

Schlafstörungen in der Praxis

Grundlagen, Risikofaktoren und Behandlungsmöglichkeiten



Zusammenfassung des Symposiums vom 5. Juni 2014

Dr. Gabriella Hänggi

Programm

14.00–14.15

Begrüssung und Einführung

Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor, Sanatorium Kilchberg AG

14.15–15.00

Chronobiologische Aspekte

Prof. Dr. Christian Cajochen, Leiter Zentrum für Chronobiologie,
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

15.00–15.45

Beziehungen von Schlafstörungen und Suizidalität

PD Dr. med. Christine Norra, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinik Bochum der Ruhr-Universität Bochum

15.45–16.15

Kaffeepause

16.15–17.45

3 Parallel-Workshops

Workshop 1

Verhaltenstherapeutische Intervention bei der chronischen Insomnie ***Komplizierte Fallbeispiele sind willkommen!***

Dr. phil. Tatjana Crönlein, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin,
Somnologin (DGSM), Universitäres Schlafmedizinisches Zentrum Regensburg-
Donaustauf

Workshop 2

Somatische Differenzialdiagnose des gestörten Schlafs

KD Dr. med. Irène Laube, Leiterin Abteilung Pneumologie, Stadtspital Triemli und
Dr. med. Annkathrin Pöpel, Oberärztin Privatstationen, Sanatorium Kilchberg AG

Workshop 3

Pharmakotherapie der Insomnie – Fallstricke und Empfehlungen

Bitte eigene Fälle vorbereiten!

Dr. med. Christian Imboden EMBA, Leitender Arzt Behandlungszentrum Angst
und Depression, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Psychiatrische Dienste Solothurner Spitäler AG

Anschliessend Apéro mit allen Teilnehmenden

Im Sanatorium Kilchberg fand am 5. Juni 2014 ein Symposium statt, das sich mit der Entstehung von Schlafstörungen z.B. aufgrund einer gestörten circadianen Rhythmik und deren Synchronisation durch die Lichttherapie oder durch die Verabreichung von Melatonin befasste. Als weiteres Thema wurde auf die Bedeutung von Schlafstörungen bei der Suizidprävention eingegangen, da Schlafstörungen unabhängig von einer gleichzeitig bestehenden psychischen Erkrankung ein erhöhtes Suizidrisiko in sich bergen.

Dr. med. René Bridler M.H.A., ärztlicher Direktor des Sanatoriums Kilchberg, bemerkte einleitend, dass Schlaf wohl die wichtigste Nebensächlichkeit der Welt ist. In der heutigen Zeit mit dem stetig wachsenden Leistungsdruck werden die Tagesaktivitäten und Arbeitszeiten gerne bis weit in die Abendstunden hinein verlagert, und die spannenden Unterhaltungsangebote bis spät in die Nacht sind eine Verlockung, die abendliche Freizeit auf Kosten der Schlafzeit auszudehnen. Diese Lebensweise kann zu Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus führen, die bei vielen Menschen in eine eigentliche Schlafstörung übergehen.

Die Schlafstruktur des Menschen zeigt im Verlauf des Lebens eine systematische Veränderung. So ist der Schlaf von Neugeborenen und Kleinkindern polyphasisch und relativ gleichmässig über den Tag und die Nacht verteilt, wobei es aber bereits in den ersten Lebensjahren zur Ausbildung einer nächtlichen Hauptschlafperiode mit einer Nebenschlafperiode in der Mittagszeit und schliesslich zu einer monophasischen Schlaf-Wach-Verteilung kommt. In der Pubertät entwickelt sich die Fähigkeit, länger wach zu bleiben und durch entsprechend langes Ausschlafen den Schlafmangel wieder auszugleichen. Als Folge dieser Veränderung der Schlafstruktur sind Jugendliche oft bis spät in die Nacht aktiv, kommen dafür aber morgens während der Schulzeit kaum aus dem Bett und kämpfen den ganzen Tag über mit Müdigkeit. Im höheren Lebensalter zeigt sich häufig eine Rückkehr zu einem polyphasischen Schlafmuster mit weniger Tiefschlafphasen und einem grösseren Anteil an Phasen mit flachem Schlaf, wodurch die Schlafeffizienz sinkt und Schlafstörungen häufiger werden. Ausgeprägte Schlafstörungen können bei Patienten mit einer obstruktiven Schlafapnoe und dem Restless-Leg-Syndrom auftreten, stehen aber besonders häufig im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Bei Patienten mit einer Demenzerkrankung kann es sogar zu einer Umkehr des Tag- und Nacht-Verhaltens kommen, was eine enorme Belastung für die Angehörigen und die Betreuungspersonen bedeutet.

Der Schlaf wird durch eine komplexe innere Uhr gesteuert, welche jedoch laufend durch äussere Zeitgeber, insbesondere durch den Hell-Dunkel-Rhythmus, aber auch durch das Zeitmuster der täglichen Aktivitäten, synchronisiert werden muss. Ein gesunder, erholsamer Schlaf ist für den Menschen äusserst wichtig, um die zahlreichen Aufgaben im privaten wie auch im beruflichen Alltag langfristig bewältigen zu können. Schlafstörungen gehören jedoch zu den gängigsten Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung und beeinträchtigen nicht nur die körperliche, sondern auch die kognitive Leistungsfähigkeit vieler Menschen. Darüber hinaus bergen Schlafprobleme erhebliche Gefahren, da bei unausgeschlafenen Menschen die Fehler- und Unfallhäufigkeit, beispielsweise infolge Sekundenschlafs, signifikant erhöht ist.

Zur Behandlung von Schlafstörungen mit gestörtem zirkadianen Rhythmus stehen mit der Lichttherapie, der Einnahme von Melatonin und dem abendlichen Tragen einer Dunkelbrille (Blaulicht-Stopper) wirksame chronotherapeutische Massnahmen zur Verfügung, mit denen eine Normalisierung des Schlaf-Wach-Zyklus erreicht werden kann.

Ein möglicher Einfluss der von der geographischen Breite abhängigen Lichtverhältnisse auf die Suizidrate geht aus einer Studie hervor, wonach in Grönland die ohnehin ungewöhnlich hohe Suizidrate ein ausgeprägtes Maximum in den Sommermonaten erreicht. Besonders deutlich war das sommerliche Suizidmaximum im Norden Grönlands, wo die Sonne einige Monate lang gar nicht untergeht und somit eine tägliche Hell-Dunkel-Taktgebung weitgehend fehlt.

Chronobiologische Aspekte

Wie Prof. Dr. Christian Cajochen, Leiter des Zentrums für Chronobiologie der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel erläuterte, werden beim Menschen durch eine genetisch vorprogrammierte innere Uhr im suprachiasmatischen Kern des vorderen Hypothalamus alle tagesrhythmischen Funktionen wie der Schlaf-Wach-Zyklus, aber auch eine Vielzahl von anderen endogenen Funktionen gesteuert. Diese innere Zeitgebung wird über humorale Mechanismen sowie über das autonome Nervensystem zu den peripheren Uhren in den verschiedenen Organen wie Lunge, Leber und Herz übertragen, wodurch zahlreiche physiologische, biochemische und metabolische Prozesse im Körper zeitlich reguliert werden. Die für jedes Individuum genetisch festgelegte zirkadiane Taktfrequenz unterscheidet sich jedoch geringfügig von einem exakten 24-Stunden-Rhythmus, wobei die Menschen mit einer länger als 24 Stunden dauernden zirkadianen Periode als Abendtypen oder Eulen und umgekehrt die Menschen mit einer weniger als 24 Stunden dauernden Periode als Morgentypen oder Lerchen bezeichnet werden. Entsprechend dieser genetisch programmierten zirkadianen Taktfrequenz verlaufen nicht nur die tageszeitlichen Schwankungen der Melatoninkonzentration, sondern auch zahlreiche durch periphere Uhren regulierte biologische Rhythmen wie die Körperkerntemperatur, das Müdigkeitsgefühl und die Stimmungslage.

Der endogene zirkadiane Rhythmus wird in einem als "Entrainment" bezeichneten Vorgang durch äussere Zeitgeber, insbesondere durch den Tag-Nacht-Zyklus und die Alltagsaktivitäten täglich aufs Neue an den 24-Stunden-Tag angeglichen. Der wichtigste externe Zeitgeber für diese Synchronisation ist das Licht, welches vom blaulichtempfindlichen Photopigment Melanopsin in spezialisierten photosensitiven Ganglienzellen der Netzhaut aufgenommen wird und ein Signal erzeugt, das über den retinohypothalamischen Trakt zum suprachiasmatischen Kern geleitet wird. Der suprachiasmatische Kern steuert abhängig von diesem Signal die tagesrhythmische Freisetzung von Melatonin in den Pinealozyten der Zirbeldrüse und erhält gleichzeitig von den Melatoninrezeptoren eine Rückmeldung über die zirkulierende Melatoninmenge, welche ebenfalls zeitgebend für das zirkadiane Signal im suprachiasmatischen Kern ist. Neben dem Licht als Hauptzeitgeber gibt es noch andere Zeitgeber wie tägliche Aktivitäten, soziale Interaktionen und körperliche Bewegung, welche zur Synchronisation der zirkadianen Rhythmen beitragen.

Der zeitliche Verlauf, die Länge und die Intensität des Schlafs werden durch das Zusammenspiel des zirkadianen Prozesses und eines homöostatischen Prozesses, der als Schlafdruck zu verstehen ist, geregelt. Der Schlafdruck baut sich während der Wachphase kontinuierlich bis zu einem bestimmten Niveau auf und fällt danach während des Schlafs wieder ab, wogegen der zirkadiane Prozess unabhängig vom Schlaf- oder Wachmuster gemäss seiner genetisch programmierten Periode oszilliert.

Der französische Geologe Michel Siffre hat seinen unbeeinflussten zirkadianen Rhythmus in einem klassisch gewordenen Experiment beobachtet, indem er zwei Monate unter Zeitisolation sowie ohne soziale Interaktion und Tageslicht in einer Höhle verbrachte. Dabei stellte sich bei ihm ein Tagesrhythmus von mehr als 24 Stunden ein, was zu einer kontinuierlichen Nachverschiebung der Schlafperioden und damit zu einer Fehleinschätzung der in der Höhle verbrachten Zeit führte. In einem weiteren Experiment untersuchte Jürgen Aschoff – ein Pionier der Chronobiologie – das Schlafver-

halten von Medizinstudenten bei einem längeren Bunkeraufenthalt unter Bedingungen mit nur schwacher Lichtexposition und konnte zeigen, dass schon nach wenigen Tagen eine individuell unterschiedliche Verschiebung der Schlafepisoden eintrat.

Die häufig vorkommenden zirkadianbedingten Schlaf-Wachstörungen, denen entweder eine innere Desynchronisation zwischen den endogenen Körperrhythmen und dem Schlaf-Wach-Rhythmus oder ein fehlendes Entrainment der inneren Uhr mit dem Tag-Nacht-Wechsel zugrunde liegt, können z.B. infolge von Schichtarbeit oder Jet-Lag auftreten und sich als Syndrom der verzögerten beziehungsweise der vorverlagerten Schlafphase äussern. Die Konsequenzen der zirkadianen Schlaf-Wachstörungen zeigen sich auf der emotionalen Ebene als Depressionen, Stimmungsschwankungen, Erschöpfung, Reizbarkeit, Stress, Frustration, Ärger, gesteigerte Impulsivität und risikoreiches Verhalten sowie als erhöhter Alkohol- und Substanzmissbrauch, während auf der kognitiven Ebene eine verringerte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, eine verminderte Gedächtnisleistung sowie beeinträchtigte Exekutivfunktionen festgestellt werden und auf der somatischen Ebene erhöhte Schläfrigkeit, Mikroschlaf, eine erniedrigte Schmerz- und Temperaturschwelle, kardiovaskuläre Erkrankungen, Stoffwechselprobleme, verminderte Immunleistung und ein erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus Typ II und Krebserkrankungen die Folge sein können.

Bei der Abklärung von zirkadianen Schlaf-Wachstörungen werden die Schlafgewohnheiten sowie die Verteilung und Qualität des Schlafes erfasst, was mit Hilfe von Fragebögen wie dem «Morningness-Eveningness»-Fragebogen, mit Schlaf-Wach-Tagebüchern und allenfalls mit kognitiven Tests erfolgt. Darüber hinaus kann die Aktimetrie herangezogen werden, bei der mit Hilfe eines am Handgelenk getragenen Bewegungsmessers die täglichen Aktivitäten aufgezeichnet werden. Durch die ambulant durchführbare Messung der Melatoninkonzentration in fünf abends in stündlichen Abständen entnommenen Speichelproben kann das endogene Melatoninprofil ermittelt werden, wobei aufgrund des Zeitpunktes des nächtlichen Melatoninanstiegs die aktuelle Schlafphasenlage bestimmt werden kann.

Zur Stärkung des zirkadianen Entrainments eignet sich eine Zeitgeber-Therapie mit Licht oder exogen zugeführtem Melatonin, die möglichst durch einen geregelten Tagesablauf, soziale Aktivitäten und körperliche Betätigung unterstützt werden sollte. Dabei kann durch die Anwendung von Licht am Morgen oder durch die Verabreichung von Melatonin am Abend eine Phasenvorverschiebung erreicht werden, während umgekehrt die Lichttherapie am Abend und die Einnahme vom Melatonin am Morgen zu einer Phasennachverschiebung führen. Das Licht wirkt wachheitssteigernd, stimmungsaufhellend, verringert die Melatonin- und Kortisolspiegel sowie die EEG-Delta-Aktivität und erhöht die Schlaflatenz, wogegen das Melatonin die Müdigkeit verstärkt und die EEG-Schlafspindelaktivität während des Schlafes erhöht, aber keine direkte stimmungsaufhellende Wirkung entfaltet.

Die Lichttherapie gilt heute als Behandlung der ersten Wahl bei saisonal abhängigen Depressionen sowie als Zusatzoption bei Depressionen und anderen affektiven Störungen wie auch bei Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen. Bei Patienten mit Depressionen ist eine morgendliche Behandlung mit Licht aus einer UV-gefilterten Lichtquelle und einer Intensität von bis zu 10'000 Lux während 30 Minuten angezeigt, wobei der Zeitplan der Lichttherapie optimal auf den individuellen Chronotyp (Eule, Lerche) abgestimmt werden sollte. Darüber hinaus wird die Lichttherapie auch im Bereich der Geriatrie immer wichtiger, nachdem in Altersheimen durch eine Erhöhung der Lichtexposition während des Tages die Aktivität der Bewohner tagsüber gesteigert und während der Nacht eine Beruhigung erreicht werden konnte. Eine Behandlung mit Melatonin wird häufig bei Jetlag eingesetzt, kommt aber

in der klinischen Praxis auch bei sehbehinderten und blinden Personen mit zirkadianen Schlafstörungen zur Anwendung, bei denen die üblichen Schlafmittel kaum Wirkung zeigen.

Beziehungen von Schlafstörungen und Suizidalität

PD Dr. med. Christine Norra von der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin der Ruhr-Universität Bochum wies darauf hin, dass von Schlafstörungen rund ein Drittel der Bevölkerung betroffen ist. Schlafstörungen haben nicht nur einen grossen Einfluss auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, sondern sie können auch ein Symptom von verschiedenen psychischen Erkrankungen sein. So leiden 75 Prozent der Patienten, die wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt werden, an Schlafstörungen. Umgekehrt führen Schlafstörungen zu einer 2.5-fachen Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung und haben überdies eine prädiktive Bedeutung für die Entwicklung von suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Nach aktuellen Schätzungen gehört die Suizidalität weltweit zu den zehn häufigsten Todesursachen, wobei jährlich rund eine Million Suizide begangen und bis zu 20 Millionen Suizidversuche unternommen werden. Die grosse Mehrheit aller Suizide steht im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung, wobei das grösste Suizidrisiko bei Patienten mit depressiven und bipolaren Störungen, gefolgt von denjenigen mit Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie liegt.

Zur Frage nach dem Einfluss der Insomnie auf die Suizidalität ergab die US-amerikanische Studie «National Comorbidity Survey Replication», dass in der Allgemeinbevölkerung bei Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen und morgendlichem Früherwachen ein vier- bis neunfach erhöhtes Risiko besteht, innerhalb von zwölf Monaten ein suizidales Syndrom zu entwickeln. Gemäss einer weiteren US-amerikanischen Studie berichteten 13.3 Prozent der Patienten einer schlafmedizinischen Klinik von Suizidgedanken, die bei 4.5 Prozent der Patienten als klinisch relevant eingestuft wurden. Bedeutsam für die Entwicklung von Suizidalität scheint überdies die Häufung verschiedener Schlafstörungen zu sein, da in einer prospektiven dänischen Kohortenstudie Männer mit mindestens drei unterschiedlichen Schlafproblemen im Vergleich zu Männern ohne Schlafprobleme ein nahezu fünffach erhöhtes Suizidrisiko aufwiesen. Eine hohe Prävalenz von Schlafstörungen bei suizidalen Patienten zeigt eine schwedische Querschnittsstudie, wonach im Anschluss an einen Suizidversuch insgesamt 89 Prozent der Patienten von vorherigen Schlafstörungen berichteten, wobei 73 Prozent der Patienten an Einschlafstörungen, 69 Prozent an Durchschlafstörungen und 58 Prozent an morgendlichem Früherwachen litten. Ein interessantes Resultat lieferte eine britische Studie, gemäss welcher sich bei Patienten, die einen schweren Suizidversuch unternommen hatten, nicht die Äusserung von Suizidgedanken und Suizidabsichten, sondern vielmehr die Insomnie und weitere psychopathologische Faktoren als Vorzeichen für den Suizidversuch erwiesen. Zur Problematik der Komorbidität von Schlafstörungen mit psychischen Erkrankungen ergab eine Studie aus Hongkong, dass bei den Patienten einer psychiatrischen Ambulanz eine Insomnie mit einer siebenfach erhöhten Inzidenz von Suizidversuchen sowie mit einer um den Faktor 1.6 erhöhten Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen assoziiert war. Einen Anstieg des Suizidrisikos durch die alleinige Verkürzung der Schlafdauer lässt die US-amerikanische Querschnittsstudie «National Comorbidity Survey» erkennen, wonach in der Allgemeinbevölkerung eine Schlafdauer von weniger als fünf Stunden ein 2.5- beziehungsweise 3-fach erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und Suizidversuche ergab. In Japan wurde in den vergangenen 40 Jahren eine stetig abnehmende durchschnittliche Schlafdauer und in den letzten 12 Jahren eine besorgniserregend hohe Suizidrate festgestellt, weshalb Schlafmangel als ursächlicher Faktor für ein erhöhtes Suizidrisiko in Betracht gezogen wird.

Als besonders bedeutsamer Risikofaktor für die Suizidalität haben sich Alpträume erwiesen, da in einer grossen prospektiven finnischen Studie mit einer mittleren Nachbeobachtungsdauer von 14 Jahren das Suizidrisiko in der Allgemeinbevölkerung schon bei gelegentlichen Alpträumen um 57 Prozent und bei regelmässig auftretenden Alpträumen sogar um 105 Prozent höher war als bei Personen ohne Alpträume. Gemäss den Resultaten einer kleineren schwedischen Studie wurde bei Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, im Falle von wiederkehrenden Alpträumen eine drei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen erneuten Suizidversuch festgestellt. Eine ausgeprägte Gefährdung durch Alpträume bei einer komorbiden psychischen Erkrankung ist aus einer Studie aus Hongkong ersichtlich, in welcher bei Patienten einer psychiatrischen Ambulanz im Falle von wiederkehrenden Alpträumen die Inzidenz für Suizide um den Faktor 8.2 und die Lebenszeitprävalenz um den Faktor 2.4 erhöht war.

Schlafstörungen – vor allem die Insomnie – sind ein häufiges Symptom der Depression, und umgekehrt erhöht sich bei einer Insomnie das Risiko, an Depressionen zu erkranken, um 50 Prozent. Zu den Auswirkungen von gleichzeitig zur Depression vorliegenden Schlafstörungen auf die Suizidalität zeigte eine türkische Studie, dass bei den suizidalen depressiven Patienten im Vergleich zu den nicht-suizidalen depressiven Patienten eine längere Einschlafzeit, schlechtere Schlafqualität, kürzere Schlafdauer sowie eine geringere Schlafeffizienz vorlagen. Darüber hinaus ergab eine weitere türkische Studie bei Patienten mit einer melancholischen Depression, die einen Suizidversuch unternommen hatten, eine deutlich höhere Insomnierate als bei melancholisch-depressiven Patienten ohne vorgängigen Suizidversuch. Ein interessantes Resultat lieferte eine kontrollierte prospektive klinische Studie bei Patienten mit Depressionen und Insomnie, in welcher sich die Insomnie unabhängig von Anhedonie und depressiver Stimmung als Indikator für Suizidgedanken herausstellte.

Aufgrund erster Hinweise ist bei Patienten mit einer bipolaren Störung das Auftreten von Schlafproblemen vor allem ein Prädiktor für eine manische Episode, während eine Hypersomnie in der euthymen Phase einen Rückfall in eine depressive Phase voraussagt. Die suizidpräventive Bedeutung der Erfassung von Schlafstörungen bei Patienten mit einer bipolaren Störung geht aus einer neueren US-amerikanischen Kohortenstudie hervor, gemäss welcher sich selbst eine nur leichtgradige Schlafstörung als prädiktiver Faktor für einen Suizidversuch erwies.

Nach den Ergebnissen einer US-amerikanischen Erhebung sind bei Patienten, die an einer Panikstörung leiden, vor allem nächtliche Panikattacken, aber auch die häufig vorkommenden komorbiden Depressionen, unabhängig voneinander mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Insomnie korreliert. Eine zur Identifikation von Suizidprädiktoren bei depressiven Patienten durchgeführte Erhebung ergab, dass sowohl Panikattacken als auch eine globale Insomnie zu den wichtigsten Faktoren für die Abschätzung des Risikos, innerhalb eines Jahres Suizid zu begehen, gehören.

Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung berichten gemäss einer US-amerikanischen Befragung häufiger über Schlafprobleme als Patienten mit einer anderen psychischen Erkrankung, wobei es sich bei den Schlafproblemen zumeist um Insomnie und um Alpträume handelt. Des Weiteren wurden bei Frauen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung nach schwerem sexuellem Missbrauch, die an einem Programm zur Bewältigung von Alpträumen teilnahmen, vermehrt schlafgebundene Atem- und Bewegungsstörungen festgestellt, die überdies gehäuft mit Depressionen und Suizidalität einhergingen.

Gemäss den Resultaten einer US-amerikanischen Befragung führt die Einnahme der Hypnotika Zolpidem und Zaleplon über einen Zeitraum von einem Jahr zu einer zwei- bis dreifachen Erhöhung der

Häufigkeit von Suizidgedanken, Suizidplänen und Suizidversuchen, wobei sich der Gebrauch dieser Hypnotika als wesentlich stärkerer Prädiktor für Suizidgedanken und Suizidversuche erwies als die Insomnie. Dieses Ergebnis wird durch eine schwedische Fallkontrollstudie gestützt, in welcher die Einnahme von Hypnotika bei Patienten über 65 Jahren ein vierfach erhöhtes Suizidrisiko zur Folge hatte.

Zur Bedeutung der zirkadianen Rhythmen für die Suizidalität ergab eine türkische Studie mit 89 Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, dass Abendtypen eine stärkere Impulsivität und eine grösserer Bereitschaft für gewaltsame Suizidversuche zeigen als Morgentypen. Darüber hinaus scheinen weitere biologische und soziale Zeitgeber die suizidale Verhaltensweise zu beeinflussen, da Suizidversuche und Selbstverletzungen eher abends stattfinden, wogegen vollendete Suizide vornehmlich in den Morgenstunden begangen werden.

Nach den heutigen Erkenntnissen stellen Schlafstörungen einen modifizierbaren Risikofaktor für Suizidalität dar, weshalb eine sorgfältige Schlafanamnese unter besonderer Berücksichtigung von Insomnie, Alpträumen und nächtlichen Panikattacken in der Praxis einen wichtigen Stellenwert besitzt. Zur Behandlung von Schlafstörungen stehen schlafhygienische Massnahmen sowie psychotherapeutische Behandlungen und psychopharmakologische Therapien zur Verfügung, dank welchen allein schon durch die Verbesserung der Schlafproblematik ein wichtiger Beitrag zur Suizidprävention geleistet werden kann.

Weiterführende Literatur

- Kolodyazhnyi, Cajochen et al., Chronbiol. Int. 2012
- Dijk et al., J. Physiol. London 1999
- Edgar et al., J Neuroscience 1993
- Münch, Cajochen et al., Neurobiol. of Aging, 2005
- Wirz-Justice et al. Assoc. Disord., 2000
- Bromundt et al., Br J Psychiatry (2011)
- Van Someren et al. 2002
- Chronobiologie: Licht- und Wochtherapie bei psychiatrischen Erkrankungen, Cajochen, Psych. update 7, 2013
- Norra C., Richter N.: Schlafstörungen und Suizidalität: Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2013; 81: 561-569
- Verhaltenstherapie der Insomnie, T. Crönlein
- Espie, Sleep, 2009
- Sleep & Breathing, 2012
- Dograhmji K., Mitler M.M. et al. EEG and Clinical Neurophysiology 1997
- Kryger M.H., Roth T. und Dement W.C. (Hrsg.) 5. Auflage, Elsevier, 2011
- Hatzinger M. & Mathis J., SANP, 2011; 162 (8):310-317
- Ford and Kamerow. JAMA 1989
- Fernández-San-Martín et al., Sleep Medicine 2011
- Randall et al., Sleep 2012
- L. Van Houdenhove et al.: J Clin Psychol Med Settings 2011
- Wichniak et al., Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 2011
- McCall et al., J. Clin. Sleep Med. 2010
- Mendlewicz, World J. Biol. Psychiatry, 2009
- Mendelson, J. Clin. Psychiatry 2005
- Grosshans et al., Clin. Neuropharmacology 2014
- Quera-Salva et al., Int. Clin. Psychopharmacology 2011
- Roth et al.: A review of the effects of pragabalin on sleep disturbance across multiple clinical conditions, Sleep Medicine Reviews (2013) in press

Für weitere Auskünfte steht gerne zur Verfügung

Dr. med. Annkathrin Pöpel
Oberärztin Privatstationen

Telefon 044 716 42 42
a.poepel@sanatorium-kilchberg.ch