

Insomnien

Epidemiologie und Diagnostik

Ein- und Durchschlafstörungen sowie Konsequenzen eines nicht erholsamen Schlafes gehören zu den häufigsten Gesundheitsproblemen, die mit dem Alter zunehmen. Frauen sind davon häufiger betroffen als Männer. Auch wird der Krankheitswert von Schlafstörungen meistens unterschätzt.

AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE

Schlaf ist die gesundheitliche Grundlage für Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit sowie Beanspruchbarkeit im Alltagsleben. Er dient somit der psychischen und physischen Erholung und ist ein wesentlicher Faktor für subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität. Die Auswirkungen eines gestörten Schlafes sind zahlreich. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass abnormale Schlafmuster mit Krankheit und niedriger Lebenserwartung assoziiert sind.

Definition der Insomnie

Eine Standarddefinition der Insomnie existiert nicht. Der Terminus Insomnie besagt nicht, dass die Betroffenen überhaupt nicht schlafen können, vielmehr betrifft er die Qualität, Dauer und Erholbarkeit des Schlafes, die vermindert sind. Nach heutiger Auffassung werden unter Insomnie somit Ein- und/oder Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen oder nicht erholsamer Schlaf verstanden. Einige diagnostische Klassifizierungen schliessen neben nächtlichen Schlafstörungen auch die damit assoziierte Beeinträchtigung der Befindlichkeit am nächsten Tag und Leistungsfähigkeit mit ein, wie Müdigkeit, Reizbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung, Verschlechterung der Stimmung sowie subjektive Angaben der Betroffenen über die Schlafqualität oder andere Kriterien.

Merksätze

- Zahlreiche Faktoren können den Schlaf stören: somatische und psychiatrische Erkrankungen sowie der Konsum/Missbrauch von Medikamenten oder Genuss- und Suchtmitteln.
- Über die Prävalenz von chronischen Schlafstörungen liegen keine verlässlichen epidemiologischen Daten vor, man schätzt sie etwa auf 10 bis 15 Prozent im Erwachsenenalter.

Insomnien werden nach ihrer Dauer unterteilt: Eine akute Insomnie dauert Tage bis Wochen, eine chronische (persistierende) Schlafstörung besteht länger als sechs Wochen. Insomnien werden durch vielfältige Faktoren mitbestimmt. Bei Episoden mit akuter Insomnie liegt häufig eine definierbare Ursache vor wie störende Umweltfaktoren (Lärm), zwischenmenschliche Konflikte, Stresssituationen, emotionale Belastungen, Veränderungen am Arbeitsplatz, die zu einem Wechsel im Schlaf-Wach-Rhythmus führen (Nacht- und Schichtarbeit) oder auch Zeitonenwechsel (Jetlag). In vielen Fällen können sich diese akuten Formen einer Insomnie durch den Wegfall der Störfaktoren spontan wieder zurückbilden und der normale Schlafrythmus wiederhergestellt werden.

Aufgrund der ätiologischen Faktoren werden Insomnien in primäre – ohne Hinweis auf verursachende physische oder psychische Erkrankungen – und symptomatische oder sekundäre Schlafstörungen – infolge anderer Erkrankungen oder Störungen

Schlafmedizinische Klassifikationssysteme

- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
- The International Classification of Sleep Disorders (ICSD)
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders

Tabelle: **Unterteilung der Insomnien in Schweregrade**

Die Schwere der Schlafstörung wird am Grad der Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit gemessen:

- leichte Insomnie: keine Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivität, ist mit Unruhe, Reizbarkeit, Angst, Erschöpfung, Müdigkeit verbunden.
- mittelschwere Insomnie: geringe bis mittelgradige Beeinträchtigung der Alltagsaktivität, subjektive Angaben der Betroffenen sind Reizbarkeit, Angst und Erschöpfung.
- schwere Insomnien: schwere Beeinträchtigung der Alltagsbefindlichkeit, sozialer Rückzug, verminderte Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie oben genannte Begleitsymptome.

gen – klassifiziert. Laut Schätzungen leiden etwa 25 bis 30 Prozent der Bevölkerung an einer primären Insomnie. Jüngste Untersuchungen weisen darauf hin, dass endokrinologische und neurologische Faktoren sowie das individuelle Verhalten zur Pathogenese der primären Insomnie beitragen. Zu den Ursachen sekundärer Schlafstörungen zählen unter anderem medizinische Grunderkrankungen, psychische Störungen, Medikamentengebrauch oder andere Faktoren, weshalb auch die Bezeichnung komorbide Schlafstörung vorgeschlagen wurde. Bei den sekundären Schlafstörungen steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund, mit deren Erfolg sich auch die Schlafstörungen bessern.

Epidemiologie

Wie epidemiologische Studien zeigen, sind Schlafstörungen weit verbreitet. Allerdings liegen über die Prävalenz von Schlafstörungen keine verlässlichen epidemiologischen Daten vor, da unterschiedliche Definitionen und Kriterien auf Diagnoseebene zum Einsatz kommen. Laut allgemeinen Schätzungen leiden etwa 10 bis 15 Prozent der Erwachsenen an chronischer Insomnie (Dauer > 1 Monat) und etwa ein Drittel der Bevölkerung an vorübergehenden Schlafstörungen.

Schlafstörungen nehmen mit dem steigenden Lebensalter zu: Die Prävalenzrate bei älteren Personen variiert zwischen 13 und bis 47 Prozent. In der dreijährigen EPESE-Langzeitstudie (Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly) zeigte sich, dass 42 Prozent der untersuchten Senioren Ein- und Durchschlafstörungen hatten. Die Schlafstörungen zeigten zudem eine hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen, Depressionen, Atemwegserkrankungen, schlechtem Allgemeinzustand sowie Gebrauch von Medikamenten. Eine dreijährige Follow-up-Studie ergab eine jährliche Inzidenz der Schlafstörungen von 5 Prozent. Häufig werden bei Senioren mit Schlafstörungen assoziierte Defizite der Gedächtnisleistung und Konzentrationsfähigkeit fehlinterpretiert und als Symptome einer Demenz gedeutet.

Im Gegensatz zu anderen epidemiologischen Studien, die zeigen, dass Frauen häufiger unter Schlafstörungen leiden als Männer, ergab die Geschlechterverteilung in der EPESE-Studie keine signifikanten Unterschiede. Eine Ausnahme ergab sich jedoch bei älteren Patienten mit einem Durchschnittsalter von 85 Jahren: Hier war die Prävalenz bei Männern höher. Die EPESE-Studie zeigte ausserdem, dass die Remissionsrate bei Frauen geringer als bei Männern war (46 versus 52%).

In einer weiteren Studie mit 1200 zufällig ausgewählten jungen Erwachsenen im Alter zwischen 21 und 30 Jahren ergab sich eine Prävalenz der Beschwerden von 24,6 Prozent, bei Frauen leicht höher (26,7%) als bei Männern (21,4%). Die Inzidenz einer erstmalig auftretenden Insomnie innerhalb des Beobachtungszeitraums von 3^{1/2} Jahren lag bei Frauen bei 14,8 Prozent, im Vergleich zu 10,6 Prozent bei Männern, somit etwas niedriger als in der EPESE-Studie.

Eine andere Studie mit 521 Frauen in der Menopause zeigte eine sehr hohe Prävalenz von Schlafproblemen. Es ergaben sich bei den Probandinnen eine erhöhte Anzahl nächtlichen Aufwachens (92%), verfrühtes Aufwachen (59%) und Einschlafprobleme (49%). Insbesondere Patientinnen mit postmenopausalem Syndrom zeigten eine verminderte Schlafeffizienz.

Eine weitere Studie mit 2512 Patienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren in deutschen Allgemeinarztpraxen ergab eine Prävalenz von 18,7 Prozent schweren, 12,2 Prozent mittelschweren und 15 Prozent leichten Insomnien (nach DSM-III-Kriterien). Die Schlafbefunde zeigten dabei eine höhere Prävalenz von leichten Insomnien bei Männern, während schwere Insomnien vermehrt bei Frauen auftraten (65 versus 35%). In der viermonatigen Follow-up-Studie hatten 75 Prozent der Patienten mit schwerer Insomnie zu Studienbeginn weiterhin schwere bis mittelschwere Schlafstörungen, die auch noch zwei Jahre später bei 52 Prozent persistierten.

Die oben genannten Studien geben auch Aufschluss über die Krankheitsbilder, mit denen Insomnien häufig assoziiert sind. Bei den jugendlichen Patienten besteht ein starker Zusammenhang mit der Major Depression. Psychiatrische Erkrankungen sowie Abusus/Abhängigkeit von Genuss- und Suchtmittel sind ebenfalls wichtige Faktoren für Schlafstörungen.

Neben medizinischen Grunderkrankungen können auch psychische Faktoren wie Angsterkrankungen oder Depressionen zu Schlafstörungen führen. Aber auch der Konsum/Missbrauch von Genuss- und Suchtmitteln (Alkohol, Nikotin, Kaffee, Drogen oder andere Stimulanzien) sowie Medikamentengebrauch gehen mit Schlafstörungen einher.

Arbeitsinstrumente

- Pittsburgh-Schlafqualitäts-Index (PSQI, dt. Version): Ein Schlafragebogen mit Angaben zur Schlafdauer, -qualität und -zeit.
- Insomnia Severity Index: Erfasst nächtliche Polysomnografie sowie Beeinträchtigung des Alltags am nächsten Tag.

Studien über Patienten mit Schlafstörungen zeigen, dass schwere und mittelschwere Insomnie oft mit chronischen (unspezifischen) somatischen Störungen verbunden ist. So bezeichneten 60 Prozent der Patienten ihren allgemeinen Gesundheitszustand als «moderat» und 25 Prozent als «schlecht» (im Vergleich zu 41 und 4% bei Patienten, die gut schliefen). Ausserdem zeigte sich, dass eine starke Beziehung zwischen dem Schweregrad der Insomnie und den psychiatrischen Komorbiditäten besteht.

Bei 37,4 Prozent der Patienten mit schwerer Insomnie liegt eine manifeste psychiatrische Erkrankung zugrunde. In vielen Fällen handelt es sich um Depressionen, mit einer Prävalenz von 21,7 Prozent im Vergleich zu 3,7 Prozent bei Personen ohne Schlafprobleme.

Schlafstörungen gehen mit vielen Erkrankungen einher, wie Osteoarthritis, rheumatoiden Arthritis, vaskulären Erkrankungen, Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus vom Typ 1 und Typ 2 sowie neurologischen Erkrankungen wie Restless-legs-Syndrom, Morbus Parkinson und Morbus Alzheimer.

Um sich ein Bild über die Schlafstörung zu machen, muss man erst einmal wissen, wo das Problem liegt. Es stellt sich die Frage, ob die Ein- und Durchschlafstörung Folge einer erkennbaren Erkrankung ist oder ob es sich um eine primäre Insomnie handelt. Die Abklärung einer Insomnie basiert grundsätzlich auf einer Schlafanamnese. Schlafstörungen können durch Selbstbeurteilung des Patienten, Schlaftagebücher, Symptomfragebögen, psychologische Tests oder Fremdbeurteilung erfasst werden. ■

Karl Doghramji, MD, The American Journal of Managed Care, Vol 12, No. 8, 2006, Sup.

Interessenlage: Der Autor des Originalbeitrags deklariert keine Interessenkonflikte.

Claudia Sarkady

BEKANNTMACHUNG

5. Zürcher Review-Kurs in Klinischer Kardiologie

Freitag und Samstag, 20./21. April 2007, Swissôtel Zürich Oerlikon, Am Marktplatz Oerlikon, 8050 Zürich
Internet: <http://zurich.swissotel.com>

ReferentInnen: Insgesamt 47 ReferentInnen: Kardiologen aus der ganzen Schweiz, Europa und den USA (Mayo Clinic)

Sprachen: deutsch und englisch

Zielgruppe: Kardiologen, Internisten, interessierte Allgemeinpraktiker, Endokrinologen, Nephrologen

Veranstalter: HerzGefässStiftung Zürich, Klinik im Park; Mayo Clinic, Rochester MN, USA

Wissenschaftliche Leitung:

- PD Dr. med. Ch. Attenhofer Jost, HerzGefässZentrum Zürich, Klinik Im Park
- Prof. A.J. Tajik, Mayo Clinic, Rochester MN, USA
- Prof. H. Connolly, Mayo Clinic, Rochester MN, USA

Organisation: CONTENT GmbH, Frau Simone Abegg, Eggenwilerstr. 13a, 5620 Bremgarten, Tel. 056-648 28 00, Fax 056-648 28 01
E-Mail: simone.abegg@contenter.ch, Internet: www.contenter.ch