

Schlaf als Therapieziel in der Psychiatrie

Schlafqualität spielt zentrale Rolle

Beeinträchtigter Schlaf ist ein Symptom vieler psychiatrischer Erkrankungen. Auch die Komorbidität von Schlafstörungen mit psychiatrischen Störungen ist hoch. So leiden über 20 Prozent der Insomnierer zusätzlich an Angststörungen und über 10 Prozent an Depressionen. Umgekehrt ist bei der Insomnie das Risiko, in den folgenden Jahren eine Depression zu entwickeln, um zirka das Zweifache erhöht. Der Schlafqualität kommt in der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen dementsprechend eine zentrale Rolle zu. Es empfiehlt sich daher, den Schlaf aktiv in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen.

Christian Imboden

Viele psychiatrische Erkrankungen gehen mit Schlafstörungen einher. Bei der Depression gehören Schlafstörungen sogar zu den Diagnosekriterien nach ICD-10 (1). Nach Kopfschmerzen und Angststörungen sind sie in der Schweiz die dritthäufigste Hirnerkrankung mit schätzungsweise über 600 000 betroffenen Personen (2).

Die Komorbidität von Schlafstörungen mit psychiatrischen Störungen ist ebenfalls hoch. So leiden über 20 Prozent der Insomnierer zugleich an Angststörungen und über 10 Prozent an Depressionen (3). Das Risiko, in den folgenden Jahren eine Depression zu entwickeln, ist bei der Insomnie um zirka das Zweifache erhöht (4). Bei der Depression kommt es zu relativ typischen Veränderungen der Schlafarchitektur wie verringertem Tiefschlaf sowie zu einer erhöhten REM-Dichte in der ersten Nachthälfte. Persistieren diese Veränderungen nach Remission der Depression, so ist das Risiko eines Rückfalls signifikant höher, als wenn sich die Schlafparameter während der Behandlung normalisieren (5). Der Schlafqualität kommt in der Behandlung der Depression dementsprechend eine zentrale Rolle zu, die weit über die eines zusätzlichen Symptoms hinausgeht. Es empfiehlt sich daher, primäre Schlafstörungen per se ernst zu nehmen und komorbide

Schlafstörungen nicht lediglich als eines der Symptome einer psychiatrischen Erkrankung zu betrachten – sondern den Schlaf aktiv in die Behandlungsplanung mit einzubeziehen.

Diagnostik

Zunächst empfiehlt es sich, bei psychiatrischen Erkrankungen mit beeinträchtigter Schlafqualität eine gute schlafspezifische Anamnese zu erheben: Seit wann besteht die Schlafstörung? Wie hat sie angefangen? Was wurde bereits versucht, um den Schlaf wieder zu verbessern? Gab es früher bereits Schlafstörungen? Wie regelmässig sind die Bettzeiten? Wie lauten die Erwartungen an «gesunden Schlaf», und wie verbringt man die Abendstunden vor dem Zubettgehen? Hilfreich kann auch das Führen eines einfachen Schlafprotokolls über 2 bis 3 Wochen sein. Zur Quantifizierung der Schlafstörung sind Skalen wie der Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) hilfreich (6). Gezielt sollten bei der Anamnese auch Hinweise auf eine organisch bedingte Schlafstörung wie das Restless-Legs-Syndrom (RLS) sowie das obstruktive Schlafapnoesyndrom (OSAS) erfragt werden. Bei Verdacht auf eine der beiden Erkrankungen ist eine Abklärung in einem schlafmedizinischen Zentrum angezeigt.

Typisch für das RLS sind unangenehme Empfindungen in den Beinen, manchmal auch in anderen Körperteilen, welche in der Regel durch Bewegung besser werden. Die Symptome treten vor allem abends im Bett vor und während des Einschlafens auf. Als sogenannte «periodische Beinbewegungen» können sie auch während des Schlafes auftreten und die Schlafkontinuität stören. Daher können fremdanamnestic Angaben hilfreich sein.

Beim OSAS sollte falls möglich eine Befragung des Partners erfolgen und nach unregelmässigen Atem- und Schnarchgeräuschen sowie Atempausen, gefolgt von plötzlichem Luftholen, gefragt werden. An ein OSAS sollte immer gedacht werden, wenn ein Patient mit schlechter Schlafqualität über Einnicken während des Tages, Konzentrationsstörungen, ausgesprochene Müdigkeit sowie Kopfschmerzen nach dem Aufwachen berichtet. Ältere sowie übergewichtige Menschen haben ein höheres Risiko, an einem OSAS zu leiden.

MERKSÄTZE

- ▶ Der Goldstandard in der Behandlung der chronischen Insomnie ist CBT-I (oder Schlaftraining). Diese ist in der Schweiz auch als Online-Therapie möglich.
- ▶ Das Schlaftraining zielt darauf ab, dysfunktionale Annahmen bezüglich des Schlafes zu verändern, und vermittelt nebst psycho-edukativen Anteilen auch Entspannungstechniken. Das Kernstück ist die sogenannte Schlafrestriktion.
- ▶ Medikamentöse Therapien sollten immer in schlafhygienische und falls möglich auch verhaltenstherapeutische Massnahmen eingebettet sein.

Kasten 1:

Die 10 Regeln der Schlafhygiene

- I. Körperliche Tätigkeit fördert Müdigkeit: Es braucht keine Spitzenleistungen, ein Abendspaziergang reicht.
 - II. Abends nur eine leichte Mahlzeit einnehmen.
 - III. Training des vegetativen Nervensystems, zum Beispiel: warm und kalt duschen oder saunieren.
 - IV. Kaffee, Tee und andere Stimulanzen stören. Alkohol erleichtert zwar das Einschlafen, beeinträchtigt aber den Schlafrhythmus.
 - V. Schlafzimmer: für ein wohliges Bett, Dunkelheit und Ruhe sorgen.
 - VI. Schlafzeit knapp bemessen: Das Mittagsschläfchen programmiert die abendliche Schlafstörung.
 - VII. Regelmässigkeit: zur gleichen Zeit zu Bett gehen und zur gleichen Zeit am Morgen aufstehen.
 - VIII. Für ein Einschlafritual sorgen.
 - IX. Lieber aufstehen und lesen als stundenlang im Bett wälzen.
 - X. Paradoxie: «Ich will gar nicht einschlafen!»
- Schlafmittel programmieren Schlafstörungen.

Kasten 2:

Schlafrestriktion

Ausgehend von der Tatsache, dass viele Insomnierer sehr viel mehr Zeit im Bett verbringen als schlafen, wird aufgrund der Schlaftagebücher der Patienten ein sogenanntes Schlaffenster bestimmt, welches sie über die kommende Zeit strikt einhalten müssen. Schlaf ausserhalb dieses definierten Zeitraums muss vermieden werden.



In diesem Beispiel zum Schlaffenster geht Herr M. jeweils um 22 Uhr zu Bett und steht um knapp 8 Uhr morgens auf. Er verbringt also gut 10 Stunden im Bett. Die Einschlafzeit beträgt zirka 2 Stunden, und Herr M. wacht nachts mehrfach auf, sodass er eine Schlafeffizienz von 50 Prozent erreicht (entspricht 5 Stunden). Im Rahmen des Schlaftrainings wird ihm ein Schlaffenster von Mitternacht bis 6 Uhr verordnet. Nach zirka 2 Wochen steigt die Schlafeffizienz auf gut 83 Prozent, und das Schlaffenster wird sukzessive erweitert.

SE = Schlafeffizienz

Nicht pharmakologische Therapiemöglichkeiten

Die Behandlung von Schlafstörungen sollte sich möglichst nach dem folgenden Schema richten:

1. Ursache beheben: zum Beispiel Behandlung des OSAS, RLS, Umstellung von insomniefördernden Medikamenten etc.
2. Nicht medikamentöse Massnahmen: schlafhygienische Massnahmen, Entspannungsverfahren, kognitive Verhaltenstherapie.

3. Medikamentöse Massnahmen: pflanzliche Präparate, sedierende Antidepressiva und Ähnliches, Hypnotika (Benzodiazepin-Rezeptoragonisten).

Leider wird oft als erster Schritt bereits ein Hypnotikum verordnet, was aufgrund des Abhängigkeitspotenzials sowie von Toleranzeffekten wesentlich zu einer Chronifizierung der Schlafstörung beitragen kann. Nicht medikamentöse Massnahmen haben oftmals sehr gute Effekte auf Schlafstörungen und bringen eine nachhaltige Besserung der Schlafstörung und der begleitenden Probleme, wie dysfunktionaler Annahmen bezüglich des Schlafes.

Schlafhygiene

Viele Menschen mit Schlafstörungen eignen sich ungünstige Gewohnheiten an, die sie jahrelang weiter kultivieren und fälschlicherweise als schlaffördernd ansehen. Daher können einfache schlafhygienische Massnahmen im klinischen Alltag bereits sehr hilfreich sein (Kasten 1). Im Rahmen einer guten schlafspezifischen Anamnese zeigen sich nicht selten diverse Punkte, die einfach verbessert werden können. Beispielsweise der Verzicht auf koffeinhaltige Getränke nach 16 Uhr, Auslassen des Mittagsschlafes, Ausschalten des Fernsehers und anderer Bildschirme mindestens eine Stunde vor dem Zubettgehen sowie eine etwas spätere Bettzeit sind rasch umgesetzt und können zu einer deutlichen Verbesserung der Schlafqualität führen. Regelmässige Bewegung hat bereits bei Gesunden einen positiven Effekt auf die Schlafqualität (7). Sport hat nebst dem mehrfach gut nachgewiesenen antidepressiven Effekt bei psychisch kranken Menschen auch einen positiven Effekt auf weitere Symptome, darunter Schlafstörungen (8).

Psychotherapie

Heute gibt es klar definierte und manualisierte störungsspezifische verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme für Patienten mit Insomnie. Diese sogenannte CBT-I (cognitive behavioral therapy for insomnia) – oder vereinfacht: Schlaftraining – gilt als Goldstandard in der Behandlung der chronischen Insomnie (9). Im deutschen Raum hat sich zum Beispiel das Manual von T. Müller und B. Paterok gut etabliert. CBT-I ist einfach zu lernen und kann sowohl im Einzelsetting als auch in einem Gruppenprogramm mit 6 Terminen umgesetzt werden (10). Der Effekt von CBT-I auf diverse schlafassoziierte Parameter ist ein mehrfach gut belegter Befund (11). Auch für Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen wie zum Beispiel einer Depression ist CBT-I umsetzbar und wirksam (12). Dabei verbessert sich nicht nur die Schlafstörung, sondern es kommt rein durch die CBT-I zur signifikanten Verbesserung komorbider Erkrankungen. Belegt wurde dies bereits für depressive Symptome (12) sowie Symptome von Angsterkrankungen (13).

Das Schlaftraining zielt darauf ab, dysfunktionale Annahmen bezüglich des Schlafes zu verändern, und vermittelt nebst psychoedukativen Anteilen auch Entspannungstechniken. Das Kernstück ist die sogenannte Schlafrestriktion. Ausgehend von der Tatsache, dass viele Insomnierer sehr viel mehr Zeit wach im Bett verbringen als dass sie schlafen, wird aufgrund der Schlaftagebücher der Patienten ein sogenanntes Schlaffenster bestimmt, das sie über die kommende Zeit strikt einhalten müssen. Schlaf ausserhalb dieses definierten Zeitraums muss vermieden werden. In den ersten Tagen führt

dies zu mehr Tagesmüdigkeit und dadurch mehr Schlafdruck, wodurch die Teilnehmer des Schlaftrainings rasch erleben, wie sie rascher ein- und besser durchschlafen. Diese Steigerung der sogenannten Schlafeffizienz (= Anteil der Bettzeit, welche schlafend verbracht wird) ist das Hauptziel der Behandlung und dient unter anderem der Entkoppelung negativer Assoziationen mit dem Bett respektive wirkt korrigierend auf dysfunktionale Annahmen (z.B. gar nicht mehr einresp. durchschlafen zu können). In den folgenden Wochen wird das Schlafenfenster in kleinen Schritten sukzessive wieder erweitert, sodass am Schluss der Behandlung ein Schlaffenster von 7 bis 8 Stunden besteht und trotzdem eine gute Schlafeffizienz erreicht wird (*Kasten 2*). Das Schlaftraining kann bei geeigneten Patienten gut als Onlinebehandlung durchgeführt werden. Die Wirksamkeit ist sowohl für schlafbezogene Parameter als auch für depressive Symptome gut belegt (14), sodass in der Schweiz die Kosten eines solchen Programms von einigen Krankenkassen bereits übernommen werden (z.B. www.mementor.ch oder www.ksm-somnet.ch).

Medikamentöse Optionen

Falls zur Besserung einer beeinträchtigenden Schlafstörung pharmakotherapeutische Optionen unvermeidlich sind, sind primär Substanzen ohne Abhängigkeitspotenzial zu bevorzugen. Insbesondere pflanzliche Substanzen wie Baldrian-Hopfen-Präparate können bereits einen guten Nutzen erzielen, obwohl die Evidenzlage für reine Baldrianpräparate in tiefer Dosierung eher ernüchternd ist (15). Dennoch kann es sinnvoll sein, ein entsprechendes Präparat für 2 Wochen in eher hoher Dosierung einzunehmen. Bei Angstsymptomen und Insomnie konnte für das Lavendelölpräparat Silexan (Lasea®) auch ein positiver Effekt auf die Schlafqualität nachgewiesen werden (16). Sedierende Antidepressiva in tiefer Dosierung wie Trazodon (Trittico®) 50 bis 150 mg oder Mirzapazin (Remeron®) 7,5 bis 15 mg sind eine weitere häufig eingesetzte und insbesondere bei Depression, aber auch bei Angsterkrankungen sowie der primären Insomnie eine gute Option. Benzodiazepine sollten heute aufgrund des Abhängigkeitspotenzials, der Toleranzentwicklung sowie ungünstiger Veränderungen der Schlafarchitektur (17) nur in therapieresistenten Einzelfällen zeitlich limitiert und unter strenger ärztlicher Kontrolle eingesetzt werden. Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten respektive sogenannte Z-Substanzen wie Zolpidem (Stilnox®) oder Zopiclon (Imovane®) haben für die Behandlung der Insomnie eine gute Evidenzgrundlage (18) und sind bezüglich Veränderungen der Schlafarchitektur weniger problematisch als Benzodiazepine. Aufgrund der potenziell ebenfalls abhängigkeitsfördernden Eigenschaften empfiehlt es sich auch bei den Z-Substanzen, Vorsicht walten zu lassen und diese nur unter regelmässiger ärztlicher Kontrolle sowie zeitlich limitiert einzusetzen, bis beispielsweise eine zugrundeliegende psychiatrische Erkrankung sich gebessert hat und somit die Schlafstörung besser wird oder das Umsetzen schlafhygienischer Massnahmen oder CBT-I möglich werden.

Schlussfolgerungen

Schlafstörungen sollten auch bei komorbider psychiatrischer Erkrankung gezielt behandelt werden. Dem geht idealerweise eine schlafspezifische Diagnostik voraus. Der Gold-

standard in der Behandlung der chronischen Insomnie ist CBT-I, welche auch als Onlinetherapie möglich ist. Falls zwingend notwendig, sollten medikamentöse Therapien der Schlafstörung immer in schlafhygienische und – falls möglich – verhaltenstherapeutische Massnahmen eingebettet sein. ▲

Dr. med. Christian Imboden EMBA

Ärztlicher Direktor und Vorsitzender der Klinikleitung

Privatklinik Wyss AG

Fellenbergstrasse 34

3053 Münchenbuchsee

E-Mail: c.imboden@privatklinik-wyss.ch

Literatur:

1. Weltgesundheitsorganisation WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch Diagnostische Leitlinien. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.), Editors: Verlag Hans Huber; 2011.
2. Maercker A, Perkonig A, Preisig M, Schaller K, Weller M: The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss medical weekly*. 2013; 143: w13751.
3. Ford DE, Kamerow DB: Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*. 1989; 262(11): 1479–1484.
4. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U et al.: Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*. 2011; 135(1-3): 10–19.
5. Hatzinger M, Hemmeter UM, Brand S, Ising M, Holsboer-Trachler E: Electroencephalographic sleep profiles in treatment course and long-term outcome of major depression: association with DEX/CRH-test response. *Journal of psychiatric research*. 2004; 38(5): 453–465.
6. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989; 28(2): 193–213.
7. Kalak N, Gerber M, Kirov R, Mikoteit T, Yordanova J, Puhse U, et al.: Daily morning running for 3 weeks improved sleep and psychological functioning in healthy adolescents compared with controls. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2012; 51(6): 615–622.
8. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S: The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide & life-threatening behavior*. 2013; 43(3): 279–289.
9. Buysse DJ: Insomnia. *JAMA*. 2013; 309(7): 706–716.
10. Müller T, Paterok B: Schlaftraining: Ein Therapiemanual zur Behandlung von Schlafstörungen: Hogrefe Verlag; 2010.
11. Koffel EA, Koffel JB, Gehrman PR: A meta-analysis of group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine reviews*. 2014.
12. Manber R, Bernert RA, Suh S, Nowakowski S, Siebern AT, Ong JC: CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2011; 7(6): 645–652.
13. Belleville G, Cousineau H, Levrier K, St-Pierre-Delorme ME: Meta-analytic review of the impact of cognitive-behavior therapy for insomnia on concomitant anxiety. *Clinical psychology review*. 2011; 31(4): 638–652.
14. Christensen H, Batterham PJ, Gosling JA, Ritterband LM, Griffiths KM, Thorndike FP et al.: Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): a randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(4): 333–341.
15. Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L, Sancho-Gómez P, Calbó-Caldentey C, Flores-Mateo G: Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Sleep medicine*. 2010; 11(6): 505–511.
16. Kasper S, Angheliescu I, Dienel A: Efficacy of orally administered Silexan in patients with anxiety-related restlessness and disturbed sleep – A randomized, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015; 25(11): 1960–1967.
17. Bastien CH, LeBlanc M, Carrier J, Morin CM: Sleep EEG power spectra, insomnia, and chronic use of benzodiazepines. *Sleep*. 2003; 26(3): 313–317.
18. Riemann D, Nissen C, Palagini L, Otte A, Perlis ML, Spiegelhalder K: The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol*. 2015; 14(5): 547–558.

Erstpublikation in der Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie, Ausgabe 5/2017.