

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek

Mitglied im Sozialverband **VdK** – Fachverband Schlafapnoe | Chronische Schlafstörungen

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.: 040/722 2553

E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow, Tel.: 05841 / 96 17 21

E-Mail: schiel@automenzel.de

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen, Tel.: 04101 / 267 57

E-Mail: uwe.scholz@hanse.net



Bitte beachten Sie auch die Informationen der SSG im Internet, unter "www.schlaf-portal.de" Stichwort – "Selbsthilfe"

Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek:

Steffen Schumacher, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek

Detlef Schiel, Hegelstraße 6, 29439 Lüchow

Uwe Scholz, Vogt-Schmidt-Straße 14, 25462 Rellingen

Reinbek, Freitag, 30. Oktober 2009

Sehr geehrte(r) Patient(in) der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek und sehr geehrte Angehörige der Betroffenen, sehr geehrte Mitwirkende, Unterstützer sowie Förderer der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, und alle Interessierten an den Selbsthilfegruppentreffen, von unserem Selbsthilfegruppen-Treffen am 14. Oktober 2009 erhalten Sie nun das Protokoll.

Protokoll vom 5. Treffen der SSG am Mittwoch 14.10.2009 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Frau Dr. med. Maike Oldigs und Frau Dr. med. Petra Wagner Schlaflabor im Krkh. Grhdf. und Herrn Universitäts-Dozent Dr. med. Gernot Langs, Chefarzt Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt.

TOP 1.) Begrüßung der Teilnehmer durch Herrn Steffen Schumacher

Herr Schumacher begrüßte die Teilnehmer des sechsten Patiententreffens der Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek in 2009, zu dem in das Krankenhaus Großhansdorf eingeladen wurde. Herr Schumacher begrüßte die Ärzte und Mitarbeiter der Schlafmedizin: Frau Dr.med. M. Oldigs und Frau Dr.med. P. Wagner, die MTA's Frau Chr. Jugert, Frau G. Kuziek und Frau E. Schröder vom Schlaflabor im Krankenhaus Großhansdorf und den Zahnarzt Herrn Dr.med.dent. Uwe Witte, Mitglied der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS), Hamburg-Rahlstedt. Sehr herzlich begrüßte Herr Schumacher den heutigen Gast und Vortragenden Herrn Univ.-Doz. Dr. med. Gernot Langs, Chefarzt der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt, ein Krankenhaus der Klinikgruppe die Schön Kliniken, sowie die anwesenden Mitarbeiter der verschiedenen Firmen der Medizintechnik, der medizinischen Hilfsmittelhersteller und Hilfsmittellieferanten bzw. – Versorger, die zu diesem Treffen gekommen waren: u.a. Frau K. Heise von der Fa. anamed GmbH, und Herrn Th. Rethschulte von der Fa. RESMED GmbH & Co.KG.

Die Teilnehmer, die zum ersten Mal bei einem Patiententreffen im Krankenhaus Großhansdorf dabei waren, wurden gebeten sich in die Anwesenheitsliste einzutragen, damit Sie auch weiterhin Informationen und Einladungen von der SSG bekommen.

TOP 2.) Vortrag von Herrn Universitäts-Dozent Dr. med. Gernot Langs, Chefarzt Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt. zu dem Thema: " Schlafstörungen aus psychosomatischer Sicht."

Schlafen Sie schlecht ? Fühlen Sie sich manchmal auch völlig ausgebrannt ? Wächst Ihnen manchmal alles über den Kopf ?

Herr Dr. med. Gernot Langs hat sich in der Klinik Bad Bramstedt, ein Krankenhaus der Klinikgruppe die Schön Kliniken, unter anderem auf die Behandlung von Angststörungen, Essstörungen, Schlafstörungen, Burn-out-Syndrom, depressive Erkrankungen sowie Schmerztherapie spezialisiert.

Definition – was ist Schlaf??

Die einen sagen = **verlorene Lebenszeit**, die anderen sagen = **regelmäßig auftretende, notwendige Ruheperioden**, bzw. Schlaf ist genauso wichtig wie Essen und Trinken!!

Hypnos ist in der griechischen Mythologie der Gott des Schlafes, Der Zwillingbruder von Hypnos ist Thanatos, der Tod. Er wohnt im Hades, der Unterwelt; seine Mutter ist die Nacht und sein Sohn ist Morpheus, der Gott des Traums. Die Griechen sahen in Hypnos den sanften und menschenfreundlichen, über Land und Meer schweifenden, milden Beruhiger. Hermes, weitläufig als Götterbote und Herold bekannt, war der zweite für Schlaf und Träume zuständige Gott. Mit seinem Stab konnte er als Vermittler zwischen Olymp und Unterwelt jeden einschläfern.

Das römische Äquivalent zu Hypnos, von dem sich die Hypnose ableitet, ist Somnus. Dieser Gott findet sich in der wissenschaftlichen Bezeichnung von Mohn wieder. (Papaver somniferum L. = Schlafmohn. L. = steht für Carl von Linné, *23.05.1707, † 10.01.1778, der ein schwedischer Naturwissenschaftler war, und die Grundlagen der modernen Klassifikationen der verwandtschaftlichen Beziehungen in der Biologie entwickelte. Als Bestandteil wissenschaftlicher Namen wird sein Name mit L. abgekürzt.). Und damit wäre der Kreis zu Hypnos, der mit einem Mohnzweig dargestellt wird, wieder geschlossen. Seit alters her sind Mohn, Opium und Morphinum, das sich wiederum von Morpheus ableitet, mit Schlaf verbunden. Die Ägypter wussten schon 1.500 vor Christus über deren Wirkung Bescheid, die Assyrer schätzten Mohn, Griechen und Römer sowieso und Paracelsus führte Opium als "Laudanum" (Opiumtinktur) in die Medizin ein.

In der griechischen Mythologie sind also die tatsächlichen Verhältnisse um den Schlaf ganz richtig abgebildet: Die Nacht gebiert den Schlaf, und dieser ist der Vater des Traums. Nur sind die Dinge in Wirklichkeit noch etwas verwickelter, als es die Verwandtschaftsverhältnisse zwischen den griechischen Göttern ahnen lassen.

Wie das Phänomen Schlaf funktioniert und warum dieser todesähnliche Zustand für den menschlichen Organismus so wichtig ist, beschäftigt die Menschheit bereits seit der Antike. Aber erst mit den Methoden der modernen Hirnforschung konnten die Wissenschaftler in den letzten 50 Jahren einen genauen Einblick in das Reich des Schlafes gewinnen - und unter anderem feststellen, dass dieser mit seinem viel zitierten Bruder "Tod" nichts gemein hat und dass das Gehirn nicht in eine Art "Bewusstlosigkeit" verfällt, sondern ganz im Gegenteil bestimmte Regionen äußerst aktiv sind.

Es gibt nämlich mehrere Arten von Schlaf, und der Traum ist lediglich mit einer dieser Arten verbunden. Während des gesamten Nachtschlafs gibt es Perioden, die durch bestimmte physiologische Aktivitäten gekennzeichnet sind. Wir nennen diese Perioden "Aktiver Schlaf" (AS). Genau während des Aktiven Schlafs träumen wir nun. Es gibt also im Laufe des Nachtschlafs Phasen, in denen physiologische (Aktiver Schlaf) und psychologische (Traum) Prozesse parallel laufen. Wir nennen die Phasen Traumschlaf (TS). Die Verhältnisse zwischen Aktivem Schlaf, Traum und Traumschlaf lassen sich etwa folgendermaßen veranschaulichen: Man kann den Aktiven Schlaf vom Traum wohl unterscheiden, aber nicht voneinander trennen. Es gibt keine Phase in unserem Leben, in der Aktiver Schlaf ohne Traum bzw. Traum ohne Aktiven Schlaf auftritt.

Funktion des Schlafes :

die Funktion ist immer noch weitgehend ungeklärt (es gibt verschiedene Theorien).

Nur ein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus hält uns auf Dauer körperlich und geistig fit! Nahezu jeder dritte Erwachsene klagt bereits über Schlafstörungen, einige von ihnen sind von der Schlafapnoe betroffen.

Die moderne Schlafforschung beschäftigt sich intensiv mit der Diagnose und der Therapie von Schlafstörungen und Schlafapnoe.

Tiefschlaf: Erlerntes abspeichern, z.B. auswendig lernen von Vokabeln oder einer Telefonnummer vor dem Wählen.

REM-Schlaf: (Rapid Eye Movement, schnelle Augenbewegungen, Traumschlaf) **Bewegungsabläufe abspeichern**. z.B. ausführen von Tätigkeiten, wie Radfahren.

Normaler Schlafverlauf,

WK: Wach ("wake")

MVT: Bewegungen der Glieder ("movement")

REM: REM-Schlaf - Traumschlaf

S1 / S2: Leichtschlaf Stadium 1 und 2

S3 / S4: Tiefschlaf Stadium 3 und 4

Pathologischer, kranker Schlafverlauf,

WK: Wach ("wake") **immer wieder Wach**

MVT: Bewegungen der Glieder ("movement")

REM: REM-Schlaf – **weniger Traumschlaf**

S1 / S2: Leichtschlaf Stadium 1 und 2

Kein Tiefschlaf ! Körperliche Erholung gibt es aber nur während des Tiefschlafes.

Es gibt viele offene Fragen zum Schlaf:

Was ist normaler Schlaf?

Zustand der äußeren Ruhe!

Gibt es eine optimale Schlafdauer?

Gibt es eine optimale Schlafzeit?

Muss Schlaf durchgehend sein (in einer Phase)?

Oder mehrere Schlafphasen?

Deutschland: Durchschnittswerte

- Schlafzeit: 23:04 – 6:18
- Schlafdauer: 7 Std 14 Min
- Schlaflatenz: 15 Min

Circadianer Rhythmus ist der natürliche Takt- und Zeitgeber des Körpers.

Er wird heute häufig auch eingedeutscht **zirkadianer Rhythmus** geschrieben. Die meisten biologischen und psychischen Vorgänge im Körper verlaufen nach einem natürlichen Rhythmus. Viele dieser Funktionen haben einen Zyklus von etwa einer Tageslänge und werden als zirkadiane Rhythmen bezeichnet. Zirkadiane Rhythmen haben großen Einfluss auf den Schlaf- Wachzustand, die Körpertemperatur und auf Hormonveränderungen. Tageslicht und andere Zeitgeber erzeugen zirkadiane Zyklen, die jeden Tag periodisch gleich verlaufen.

Circadiane Rhythmusstörungen

- Jet-Lag
- Schichtarbeit

Die häufigste zirkadiane Rhythmusstörung wird durch den sogenannten "Jet-Lag" verursacht, der bei Überschreitung verschiedener Zeitzonen entsteht. Flüge zwischen Europa und Amerika verursachen z. B. Jet-Lag-Symptome, die eine Woche oder sogar länger andauern können. Einer milden Form eines Jet-Lags sind viele Menschen zweimal im Jahr ausgesetzt, nämlich zu Beginn und Ende der Sommerzeit, wenn die Uhr eine Stunde vor- bzw. zurückgestellt wird. Durch Nacht- und Wechselschichten werden Schichtarbeitern ungewöhnliche und unregelmäßige Arbeitszeiten auferlegt. Dadurch entstehen gesundheitliche Probleme, die denen des Jet-Lags ähneln.

Der Mensch lebt immer stärker im Gegensatz zu seinem circadianen Rhythmus. So nimmt der Anteil an Schichtarbeit immer mehr zu. Zweitens setzen wir uns immer weniger Sonnenlicht aus. Wir verbringen – besonders im Winter – immer mehr Zeit in Innenräumen, wo die Lichteinstrahlung selten höher als 500 Lux liegt. Ein bedeckter Himmel im Freien hat aber immer noch 8.000 Lux und direkte Sonneneinstrahlung sogar etwa 300.000 Lux. Zunehmend sind wir auch nachts künstlichen Lichtreizen ausgesetzt. Somit leben wir in Bezug auf unser zirkadianes System "im Dunkeln".

Unsere "innere Uhr", die eigentlich täglich einer neuen "Justierung" bedarf, hat dadurch mit immensen Problemen zu kämpfen. Die Auswirkungen können sein: Schlaf- und Essstörungen, Energielosigkeit bis hin zu schweren Depressionen.

Epidemiologie ist jene wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den Ursachen und Folgen sowie der Verbreitung von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen beschäftigt.

Studienlage vom Krankheitsbild Insomnien – Schlafstörungen =

ca. 4% der Allgemeinbevölkerung werden von Schlafstörungen geplagt

Untersuchung durch: Hajak G. (2001) Epidemiology of severe insomnia and its consequences in Germany. EurArchPsychatrClinNeurosci, 251; 49 –56

ca. 20% der Patienten einer Allgemein-Arztpraxis leiden an Schlafstörungen

Untersuchung durch: Hohagen F., Rink K., Käppler C., et al. (1993). Prevalence and treatment of insomnia in general practice. EurArch PsychatrClinNeurosci, 242; 329 –336

ca. 4 % der Allgemeinbevölkerung leiden an Schlafstörungen (gleiches Ergebnis einer zweiten Studie)

Untersuchung durch: Ohayoon M.M., Zulley J. (1999). Prevalence of naps in the general population. Sleep and Hypnosis, 1: 88 –97.

Beschrieben werden geschlechtsspezifische Unterschiede objektiver Schlaflaborbefunde und / oder der klinischen Präsentationen bei Insomnien – Schlafstörungen

Sex ratio (Insomnie):
Frauen > Männer = mehr Frauen als Männer
Ältere > Jüngere = mehr Ältere als Jüngere

Diagnostik

- Anamnese: (die im Gespräch ermittelte Vorgeschichte eines Patienten)
- Erhebung der verschiedenen Arten Schlafstörungen (Einschlafstörung, Durchschlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Schnarchen, nächtliche "Atmungs-Aussetzer".....)
- *Besteht ein adäquater (korrekter) Umgang mit dem Schlaf (z.B. Schlafhygiene) ?*
- *Besteht eine Störung des zirkadianen/chronobiologischen Rhythmus (z.B. Schichtarbeit) ?*
- *Werden schlafstörende Substanzen / Medikamente eingenommen ?*
- *Ist der erholsame Schlaf das Symptom einer psychiatrischen und/oder einer anderen organischen Erkrankung ?*
- Schlaflabor (eine kardiorespiratorische Polysomnographie, nach der BUB-Richtlinie)
- Strukturiertes klinisches Interview (Fragebogen)

Primäre Schlafstörungen (Insomnie oder Psychophysiologische Insomnie)

- Diagnosekriterien für primäre Insomnien / Schlafstörungen nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition – Diagnostisches und Statistisches Handbuch, vierte Ausgabe).
- Die vorherrschende Beschwerde besteht in Ein-oder Durchschlafschwierigkeiten oder nicht erholsamem Schlaf für mindestens einen Monat.
- Die Schlafstörung (oder damit assoziierte Tagesmüdigkeit) führt zu klinisch signifikantem Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Die Schlafstörungen sind nicht ausschließlich zurückzuführen auf eine Narkolepsie, atmungsgebundene Schlafstörung, Schlafstörung mit Störung des zirkadianen Rhythmus oder eine Parasomnie.
- Die Schlafstörung ist nicht primär zurückzuführen auf eine psychische Erkrankung (z. B. Major Depression, generalisierte Angststörung, Demenz, etc.).
- Die Schlafstörung ist nicht direkt auf die Wirkung einer Substanz (Droge, Medikament) oder eine medizinische Erkrankung zurückzuführen.

Die psychophysiologische Insomnie, sehr treffend auch "erlernte Schlaflosigkeit" genannt, bezeichnet eine primäre Schlafstörung, deren Grundlage gelernte (konditionierte) schlafverhindernde Assoziationen sind, die mit körperlicher Anspannung einhergehen. Typischerweise stellt sich bei den Betroffenen eine übertriebene, vergebliche Anstrengung einzuschlafen ein, die zudem mit der Sorge verbunden ist, dass fehlender und wenig erholsamer Schlaf am folgenden Tag die psychische und körperliche Verfassung beeinträchtigt. Diese Befürchtung wirkt dem Einschlafen zusätzlich entgegen und verhindert dadurch sogar den Schlaf. Je verzweifelter der Patient um den Schlaf kämpft, umso erregter und weniger schlaffähig wird er.

Psychophysiologisches Modell der primären Insomnie (nach Backhaus, 1997)

<p>Physiologische Aktivierung z.B. motorische Anspannung / Herzklopfen</p>	<p>Kognitionen Grübeln / Sorgen um den Schlaf / Mythen / negative Attributionen auf die Schlafstörung</p>	<p>Emotionen Ärger u. Wut über die Schlafstörung / Furcht vor den Konsequenzen der Schlafstörung</p>
<p>Wahrnehmung des Schlafs Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Schlaf / Überschätzung der Einschlaf-u. Wachliegedauer / Unterschätzung der Schlafdauer</p>	<p>EINSCHLAF- UND DURCHSCHLAF- STÖRUNGEN</p>	<p>Tagesbeeinträchtigungen Müdigkeit / Erschöpftheit / sinkende Stimmung / Verminderung in Leistungs- u. Konzentrationsfähigkeit / Einschränkung sozialer Aktivitäten</p>
<p>Ungünstige Selbsttherapieversuche langfristige Medikamenteneinnahme mit Absetzversuchen und Reboundinsomnie / Einsatz von Alkohol als Schlafmittel</p>		<p>Dysfunktionale Schlafgewohnheiten lange Bettzeiten / langes Wachliegen im Bett / unregelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus / Tagesschlaf</p>

Primäre Hypersomnie

Die im Vordergrund stehende Beschwerde ist übermäßige Schläfrigkeit seit mindestens einem Monat (oder weniger, wenn rezidivierend, d.h. ein, nach einiger Zeit der Beschwerdefreiheit, erneutes Auftreten der Beschwerde), die sich entweder durch verlängerte Schlafepisoden oder durch fast täglich auftretende Schlafepisoden am Tage äußert.

Die übermäßige Schläfrigkeit verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Die übermäßige Schläfrigkeit kann nicht besser durch eine Insomnie erklärt werden, tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen Schlafstörung auf (z. B. Narkolepsie, Atmungsgebundene Schlafstörung, Schlafstörung des zirkadianen Rhythmus oder Parasomnie) und kann nicht durch eine unzureichende Schlafdauer erklärt werden.

Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung auf.

Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Schlafstörungen als Symptom psychischer Erkrankungen

Burn-out-Syndrom

"Burn-out ist wie Pornographie – ich bin nicht sicher, ob ich es definieren kann, aber wenn ich es sehe, weiß ich, was es ist."

Quelle: Forney et al., 1982, S. 436

erschöpft – verbittert – ausgebrannt

Unter Burnout (engl.: to"burn"out = ausbrennen) verstand man ursprünglich die negativen Folgen der beruflichen (Über-)Beanspruchung mit gemütsmäßiger Erschöpfung, innerer Distanzierung und schließlich Leistungsabfall. Oder - wie es früher beschrieben wurde -, ein "Stress-Syndrom der helfenden Berufe" bzw. auf einen kurzen Nenner gebracht: "Die Folgen von schlechten Bedingungen, unter denen viele gute Leute tätig sind". Man muss immer gut sein – Ich muss immer alles gut machen.

Inzwischen handelt es sich um ein reichlich komplexes Beschwerde- bzw. Leidensbild, das zwar immer mehr Betroffene belastet, aber nur zögerlich Eingang in Wissenschaft und Lehre und damit in Beratung, Klinik und Praxis findet.

70% bis 80% der Burn-Out-Patienten haben eine Schlafstörung. Der Schweregrad einer Schlafstörung wird als *leicht, mittel oder schwer* nach der Häufigkeit der Beschwerden und dem Grad der Beeinträchtigung definiert. Nicht zwei Wochen lang, sondern akut bis zu vier Wochen, subakut bis zu 6 Monaten und chronisch bei einer Dauer von mehr als 6 Monaten.

Warn- und Alarmsignale für das Beschwerdebild des Burnout-Syndroms

- Phase 1 ● Freundlichkeit und (Über-) Idealismus
- Phase 2 ● Überforderung (meist nicht wahrgenommen)
- Phase 3 ● Geringer werdende Freundlichkeit
- Phase 4 ● Schuldgefühle darüber
- Phase 5 ● Vermehrte Anstrengungen
- Phase 6 ● Erfolglosigkeit
- Phase 7 ● Hilflosigkeit
- Phase 8 ● Hoffnungslosigkeit
- Phase 9 ● Erschöpfung, Abneigung gegen Klienten – Mitarbeiter – Schüler, Apathie
- Phase 10 ● Burn-Out-Syndrom Selbstbeschuldigung, Zynismus, Psychosomatische Reaktionen, Fehlzeiten, Unfälle, etc.

Äußerungen von Abneigungen = Arzt: Ich helfe kranken Menschen nur für 2.000,-€, Lehrer: Ich hasse Kinder, Arzt: Die Gallenblase von Zimmer 17, Hausfrau: Ich hab einen Kleinbetrieb.

Die zehnte und letzte Phase ist das Burn-Out-Syndrom.

Selbstbeschuldigung, Zynismus, Ärger, Fehlzeiten, Unfälle, Psychosomatische Reaktionen wie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, erhöhter Alkoholkonsum, vermehrt Einnahme von Beruhigungsmitteln oder Schmerzmitteln.

Die Definition ist nach Ansicht der meisten Forscher als unscharf und unzureichend einzustufen.

Erklärungsmodell

- (1) Die Anfangsmotivation ist gekennzeichnet durch *hohe Ziele, unrealistische Absichten und Ansprüche*.
- (2) Wenn *ungünstige Arbeitsbedingungen* auf die in (1) genannten Merkmale stoßen, entsteht Frustration mit Gefühlen von Erschöpfung, weil die Absichten nicht zur Wirklichkeit passen (*Person-job-misfit*).
- (3) Die Dynamik nimmt ihren Lauf, wenn *inadäquate* (nicht angebrachte) *Bewältigungsstrategien* angewandt werden.

Quelle: Hillert und Schmitz, 2004

Epidemiologie depressiver Erkrankungen

Depression in %



Lebenszeitprävalenz: Über die Lebensspanne hinweg erkranken ca. 17% aller Menschen einmal an einer Depression (Frauen 26%, Männer 12%) Dieser Prozentsatz steigt auch dadurch, dass wir alle immer älter werden. Viele Männer wissen gar nicht, dass Sie eine Depression haben, weil man als Mann keine Depression haben darf. "Mensch – reiß dich zusammen". Das Schlaflabor beseitigt bei einigen von Ihnen die Depressionen.

Kernsymptome der depressiven Erkrankung nach ICD - 10 Code (Intern. Classificat. of Diseases).

Hauptsymptome:

1. Gedrückte Stimmung
2. Interessen-/Freudlosigkeit
3. Antriebsstörung, Müdigkeit

zwei oder drei Hauptsymptome
müssen vorhanden sein

andere häufige Symptome:

1. Konzentration ↓ sinkt
2. Selbstwertgefühl ↓ und Selbstvertrauen sinken
3. Schuldgefühl und Gefühl der Wertlosigkeit
4. Hemmung / Unruhe
5. Selbstschädigung
6. Schlafstörung
7. Appetitminderung und Gewichtsveränderung

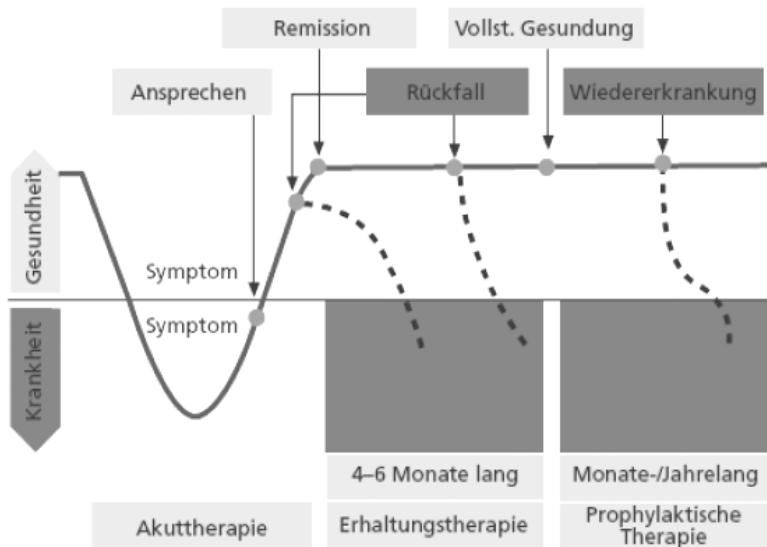
zwei bis vier andere Symptome
müssen vorhanden sein

Kernsymptome der depressiven Erkrankung:

Dauer : mindestens 2 Wochen (Ausnahme: Recurrent Brief Depression - RBD eine nur wenige Tage dauernde, wiederkehrende, kurze depressive Episode - RKD).

Quelle: CliniCum psy, Sonderausgabe 01/07

Behandlungsverlauf einer depressiven Störung



Dysthyme Störung Dysthymien sind chronisch, jedoch weniger schwer, verlaufende depressive Erkrankungen.

Zeitkriterium: Dauer ≥ 2 Jahre

3 oder mehr der folgenden Symptome müssen vorhanden sein (ist meistens aber "milder"):

1. Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
2. Freud- / Lustlosigkeit
3. Verminderter Appetit, Gewichtsverlust
4. Konzentrationsstörungen
5. Schlafstörungen
6. Deutliche Verminderung des Selbstwertgefühls
7. Lebensüberdruß

Quelle: DSM-IV & ICD -10

Generalisierte Angststörung

- Anhaltende Angst an den meisten Tagen, die nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt sind.
- In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:
- Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität; Konzentrationsschwierigkeiten usw.)
- Motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit sich zu entspannen)
- vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie [ist eine Herz-Rhythmusstörungen, die Beschleunigung des Pulses wird von den meisten Patienten sofort als "Herzrasen" bemerkt] oder Tachypnoe [Als Tachypnoe bezeichnet man eine gesteigerte Atemfrequenz, z.B. bei erhöhtem Sauerstoffbedarf durch körperliche Belastung oder Fieber], Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit etc.)

Therapeutischer Ansatz

Schlafhygiene Regeln :

1. Nach dem Mittagessen keine koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, Schwarztee, Cola) mehr trinken. Koffein hat stimulierende Wirkung und kann somit den Schlaf beeinträchtigen.
2. Vermeiden von Alkohol! Alkohol keinesfalls als Schlafmittel einsetzen. Alkohol kann das Einschlafen zwar beschleunigen, unterdrückt aber Tief- und REM-Schlaf. Nach Alkoholenuss wird der Schlaf gegen Morgen oftmals oberflächlich und durch Wachperioden unterbrochen.
3. Verzicht auf Appetitzügler! Diese können das Nervensystem stimulieren und somit den Schlaf stören.
4. Keine schweren Mahlzeiten am Abend! Durch erhöhte Magen- und Darmtätigkeit kann der Schlaf unruhiger und oberflächlicher werden.
5. Regelmäßige körperliche Aktivität! Diese wirkt sich günstig auf den Schlaf aus (erhöhte Tiefschlafanteile). Jedoch keine extreme körperliche Aktivität in den Abendstunden, da dadurch die Körpertemperatur wieder ansteigt, was das Einschlafen beeinträchtigt.
6. Allmähliche Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen: keine anstrengenden körperlichen oder geistigen Tätigkeiten direkt vor dem Schlafen, son-

den den Tag ruhig ausklingen lassen.

7. Ein persönliches Einschlafritual kann den Schlaf fördern! Z. B. ein regelmäßiger Spaziergang vor dem Zubettgehen, Entspannungsmusik, oder Ähnliches.
8. Das Schlafzimmer sollte eine angenehme Atmosphäre haben; richtige Temperatur, gut abgedunkelt, keine Lärmquellen.
9. In der Nacht nicht auf den Wecker schauen. Das häufige Kontrollieren der Zeit in der Nacht kann eine Schlafstörung konditionieren. Durch das Wegdrehen des Weckers sollen Gewöhnungsprozesse und sich selbst erfüllende Prophezeiungen sowie erhöhter Leistungsdruck durchbrochen werden, um die Gelassenheit in der Nacht zu fördern.

Schlaf-Wach-Rhythmus-Strukturierung durch Stimuluskontrolle

1. Nur bei ausgeprägter Müdigkeit zu Bett gehen.
2. Das Bett nur zum Schlafen verwenden. Keine Aktivitäten im Bett wie Fernsehen, Lesen, Essen oder Ähnliches, sondern das Bett nur zum Schlafen benutzen (Ausnahme: sexuelle Aktivitäten).
3. Keine langen Wachphasen im Bett. Wenn das Einschlafen längere Zeit nicht gelingt bzw. wenn längere nächtliche Wachphasen auftreten, das Bett verlassen und einer angenehmen Tätigkeit nachgehen, z. B. im Wohnzimmer Musik hören oder Lesen. Erst bei Müdigkeit wieder ins Bett zurückgehen.
4. Wenn nach Befolgen der 3. Regel das Einschlafen immer noch nicht gelingt, diese Regel einmal oder mehrfach wiederholen.
5. Morgens jeweils regelmäßig um die gleiche Zeit aufstehen (Wecker stellen), unabhängig von der Dauer des Nachtschlafes. Auch am Wochenende!
6. Keine Nickerchen am Tag wie Mittagsschlaf oder abends vor dem Fernsehgerät!

Medikamentöse "Einschlafhilfen"

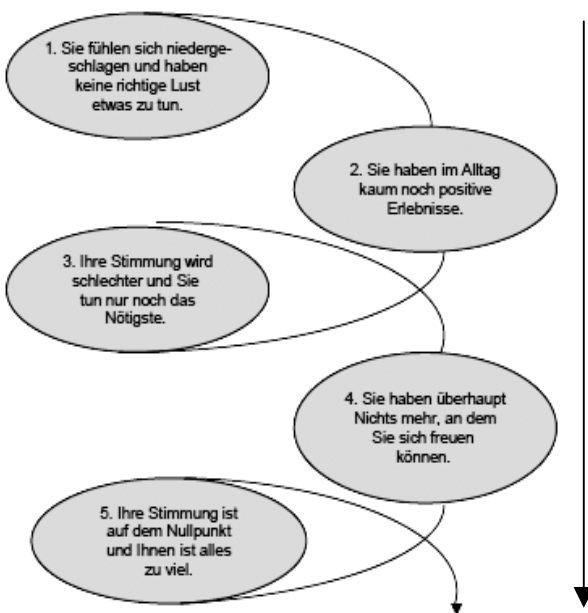
- Antidepressiva (Sedierende = müde machend, einschläfernd) = Antidepressiva gehören zu den Medikamenten, die gezielt auf die Psyche des Menschen wirken. Diese Medikamente werden auch Psychopharmaka genannt. Antidepressiva haben im Gegensatz zu anderen Psychopharmaka kein Suchtpotential, machen also nicht abhängig. Auch der Zeitpunkt der Einnahme ist entscheidend. Aktivierende Antidepressiva werden am Vormittag eingenommen, sonst drohen Schlafstörungen. Sedierende Antidepressiva werden dagegen am Abend oder vor dem Schlafengehen eingenommen. Durch den schlafanstoßenden Effekt dieser Mittel lässt sich ein zusätzliches Schlafmittel einsparen.
- Basisneuroleptika = sind hypnotikafreie Beruhigungsmittel mit einer sogenannten antipsychotischen Wirkung. Die Patienten geraten darunter in einen Zustand der relativen Gleichgültigkeit gegenüber ihrer Umwelt. Ihre psychische Erregung wird gehemmt, innere Spannung und Angst vermindert. Indikationen: Dämpfung psychomotorischer Unruhe mit schlafanbahnender Wirkung bei Erregungszuständen, Angstzuständen, Psychomotorischer Unruhe. Präparate mit dieser Wirkung werden als *Basisneuroleptika* oder *niederpotente Neuroleptika* bezeichnet. Diese sedierende Wirkung tritt bereits nach einer Einzeldosis ein.
- Benzodiazepine = Einige Vertreter der Gruppe finden in der Medizin Verwendung als angstlösende und sedierend wirkende Arzneistoffe, sogenannte Tranquilizer. Sie finden in der Psychiatrie Anwendung bei der Behandlung von Angst- und Unruhezuständen, als Notfallmedikation bei epileptischen Krampfanfällen und als Ein- und Durchschlafmittel. Ferner werden sie als Prämedikation vor Operationen verordnet, damit der Patient entspannt und angstfrei ist.
- Benzodiazepinabkömmlinge = Als "Schlafmittel" gibt es verschiedene Benzodiazepine (= Wirkstoff), Benzodiazepinabkömmlinge, Barbiturate, Antidepressiva, ja sogar Antiepileptika können einen zum schlafen bringen. Benzodiazepinabkömmlinge wie Zolpidem, Zopiclon oder Zaleplon scheinen ein günstigeres Risikoprofil als die klassischen Benzodiazepine aufzuweisen. Sie werden deshalb heute vorrangig vor Benzodiazepinen als Schlafmittel eingesetzt.
- Pflanzliche Schlaf- und Beruhigungsmittel = Folgende Pflanzen gelten als pflanzliche Beru-

higungsmittel: Johanniskraut, Melisse, Kava-Kava, Passionsblume, Baldrian, Hopfen, Lavendel und Orangenblüte. Pflanzliche Schlaf- und Beruhigungsmittel sind rezeptfrei wie alle Wirkstoffe der Phytopharmaka. Heilpflanzenextrakte zur Verbesserung des Schlafs haben eine lange Tradition: Mittlerweile gibt es immer mehr wissenschaftliche Studien, die die Wirkung solcher natürlicher Schlaf- und Beruhigungsmittel untersuchen – mit dem eindeutigen Ergebnis: Sie helfen tatsächlich! Sie sind alles andere als wirkungslos und sie haben weniger unerwünschte Nebenwirkungen als die synthetischen Schlafmittel.

Aufteilung der Antidepressiva nach Aktivierung / Sedierung (Kielholz)

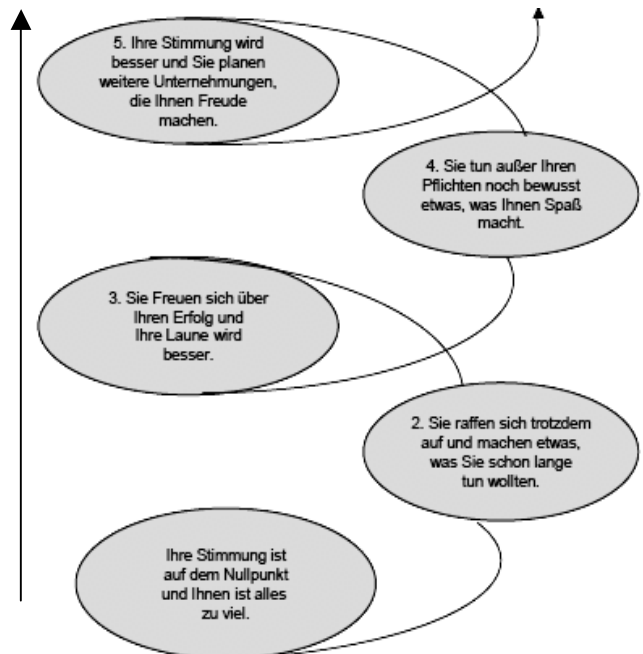
- Sedierende Antidepressiva, Stoffe vom Amitriptylin-Typ wirken eher beruhigend (dämpfend) und sind besonders zur Behandlung der agitiert-ängstlichen Depression geeignet;
- Antriebsneutrale Antidepressiva, Stoffe vom Imipramin-Typ sind antriebsneutral und wirken vor allem stimmungsaufhellend, sie können sowohl zur Behandlung des agitiert-ängstlichen als auch des gehemmt-depressiven Depressionstypus eingesetzt werden;
- Antriebssteigernde Antidepressiva, Stoffe vom Desipramin-Typ wirken eher wachmachend bzw. antriebssteigernd, sie sind besonders zur Behandlung der gehemmt-depressiven Depression geeignet.
- Nebenwirkungen der Antidepressiva:
 - Nebenwirkungen treten bevorzugt am Beginn der Behandlung auf:
 - Erwünschte Nebenwirkungen (z.B. schlafanstoßend)
 - Unerwünschte Nebenwirkungen (z.B. vermehrtes Schwitzen)
 - Rückbildung der Nebenwirkungen im Verlauf der Behandlung.

Die Spirale niedergeschlagener Stimmung: Der Zusammenhang von negativer Stimmung und Aktivitäten.



1. Sie fühlen sich niedergeschlagen und haben keine richtige Lust etwas zu tun.
2. Sie haben im Alltag kaum noch positive Erlebnisse.
3. Ihre Stimmung wird schlechter und Sie tun nur noch das Nötigste.
4. Sie haben überhaupt Nichts mehr, an dem Sie sich freuen können.
5. Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt und Ihnen ist alles zu viel.

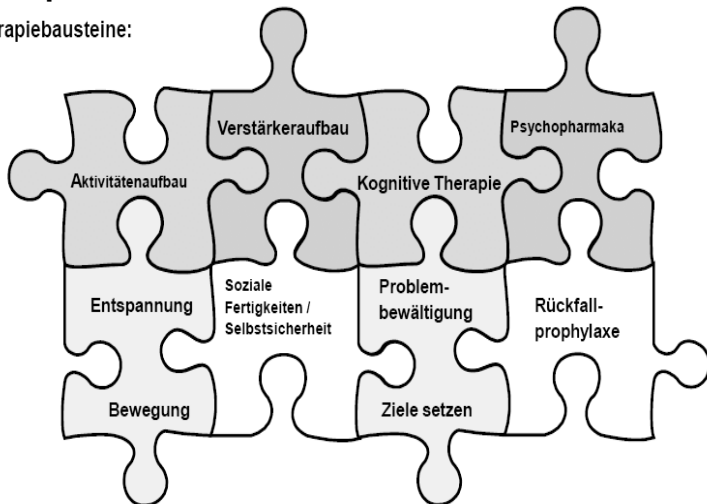
Die Spirale sich bessernder Stimmung: Der Zusammenhang von Stimmung und ersten Aktivitäten.



5. Ihre Stimmung wird besser und Sie planen weitere Unternehmungen, die Ihnen Freude machen.
4. Sie tun außer Ihren Pflichten noch bewusst etwas, was Ihnen Spaß macht.
3. Sie freuen sich über Ihren Erfolg und Ihre Laune wird besser.
2. Sie raffen sich trotzdem auf und machen etwas, was Sie schon lange tun wollten.
1. Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt und Ihnen ist alles zu viel.

Therapiebausteine:

Therapiebausteine:



Behandlung der Generalisierten Angststörung :

Konfrontation:

- Was ist das Schlimmste, was passieren könnte?
- Darf ich überhaupt an etwas Anderes denken? (= abergläubisches Denken)
- Paradox: wenn ich etwas Gutes denke, wird garantiert etwas Schreckliches passieren.
- Was vermeide ich durch meine Grübelketten?
- In Kombination mit Entspannungsverfahren (z.B. Biofeedback)

Nach der Beantwortung von Fragen aus dem Teilnehmerkreis durch Herrn Dr.med. Gernot Langs, sowie einer Diskussion und einem Erfahrungsaustausch unter den anwesenden Teilnehmern, bedankte sich Herr Schumacher bei Herrn Dr. Langs für seine Ausführungen zu dem Thema: "Schlafstörungen aus psychosomatischer Sicht" Danach bedankte sich Herr Schumacher bei den anwesenden Teilnehmern für Ihr Interesse und beendeten dieses SSG Treffen im Krankenhaus Großhansdorf mit dem Wunsch für eine bleibende gute Gesundheit.

Beginn des Treffens 19.⁰⁰ Uhr, Ende ca. 21.⁰⁰ Uhr, Teilnehmerzahl: 58 Personen, die zum Teil mit ihren Familienangehörigen gekommen waren; davon 31 Patienten mit 11 Angehörigen der SSG, 9 Teilnehmer waren Ärzte, z.T. Mitarbeiter vom Krankenhaus Großhansdorf und medizinischen Firmen; von den Teilnehmern die zum ersten Mal Gast eines Patiententreffens waren, trugen sich 5 Patienten in die Anwesenheitsliste ein.

Kommen Sie zu unserer nächsten Veranstaltung, dem 6. Patiententreffen 2009, am Mittwoch 25. November 2009, 19.⁰⁰ bis 21.⁰⁰ Uhr, zu einem Vortrag durch Herrn Prof.Dr.med. Christian Blöchle, Chefarzt der Allgemein- und Visceralchirurgie der Sana-Kliniken in Lübeck, Thema: "Starker Gewichtsverlust bei Adipositas - durch Magenband-Chirurgie oder Magen-Bypass-Chirurgie", zusammen mit Frau Dr.med. M. Oldigs, Frau Dr.med. S. Betge und Frau Dr.med. P. Wagner vom Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf, anschließend Diskussion.

Zur Information für die anwesenden Patienten und Teilnehmer lagen aus: "Schlafapnoe Aktuell" Fachzeitschrift Nr.29 / April 2009 **VdK** – Fachverband Schlafapnoe. Infomaterial von den Firmen: RESMED GmbH&Co.KG Broschur "Endlich wieder ruhig schlafen", Firmen Magazin **LIFE** Nr. 4/2008 von HOFFRICHTER GmbH, Informations-Broschüre "Fragen und Antworten zu Schlaf-Störungen"; Autor: Frau Dr.med. H. Beneš, Schwerin, Herausgeber: Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, "Wieder frisch und munter", eine Information der Selbsthilfegruppen Schlafapnoe Norddeutschland, "Risiko Schlafmangel" Skript zur WDR-Sendereihe Quarks & Co, "Müdigkeit im Straßenverkehr" Booklet ADAC e.V. Ressort Verkehr.

Soweit mein Bericht vom fünften Patiententreffen 2009 im Krankenhaus Großhansdorf, Vortragssaal, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf, zusammen mit Frau Dr. med. M. Oldigs, und Frau Dr.med. P. Wagner vom Schlaflabor Krankenhaus Großhansdorf, sowie Herrn Dr. med. Gernot Langs, Chefarzt Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt.

Wir bedanken uns bei der Firma Weinmann, Geräte für Medizin GmbH & Co.KG -Hamburg, für die freundliche Unterstützung bei der Ausrichtung dieses Selbsthilfegruppentreffens, sowie bei der Fa. LindeGasTherapeutics und beim Krankenhaus Großhansdorf für die freundliche Unterstützung bei der Vervielfältigung und dem Versand des Protokolls und der Einladungen.

Steffen Schumacher, Leiter Selbsthilfegruppe Schlafapnoe Großhansdorf / Reinbek, Husumer Straße 44, 21465 Reinbek, Tel.:040/7222553, E-Mail: steffenschumacher@alice-dsl.de