

# **Schlaf und psychische Gesundheit**

## **Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Schlafstörungen**



**Zusammenfassung des Symposiums vom 8. März 2018**

**Dr. Gabriella Hänggi**

## Programm

---

- 14.00–14.15**      **Begrüssung und Einführung**  
Prof. Dr. med. Katja Cattapan, stv. Ärztliche Direktorin, Chefärztin Psychotherapie und Privatstationen, Sanatorium Kilchberg AG
- 14.15–14.45**      **Schlaf und Resilienz**  
Dr. med. Thorsten Mikoteit, stv. Chefarzt / Leitender Arzt, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Dienste der Solothurner Spitäler AG
- 14.45–15.15**      **Somatische Abklärung bei Schlafstörungen**  
Dr. med. Alexander Turk, Chefarzt, Medizinische Klinik, See-Spital Horgen
- 15.15–15.45**      **Interdisziplinäres Behandlungskonzept von nicht-organischen Schlafstörungen**  
Dr. med. Annkathrin Pöpel, Oberärztin, Zentrum für Psychosomatik, Zürich
- 15.45–16.15**      **Kaffeepause**
- 16.15–17.45**      **4 Parallel-Workshops**
- Workshop 1**  
**Medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen**  
Dr. med. Thorsten Mikoteit, stv. Chefarzt / Leitender Arzt, Psychiatrische Dienste der Solothurner Spitäler AG
- Workshop 2**  
**Stationäre Behandlung von Schlafstörungen**  
Dr. med. Annkathrin Pöpel, Oberärztin, Zentrum für Psychosomatik, Zürich
- Workshop 3**  
**Kognitiv-behaviorale Behandlung von Schlafstörungen**  
Dr. phil. Angelina Birchler, Psychologin, Zentrum für Psychosomatik, Zürich
- Workshop 4**  
**Stress, Erschöpfung, Schmerz und Schlaf**  
Dr. med. Isabelle Kunz, Oberärztin, Zentrum für Psychosomatik, Zürich
- 17.45–18.00**      **Fragen und Diskussion mit den Referenten**
- Ab 18.00**         **Apéro mit allen Teilnehmenden**

*Anlässlich eines Symposiums, das am 8. März 2018 im Sanatorium Kilchberg stattfand, wurden unterschiedliche Aspekte des Schlafs und deren Bedeutung für die psychische Gesundheit beleuchtet. Nach einer Erläuterung des Zusammenhangs von Schlaf und Resilienz wurde auf die somatische Abklärung von schlafbezogenen Atmungsstörungen eingegangen und ein interdisziplinäres Behandlungskonzept vorgestellt, das eine individuell abgestimmte Therapie von nicht-organischen Schlafstörungen und deren Komorbiditäten erlaubt.*

Wie Prof. Dr. med. Katja Cattapan, Chefärztin Psychotherapie und Privatstationen am Sanatorium Kilchberg AG einführend bemerkte, wurde den Schlafstörungen in der Psychiatrie lange Zeit nur wenig Beachtung geschenkt, und erst in den letzten Jahren ist die Relevanz der Schlafmedizin für die Psychiatrie deutlich geworden. Schlafstörungen können nicht nur als eigenständige Erkrankung auftreten, sondern sie können auch ein Symptom von verschiedenen anderen psychischen und somatischen Erkrankungen sein. Ein gestörter Schlaf kann zu erheblichen Einbussen der körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit führen, was infolge reduzierter Arbeitsleistung und Unfällen dem Gesundheitswesen und der Gesellschaft hohe Kosten verursacht. Angesichts der grossen Bedeutung von Schlafstörungen bietet das Sanatorium Kilchberg seit dem Jahr 2013 im Zentrum für Psychosomatik in Zürich eine Spezialsprechstunde für Schlafstörungen und Chronotherapie an, welches eine spezifische Diagnostik und eine gezielte Therapie von Schlafstörungen ermöglicht.

### **Schlaf und Resilienz**

*Dr. med. Thorsten Mikoteit, Leitender Arzt, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Dienste der Solothurner Spitäler AG, wies darauf hin, dass der Mensch rund ein Drittel seines Lebens verschläft. Die Schlafdauer nimmt mit zunehmendem Lebensalter stetig ab, wobei die Dauer der Traumschlafphase deutlich stärker verkürzt wird als diejenige der Leicht- und Tiefschlafphasen. Trotz der essenziellen Bedeutung des Schlafes für die Leistungsfähigkeit und das psychische Wohlbefinden zeigte sich in den vergangenen Jahrzehnten ein Trend zu einer stetigen Verringerung der Schlafzeiten zugunsten produktiverer Tätigkeiten, was auch aus einer US-amerikanischen Gesundheitserhebung der Jahre 2005 bis 2007 hervorgeht, gemäss welcher nahezu ein Drittel der Befragten eine mittlere Schlafdauer von weniger als 6 Stunden pro Tag angab. Nach aktuellen Schätzungen leiden 10 bis 15 Prozent der Bevölkerung an behandlungs-bedürftigen Schlafstörungen, wobei 53 Prozent der Frauen mittleren Alters über Schlafstörungen klagen und 50 Prozent der Schlafstörungen mehr als fünf Jahre dauern. Zu den Folgen von Schlafstörungen zählen nicht nur Tagesmüdigkeit, beeinträchtigte Psychomotorik, Verstimmungen und Gedächtnisstörungen, sondern auch ein gestörtes Sozialleben und ein erhöhtes Unfallrisiko. Die Insomnie stellt zudem einen bedeutsamen Risikofaktor für psychische Störungen dar, wobei insbesondere das Risiko für Depressionen und für Angststörungen, aber auch für Alkoholabusus deutlich erhöht ist.*

Die Regulation des Schlafes wird mit einem Zwei-Prozess-Modell erklärt, wonach der zeitliche Verlauf, die Länge und die Intensität des Schlafes durch das Zusammenspiel eines homöostatischen Prozesses und eines zirkadianen Prozesses bestimmt wird. Im Rahmen des homöostatischen Prozesses baut sich während der Wachphase bis zum Erreichen eines bestimmten Niveaus kontinuierlich ein Schlafdruck auf, der anschliessend während des Schlafes wieder abfällt. Bei dem überlagerten zirkadianen Prozess wird der Schlaf-Wach-Rhythmus durch eine genetisch programmierte innere Uhr im suprachiasmatischen Kern gesteuert, welche laufend durch äussere Zeitgeber, insbesondere durch den Hell-Dunkel-Rhythmus, aber auch durch die täglichen Aktivitäten, synchronisiert wird.

Nach einer neueren Hypothese wird dem Schlaf auch eine neuroprotektive Wirkung zugeschrieben, welche über die während des Schlafes stattfindende Aktivierung des glymphatischen Systems, das für die Entfernung von zellulären Abbauprodukten aus dem Gehirn verantwortlich ist, abläuft. Als Folge dieser Aktivierung tritt zerebrospinale Flüssigkeit aus den engen, die Hirnarterien umgebenden Kanälen – den sogenannten Vircho-Robin-Räumen – in den interstitiellen Raum aus. Die dadurch verursachte Strömung transportiert interstitielle Flüssigkeit zusammen mit den im interstitiellen Raum abgelagerten Abbauprodukten von den Arterien zu den Venen, wo sie zunächst in den venösen Virchow-Robin-Räumen aufgenommen und schliesslich zurück zu den Lymphgefässen geführt wird.

Eine Verknüpfung zwischen Schlaf und Neuroplastizität wird durch eine weitere Hypothese beschrieben, wonach die Anzahl und Stärke der Synapsen im Verlauf des Tages durch Lernprozesse bis zu einem Sättigungspunkt stetig ansteigt. Während der darauffolgenden Schlafphase werden kleine und schwache Synapsen wieder aufgelöst, wodurch Energie und Platz für neue Synapsenbildungen am nächsten Tag geschaffen werden. Diese nächtliche, vor allem im Tiefschlaf stattfindende Herunterregulierung der Synapsen dient dem Vergessen von unwichtigen Inhalten und der Konsolidierung von tagsüber aufgenommenen wichtigen Lerninhalten, was am Morgen eine verbesserte Abrufbarkeit des Gelernten zur Folge hat. Die Bedeutung des Tiefschlafs für die Gedächtniskonsolidierung wird durch eine plazebokontrollierte Studie verdeutlicht, in welcher das Memorieren von Kartenpositionen mit einer Geruchsexposition gekoppelt und der betreffende Geruch den Probanden im Tiefschlaf erneut präsentiert wurde. Dabei zeigte sich, dass die Probanden nach einer nächtlichen Geruchsexposition am nächsten Morgen die Gedächtnisinhalte besser abrufen konnten als Probanden ohne nächtliche Geruchsexposition.

Der Schlaf spielt eine wichtige Rolle bei der Emotionsverarbeitung, indem durch die Aktivierung von Netzwerken in der REM-Schlafphase emotionale Gedächtnisinhalte als deklarative Erinnerungen abgespeichert werden können, während gleichzeitig die mit den Inhalten verbundene Emotionalität durch die Hemmung der Amygdala in der REM-Schlafphase geschwächt wird. Auf diese Weise wird die Erinnerung langsam von den Emotionen entkoppelt, was insbesondere im Fall von traumatischen Ereignissen von entscheidender Bedeutung ist. So zeigt eine italienische Studie zur emotionalen Gedächtnisverarbeitung, dass Personen mit einem Schlafdefizit neutrale und positive Bilder deutlich negativer bewerteten als Personen mit einem erholsamen Schlaf. Darüber hinaus wurde in einer schweizerischen Studie eine stressverarbeitende Wirkung des Schlafes nachgewiesen, da im Fall eines erholsamen Schlafs der durch eine Stressbelastung begünstigte negative Affekt am folgenden Tag verringert war.

Ein weiterer positiver Effekt des Schlafs auf die Emotionsregulation lässt sich aufgrund der Tatsache erkennen, dass Personen mit geringer Schlafqualität weniger oft und weniger regelmässig an sozialen Aktivitäten teilnehmen. Ausserdem kommt es infolge der Schlafprobleme zu einer Beeinträchtigung der Möglichkeit, positiv auf Situationen einzuwirken, da schlechter Schlaf eine verringerte Entscheidungsfähigkeit, eine geringere Impulskontrolle und damit einhergehend ein erhöhtes Konfliktpotential, Frustration und Unzufriedenheit sowie eine verminderte Produktivität bewirkt. Als Folge der Schlafprobleme werden die Aufmerksamkeitsstrategien zur Emotionsregulation weniger genutzt, was sich unter anderem darin zeigt, dass die Aufmerksamkeit für gefährliche oder wichtige Informationen und die Vigilanz für negative Informationen bei schlechtem Schlaf erhöht werden. Schliesslich führt eine Schlafdeprivation zur Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, wobei die betroffenen Personen bereits nach einer schlaflosen Nacht ihre positiven und negativen Emotionen weniger stark ausdrücken.

Eine ungünstige Auswirkung von Schlafproblemen bei Schwangeren geht aus einer prospektiven Studie hervor, gemäss welcher eine Insomnie mit einem mehr als dreifach erhöhten Risiko für eine postnatale Depression verbunden ist. Des Weiteren gehen Schlafprobleme der Mutter im Postpartum mit einem geringeren Kompetenzgefühl und einem höheren Elternstress einher, was zu einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung sowie zu einem ängstlichen Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind führt.

Die Bedeutung der Schlafqualität für den therapeutischen Effekt einer Psychotherapie lässt eine Studie vermuten, wonach die Insomnie eine Verringerung der kognitiven Flexibilität und eine Verstärkung der Impulsivität zur Folge hat. Umgekehrt zeigen die Ergebnisse einer schweizerischen Studie, dass im Rahmen der Behandlung einer Spinnenphobie eine neunzigminütige Schlafphase direkt nach der Expositionstherapie eine stärkere Abnahme der selbstbeurteilten Angst, der angstbezogenen negativen Kognition und des Vermeidungsverhaltens bewirkte.

### **Somatische Abklärung bei Schlafstörungen**

*Dr. med. Alexander Turk, Chefarzt, Medizinische Klinik am See-Spital Horgen*, bemerkte einleitend, dass es in der Schweiz 31 von der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC) anerkannte Schlafzentren gibt. Die Voraussetzungen für das Führen der Bezeichnung «Zentrum für Schlafmedizin» sind die ärztliche Leitung durch einen Spezialisten mit dem Fähigkeitsausweis für Schlafmedizin der SGSSC sowie ein erfahrenes Team von EEG-Laboranten und gegebenenfalls Somnologen und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Neurologen, Psychiatern und Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten. In diesen Schlafzentren stehen als diagnostische Verfahren die Polysomnographie sowie die respiratorische Polygraphie, die Pulsoxymetrie und die Kapnographie zur Verfügung, welche alle zur Abklärung von respiratorischen Schlafstörungen dienen. Zu den weiteren diagnostischen Instrumenten zählen der «Multiple Schlaflatenztest (MSLT)», der «Maintenance of Wakefulness Test (MWT)» und der «Oxford Sleep Resistance Test (OSLER)», die für Vigilanz-Messungen und zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit angewendet werden, während die Aktimetrie wie auch Befragungen mit Hilfe von Schlaftagebüchern und Schlaffragebögen die diagnostischen Methoden sind, die zur Abklärung von Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen und der Insomnie eingesetzt werden.

Zu den Ein- und Durchschlafstörungen zählt die akute temporäre Insomnie, die am weitesten verbreitet ist und wegen belastenden Ereignissen wie Examen, Heirat, Tod, Arbeitslosigkeit oder Jetlag auftritt. Darüber hinaus werden verschiedene chronische Insomnien unterschieden, zu denen die primäre Insomnie mit der psychophysiologischen, konditionierten Insomnie und der idiopathischen Insomnie sowie die sekundäre komorbide Insomnie, die bei Depression, Angststörung, Medikamenten- und Alkoholabusus oder somatischen Erkrankungen vorkommt, gehören. Die somatischen Ursachen der Insomnie umfassen Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, nächtliche Angina, chronische obstruktive Lungenerkrankung, Asthma bronchiale, Reflux- oder Ulkuserkrankung, rheumatoide Arthritis, Borreliose, AIDS und das chronische Erschöpfungssyndrom. Ausserdem können ausgeprägte Schlafstörungen auch beim Restless-Legs-Syndrom, das durch einen Bewegungsdrang der Beine mit unangenehmen Sensationen gekennzeichnet ist, sowie bei den periodischen Beinbewegungen, bei denen es sich um subjektiv nicht wahrgenommene, stereotype repetitive Beinbewegungen und Zuckungen handelt, vorkommen. Als eine der häufigsten Schlafstörungen treten die schlafbezogenen Atmungsstörungen – insbesondere das Schlafapnoe-Syndrom – auf, bei dem Atemstillstände im Schlaf zu einem fragmentierten und nicht erholsamen Schlaf führen. Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom zeigt sich während des Tages mit einer verstärkten Einschlafneigung, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen, während zu den nächtlichen Symptomen das Schnar-

chen, Atempausen, ein nicht erholsamer Schlaf sowie wiederholtes Erwachen und Erstickungsanfälle zählen.

Die Grundlage der Diagnostik von Schlafstörungen bildet eine ausführliche Anamnese zur Erhebung der schlafbezogenen Beschwerden gefolgt von einer eingehenden klinischen Untersuchung, während als weiterführende Verfahren die Schlafuntersuchung mit der Pulsoxymetrie, der respiratorischen Polygraphie oder der Polysomnographie zum Einsatz kommen.

Im Zusammenhang mit schlafbezogenen Auffälligkeiten werden die vier Begriffe Müdigkeit, Schläfrigkeit, Hypersomnie und exzessive Tagesmüdigkeit unterschieden. Dabei beschreibt Müdigkeit einen Zustand der physischen und/oder psychischen Erschöpfung, der auch bei längerer Schlafdauer bestehen bleibt, während Schläfrigkeit einen Zustand mit verminderter Fähigkeit zum Wachbleiben beziehungsweise einer erhöhten Einschlafneigung bedeutet. Unter Hypersomnie wird eine verlängerte Schlafdauer verstanden, die bei über zehn Stunden pro Tag liegt. Die exzessive Tagesmüdigkeit bezeichnet ein Symptom, bei dem eine Unfähigkeit zum Wachbleiben sowie eine erhöhte Einschlafneigung selbst in ungewöhnlichen Situationen und während Tätigkeiten des täglichen Lebens besteht. Zur einfachen und schnellen Erfassung der Einschlafneigung eignet sich der Kurzfragebogen «Epworth Sleepiness Scale (ESS)», mit dem retrospektiv die subjektiv eingeschätzte Wahrscheinlichkeit zum Einschlafen in acht typischen Alltagssituationen erfragt wird. Für die Identifikation von Personen mit einem hohen Risiko für ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom wurde mit dem «NoSAS-Wert» ein effizientes Screening-Instrument entwickelt, das auf den Parametern Nackenumfang, Übergewicht, selbstberichtetes Schnarchen, Alter und Geschlecht beruht. Der Schwerpunkt bei der klinischen Untersuchung bei einem Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom liegt neben der Bestimmung des cricomentalen Raums in der Abklärung von anatomischen Auffälligkeiten in den oberen Atemwegen wie einer Vergrößerung der Zunge, des hinteren Gaumensegels und der Rachenmandeln sowie bei der Beurteilung der Zahnstellung.

Beim Schnarchen handelt es sich bei den Frauen in 28 Prozent der Fälle und bei den Männern sogar in 44 Prozent der Fälle um ein harmloses Phänomen, aus dem sich aber in Verlauf der Zeit ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom entwickeln kann. Die Prävalenz dieses Syndroms beträgt bei den Frauen rund 2 Prozent, während bei den Männern ungefähr 4 Prozent von einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom betroffen sind. Eine unwahrscheinlich hohe Prävalenz des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms geht aus einer schweizerischen Erhebung in der allgemeinen Bevölkerung hervor, wonach bei den Männern 49.7 Prozent mehr als 15 Apnoe-Hypnoe-Ereignisse pro Stunde und 79.2 Prozent mehr als 5 Apnoe-Hypnoe-Ereignisse pro Stunde erlitten, während bei den Frauen 23.4 Prozent mehr als 15 Apnoe-Hypnoe-Ereignisse pro Stunde und 54.3 Prozent mehr als 5 Apnoe-Hypnoe-Ereignisse pro Stunde erfuhren.

Zur Beurteilung der Schlafstörung kann bei Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom eine nächtliche Pulsoxymetrie durchgeführt werden, bei der mit einem am Handgelenk getragenen kleinen Gerät ambulant die Herzfrequenz und die Blutsauerstoffsättigung aufgezeichnet werden. Allerdings zeigte eine Studie, dass bei der ärztlichen Interpretation der Pulsoxymetrie-Daten eine grosse Variationsbreite besteht, weshalb diese Methode lediglich als orientierende Untersuchung herangezogen werden sollte. Als weitere ambulante Methode kann eine Polygraphie erfolgen, welche gleichzeitig den Atemfluss und die Schnarchgeräusche, die Sauerstoffsättigung im Blut, die Herzfunktion mittels Elektrokardiographie und die Atembewegungen von Thorax und Abdomen erfasst. Obwohl die Polygraphie häufig einen Hinweis auf eine bestehende Erkrankung liefert, reicht diese Untersuchung jedoch in vielen Fällen für eine zuverlässige Diagnose nicht aus.

Der Goldstandard für die Diagnose des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms ist die vollständige, überwachte nächtliche Polysomnographie im Schlaflabor, bei welcher Atemfluss und Schnarchgeräusche, die arterielle Sauerstoffsättigung, die Herzfunktion mittels Elektrokardiographie und die abdominalen und thorakalen Atembewegungen aufgezeichnet sowie die Hirnfunktion mittels Elektroenzephalographie (EEG), die Augenbewegungen mittels Elektrokulographie (EOG) und die Muskelaktivität der Beine und des Kinns mittels Elektromyographie (EMG) registriert werden und überdies eine Videoaufzeichnung des Schlafverhaltens vorgenommen wird. Anhand der aus der Polysomnographie gewonnenen Daten wird ein persönliches Schlafprofil erstellt, welches die individuelle Schlafarchitektur mit dem zeitlichen Verlauf in den fünf unterschiedlichen Schlafstadien und den dazwischen vorkommenden Wachphasen umfasst. Aus diesem Diagramm wird die Gesamtschlafdauer berechnet, wobei gleichzeitig aufgrund der Anteile von Tief- und Leichtschlafphasen die Schlaffeizienz bestimmt wird. Darüber hinaus werden mit Hilfe der respiratorischen Parameter und der Herzfrequenz diejenigen Schlafphasen ermittelt, in denen Atempausen oder eine verminderte Atmung mit damit einhergehender Reduktion der Sauerstoffsättigung im Blut auftreten, woraus schliesslich der Apnoe-Hypopnoe-Index abgeleitet wird.

Patienten mit einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom tragen ein erhöhtes Risiko für arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, ischämischen Schlaganfall, Vorhofflimmern, pulmonale Hypertonie und Diabetes mellitus, wobei die allgemeine Mortalität um den Faktor 6.2 erhöht ist. Darüber hinaus ist das Risiko für Unfälle am Arbeitsplatz um den Faktor 2.2 und dasjenige für Verkehrsunfälle um den Faktor 6.3 erhöht, weshalb sich gewisse Berufsgruppen wie LKW-Fahrer regelmässig einer Kontrolluntersuchung zur Erkennung einer verstärkten Tagesschläfrigkeit unterziehen müssen. Für diese Untersuchung kann der «Maintenance of wakefulness test (MWT)» herangezogen werden, mit dem die Fähigkeit zum Wachbleiben geprüft wird. Zu diesem Zweck wird bei einem Probanden, der sich in einem abgedunkelten Raum mit monotonen Bedingungen befindet, während vier 20- bis 40-minütigen, in Intervallen von zwei Stunden durchgeführten Tests die Schlaf-Latenz bestimmt. Der «Multiple Sleep Latency Test (MSLT)» wurde entwickelt, um Schläfrigkeit nach Schlafentzug zu messen. Dabei wird bei einem Probanden, der in einem abgedunkelten, ruhigen Raum in einem Abstand von zwei Stunden zum Schlafen aufgefordert wird, die mittlere Einschlaflatenz und die mittlere Latenz bis zur REM-Schlafphase gemessen.

### **Interdisziplinäres Behandlungskonzept von nicht-organischen Schlafstörungen**

Nach den Ausführungen von *Dr. med. Annkathrin Pöpel, Leitende Ärztin am Zentrum für Psychosomatik in Zürich*, gehören zu den Schlafstörungen gemäss dem internationalen Klassifikationssystem für Schlafstörungen ICSD-3 die Insomnie, schlafbezogene Atemstörungen, zentrale Störungen mit Schläfrigkeit, zirkadiane Rhythmusstörungen, Parasomnien und schlafbezogene Bewegungsstörungen, während die psychischen Störungen nach der internationalen Klassifikation der Erkrankungen ICD-10 Demenz, Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie, affektive Störungen, neurotische Störungen, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen, nichtorganische Schlafstörungen, das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom und Autismusspektrumstörungen umfassen. Aufgrund der Vielzahl von unterschiedlichen Schlafstörungen und deren psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten erfordert die Behandlung von Schlafstörungen ein interdisziplinäres Behandlungskonzept, an dem neben Schlafmedizinern, Somnologen, Fachärzten für Pneumologie, Neurologie, Innere Medizin und Psychiatrie auch Psychologen, Neuropsychologen, Schlaflaboranten, Fachtherapeuten sowie Pflegefachkräfte und Peers beteiligt sind.

Die nicht-organischen Schlafstörungen sind in der ICD-10-Klassifikation unter dem Code F51 geführt und in fünf Gruppen aufgeteilt, zu denen die nichtorganische Insomnie, die nichtorganische Hyper-

somnie, die nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, das Schlafwandeln, der Pavor nocturnus und Alpträume zählen. Für die Diagnose und Behandlung der Insomnie wurden im Jahr 2017 europäische Leitlinien veröffentlicht, deren Empfehlungen für die klinische Praxis einen Paradigmenwechsel bedeuten.

Gemäss den europäischen Leitlinien erfolgt die Diagnose der Insomnie aufgrund der diagnostischen Kriterien für die nicht-organische Insomnie ICD-10 F51.0 und umfasst Beschwerden über Ein- und Durchschlafstörungen sowie über eine schlechte Schlafqualität, wobei die Schlafstörungen mindestens dreimal pro Woche während mindestens einem Monat auftreten müssen. Ein weiteres diagnostisches Kriterium besteht darin, dass sich die Betroffenen – vor allem während der Nacht – übermässig stark mit ihren Schlafstörungen beschäftigen und übermässig besorgt über deren negative Konsequenzen sein müssen. Die ungenügende Schlafdauer und Schlafqualität geht mit körperlicher und geistiger Müdigkeit sowie mit einer depressiven, besorgten und reizbaren Stimmung während des Tages einher und verursacht eine deutliche Erschöpfung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Falls andere psychiatrische Symptome vorhanden sind, müssen nach den aktuellen Diagnosekriterien die Symptome einer Insomnie im Vordergrund stehen.

Die diagnostische Abklärung der Insomnie umfasst nach den europäischen Leitlinien neben der Allgemeinanamnese zur Erkennung von somatischen Erkrankungen und Substanzkonsum eine körperliche Untersuchung und bei gegebener Indikation zusätzliche Massnahmen, welche die Bestimmung von Laborwerten oder von zirkadianen Markern sowie die Elektrokardiographie und Elektroenzephalographie und eine Computer- oder Magnetresonanztomographie beinhalten können. Darüber hinaus wird eine psychiatrische Anamnese zur Abklärung von psychischen Erkrankungen, Persönlichkeitsfaktoren, der Arbeitssituation, Beziehungskonstellation und von interpersonellen Konflikten erhoben, während im Rahmen der speziellen Schlafanamnese die Schlafstörungen mittels Befragung des Partners, der Bestimmung von zirkadianen Faktoren und des Schlaf-Wach-Verhaltens während des Tages und während der Nacht sowie durch den Einsatz eines Schlaftagebuchs und Schlafragebögen beurteilt werden. In Abhängigkeit der Ergebnisse aus den vorangegangenen Untersuchungen und der erhaltenen Verdachtsdiagnose kann es notwendig sein, als weiterführende diagnostische Massnahme eine Aktigraphie oder Polysomnographie zu veranlassen.

Zu den häufigsten Komorbiditäten der Insomnie zählen einerseits organische Erkrankungen wie chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Diabetes mellitus, chronisches Nierenleiden, HIV-Infektion, Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, chronischer Schmerz, Schlafapnoe-Syndrom, Restless-Leg-Syndrom, neurodegenerative Erkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Multiple Sklerose, Schädel-Hirn-Trauma und die fatale familiäre Insomnie und andererseits psychiatrische Erkrankungen wie affektive Störungen, bipolare Erkrankungen, generalisierte Angststörung, Panikstörung, posttraumatische Belastungsstörung und Schizophrenie, aber auch Substanzgebrauch beziehungsweise Substanzabhängigkeit. Bei der Behandlung der Insomnie muss bei einer Komorbidität von einer Insomnie und einer körperlichen oder psychischen Störung klinisch entschieden werden, ob zuerst die Insomnie oder die Komorbidität oder beide Erkrankungen gleichzeitig behandelt werden.

Nach den Empfehlungen der europäischen Leitlinien zur Behandlung der Insomnie gilt als Therapie der ersten Wahl gestützt auf hochqualitative Evidenz die störungsspezifische kognitive Verhaltenstherapie «CBT-I», bei der es sich um einen auf vier Elementen beruhenden multimodalen Ansatz handelt. Dabei beinhaltet das Basiselement der «CBT-I» die Durchführung psychoedukativer Gespräche, in welchen Informationen über den normalen Schlaf und die altersbedingten Veränderun-



gen des Schlafmusters sowie die Grundregeln der Schlafhygiene vermittelt werden. Zum biologischen Element der «CBT-I» zählen Entspannungsverfahren und die Biofeedback-Therapie, während das Verhaltenselement auf verhaltenstherapeutisch orientierten Techniken wie der Stimuluskontrolle und der Schlafrestriktion beruht. Das kognitive Element strebt eine kognitive Umstrukturierung an, bei der belastende schlafstörende Gedanken durch aufbauende, zumindest neutralisierende Alternativgedanken ersetzt werden.

Entgegen der heute verbreiteten Tendenz zur Pharmakotherapie empfehlen die europäischen Leitlinien, dass andere Behandlungsformen – insbesondere die medikamentöse Therapie – nur in Fällen angewendet werden sollen, in denen die kognitive Verhaltenstherapie «CBT-I» nicht zum gewünschten Ergebnis geführt hat oder nicht verfügbar ist. Unter Berücksichtigung der in den europäischen Leitlinien als hochqualitativ eingestuften Evidenz werden bei der medikamentösen Behandlung der Insomnie Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptoragonisten empfohlen, deren Wirksamkeit aber nur für die kurzfristige Anwendung während maximal vier Wochen nachgewiesen ist. Dabei besitzen die neueren Benzodiazepin-Rezeptoragonisten eine ähnliche Wirksamkeit wie die Benzodiazepine, wobei wegen des geringeren Risikos für einen Hangover-Effekt grundsätzlich Präparate mit kürzerer Halbwertszeit zu bevorzugen sind. Als wichtige und starke Empfehlung ist in den Leitlinien zudem festgehalten, dass die Benzodiazepine und die Benzodiazepin-Rezeptoragonisten nicht als Langzeitbehandlung eingesetzt werden sollen. Die sedierenden Antidepressiva erweisen sich gemäss einer mittelgradigen Evidenz als wirksam bei der Kurzzeitbehandlung der Insomnie, wobei aber Kontraindikationen sorgfältig abgewogen werden müssen. Ausserdem findet sich in den Leitlinien eine starke Empfehlung, wonach sedierende Antidepressiva aufgrund fehlender Evidenz und möglicher Risiken und Nebenwirkungen für die Langzeitbehandlung nicht angezeigt sind. Gemäss einer weiteren starken Empfehlung der Leitlinien sind Antipsychotika wie auch Antihistaminika wegen möglicher Nebenwirkungen und unzureichender Evidenz zur Behandlung der Insomnie nicht indiziert, während Melatonin in Anbetracht der niedrigen Effektivität und die Phytotherapeutika aufgrund ungenügender Evidenz nicht angewendet werden sollten. Die Lichttherapie und ritualisierte Übungen können nach den Leitlinien als hilfreiche Zusatzbehandlungen der Insomnie eingesetzt werden, wogegen komplementärmedizinische Verfahren wie Akupunktur, Aromatherapie, Fussreflexzonenmassage, Homöopathie, meditative Bewegung und Moxibustion wegen fehlender Evidenz für die Behandlung von Insomnie nicht empfohlen werden.

Vor dem Hintergrund der in den europäischen Leitlinien erfolgten Aufwertung der Psychotherapie sollte das Angebot der kognitiven Verhaltenstherapie «CBT-I» ausgebaut und möglichst allen an Insomnie leidenden Patienten zugänglich gemacht werden. Zu diesem Zweck sollte die Möglichkeit zur Vermittlung der kognitiven Verhaltenstherapie «CBT-I» nicht nur den Psychotherapeuten vorbehalten bleiben, sondern auch auf andere Gesundheitsberufe wie Pflegefachkräfte ausgedehnt und in internetbasierten «CBT-I»-Ansätze aufgenommen werden. Als weiterer wichtiger Therapiebestandteil bei der Insomnie sollten achtsamkeitsbasierte Verfahren zur Anwendung kommen, welche den Betroffenen helfen, eine distanziertere Haltung gegenüber den mehr oder weniger automatisch ablaufenden schlafstörenden Gedanken und Gefühlen einzunehmen.

Zur Wirksamkeit der Achtsamkeitsmeditation bei der Behandlung der Insomnie ergab eine Metaanalyse von sechs randomisierten kontrollierten Studien eine signifikante Verbesserung der Schlafqualität und eine deutliche Verkürzung der Wachzeit, wobei in Subgruppenanalysen auch eine Verringerung der Einschlafzeit, eine Erhöhung der Schlaffeffizienz und eine Reduktion des «Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI)» festgestellt wurde. Darüber hinaus weisen die Resultate einer weiteren Metaanalyse darauf hin, dass die Hypnose wie auch das autogene Training und die geleitete

Imagination die Einschlafzeit signifikant verkürzen. Ein interessantes Resultat liefert eine in der Cochrane-Datenbank veröffentlichte systematische Literatursuche, wonach das tägliche Musikhören während 25 bis 60 Minuten vor dem Einschlafen eine signifikante Verbesserung der Schlafqualität und eine deutliche Reduktion des «PSQI»-Wertes (Pittsburgh Sleep Quality Index: erhebt die subjektive Schlafqualität) bewirkt. Ausserdem lassen verschiedene Metaanalysen einen gewissen therapeutischen Nutzen der traditionellen chinesischen Medizin bei der Behandlung der Insomnie vermuten, wobei die Kräuterbehandlung wie auch die Akupunktur die Schlafqualität erhöhen und die Akupressur neben einer Verbesserung der Schlafqualität den «PSQI»-Wert reduziert und die Einschlafzeit und die Schlafdauer verkürzt.

**Für weitere Auskünfte steht gerne zur Verfügung**

---

Dr. med. Annkathrin Pöpel  
Leitende Ärztin

Telefon 044 716 42 42

[Annkathrin.Poepel@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:Annkathrin.Poepel@sanatorium-kilchberg.ch)