

“Schlaf gut!” - eine Hausarbeit im Fach Psychologie über das Thema “Schlaf”, unter anderem im Zusammenhang mit epilepsiekranken Menschen

1. Begründung der Themenwahl

Das Thema “Schlafen” beschäftigt mich schon lange und immer wieder. In meiner Schulzeit hatte ich in der Oberstufe als Wahlfach Psychologie, und damals behandelten wir dieses Thema. Obwohl ich fast nichts mehr darüber weiß, erinnere ich mich noch daran, daß ich es damals sehr interessant gefunden habe. Vor 2 Jahren dann habe ich als eine Art “Nebenjob” einige Male als Nachtwache in einem Schlaflabor gearbeitet, wo es meine Aufgabe war, abends Patienten zu “verkabeln”, d.h., ihnen verschiedene Elektroden und Bauchgurte anzulegen, sie die Nacht über mittels Videoüberwachung und Studieren der Computermonitore zu überwachen und morgens alle Meßgeräte und Kabel wieder zu entfernen. In dieser Zeit vertiefte sich mein Interesse für das Thema “Schlaf”. Hier nun, in Kork, spielt der Schlaf auch eine besondere Rolle, in der Kinder- und Erwachsenenklinik werden die Patienten nachts im Schlaf überwacht, weil epileptische Anfälle während des Schlafens zu dramatischen Vorfällen werden können, und wenn Bewohner aus dem Heimbereich eine “schlechte Nacht” durch Anfälle oder andere Vorkommnisse hatten, ist dies am Tage sehr oft deutlich zu merken. Aus all diesen Gründen möchte ich mich nun etwas intensiver mit dem Thema “Schlafen” beschäftigen.

2. Der Schlaf - allgemeine Gedanken

Ist ein Mensch müde, so kann man dies an bestimmten Merkmalen ausfindig machen: Mancher wird launisch, leicht reizbar und empfindlich, andere Menschen werden aufgedreht, können bei starker Müdigkeit gar nicht schlafen. Eine Nacht lang “durchzumachen”, d.h. gar nicht zu schlafen, stellt man sich manchmal leichter vor, als es ist, denn der Körper braucht Erholung und Ruhe, den Schlaf also. Eine Biologielehrerin erklärte einmal im Unterricht: “Am Tage erleben wir Dinge, lernen und erfahren. Es ist, wie wenn sich ein Schreibtisch mit Blättern vollstapelt. Nachts im Schlaf nun werden all diese Papiere in die Schreibtischschubladen einsortiert, die Geschehnisse des Tages mit Hilfe von Träumen verarbeitet. Schläft man nicht, so unterbleibt dieses “Abarbeiten”, es türmen sich die Papiere...”. Meiner Meinung nach ist dies ein sehr gutes Bild für die nächtlichen Abläufe in Gehirn und Psyche. Denn schlafen wir nicht, so hat dies Auswirkungen: Wir werden vergeßlicher, können uns nicht mehr so gut konzentrieren und Sachverhalte zu-/ einordnen. Körper und Psyche fordern ihren Tribut.

3. Der Schlaf - Definition im Lexikon

“Vor allem nachts regelmäßig wiederkehrender physiologischer Erholungszustand mit Veränderung von Bewußtseinslage [...] und Körperfunktionen.”

3.1 Der Schlaf - Stadien und Merkmale

1953 entdeckten N. Kleitman und E. Aserinsky, daß der Schlaf nicht, wie bis dahin vermutet worden war, ein einheitlicher psychischer Zustand ist. Der Schlaf eines Menschen verläuft nach einem bestimmten Muster, nach einer bestimmten Rhythmik und läßt sich in fünf verschiedene Schlafstadien einteilen:

1. Entspannter Wachzustand
2. Einschlafen, leichtester Schlaf
3. Leichtschlafphase
4. Mittlere Schlaftiefe
5. Phase des Tiefschlafes

Die oben genannten Schlafphasen 2. bis 5. wiederholen sich während der Nacht vier- bis fünfmal, wobei das Tiefschlafstadium (5.) mit der Dauer des Schlafens seltener und kürzer wird. Beim Einschlafen befindet sich der Mensch in einer sogenannten SEM- Phase (SEM = Slow Eye Movements), die zur nächsten Phase, der des leichtesten Schlafes überleitet. In der Phase des leichtesten Schlafes treten sogenannte REM- Phasen auf (REM = Rapid Eye Movement), die durch eine hohe Frequenz der Hirnaktivität gekennzeichnet sind, während denen sich die Augen rasch bewegen, Herz und Atemfrequenz erhöht sind und der Muskeltonus herabgesetzt ist. Beim Mann tritt zudem eine Erektion des Penis auf. Die REM- Phasen verlängern sich im Laufe der Nacht und beinhalten Träume. Sie nehmen insgesamt ca. 25% des Gesamtschlafes ein. Während der Zeit der REM- Phase läßt sich ein Mensch schwerer aufwecken als in anderen Schlafstadien, obwohl die Träume ja während eines sehr leichten Schlafes stattfinden. Phasen, in denen der Mensch sich nicht in einer REM- Phase befindet, bezeichnet man als *“orthodoxen Schlaf”*, befindet er sich in einer REM- Phase, so nennt man diesen Zustand *“paradoxen Schlaf”*.

Forschungsergebnisse besagen, daß Menschen, die am Träumen gehindert werden, weil man sie immer zu Beginn der REM- Phasen weckt, in den folgenden Nächten mehr REM- Phasen durchleben und diese traumlose Schlafstadien gewissermaßen *“verdrängen”*. Wird ein Mensch jedoch ganz am Schlafen gehindert, so können Konzentrationsstörungen oder gar Halluzinationen, also Trugwahrnehmungen, oder Wahnvorstellungen auftreten.

EEG- Charakteristika während der verschiedenen Schlafstadien:

1. *Entspannter Wachzustand* => sog. Alpha-Wellen, spontane Gedanken
2. *Einschlafen, leichtester Schlaf* => Verschwinden der Alpha- Wellen, Aufkommen der langsameren Theta- Wellen, Auftreten gewisser optischer oder auch akustischer Halluzinationen
3. *Leichtschlafphase* => Plötzliche Ausschläge im EEG durch Tageserinnerungen
4. *Mittlere Schlaftiefe* => Aufkommen der Delta- (noch langsamere) und Abklingen der Theta- Wellen

5. *Phase des Tiefschlafes* => Delta- Wellen. Beträgt etwa 1/5 der gesamten Nachtschlafdauer.

In jedem Stadium des Schlafes ist der Mensch fähig, Reize aufzunehmen und zu verarbeiten, dabei ist jedoch der Bedeutungsgehalt der einwirkenden Reize anders als im Wachen. Also ist Schlafen kein passiver Zustand, sondern aktives Verarbeiten von einströmenden Reizen. Wie aktiv hierbei aber die Psyche ist, ist noch nicht vollständig geklärt. Fest steht allerdings, daß der Schlaf einem Reifungsprozeß unterliegt: Wie schnell bzw. verzögert ein Kind nachts durchschläft, hängt davon ab, wie es diesen Reifungsprozeß durchläuft.

Im Alter verändert sich das Schlafverhalten: Die Schlafdauer nimmt leicht ab (nur noch 5-7 Stunden werden pro Nacht geschlafen), die Schlafqualität verändert sich (nimmt stark ab), indem die Tiefschlafphasen verkürzt werden, kurze Aufwachphasen zunehmen und die Schläfer leichter aufwachen. Gleichzeitig kommt es tagsüber häufig zu kurzen "Nickerchen".

Mit der Erforschung der Schlafphasen, mit Schlafstörungen und deren Diagnostik befaßt sich die Schlafforschung bzw. die Schlafmedizin, die mittlerweile 88 verschiedene Schlaf- Wach-Störungen zu diagnostizieren vermag.

4. Die Schlafmedizin - eine kurze Vorstellung

Die Schlafmedizin ist ein noch junges Fachgebiet und steht im Gegensatz zur Tagmedizin, die den überwiegenden Teil der Medizin einnimmt. In über 100 Schlaflaboren, die über die ganze Bundesrepublik verstreut sind, erforschen und diagnostizieren Fachleute Schlafstörungen und bedienen sich hierbei Ergebnisse verschiedener Nachbardisziplinen wie der Inneren Medizin, der Pneumologie (Lungenfachkunde), der Neurologie, Psychiatrie und Psychologie. Die Diagnostik und Behandlung von Wach- Schlaf- Störungen bedarf spezieller Methoden und wird in Schlafmedizinischen Zentren durchgeführt. Diese haben großen Anlauf gefunden und sind sogar oftmals überfüllt, denn Gesundheitsstörungen mit vermehrter Tagesschläfrigkeit (wie z.B. die Narkolepsie) sind immer häufiger anzutreffen. Mehr als 10% der Bevölkerung (laut der "Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin DGSM") leiden unter solchen Störungen, und nur ein Bruchteil dieser wird überhaupt diagnostiziert.

4.1 Schlafstörungen

(Bem.: Hier wird in besonderem Maße auf Problematiken von Kindern eingegangen)

Zunächst einmal muß erwähnt werden, daß nächtliches Erwachen nicht grundsätzlich als Schlafstörung gesehen werden kann. Es gehört zum normalen Schlafverhalten. Erwacht ein Mensch allerdings häufig, dann u.U. mit Angstzuständen, an die er sich später nicht mehr erinnern kann (→ "Pavor nocturnus"), so liegt eine Störung vor. Schlafstörungen können sich wie folgt äußern: Der Mensch empfindet eine starke Müdigkeit am Tage, er verspürt Einschlafneigung und Schlafzwang in für ihn langweiligen Situationen, kann Kopfschmerzen haben, ist vermindert leistungsfähig und kann daher auch Streß am Arbeitsplatz erfahren, er hat Gedächtnisstörungen, kann leicht reizbar oder traurig bis depressiv wirken, Sexualstörungen oder gar Impotenz erleiden, Ohrgeräusche wahrnehmen oder vermehrten nächtlichen Harndrang haben.

Schlafstörungen werden in zwei Kategorien eingeteilt: in *Parasomnien* und *Dyssomnien*.

Bei den Parasomnien treten im Verlauf des Schlafes abnorme episodische Ereignisse auf, wohingegen man bei Störungen bezgl. des Zeitpunktes, der Qualität, der Dauer und des Rhythmus von Dyssomnien spricht.

Nähere Betrachtung von Dyssomnien

Am häufigsten befinden sich unter den Dyssomnien Ein- und Durchschlafstörungen (→ Insomnien), außerdem gehören in diese Kategorie der Schlafstörungen auch die Hypersomnien, die mit abnorm verlängerter Gesamtdauer des Schlafes einhergehen. Hypersomnien können bei Menschen mit psychischen Störungen (z.B. Depression) auftreten oder organisch bedingt sein (z.B. bei hirnorgan. Störungen).

Neben den Dyssomnien und den Hypersomnien gehören Störungen des Schlaf- Wach-Rhythmus noch zur Kategorie der Dyssomnien. Sie sind häufig organischen Ursprungs.

Nähere Betrachtung von Parasomnien

Unter diesem Begriff sammeln sich die Störungen “Pavor nocturnus” (siehe oben), Alpträume und Schlafwandeln. Diese Störungen haben bei Kindern meist einen phasenhaften Bezug zur Entwicklung, können sich bis ins Erwachsenenalter erhalten oder gar dort erst entstehen.

Alpträume bestehen aus Traumerfahrungen, die durch Ängste gekennzeichnet sind und die in der REM- Phase im Übergang zur Wachheit am Morgen angesiedelt sind. Erwacht der Träumende, so kann er sich meist schnell wieder orientieren, der Alptraum kann allerdings noch lange in Erinnerung bleiben.

Der *Pavor nocturnus*, also ein nächtlicher Angstzustand, tritt meist im Vorschulalter auf, wobei das Kind plötzlich erwacht, laut schreit und angsterfüllt scheint. Nach kurzer Zeit legt es sich wieder hin und schläft ein. Am nächsten Morgen kann es sich an diesen nächtlichen Vorfall nicht erinnern. (Bemerkung: Im Übrigen läßt sich hier eine Brücke zur Epilepsie schlagen: Es kann vereinzelt sein, daß ein epileptischer Anfall rein vom optischen Erscheinungsbild her mit einem Pavor n. verwechselt wird oder daß ein solcher als epileptischer Anfall gedeutet wird, unter anderem durch die Tatsache, daß am Morgen die Erinnerung fehlt...) – Ein Pavor n. kann aber auch durch schwerwiegende Lebensereignisse seinen Beginn nehmen oder eine Begleiterscheinung von Depressionen oder von grundsätzlich bereits vorliegenden Angstzuständen sein.

Ähnlich wie der Pavor n. kann auch das *Reden im Schlaf* und das *Schlafwandeln* als eine entwicklungsbedingte Funktionsstörung angesehen werden. Während dieser Vorkommnisse, die im übrigen “qualitativ gesehen” nicht der Realität entsprechen (d.h., die Motorik funktioniert schlechter als im Wachzustand, die Artikulation im sprachlichen Bereich ist ebenfalls schlechter), schläft der Mensch weiter, kann sich folglich später nicht an seine Aktivitäten erinnern. Das Schlafwandeln an sich ist als harmlos und vorübergehend zu betrachten (allerdings birgt es teilweise große Verletzungsgefahren in sich!), und ca. 10% aller drei- bis zehnjährigen Kinder sprechen regelmäßig im Schlaf.

4.1.1 Ein Beispiel einer Schlaf- Wach- Störung: Die Narkolepsie

Narkolepsie ist eine Krankheit, die in Deutschland so verbreitet ist wie MS (Multiple Sklerose), aber längst nicht so bekannt ist. Hauptsymptom der Krankheit ist die Tagesmüdigkeit, ein ständiges Schlafbedürfnis also. Einschlafattacken, automatisches Verhalten (d.h., es werden z.B. Dinge an Orten abgelegt, und die Patienten erinnern sich später an nichts diesbezüglich), Kataplexien (d.h. Verlust der Kontrolle über die Muskulatur. So können einem Patienten mit Narkolepsie z.B. urplötzlich Gegenstände aus den Händen gleiten, oder die Knie nachgeben, sodaß sie stürzen...) und seltener Schlafparalysen (d.h., der Patient erlebt seine Umwelt, ohne sich dabei bewegen zu können, was manchmal noch mit Halluzinationen gekoppelt ist) gehören außerdem zum Krankheitsbild der Narkolepsie. Therapiert kann die Krankheit mit Hilfe von verschiedenen Medikamenten (z.B. mit Amphetaminen) werden, allerdings treten fast immer Nebenwirkungen wie Verstopfung, Nervosität, Tremor (Zitterigkeit), Gewichtsverlust, Übelkeit u.a. auf. Was genau die Narkolepsie auslöst, ist bislang noch nicht herausgefunden worden.

4.1.2 Ursachen von Schlafstörungen

Schlafstörungen liegen im Säuglingsalter bei ca. 20% aller Ein- bis Zweijährigen vor, stellen also keine Ausnahme dar. Häufig machen sich solche Störungen durch heftiges Schreien des Kindes bemerkbar und können sowohl körperliche (z.B. Hunger, Nässe, Zahnen, Kälte, Bauchschmerzen u.a.), als auch psychosoziale Gründe (wie etwa emotionale Zusammenhänge, Temperament oder das Verhalten der Eltern) haben. Schlafstörungen können also auch Ausdruck von Belastungen und Problemen des Alltags sein. Eine Rolle bei der Entstehung der Störungen können beispielsweise die Lebens- bzw. Erziehsituation sein (alleinerziehende Elternteile übertragen evtl. ihre Probleme aus Mangel des Partners auf das Kind...) oder Schwierigkeiten in der nächsten familiären Umgebung (z.B. wenn ein Geschwisterchen an Epilepsie erkrankt ist und viel Aufmerksamkeit von elterlicher Seite aus erhält, sodaß sich das andere Kind vernachlässigt fühlt). Kinder reagieren sehr sensibel auf Spannungen im Umfeld, und diese Sensibilität kann sich durchaus in Schlafstörungen äußern. "Der Schlaf stellt häufig den Ort des geringsten Widerstandes beim Kind dar." (Zitat) Dies bedeutet, daß Probleme, Gefühle und Ängste zwar am Tage durch "kognitive Instanzen" kontrolliert und evtl. verdrängt werden können, nachts aber diese Kontrollfunktion wegfällt und Gedanken quasi "freie Bahn" haben.

Mit zunehmendem Alter verändern sich auch Schlafgewohnheiten und Schlafstörungen. Es kann mit der Zeit zu Ängsten vor solcherlei Störungen kommen, dadurch verkrampft sich der Mensch, beschäftigt sich vermehrt mit diesem Thema und "beschwört" so gewissermaßen erneute Schlafstörungen herauf. Ein Teufelskreis kann seinen Anfang finden. Ein weiterer Grund für Schlafstörungen können Erkrankungen psychischer Natur sein (z.B. Zwangsstörungen, Psychosen, Angststörungen etc.), die auch auf diesem Gebiet Symptome zeigen.

4.1.3 Die Diagnose von Schlafstörungen

Bei der Diagnostik und Behandlung sollte zuerst einmal das gesamte Lebensumfeld des betroffenen Menschen betrachtet und miteinbezogen werden. Bei einem Kind beispielsweise bedeutet dies: Berücksichtigung der Familienverhältnisse aus sozialer Sicht, der Wohnverhältnisse, der medizinischen Anamnese des Kindes, eine genaue Analyse des Schlafverhaltens und die Beobachtung von Auswirkungen der Schlafstörungen auf die Familie. Verhaltensdiagnostik muß betrieben werden. Ein Schlaftagebuch, in dem die Beobachtungen der Eltern z.B., Aufwach- und Zu-Bett-geh-Zeit, Zeit und Dauer von Schlaf am Tage, evtl. (falls möglich) Einschlafzeit, Zeit und Dauer des nächtlichen Wachseins vermerkt werden, kann angelegt und geführt werden, Schlafrituale und Verhalten der Eltern auf bestimmtes Verhalten des Kindes mit Schlafstörungen kann untersucht und eingeordnet werden, und oft ergibt sich aus aufmerksamer Betrachtung verschiedener Bereiche schon ein Therapieansatz. Eltern haben die Chance, zu lernen und selbst zu erkennen, wie sie selbst passiv mitwirken können am Schlafverhalten ihrer Kinder und welchen Einfluß ihr Verhalten auf das ihres Kindes haben kann.

4.1.4 Die Therapie von Schlafstörungen

Als grundsätzliches Ziel einer Therapie ist die Beratung anzusehen. Die Entscheidung, wo, wieviel und wie überhaupt das Kind beispielsweise schläft, liegt nicht in Händen des Therapeuten. Er erteilt Ratschläge bezüglich der Verbesserung der Situation.

Eine Möglichkeit der Therapie von Schlafstörungen ist diese (nach Douglas und Richman, 1985):

Um Schlafstörungen behandeln zu können, bedarf es zunächst einmal einer aufmerksamen Verhaltensanalyse der Schlafstörung (siehe auch oben). Dieser folgt eine Analyse anderer evtl. vorhandenen Probleme innerhalb der Familie und der psychischen Verfassung der Eltern. Dann kann beraten werden, wie diese Verhaltensprobleme inkl. der Schwierigkeiten, die die Eltern (damit) haben, angegangen bzw. verbessert werden können. Hierbei erläutern die Eltern ihre damit verbundenen Ängste, Erwartungen und Hoffnungen. Des weiteren wird nun ganz konkret recherchiert, wo die Problematik, die die Schlafstörung ausgelöst hat, liegen könnte und den Eltern nahegebracht, sie mögen mithelfen (durch die Therapie), diese gezielt anzugehen. Nun wird über die Ziele gesprochen, abgewogen und diskutiert. Der Therapeut stellt hierbei Möglichkeiten der Technik, mit Hilfe derer das Verhalten geändert werden könnte, vor und zieht ggf. den Einsatz von Medikamenten (Psychopharmaka) in Betracht. Es folgt die Übereinstimmung bezgl. des Programmes und bezgl. der Mitarbeit beider Elternteile (idealerweise) während der Therapie (Erscheinen, Führung eines Schlaftagebuchs...).

Schließlich wird das besprochene Programm durchgeführt und schriftlich fixiert.

Während der verschiedenen Phasen der Therapie ist es wichtig, sich laufend die gegenwärtige Situation vor Augen zu führen und zu reflektieren. Das Kind sollte so viel wie möglich in die Diskussionen mit einbezogen werden.

Verhaltenstherapeutische Techniken können ebenfalls zur Anwendung gebracht werden, um (kindliche) Schlafstörungen zu behandeln: Die Möglichkeiten der Löschung, der positiven Verstärkung, der Verhaltensformung u.a. gibt es, auf diese möchte ich allerdings nicht näher eingehen, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen.

Bei älteren Patienten existieren andere Arten der Therapie von Schlafstörungen. Die Betroffenen können aufgrund ihrer "geistigen Reife" mehr aktiv mitwirken und sich einbringen. So eröffnen sich andere Möglichkeiten:

Entspannungstechniken, Biofeedback und Reizkontrolle (nach Turner, 1986).

Vor dem Schlafengehen können *Übungen zur Entspannung* betrieben werden, um Muskeln zu lockern und u.a. die Psyche des Menschen zur Ruhe zu bringen. Die Methode des *Biofeedbacks* ist mit dem Einsatz verschiedener Apparate verbunden, kann daher in der Regel nicht außerhalb einer therapeutischen Praxis ausgeübt werden. Dem Patienten werden akustische oder visuelle Informationen zugeleitet, die wiederum über seinen Zustand der Verspannung Auskunft geben, indem sie sich in akustischem oder visuellem Maße äußern. Durch aktive Entspannung kann nun der Patient selbst die Intensität dieser Meldungen über seine Verspannungen mildern (denn er hat ja durch die Elektroden- Ableitungen und deren Wirkung auf Ton- oder Lichtgenerator Information über seine Befindlichkeit und den Grad der Verspannung) und so selbstständig Abhilfe schaffen.

Die Methode der *Reizkontrolle* hat das Ziel vor Augen, das Bett (wieder) als Reiz zum Schlafen zu empfinden. Selbstkontrolle ist hierbei ein wichtiges Stichwort. Das Bett soll nur noch zum Schlafen aufgesucht und alle anderen Aktivitäten wie etwa Lesen, Essen oder Fernsehen aus ihm verbannt werden. Liegt man nun im Bett und kann längere Zeit lang nicht einschlafen, sollte man, laut Turner, die Schlafstatt wieder verlassen, einen anderen Ort aufsuchen und etwas tun, sich beschäftigen. Jeden Morgen sollte um die selbe Zeit aufgestanden und Tag- Schlaf vermieden werden.

Schlußbemerkung: Es existieren noch andere Therapieansätze, ich habe mich aber auf die genannten beschränkt, weil sie meiner Meinung nach mit zu den fundiertesten gehören und leicht nachzuvollziehen sind.

5. Der Schlaf und die Krankheit Epilepsie

Daß die Krankheit Epilepsie in einer Beziehung zum Thema Schlaf steht, ist bereits seit Jahrtausenden bekannt. Hipokrates und Aristoteles äußerten sich zu diesem "Gespann", heute befassen sich sogenannte "Schlaflabors" damit. Epilepsiekranken Menschen haben nicht selten ein besonderes Verhältnis zum Thema "Schlaf", denn er bestimmt oftmals einen Teil ihres Lebens. Besonders junge Menschen leiden häufig unter dem Druck, regelmäßig und ausreichend schlafen zu müssen, um ihrer gesundheitlichen, epileptologischen Situation nicht zu schaden. Ausgiebige Partybesuche, nächtlanges Plaudern oder nächtliches Lernen vor Prüfungen ist für sie tabu, grenzt sie somit auch ab von ihren Mitmenschen und kann zu psychischen Problemen wie etwa depressivem Verhalten führen.

Medikamente, die von Nöten sind, um die Krankheit so weit wie möglich unter Kontrolle zu haben, wirken manchmal ermattend, und der Patient benötigt unter bestimmter Medikation mehr Schlaf als vorher. Aber es kann auch umgekehrt sein: Manche Antiepileptika "puschen" regelrecht auf, sodaß es zu nächtlichen Schlafstörungen kommen kann, was ja wiederum Einfluß auf das Wohlbefinden und auf die allgemeine körperliche/ gesundheitliche/ psychische Situation des Menschen haben kann.

Außerdem kann die Krankheit Symptome (manchmal besonders) während des Schlafens zeigen, in Form einer "Schlaf- Grand- Mal- Epilepsie" etwa. Die meiste epileptische Aktivität zeigt sich in den leichten bis mitteltiefen Schlafstadien, eine generalisierte Krampfaktivität verschwindet in REM- Phasen beinahe ganz. Es wird vermutet, daß viele nächtliche Anfälle weder vom Betroffenen selbst, noch von seiner Umwelt bemerkt werden, falls sie ohne größere akustische oder motorische Merkmale einhergehen. Nach Studien von Janz und Hopkins treten bei rund $\frac{3}{4}$ aller Epilepsien die Anfälle überwiegend im Schlaf oder während des Vorgangs des Erwachens auf.

Die Schlafarchitektur eines epilepsiekranken Menschen ist anders als die eines gesunden: Das Stadium des Wachens und die erste Schlafphase zeigen einen höheren Anteil, dafür nehmen die zweite Schlafphase und die REM- Phasen weniger Raum ein. Der Wechsel zwischen den Schlafstadien ist häufiger als normal.

5.1 Das Schlaf- EEG

Das Schlaf- EEG ist eine jener Standarduntersuchungen, die bei einer Bestandsaufnahme etwa vorgenommen werden. Es gilt als die wichtigste "Provokationsmethode" für epileptische Aktivität. Hierbei werden die epileptischen Aktivitäten während des Schlafs beobachtet und begutachtet. Geklärt werden können folgende Fragen:

- Liegen überhaupt Anfälle vor?
- Sind diese Anfälle epileptische oder nichtepileptische?
- Welcher Anfallstyp liegt vor? Ist dieser genetisch bedingt?

Außerdem können weitere Auskünfte, zusätzlich zum Wach- EEG gewonnen werden. Häufig (vor allem bei Kindern) geht dieser Untersuchung ein Schlafentzug voraus, der Anfälle provozieren kann und manchmal, bei sehr aktiven und ängstlichen Kindern etwa, die einzige Möglichkeit ist, überhaupt ein EEG vorzunehmen. Natürlich kann ein solcher Schlafentzug für den Patienten unangenehm sein, führt er doch nicht selten zu einer Häufung von Anfällen oder zur Auslösung eines Clusters, weil der Rhythmus des Körpers, der Schlaf- Wach- Rhythmus, durcheinander gebracht wurde.

Im (Schlaf-) EEG können sich außerdem epileptische Potentiale, also eine eventuell gegebene Anfallsbereitschaft, zeigen, die bei vielen Menschen vorliegen, die aber nicht bedeuten, daß eine akute Epilepsie vorliegt.

Im Schlaf- EEG zeigt sich auch ein ESES (“Electrical Status Epilepticus during Slow wave sleep”), zu deutsch ein “elektrischer Status epilepticus im Schlaf mit langsamen Wellen” oder auch “bioelektrischer Status epilepticus im Schlaf”. All das bedeutet, daß beim betroffenen Patienten im Schlaf ununterbrochen epileptische Aktivitäten stattfinden. Dies bedeutet jedoch nicht, daß sich diese Aktivitäten unbedingt in epileptischen Anfällen äußern, es kann also sein, daß ein “ESES” rein optisch gar nicht auffällt. Diagnostiziert wird es, wenn während mindestens 85% der Non- REM- Schlafdauer Entladungen des Gehirns vorliegen. Bei Kindern mit dieser epileptischen Hirnaktivität liegen fast immer geistige, psychische oder körperliche Störungen vor, die sogar zum Verlust von bereits erlernten Fähigkeiten wie Sprache oder räumlichem Orientierungsvermögen führen können. Läßt ein Patient im Sprachvermögen nach, liegt evtl. ein “Landau- Kleffner- Syndrom” vor. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß ein Schlaf- EEG diagnostischen Zwecken dienen kann, eine Optimierung der Therapie ermöglicht und Teil von wissenschaftlichen Untersuchungen sein kann.

5.2 Eine Schlaf-Grand-Mal- Epilepsie

Eine Schlaf-Grand-Mal- Epilepsie ist eine Epilepsie mit generalisierten tonisch- klonischen Anfällen, die ausschließlich während des Schlafens auftreten, wobei es sowohl Nacht-, als auch Mittagschlaf sein können. Diese Form von Epilepsie kann in jedem Lebensalter auftreten und ist meistens Ausdruck einer Hirnschädigung, die allerdings nur bei rund 1/3 der betroffenen Patienten genau bestimmt werden kann. Erbllichkeit spielt nur eine untergeordnete Rolle.

Schlaf-Grand-Mal- Anfälle finden am häufigsten während zwei bestimmten Schlafstadien auf: innerhalb der ersten Tiefschlafphase und kurz vor dem Aufwachen. Schlafentzug spielt als Auslöser dieser Anfälle keine bedeutsame Rolle. Tritt ein Schlaf-Grand-Mal auf, so folgen bzw. gehen ihm bereits einige voraus, denn diese Art von Anfällen zeigt sich oft in sog. “Clustern”, d.h., sie häufen sich innerhalb relativ kurzer Zeit, und danach folgt eine gewisse anfallsfreie Zeit, nach der wieder ein “Cluster” auftritt.

5.3 Schlafentzug

Schlafentzug wird seit ca. 25- 30 Jahren empfohlen in bezug auf Schlaf- EEGs. Schlafentzug führt in der Regel zu einer vermehrten Häufigkeit epileptischer Aktivität in den einzelnen Schlafstadien (auch vermehrte Häufigkeit bei der Durchführung eines Wach- EEGs nach Schlafentzug). Nicht selten kann Schlafentzug, also mangelndes Schlafen, der Auslöser für den ersten epileptischen Anfall bei Erwachsenen oder Jugendlichen sein. Man spricht dann entsprechend von einem “Schlafentzugsanfall”. Übermüdung, die ihre Begründung im wenigen Schlafen findet, kann epileptische Anfälle auslösen, ebenso ist es, schläft ein Mensch mit Epilepsie überdurchschnittlich lange. Dann verlängert sich auch die anfallsgefährdete Übergangsphase zwischen Schlafen und Wachen, Anfälle können hiermit provoziert werden. Es wird daher Menschen mit erhöhter Krampfbereitschaft empfohlen, möglichst regelmäßig zu schlafen, und zu den selben Zeiten zu Bett zu gehen bzw. aufzustehen. Ein Schlafkalender kann hierbei behilflich sein.

Durch Schlafentzug sind bei manchen Anfallstypen steile Potentiale zu provozieren (etwa bei Schlaf-Grand-Mal- Anfällen oder bei altersgebundenen Petit-Mal- Formen). Allerdings wird die Maßnahme des Schlafentzugs und einem damit verbundenen EEGs nur dann ins Auge gefaßt, wenn ein “normales” Schlaf-EEG keine weiteren Ergebnisse gegenüber einem Wach-EEG eingebracht hat. Üblicher ist sogenannter “partieller Schlafentzug”, d.h., der Patient geht später als gewöhnlich am Abend zu Bett und steht früher als sonst wieder auf. In der Regel reicht diese Maßnahme aus, um in der Diagnostik weiterzukommen.

5.4 Antiepileptika, die den Schlaf beeinflussen

Wie bereits oben erwähnt, können manche Antiepileptika den Schlaf beeinflussen. Schlafstörungen können nach Einnehmen der Wirkstoffe Carbamazepin, Ethosuximid, Phenytoin und Valproinsäure auftreten, allerdings gibt es grundsätzlich keine vollständig gesicherte Information, welche Wirkungen diese oder andere Antiepileptika auf das Schlafverhalten haben. Schlaflosigkeit wird bei Ethosuximid ausdrücklich berichtet. Außerdem führt dieser Medikamentenwirkstoff zu einer Reduktion des Tiefschlafs zugunsten der ersten Schlafphase. Über Schlaflosigkeit können außerdem Patienten klagen, die Felbammat oder Lamotrigin einnehmen.

Schläfrigkeit ist bei der Einnahme fast aller Antiepileptika zu verzeichnen, besonders müde machen die Wirkstoffe Primidon und Phenobarbital.

5.5 Interview mit einem Epilepsie- Patienten zum Thema “Schlaf”

- X., vielen Dank für deine Bereitschaft, mit mir dieses Interview zu führen. Was bedeutet für dich persönlich der Schlaf?
- *Nun, von der Konstanz meines Schlaf-Wach-Rhythmus hängt mein Wohlbefinden ab. Wenn ich diesen Rhythmus verschiebe, macht sich das, meist um ein bis zwei Tage verzögert, durch einen oder mehrere Anfälle bemerkbar. Hierbei zeigt sich auch, daß die Epilepsie – zumindest die Epilepsieform, unter der ich leide – eine schubweise auftretende Krankheit ist. Wenn ich in einer stabilen Phase bin, kann ich ohne weiteres meinen Schlaf-Wach-Rhythmus stören, ohne daß etwas passiert. Bin ich in einer instabilen Phase, reagiere ich sehr empfindlich auf solche Störungen.*
- Ist es “tragisch” für dich, so früh schlafen zu gehen bzw. regelmäßig schlafen zu müssen?
- *Ich finde es oft sehr schade, nicht so lange auf Festen bleiben zu können und vor allem, weniger Zeit vom Tag zu haben als meine Mitmenschen.*
- Du bist Student. Also bist du recht “frei” oder “ungebunden”, könntest abends lange ausgehen oder bei Projekten nächtelang durcharbeiten – theoretisch! Wie bringst du deiner Umwelt bei, daß das bei dir nicht drin ist?
- *Da ich nur unter sensorischen und vegetativen Anfällen leide, habe ich den Großteil meiner Umwelt nicht über meine Krankheit informiert. Diesen Menschen gegenüber muß ich mir immer eine Ausrede einfallen lassen, was aber so gut wie immer klappt. In meiner Schulzeit hatte ich mich aber dadurch allerdings zum Aussenseiter gemacht.*

- Hast du Angst, nachts einen Anfall zu haben? Weißt du überhaupt, ob das beim Schlafen der Fall sein könnte?
- *In einer instabilen Phase habe ich manchmal schon Angst, es könnte sich erweisen, daß ich mehr als nur Anfälle ohne Bewußtseinsverlust habe. Ich weiß, daß dies bei mir viel eher nachts als Tags passieren könnte.*
- Wie merkst du es dann, ob du nachts einen Anfall hattest?
- *Das würde sich dann durch einen Backenbiß äußern, wobei das ja kein hundertprozentiger Beweis ist.*
- Gehst du “mit der Angst im Nacken” zu Bett?
- *Für gewöhnlich nicht.*
- Eine Frage noch: Ist das Thema “Schlafen” für dich negativ besetzt?
- *Nein. Trotz der Tatsache, daß Schlafen eine Art Zwang für mich ist, kenne ich keinen Zustand, in dem man freier sein kann, als im Schlaf.*
- Danke schön, X.!

5.6 Kurze Zusammenfassung

Schlafen ist für jeden Menschen ein wichtiges Thema, um Körper und Psyche gesund zu erhalten. Noch wichtiger ist der Schlaf aber für einen Menschen mit Epilepsie, da hier viel an epileptischer Aktivität stattfinden und somit auch negative Auswirkungen auf das Geschehen/ das Befinden am Tage haben kann. Menschen mit Epilepsie bzw. ihr näheres Umfeld können nahezu in Panik geraten, wenn morgens Zeichen für einen nachts vorgefallenen Anfall zu finden sind (z.B. ein Backen- oder Zungenbiß, Einnässen, Kopfschmerzen, Muskelkater...), oder den Schlaf als etwas “unheimliches” betrachten. Hier kann z.B. ein 24 Stunden- EEG einiges aufdecken und evtl. Entspannung oder Entwarnung bringen.

Ein Problem, das wohl auch ein Mensch mit einer Epilepsieerkrankung, die sich im Schlaf äußert, haben kann, ist die Tatsache, daß er sich in dieser Situation nicht “wehren” kann (was bei dieser Krankheit grundlegend ein Problem darstellt). Jemand, der schläft, ist schutzlos, die Methode des Biofeedbacks beispielsweise entfällt nahezu vollständig. Anfallshemmende Tätigkeiten (motorischer Art oder kognitiver Art, bei der Konzentration nötig ist) können nicht ausgeführt werden, der Schlaf kann sogar auf manche Anfallsarten aktivierend wirken (z.B. bei komplex fokalen Anfällen).

Menschen mit Epilepsie haben also ein besonderes Verhältnis zum Schlaf: Einerseits ist er –wie für alle Menschen- wichtig und auch notwendig, andererseits kann er zum “Feind” werden, wenn z.B. nachts heftige Anfälle auftreten und das Leben durcheinanderbringen. Der Schlaf: Freund und Feind gleichermaßen.

6. Nachbemerkung

Das von mir ausgesuchte Thema empfand ich als sehr spannend, aber es stellte sich auch als sehr umfangreich heraus. Dabei ist allerdings das meiste Material, das ich bei meiner Suche ausfindig machen konnte, medizinischer Art, was vor allem im letzten Teil der Arbeit, in der es um die Wechselbeziehung von Schlaf und Epilepsie ging, der Fall war. Hier mußte ich einiges, zum Teil sehr interessantes, weglassen, um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen oder um den Schwerpunkt nicht noch mehr ins Medizinische zu verschieben. Ich hätte zu diesem Thema also noch viel mehr schreiben können.

Ich habe versucht, das Thema "Schlaf" aus vielen verschiedenen Blickwinkeln heraus zu betrachten und interessante Details mit einzubauen. Daher habe ich auch einen epilepsiekranken Menschen zu seiner "Schlaf- Beziehung" befragt, um noch mehr erfahren und mich besser in die Situation einfühlen zu können.

Aus all diesem Forschen, Lesen und Stöbern, Schreiben und auch Herausstreichen ist nun diese Hausarbeit entstanden.

Bedanken möchte ich mich bei X., beim Stationsarzt der Station Jackson, Herrn Burkart, für das Bereitstellen von Material, außerdem Frau Wallace für das Anvertrauen der Klinik-Bibliothek, Herrn Dr. Krämer aus Zürich für das Schenken seines Buches und nicht zuletzt: meinem Computer. Danke!!!!

THE END