

# Psychosomatische Aspekte der Schlaf-Apnoe

Leben mit Schlaf-Apnoe

# Jede chronische Erkrankung kann das Selbstwertgefühl und das Bedürfnis nach Selbstkontrolle betreffen



Ca. 2% von Patienten einer hausärztlichen Praxis sind von der Schlaf-Apnoe betroffen.

Jede chronische, körperliche Erkrankung ist ein Einschnitt in das bisherige Leben, der für *jeden Menschen* Verlust, Unsicherheit und Bedrohung bedeuten und das *Selbstwertgefühl* sowie das Bedürfnis nach *Selbstkontrolle* beeinträchtigen kann.

Das Selbstwertgefühl kann verletzt werden, weil die Krankheit

Partnerschaft, Beziehungen, körperliche Integrität und Attraktivität gefährdet oder beeinträchtigt hat. Das Bedürfnis nach Selbstkontrolle kann beeinträchtigt sein, weil die Krankheit bisherige Lebenspläne und Alltagsabläufe in Frage stellen kann und den Kranken so einengt, dass er sich der Krankheit ausgeliefert fühlt.

Ein Patient mit Schlaf-Apnoe leidet möglicherweise seit langem an den Folgen einer Erkrankung, die bislang nicht diagnostiziert wurde :

**Müdigkeit, Antriebsarmut und erhöhte Reizbarkeit**

**sozialer Rückzug, auch infolge des Schnarchens**

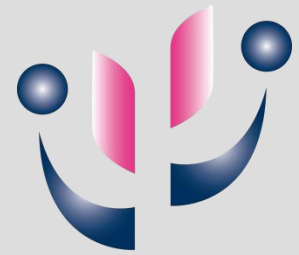
**Beeinträchtigung von Partnerschaft**

**Sexuelle Funktionsstörungen**

**Multimorbidität infolge des unbehandelten Schlaf-Apnoe-Syndroms**

Die Behandlung kann viele Symptome beheben, stellt aber auch eine Belastung dar, denn manchem fällt es schwer, Maskenbeatmung zu akzeptieren. Dasselbe gilt für eine medizinisch häufig indizierte Veränderung der Lebensweise.

# Anpassung an eine chronische Krankheit ist ein Prozess, der Zeit benötigt

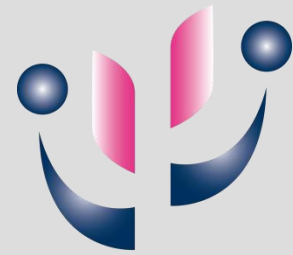


An die Veränderungen, die eine chronisch körperliche Erkrankung und ihre Behandlung mit sich bringt, muss sich der Patient anpassen. Eine neue Wirklichkeit muss akzeptiert werden. Ein solcher Prozess der Anpassung braucht Zeit. Er ist mit dem *Trauerprozess* vergleichbar, denn wie der Verlust eines geliebten Menschen stellt auch eine Krankheit einen Verlust von bisherigen Fähigkeiten und Möglichkeiten dar, an den sich der Kranke gewöhnen muss.

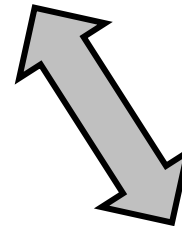
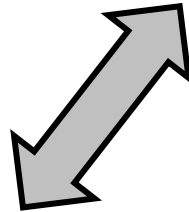
Der Prozess der kognitiven Anpassung durchläuft gewöhnlich verschiedene Stadien: Am Beginn steht die Verleugnung, in der der Patient sein Problem nicht wahrhaben will. Die nächste Phase ist bestimmt von Hin- und hergerissen Sein, von Feilschen mit dem Arzt, auch von wütendem Aufbegehren gegen die Krankheit. Es folgt im günstigen Fall die Akzeptanz der neuen Wirklichkeit, verbunden mit einer neuen Sinngebung und Bedeutungszuweisung an die Krankheit.

Dieses Wissen um den Anpassungsprozess hilft dem Arzt, *dem Patienten die Zeit zu gewähren*, die er zur Krankheitsakzeptanz benötigt. Es hilft, *Verständnis zu haben für ein mögliches Hadern* des Patienten.

# Der Anpassungsprozess ist abhängig von:



**Individuelle Bewältigungsstrategien,  
die sich bereits bewährt haben**  
Der Bedeutungszuteilung an Krankheit -  
Sinngabe

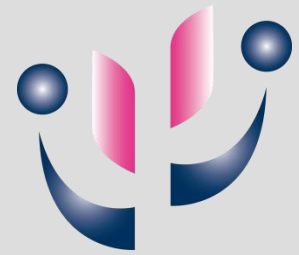


**Frühen  
Bindungserfahrungen  
und Lernvorgängen in der  
Herkunftsfamilie**



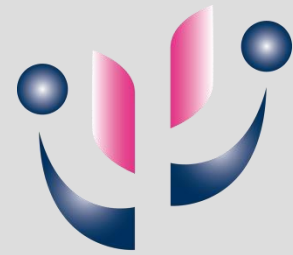
**Sozialem Umfeld**  
2 Personenbeziehungen,  
Familie, Armut, Arbeitsumfeld,  
Kultur

# Besondere Probleme der Schlaf-Apnoe:

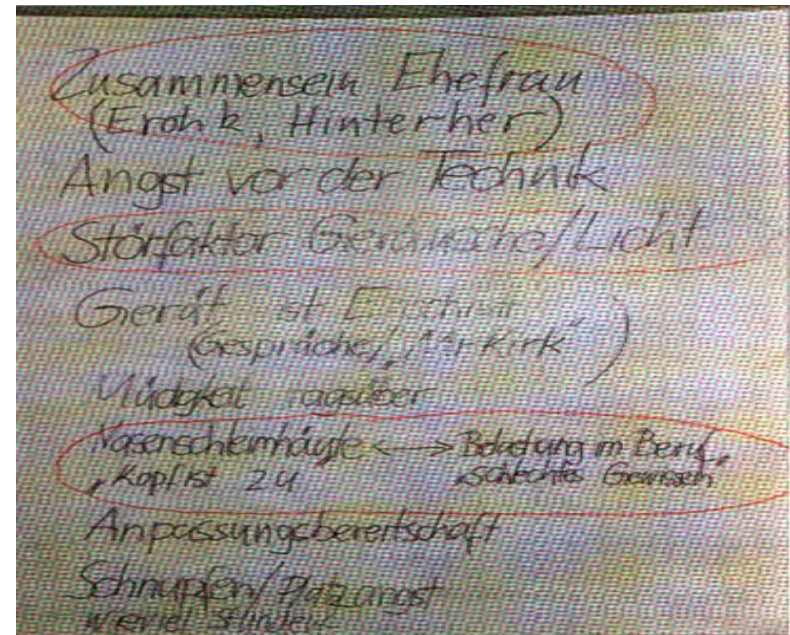


- Akzeptanz der Maskenbeatmung
- Komorbide psychische Erkrankungen wie Depression, Ängste, Essstörungen
- Multimorbidität

# Besonderes Problem bei der Schlaf- Apnoe: Akzeptanz der Maskenbeatmung



- Beeinträchtigung des Zusammenlebens mit dem Lebenspartner
- Angst vor Verlust der Erotik und Attraktivität
- Ängste sich mit Maschine und Maske zu isolieren
- Angst vor Angewiesenheit auf Technik
- Klagen über behinderte Nasenatmung und technische Störfaktoren des Gerätes und der Maske
- Platzangst mit der Maske
- Problem mit Urlaub und Freizeitplanung



Flipcharttext eines Patientenkurses

# Besonderheit: Komorbidität mit psychischen Erkrankungen

Berücksichtigung psychosomatisch-somatopsychischer Wechselwirkungen

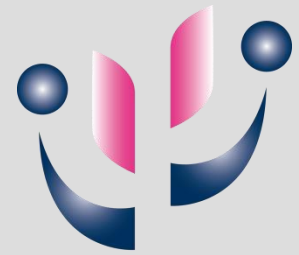
Differentialdiagnostisch muss bei Vorliegen von Müdigkeit und Antriebsarmut auch gedacht werden an:

- Depression
- Anpassungsstörung
- Medikamenteninteraktion
- Andere Schlafstörungen

Er muss die *Wechselwirkungen* bei seiner differentialdiagnostischen Entscheidung oder beim Offenhalten seiner Entscheidung *berücksichtigen*. Dabei helfen folgende Fragen:

- Wann ist eine Erschöpfung und Antriebslosigkeit Folge der chronischen Erkrankung oder ihr Frühsymptom?
- Wann ist Erschöpfung als Anpassungsstörung zu verstehen?
- Liegt ein Schlaf-Apnoe-Syndrom vor oder eine Depression oder sogar beides gleichzeitig ?
- Ist die Antriebslosigkeit Teil eines normalen Trauerprozesses über den Verlust körperlicher Integrität?
- Liegen Medikamentennebenwirkungen vor?

# Woran erkennt man eine Depression?

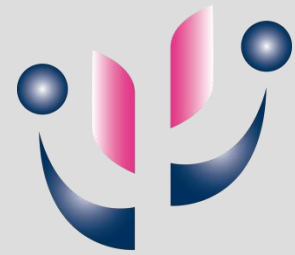


- Müdigkeit und Leistungsschwäche
- Traurige Verstimmung
- „Ich bin nichts wert und an allem selber Schuld!“
- Schlafstörungen
- Gestörte Konzentration
- Selbstmordgedanken



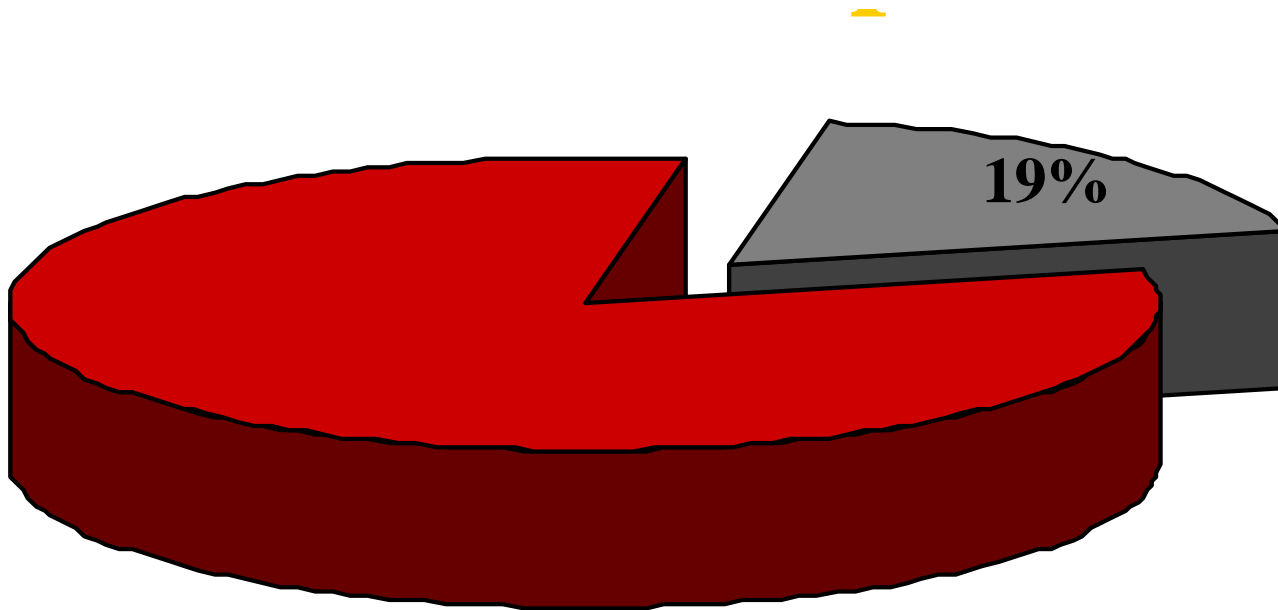


# Symptomatik der Depression



1. Störung des **Affektes**, d.h. durch eine gedrückte Stimmung / Herabgestimmtheit, mit Freud- und Interesselosigkeit
2. Verminderung des **Antriebes**, rasche Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung
3. Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühles
4. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
5. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten
6. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- und Konzentrationsvermögens und Unentschlossenheit
7. Schlafstörungen jeder Art
8. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung
9. Körperliche Beschwerden, somatoforme Störungen, insbesondere Schmerzen

Anteil von Schlaf-Apnoeikern mit Depression, die auch nach Behandlung der Apnoe bestehen bleibt  
Daten aus einer allgemeinmedizinischen Praxis



Prävalenz der Depression entspricht der anderer, chronischer Erkrankungen

# Weitere psychische Erkrankungen, die bei Schlaf-Apnoe zu berücksichtigen sind sind:

- Essstörungen, insbesondere das Binge-Eating Syndrom
- Süchte
- Angstkrankheiten (Claustrophobische Ängste)

Ein die Schlaf-Apnoe fördernder Aspekt ist das Übergewicht. Dem Übergewicht kann ein esssüchtiges Verhalten, besonders ein Binge Eating Syndrom zugrunde liegen, das durch Fressanfälle gekennzeichnet ist und dem häufig traumatische Erfahrungen von Vernachlässigung, körperlicher und sexualisierter Gewalt in der frühen Biografie zugrunde liegen.

Zucker wie auch der Genuss von Alkohol kann die Funktion haben, eine erhöhte vegetative Reizbarkeit im Zuge von Traumatisierungen zu reduzieren. Deshalb sollte bei Patienten mit Verdacht auf ein Schlaf-Apnoe Syndrom und Übergewicht die Frage gestellt werden:

„Leiden Sie manchmal unter Fressanfällen, bei denen Sie viele Nahrungsmittel in sich reinstopfen und sich danach selbst schämen?“

„Haben Sie schon einmal Gewalt erlebt?“

„Wie häufig und wann das letzte Mal haben Sie Alkohol getrunken?“

# Kriterien des Binge Eating Syndroms

**Wiederholte Episoden von Fressanfällen, bei denen größere Nahrungsmengen in bestimmtem Zeitraum zu sich genommen werden, mehr als die meisten Menschen essen würden, verbunden mit einem Kontrollverlust**

**Die Fressanfälle sind von mindestens drei der folgenden Symptome begleitet:**

**Alleine essen aus Scham über die gegessene Menge**

**Essen bis zu unangenehmem Völlegefühl**

**Ekelgefühle gegen sich selbst, Deprimiertheit und Schuldgefühle nach dem Fressanfall**

**Deutliches Leiden wegen der Fressanfälle**

**Die Fressanfälle gehen nicht mit kompensatorischen Maßnahmen einher wie Erbrechen**

# Kennzeichen esssüchtigen Verhaltens



- Nicht erlerntes Hunger- und Sättigungsgefühl
- Gestörte Körperwahrnehmung und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper
- Alle Gedanken kreisen ums Essen und Essen kann nicht genossen werden
- Essen ist Mittel, um problematische Gefühle zu bewältigen wie Versagens- und Schuldgefühle
- Viele, nur kurzfristig erfolgreiche Diäten
- 10-30% leiden unter heimlichen und unkontrollierbaren Fressanfällen
- Manchmal sexualisierte Gewalt, körperliche Gewalt und Vernachlässigung in der Vorgeschichte



# Patienten, die unter **claustrophobischen Ängsten** leiden, akzeptieren aus diesem Grund auch die Maskenbeatmung nicht

In diesem Fall sollte das Ausmaß weitere Ängste erfragt werden wie durch die Frage:

„Machen Sie sich ständig Sorgen, den ganzen Tag über?“ (generalisierte Angststörung)

„Haben Sie Ängste in Kaufhäusern, Fahrstühlen, U-Bahnen...oder anderen Situationen, vor anderen Menschen oder anderen Dingen?“ ( hier liegen weitere Phobien vor)

Die Ablehnung der Maskenbeatmung auf Grund claustrophobischer Ängste hilft:

Information über die gesundheitliche Gefährdung im Falle der Nicht-Anwendung der Maskenbeatmung

Der Einsatz angstlösender Antidepressiva wie zum Beispiel Trimipramin zur Nacht

Die Gewöhnung an die Maske in kleinen Schritten im Sinne einer Konditionierung. Dass die Akzeptanz der Maskenbeatmung **gelernt** werden kann, soll den Patienten erläutert werden.

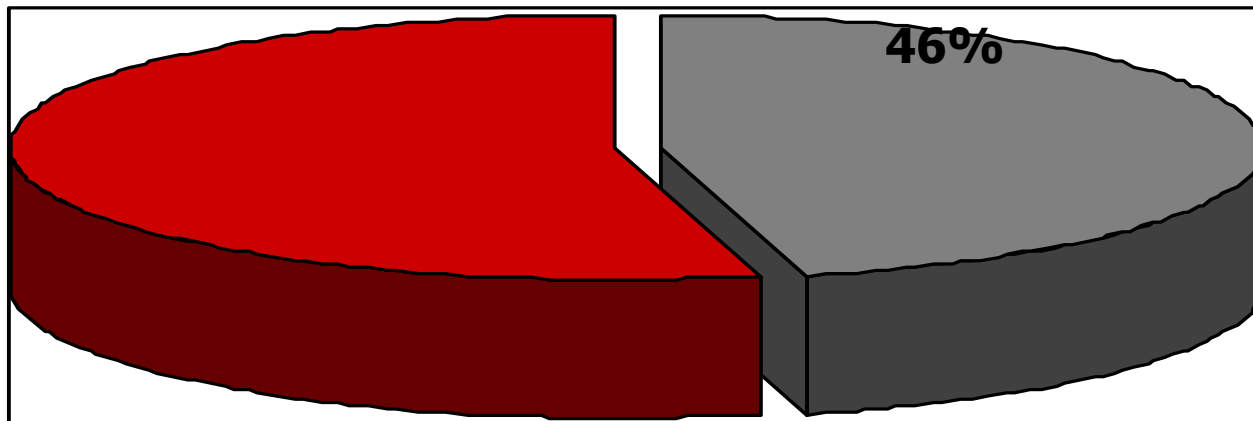
Die Selbsthilfegruppe ist für ängstliche Patienten hilfreich.

Patienten mit vielen Phobien, sozialer Phobie oder einer generalisierten Angststörung bedürfen der psychotherapeutischen Behandlung.

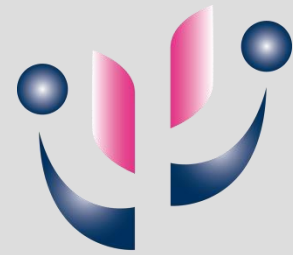
# Besonderes Problem: Multimorbidität

## Viele Schlaf-Apnoeiker sind multimorbid erkrankt

Anteil der Schlaf-Apnoeiker **mit** Hypertonie an der Gesamtzahl aller Patienten mit Schlaf-Apnoe  
Patientengut einer allgemeinmedizinischen Praxis

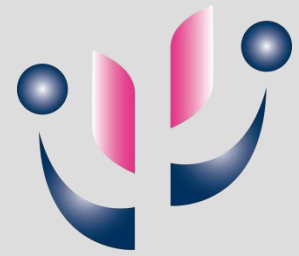


# Differentialdiagnose: andere, chronische Schlafstörungen



- bei körperlichen Erkrankungen wie Schmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- bei Angst und Depression
- bei belastenden Lebensereignissen, Stressverarbeitungsstörung
- falsche Schlafhygiene
- Alkohol, Kaffee, Nikotin und Medikamente



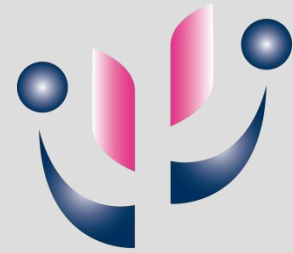


# Was ist falsche Schlafhygiene?



- ❑ Tagsüber länger als eine halbe Stunde schlafen
- ❑ vor dem Schlafen größere Mengen Alkohol zu trinken und zu rauchen, sich körperlich stark zu belasten, aufregende Filme anzusehen
- ❑ im Bett essen und fernsehen
- ❑ in einem ungemütlichen Bett liegen
- ❑ das Schlafzimmer ist zu hell, zu kalt, zu laut

# Interventionen zum Aufbau von Bewältigungskompetenz



- **Erfragen subjektiver Krankheitsbewertung**  
„Was bedeutet die Krankheit für Sie?“  
Dabei Bewertungen seitens des Arztes nicht vorwegnehmen und unterstellen
- **Stabilisieren**
  - Einflussnahme des Patienten auf den Krankheitsverlauf (Selbstwirksamkeit) unterstreichen
  - Ärztliche Kompetenz und die des Teams vermitteln
  - Kontinuierliche Betreuung versichern und anbieten
- **Erhöhung der Selbstkompetenz**
  - Durch verständliche Information
  - Zeit lassen
  - Ertragen von Non-Compliance

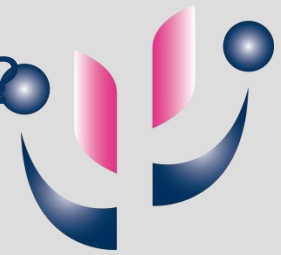


- **Gefühle ansprechen**
- **Ressourcen des Patienten aktivieren**
- **Kontinuierliche Betreuung des Patienten in abgesprochenen Terminen**
  - Hierbei kleine Fortschritte würdigen und loben
  - Zirkuläre Fragetechniken anwenden , um Probleme zu klären: „Was sagt Ihre Frau zur bisherigen Behandlung?“
- **Vernetztes Arbeiten**
  - Kooperation der Fach- und Hausärzte und des ambulanten und stationären Sektors
  - Kooperation auf Ebene der Kommune mit psychosozialen Einrichtungen und Selbsthilfegruppen
- **Überweisung**

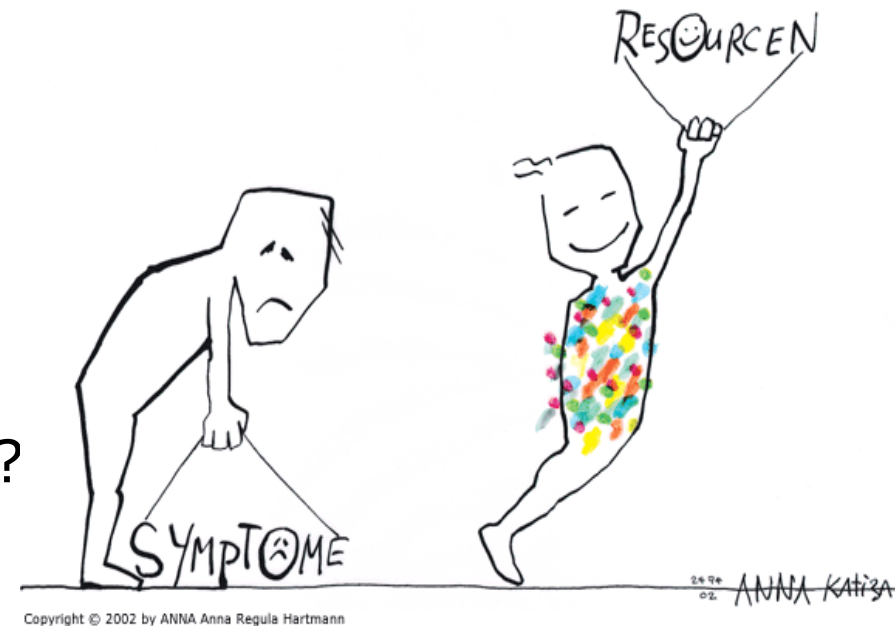
zum Facharzt für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin/  
Psychiatrie bei schwerwiegenden Anpassungsstörungen und  
Komorbidität (mittelschwere Depression)

# Was sind ressourcenorientierte Interventionen?

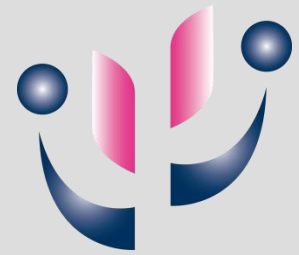
Besinnen Sie sich auf Ihre eigenen Kräfte  
und stellen Sie sich andere Fragen



- Wann ist es Ihnen schon einmal gelungen, etwas zu verändern?
- Wann haben Sie etwas Neues gelernt und waren mutig?
- Wer hat mir dabei geholfen?
- Was habe ich dazu gebraucht?
- Wer und was kann mir heute helfen?



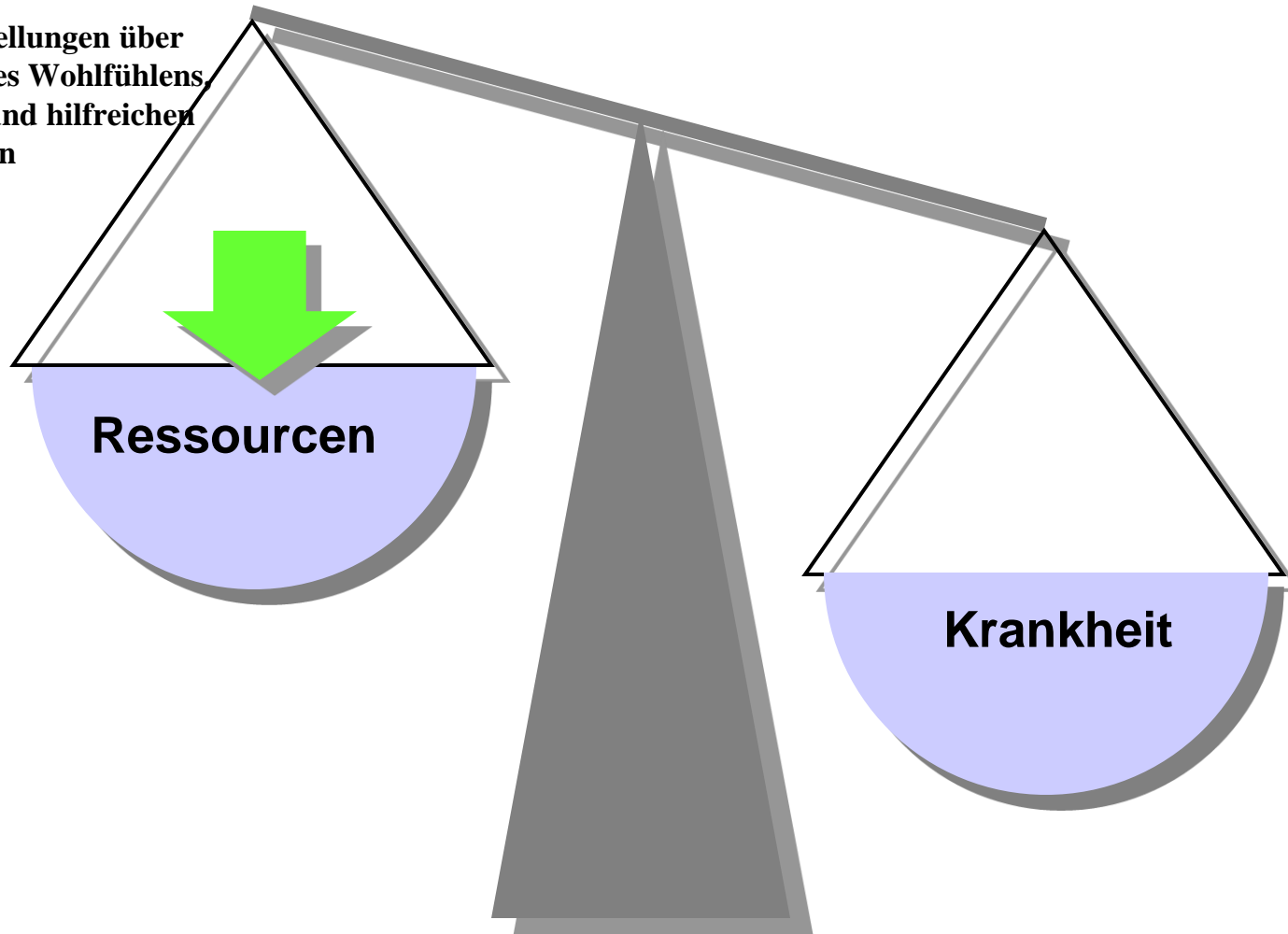
# Für alle Patienten hilfreich sind:

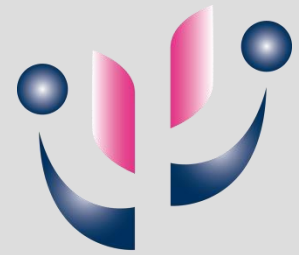


- Gute Beziehungen
- Die Vorstellung: Ich verstehe, was mit mir ist
- Die Vorstellung: Ich kann selbst etwas bewirken

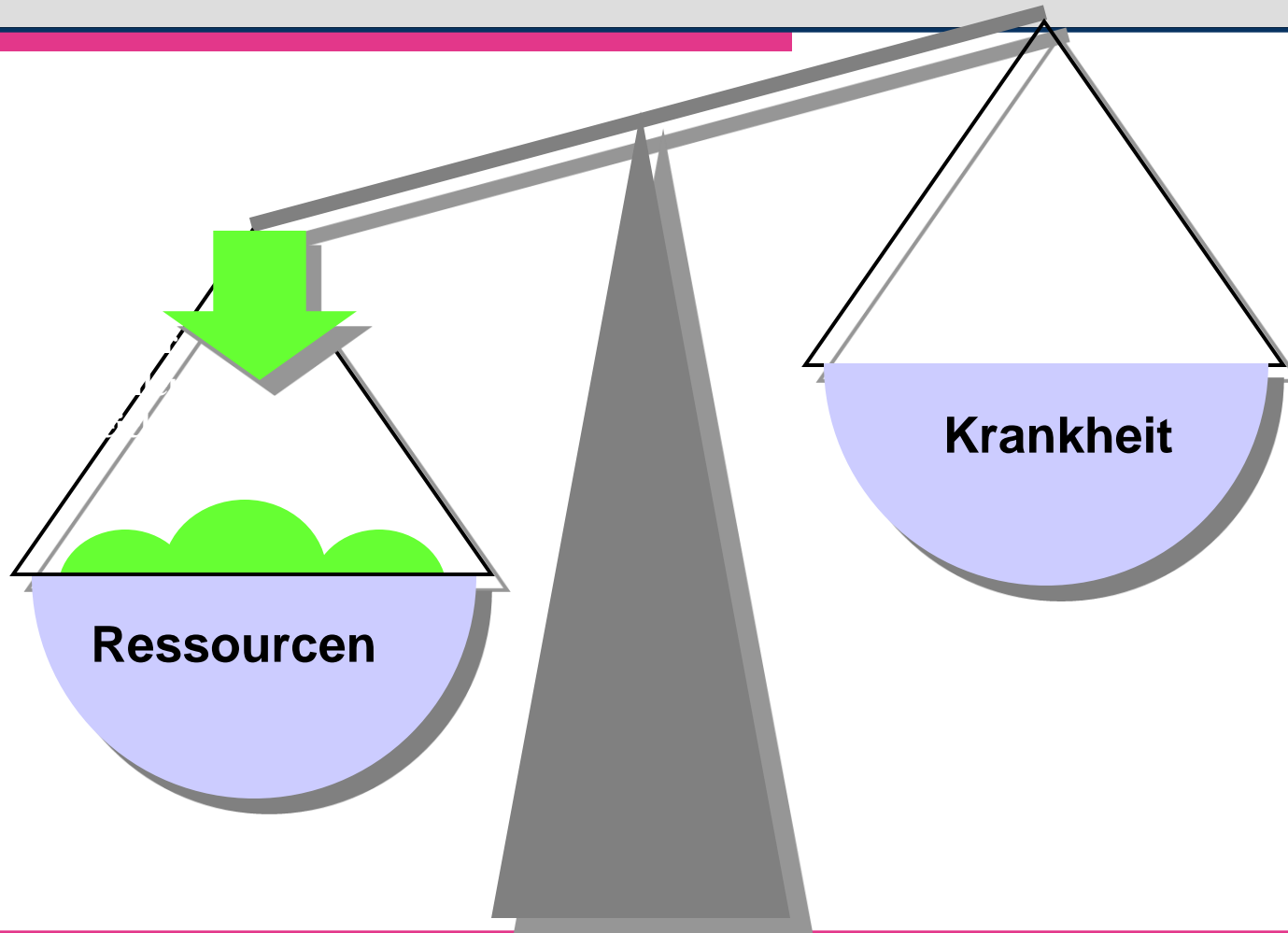
# Das Schwere leicht machen

Gute Vorstellungen über  
Situation des Wohlfühlens,  
des Lobes und hilfreichen  
Beziehungen

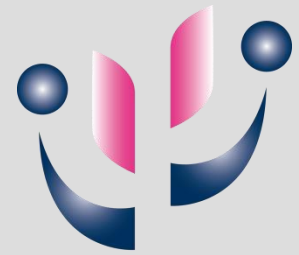




# Das Schwere leicht machen



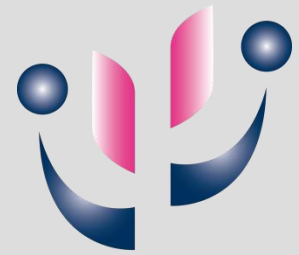
# Gönnen Sie sich jeden Tag etwas Gutes!



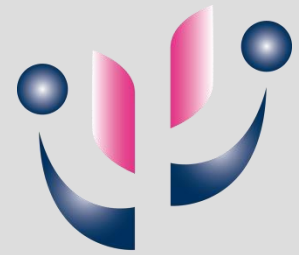
Dr.med Iris Veit-Fachärztin für  
Allgemeinmedizin/Psychotherapie

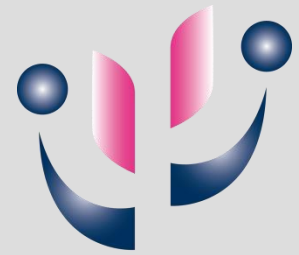


# Pflegen Sie Ihre guten Beziehungen!



# Stärken Sie Ihre guten Erinnerungen!

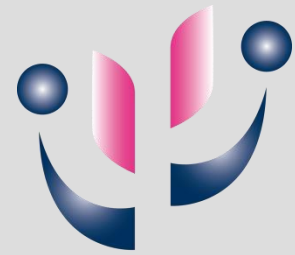




# Betreiben Sie Sport!

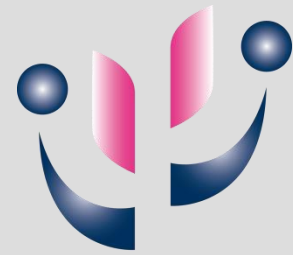


# Entspannungsverfahren sind hilfreich. Dazu zählen:



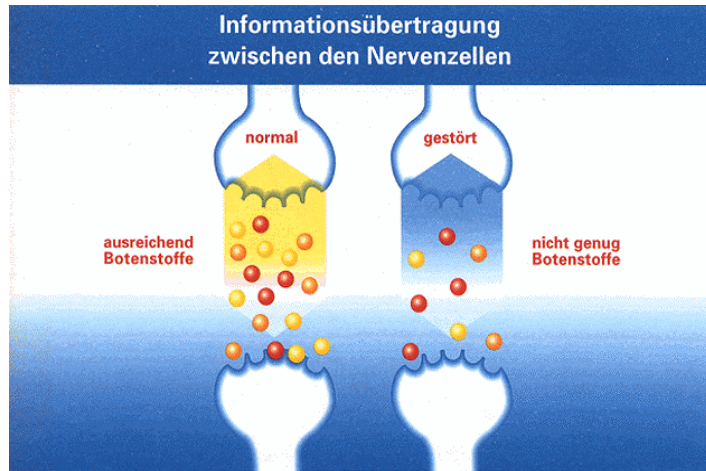
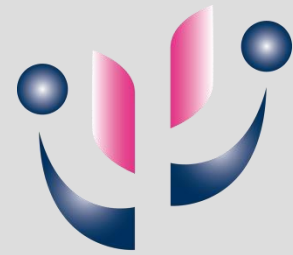
- Autogenes Training (Selbsthypnose)
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
- Yoga

# Überzeugung der Selbstwirksamkeit kann der Arzt unterstützen



- Durch kompetente Informationen
- Durch Verlässlichkeit und Kooperation
- Durch Anteilnahme und Respekt vor dem Weg, den der Kranke selber wählen will
- Und durch Offenhalten einer positiven Perspektive

# Medikamentöse Therapie der Depression



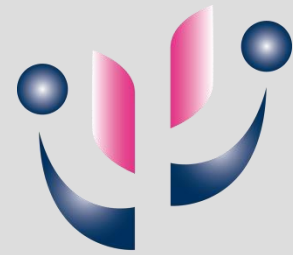
Serotoninwiederaufnahmehemmer machen nicht abhängig und verändern nicht die Persönlichkeit. Dies soll auch den Patienten zur Verbesserung der Adherence vermittelt werden. Mögliche Nebenwirkungen vorweg ansprechen, den zeitlichen Ablauf des Wirkungseintritts besprechen und zum ersten Mal nach 1 Woche und dann nach 14 Tagen wieder einbestellen. Als SSRI eignet sich Citalopram wegen geringer Interaktion mit anderen Medikamenten.

# Medikamente bei Schlafstörungen



- Antidepressive Medikamente wie Saroten, Doxepin
- Bei Unruhe, Umtriebigkeit oder gar Erregungszuständen : Neuroleptika wie z.B. Melperon
- Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ fördern die Fallneigung im Alter und machen paradoxerweise Schlafstörungen, Abhängigkeitspotential
- Zolpidem-Zolpiclon
- Baldrian bei leichten Schlafstörungen

# Wann ist eine Psychotherapie bzw. Vorstellung beim Facharzt für Psychosomatik oder Psychiatrie indiziert?



- Bei mittelschwerer und schwerer Depression
- Bei starken Ängsten (soziale Phobie und generalisierter Angststörung)
- Bei schweren Störungen im Beziehungssystem
- Bei Essstörungen, Binge-Eating Syndrom und Süchten
- Bei persistierenden sexuellen Funktionsstörungen
- Bei persistierenden Schlafstörungen
- und vielen somatischen Symptomen

Im Zweifel konsiliarische Vorstellung beim Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Psychiatrie.