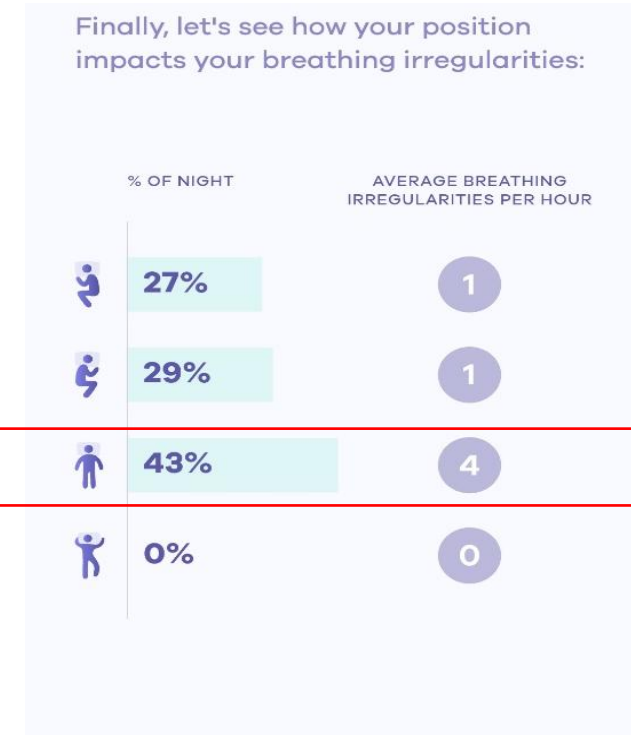
Woche 1



Woche 2



Woche 3



Rückenlage

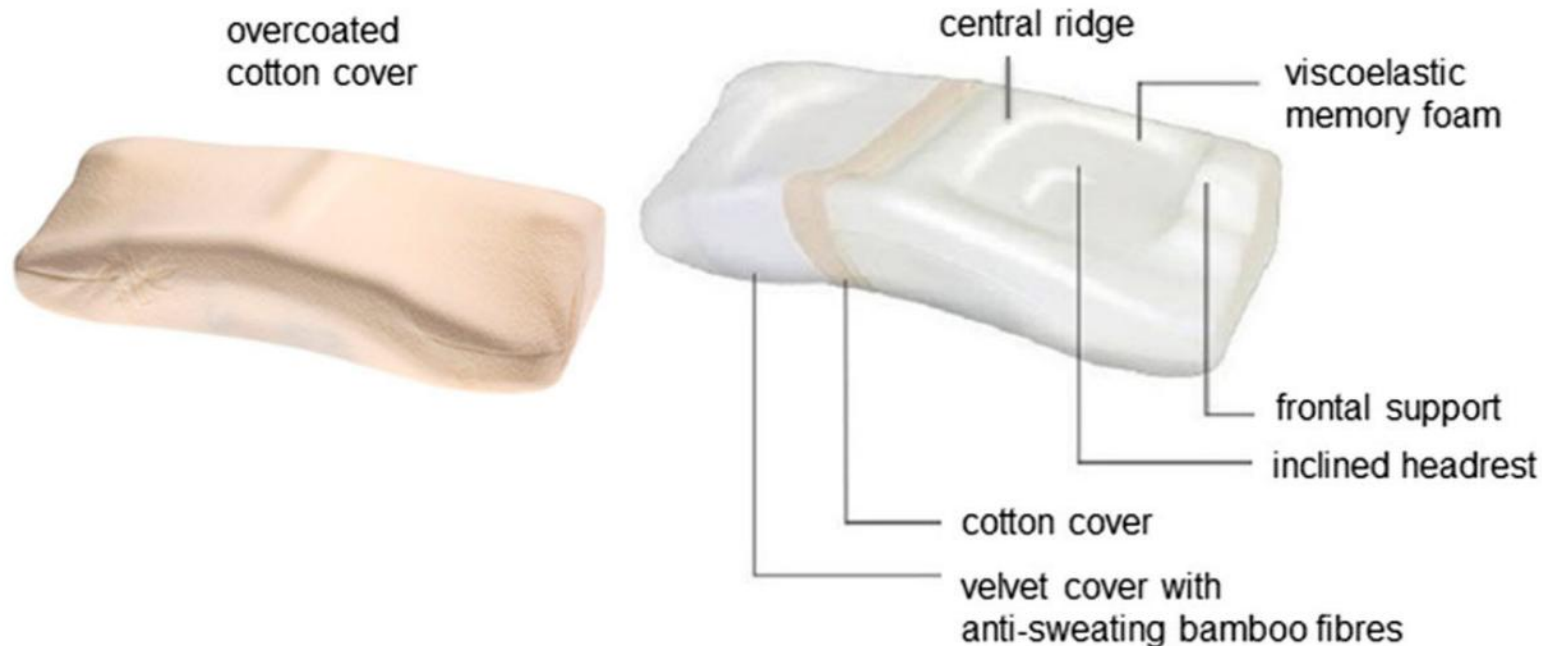
gemessen mit „Dreem“, Proband: MZ





Positionstherapie mit einem Seitenschläferkissen

Can positional therapy be simple, effective and well tolerated all together? A prospective study on treatment response and compliance in positional sleep apnea with a positioning pillow



subject in situ



Positionstherapie mit Seitenschläferkissen – PSG-Ergebnis

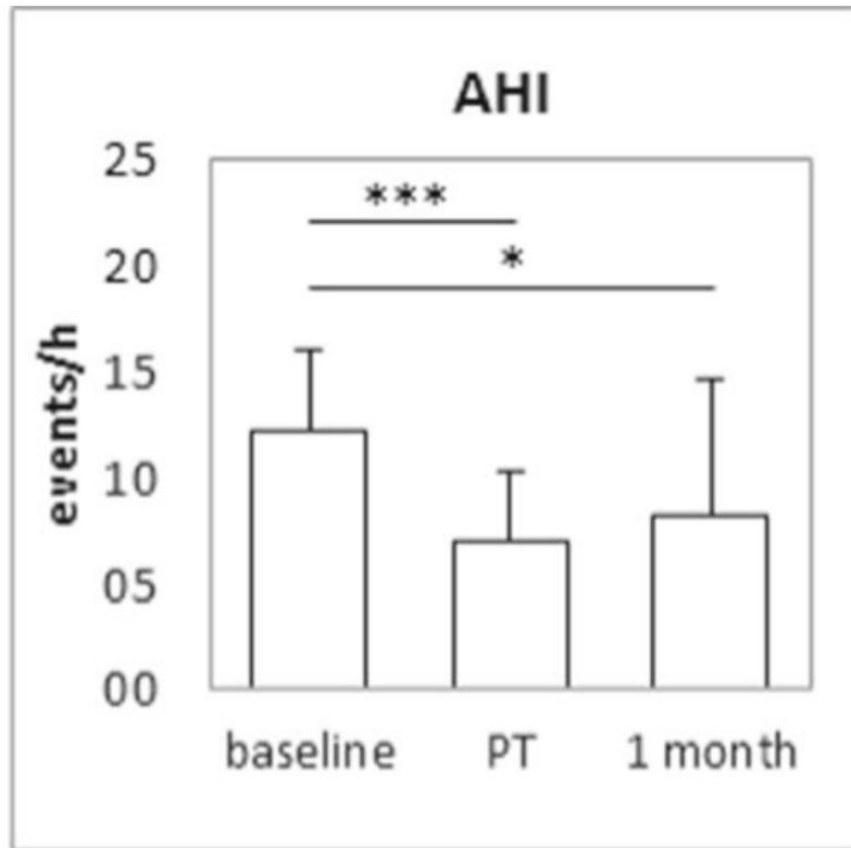
	Ohne Kissen		mit Kissen		mit Kissen (1 Monat später)			
	Baseline (t_0)		Positional treatment (t_1)		1-month follow-up (t_2)			
	<u>($n = 28$)</u>		<u>($n = 28$)</u>		<u>($n = 20$)</u>			
							<i>F</i>	<i>p</i>
TIB (min)	507.9	(490.7; 549.4)	499.3	(484.1; 520.5)	498.5	(485.7; 524.0)	2.187	ns
TST (min)	395.2	(67.5)	401.5	(67.1)	358.4	(115.1)	2.056	ns
TST-S (%)	47.5	(21.2)	19.2	(10.6; 41.8)	20.4	19.6	17.478	.001

Rückenlage

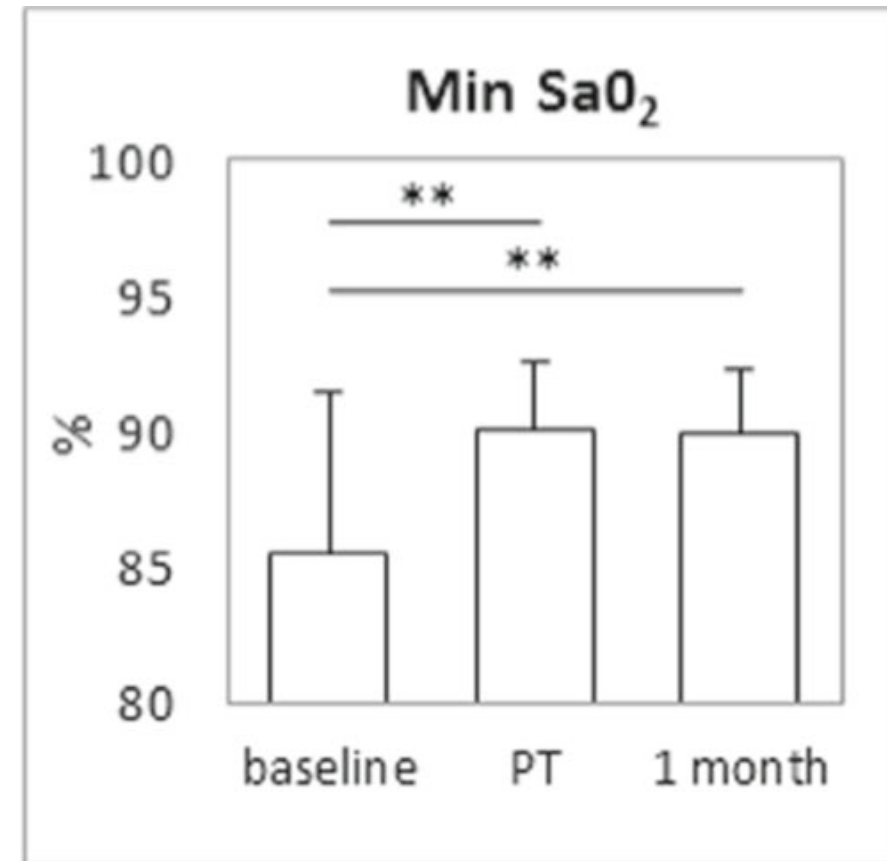


Positionstherapie mit Seitenschläferkissen

Anzahl der Atemaussetzer pro Stunde



minimale Sauerstoffsättigung





Fragebogen für nächtliche Atemaussetzer: STOP-BANG

Aktualisierter STOP-Bang-Fragebogen

Ja ☐	Nein ☐	Schnarchen? Schnarchen Sie laut (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen)?
Ja ☐	Nein ☐	Müde? Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z. B. beim Autofahren ein)?
Ja ☐	Nein ☐	Aufgefallen? Ist es schon einmal jemandem aufgefallen , dass Sie im Schlaf aufhören zu atmen oder keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen ?
Ja ☐	Nein ☐	Blutdruck? Haben Sie Bluthochdruck oder werden Sie dagegen behandelt?
Ja ☐	Nein ☐	Body Mass Index über 35 kg/m²?
Ja ☐	Nein ☐	Sind Sie über 50 Jahre alt?
Ja ☐	Nein ☐	Große Kragenweite? (Gemessen um den Kehlkopf) Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr? Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?
Ja ☐	Nein ☐	Geschlecht = Männlich?



Fragebogen für nächtliche Atemaussetzer: STOP-BANG

Für die allgemeine Bevölkerung

Niedriges OSA-Risiko: 0-2 Fragen mit Ja beantwortet

Mittleres OSA-Risiko: 3-4 Fragen mit Ja beantwortet

Hohes OSA-Risiko: 5-8 Fragen mit Ja beantwortet

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + männliches Geschlecht

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + BMI > 35 kg/m²

oder mindestens 2 der 4 ersten Fragen mit Ja beantwortet + Halsumfang
(43 cm bei Männern, 41 cm bei Frauen)

Ergebnis „Hohes Risiko“:

Wahrscheinlichkeit von 65 – 80% für ein mittel- bis schwergradiges OSAS.



Der nächste Schritt: fragliches OSAS abklären lassen

1. Schritt: ambulanter Termin -> Suchbegriffe im Internet : OSAS, Polygraphie, Screening, Diagnostik
 2. Schritt: Falls „Polygraphie“ den Verdacht auf OSAS bestätigt (hohe Anzahl an Atemaussetzern), dann Abklärung und Behandlung in einem Schlaflabor
- > Suche eines Schlaflabors z.B. über die DGSM Homepage

w.dgsm.de

Schlafmedizin

Die DGSM befasst sich als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft mit der Erforschung des Sch und seiner Störungen sowie mit der klinischen Diagnostik und Therapie von Schlaf-Wach-Störungen.



Über die DGSM

Mit über 2200 Mitgliedern aus allen Bereichen der Medizin, Psychologie und Naturwissenschaften ist die DGSM die größte schlafmedizinische Fachgesellschaft in Europa.

Weiterlesen



Schlaflabore finden

Mehr als 300 Schlaflaboratorien sind nach den Qualitätsrichtlinien der DGSM akkreditiert. Finden Sie hier ein Schlaflabor in Ihrer Nähe.

Zur Liste



Übung: Paradoxe Intention

Sollte das Einschlafen oder das Wiedereinschlafen mal wieder nicht gelingen ...

... nehmen Sie Ihre Lieblingsschlafhaltung ein, konzentrieren Sie sich auf Ihre Augen und sagen sich innerlich vor:

ich will / muss meine Augen offen halten ... oder ...

ich darf meine Augen nicht zu machen

... und dies so lange, bis Sie eingeschlafen sind.



Ausblick auf Modul 4

Helfen Schlaftabletten?

Wie funktioniert die „Waschmaschine des Gehirns“, um mich vor Demenz zu schützen?

Wie wirken Kaffee und Alkohol?

Schlafmythen: welche sind richtig, welche falsch?