

Insomnie bei Älteren

In einer Studie erweist sich die Verhaltenstherapie im Vergleich mit Zopiclon als wirksamer

In der Praxis werden bei Insomnien oft Schlafmittel verschrieben. Allerdings scheinen diese allenfalls kurzfristig sinnvoll. In einer norwegischen Studie erwies sich ein auf der kognitiven Verhaltenstherapie basierendes Management als wirksamer.

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Insomnie ist auch bei älteren Menschen häufig, etwa jeder Zehnte bis jeder Vierte soll betroffen sein. Chronische Schlafstörungen beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen mitunter erheblich, oft sind sie assoziiert mit psychischen Krankheiten, viele Betroffene nehmen gehäuft ärztliche Hilfe in Anspruch. Rein ökonomisch betrachtet entstehen allein in den USA direkte Kosten in Höhe von 14 Milliarden Dollar jährlich – und dies, obwohl Schlafgestörte sich oft gar nicht in ärztliche Behandlung begeben. Zumindest in den USA geht man davon aus, dass viele Insomnier gar nicht wissen, dass man ihrer Schlafstörung Abhilfe schaffen könnte; jeder Fünfte probiert es stattdessen mit Alkohol oder in Selbstmedikation mit OTC-Präparaten. Bei den praktischen Ärzten ist der Griff zum Rezeptblock vorherrschend. Tatsächlich haben kurz wirksame Schlafmittel in zahlreichen Studien unter Beweis gestellt, dass sie zumindest kurzfristig helfen können. Allerdings, und dies ergab eine Metaanalyse bei älteren Patienten, fallen die Wirksamkeit und der klinische Nutzen eher gering aus. Die amerikanischen National Institutes of Health kommen zu dem Schluss, dass in bestimmten Situationen Medikamente zum vorübergehenden Gebrauch sinnvoll sein können, dass jedoch die Langzeiteinnahme Risiken birgt – gemeint sind in erster Linie Abhängigkeit und Toleranzentwicklung. Auch gibt es seit einiger Zeit in den USA eine Kontroverse darüber, inwieweit die Anwendung von Zolpidem zu erhöhter Tagesschläfrigkeit führen kann und ob die Einnahme im Zusammenhang mit Verkehrsunfällen steht.

Merksätze

- In der Studie schnitt die Verhaltenstherapie kurz- und langfristig besser ab als Zopiclon. Das Nichtbenzodiazepin wirkte nicht besser als Plazebo.
- Die Ergebnisse sind statistisch und klinisch signifikant. Allerdings war der Kreis der Patienten stark eingengt, sodass sich die Ergebnisse nicht zwangsläufig auf Insomniepatienten mit bestimmten Begleiterkrankungen übertragen lassen.
- Die Autoren halten es auch nicht für zulässig, das Versagen von Zopiclon ohne Weiteres auf andere Schlafmittel zu übertragen.

Viele profitieren von der Verhaltenstherapie

Demgegenüber ist die kognitive Verhaltenstherapie das am weitesten entwickelte nicht medikamentöse Behandlungsverfahren. Drei Metaanalysen zeigen, dass etwa 70 bis 80 Prozent der Patienten im mittleren Alter von der Verhaltenstherapie profitieren, mehr übrigens als von Schlafmitteln. Bei älteren Menschen hingegen, das zeigt zumindest eine Cochrane Review, ist dieser Nachweis noch nicht zur Zufriedenheit gelungen, jedenfalls scheinen die Effekte geringer als bei jüngeren. Viele bisherige Untersuchungen basieren aber ausschliesslich auf Selbstauskünften der Patienten. Überhaupt gibt es nur eine einzige randomisierte und kontrollierte Studie, die die Wirksamkeit von Medikamenten und kognitiver Verhaltenstherapie zum Gegenstand der Untersuchung gemacht hat. Das Ergebnis: Die Psychotherapie war auf lange Sicht besser wirksam. Ob sie allerdings auch den Tiefschlaf beeinflusst, wurde bislang gar nicht untersucht. Eine norwegische Studie hat diesen Aspekt mit einbezogen, indem sie Polysomnografie neben Schlaftagebüchern als Parameter auswertete. In der Studie wurden kurz- und langfristige Effekte der Verhaltenstherapie und des Nichtbenzodiazepins Zopiclon (Imovane®) untersucht. Insgesamt 46 Patienten mit primärer Insomnie hatten die Studienleiter anhand von Zeitungsinseraten akquiriert. Teilnehmen durften Menschen über 55 Jahre, welche die Kriterien einer primären Insomnie nach dem DSM-IV erfüllten. Dazu gehören Schwie-

Tabelle: **Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei Schlafstörungen**

Modul	Beschreibung
Schlafhygiene	Der Patient lernt, welche Bedeutung Aktivität, Ernährung, Alkohol und Umweltfaktoren wie Licht, Lärm und Temperatur haben.
Schlafrestriktion	Beinhaltet ein striktes Schema der Zubettgeh- und Aufstehzeiten. Die Zeiten im Bett werden ziemlich genau vorgegeben, um einen Rhythmus zu erlangen und aufrechtzuerhalten.
Stimuluskontrolle	Ziel ist es, alle Aktivitäten unter Kontrolle zu bringen, die dem Schlaf im Wege stehen. Das Schlafzimmer soll nur aufgesucht werden, wenn man sich schlafen legen will.
Kognitive Therapie	Hier geht es darum, die Ängste und Vorstellungen hinsichtlich des Schlafs zu erkennen und zu verändern.
Progressive Relaxationstechniken	Der Patient wird darin unterrichtet, den Muskeltonus wahrzunehmen und zu kontrollieren. Dazu dienen bestimmte Instruktionen auf einer CD. Die Techniken werden zu Hause täglich ausgeführt.

rigkeiten beim Einschlafen, Durchschlafstörungen mit frühzeitigem Erwachen, ohne wieder einschlafen zu können, sowie Beeinträchtigungen der Funktionstüchtigkeit am Tage.

Ausschlusskriterien der Studie waren bestehende Schlafmedikation, die Einnahme von Antidepressiva und Zeichen von Demenz und anderen ernsthaften kognitiven Einschränkungen sowie Schlafapnoe. Auch Nacht- oder Schichtarbeiter durften nicht teilnehmen.

Die Studienteilnehmer wurden drei Gruppen zugeordnet. Die erste Gruppe unterzog sich ausschliesslich einer kognitiven Verhaltenstherapie (Tabelle), die zweite Gruppe erhielt täglich 7,5 mg Zopiclon, die dritte Gruppe ein Placebo. Diese Behandlungen liefen über sechs Wochen, daran anschliessend folgte ein sechsmonatiges Follow-up (ausgenommen waren hier die Patienten der Placebogruppe).

Die Ergebnisse zeigten, dass die Verhaltenstherapie deutlich wirksamer war als die medikamentöse mit Zopiclon, und zwar kurz- und langfristig. So verbesserte sich schon in den ersten sechs Wochen die in der Polysomnografie gemessene Tiefschlafzeit um 9 Prozent, bei Zopiclon nahm sie um 1 Prozent ab – eine Differenz, die, wie die Autoren vermerken, statistisch und klinisch signifikant ist. Die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie hielt auch in den anschliessenden sechs Monate an. Damit konnten für diese nichtmedikamentöse Methode deutlichere Effekte als je zuvor gemessen werden. Insgesamt war die Schlafzeit allerdings nicht verlängert. Gleichwohl lautet das Fazit der Autoren: Das auf einer kognitiven Verhaltenstherapie basierende Management ist auch bei Älteren die wirksamste Option. Der Tiefschlaf konnte durchschnittlich von 63 auf 85 Minuten verlängert werden. Dies bezeichnen die Autoren als «sehr interessanten Befund», der in weiteren Studien bestätigt werden müsse; denn gerade der mangelnde Tiefschlaf wird verantwortlich gemacht für die Schläfrigkeit am Tag darauf. Enttäuschend hingegen ist das Abschneiden von Zopiclon zu

werten, das insgesamt nicht besser als Placebo wirkte. Dies kommt etwas überraschend, wie die Autoren konstatieren, da die Substanz in bisherigen Studien mindestens so effektiv war wie die alten Benzodiazepine. Allerdings, geben die Autoren zu bedenken, seien die meisten Studien nur über vier Wochen gelaufen und eine Toleranzentwicklung könne nach einem längerem Gebrauch nicht sicher ausgeschlossen werden. Allerdings bedürfe dies der Überprüfung. Deutlich wurden in der Studie Diskrepanzen zwischen den Befunden in der Polysomnografie und dem subjektiven Empfinden – und dies bei beiden aktiven Behandlungsgruppen. Damit bestätigen sich bisherige Erfahrungen, nach denen viele Menschen ihre Schlafzeit unter- oder überschätzen.

Schwächen der Studie

Die Autoren weisen auch auf einige Schwächen der Studie hin. Sie beziehen sich unter anderem auf die Einschlusskriterien, weshalb die Ergebnisse nicht generalisiert werden dürften auf Patienten mit sekundären Schlafstörungen oder auf solche mit bestimmten psychischen oder internistischen Erkrankungen. Es bleibe abzuwarten, ob die Verhaltenstherapie auch bei den «Alltagspatienten» ähnlich gute Resultate hervorbringe, dort, wo Schlafstörungen Teil von komplexeren klinischen Bildern sind. Zudem waren die Gruppen relativ klein. Ebenso war es unmöglich, die Gruppe der Verhaltenstherapie zu verblinden und es wurde keine nicht pharmakologische Placebogruppe mitgeführt. Auch fehlen Daten zur Tagesschläfrigkeit. Auch sollte man vorsichtig sein, die mit Zopiclon gefundenen Ergebnisse auf andere Medikamente zu übertragen. Ungeachtet solcher Limitationen haben die Ergebnisse wichtige Implikationen für das klinische Management bei älteren Menschen mit chronischer primärer Insomnie erbracht: Medikamente sollten nur noch für akute Phasen verschrieben werden, schlussfolgern die Autoren. Allerdings besteht in der Praxis das Problem, dass die spezielle Verhaltenstherapie oft gar nicht angeboten wird. Hier gelte es Abhilfe zu schaffen, fordern die Autoren. Die Erfahrungen hätten gezeigt, dass sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien Erfolg versprechend seien. Neuerdings haben sich auch internetbasierte Verhaltenstherapien als wirksam erwiesen. Unklar ist derzeit noch, ob nach ein bis zwei Jahren Booster-Programme erforderlich sind, um den Erfolg aufrechtzuerhalten. ■

Borge Sivertsen et al.: Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 295: 2851-2858.

Uwe Beise

Interessenlage: Die Studie wurde durch einen Grant der Universität Bergen und der Norwegian Foundation for Health and Rehabilitation unterstützt.