

Schlafstörungen und psychische Erkrankungen hängen zusammen

Auslöser, Diagnostik und Therapie der Insomnie

Chronische Schlafstörungen und psychische Erkrankungen scheinen sich gegenseitig negativ zu beeinflussen. Indem man die Insomnie behandelt, kann sich dies auch positiv auf die psychiatrische Erkrankung auswirken. Bei der Behandlung spielt die kognitive Verhaltenstherapie eine wichtige Rolle. In letzter Zeit gibt es dafür auch webbasierte Instrumente, die von den Patienten in Eigenregie angewendet werden können.

Dieter Riemann

Beeinträchtigungen der Schlafkontinuität wie etwa Ein- und Durchschlafstörungen oder frühmorgendliches Erwachen und eine damit verbundene Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit werden in den meisten diagnostischen Systemen als insomnische Störung zusammengefasst. In chronischer Form betreffen sie etwa 7 bis 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland und ebenso in der Schweiz. Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Zwänge, Abhängigkeitserkrankungen und Psychosen haben in den letzten Jahrzehnten weltweit deutlich zugenommen und inzwischen einen hohen Anteil an der Krankheitslast (burden of disease). Interessanterweise können ausgeprägte Schlafstörungen im Sinne einer Insomnie bei fast allen psychischen Erkrankungen auftreten. Darüber hinaus konnte zum Beispiel durch Metaanalysen (1, 2) gezeigt werden, dass Insomnie einen unabhängigen Prädiktor für Depressionen und Angsterkrankungen darstellt. Zudem weisen erste Untersuchungen darauf hin, dass die frühe und adäquate Behandlung von Insomnien möglicherweise ein wirksames präventives Instrument für psychische Erkrankungen sein kann. Deshalb gehen wir aktuell davon aus, dass die Zusammenhänge zwischen Insomnie/Schlaflosigkeit und psychischen Erkrankungen bidirektional sind.

Epidemiologie der Insomnie

In den neuesten diagnostischen Kriterien, die von der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung und von der American

Academy of Sleep Medicine (3, 4) veröffentlicht wurden (DSM-5/ICSD-3), wird die Insomnie nicht mehr als primäre oder sekundäre Insomnie, sondern als insomnische Störung aufgeführt. Es ist davon auszugehen, dass auch im ICD-11 diese Terminologie und Definitionskriterien übernommen werden. Danach besteht dann eine chronische Insomnie, wenn die Beeinträchtigung der Schlafkontinuität von Störungen der Tagesbefindlichkeit (z. B. Stimmungsschwankungen, Irritabilität, Dysphorie, Müdigkeit, Konzentrations- und Leistungsstörungen usw.) begleitet wird. Diese Beschwerden müssen 3 Monate anhalten, um als krankheitswertig angesehen zu werden, und mindestens 3-mal pro Woche auftreten. Eine andere körperliche oder psychische Erkrankung oder auch eine Substanzeinnahme, die ursächlich für die Insomnie verantwortlich ist, muss ausgeschlossen sein. Hervorgehoben wird das Prinzip der Komorbidität, das heißt, dass Insomnie und Depression auch komorbid diagnostiziert werden können, wenn die Insomnie einen eigenständigen Verlauf zeigt, anstatt, wie früher üblich, beim gleichzeitigen Auftreten von insomnischen Beschwerden und zum Beispiel einer Depression nur die Depression zu diagnostizieren.

Neueste Untersuchungen aus Deutschland (z. B. [5]) weisen darauf hin, dass Insomnie als gelegentliches Symptom bei fast zwei Drittel aller erwachsenen Bundesbürger 1-mal im Jahr auftritt. Übereinstimmend mit vielen internationalen Untersuchungen sind mehr Frauen als Männer betroffen, und die Prävalenz der Insomnie nimmt mit dem Alter zu. Neben der Verknüpfung als unabhängiger Risikofaktor mit psychischen Erkrankungen hat die chronische Insomnie auch einen nicht zu unterschätzenden ökonomischen Einfluss (z. B. Krankenschreibungen, Arbeitsunfähigkeit usw.).

Ätiologie der Insomnie

Das aktuell am meisten diskutierte Modell der Insomnie ist die sogenannte Hyperarousal-Theorie (6, 7). Dabei wird davon ausgegangen, dass bei Menschen, die an einer chronischen Insomnie leiden, ein permanent erhöhtes Arousal auf psychologischer, emotionaler, physiologischer und motorischer Ebene vorliegt.

MERKSÄTZE

- ▶ Eine chronische Insomnie besteht, wenn auch die Tagesbefindlichkeit über mindestens 3 Monate gestört ist.
- ▶ Ätiologisch spielt die Hyperarousal-Theorie eine Rolle.
- ▶ Therapeutisch stellt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT-I) die Methode der ersten Wahl dar.

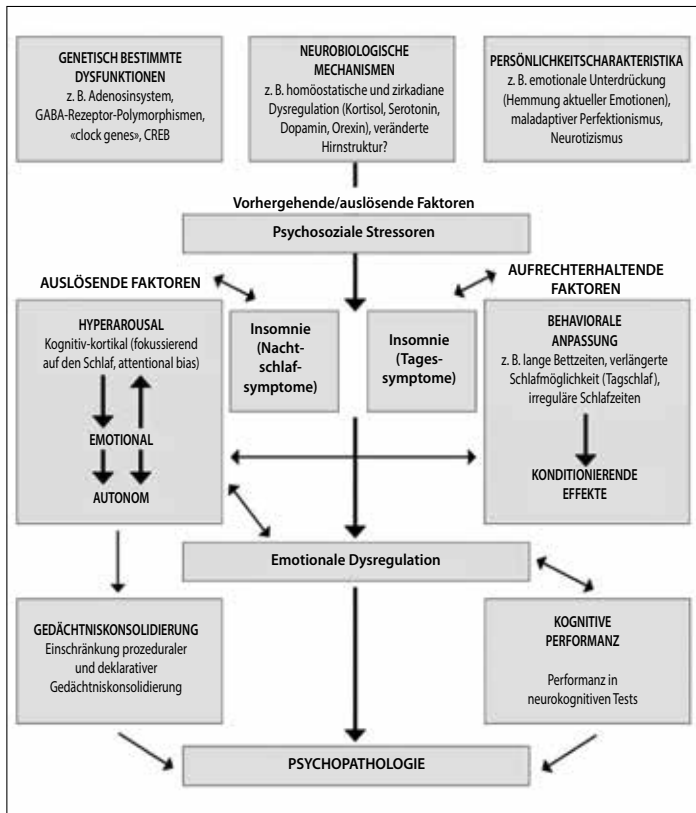


Abbildung: Insomniemodell inklusive prädisponierender (genetisch, biologisch, psychologisch), vorübergehender (Stressoren) sowie aufrechterhaltender (Hyperarousal/behaviorale Adaptation) Faktoren sowie Konsequenzen (Psychopathologie) der chronischen Insomnie (GABA: Gammaaminobuttersäure, CREB: cAMP response element-binding protein)

scher Ebene besteht. Dieses äussert sich in dokumentierbaren Veränderungen, zum Beispiel im autonomen Nervensystem (Herzfrequenz, Herzfrequenzvariabilität), aber auch, den Output der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde betreffend, in einer erhöhten Kortisolausschüttung. Auf zentralnervöser Ebene lässt sich das Hyperarousal in einer Zunahme schneller Frequenzen in der Schlaf-EEG (Elektroenzephalografie) dokumentieren. Ein von uns vorgeschlagenes Insomniemodell (9) ist in der *Abbildung* dargestellt.

Gemäss diesem Modell gibt es prädisponierende, auslösende und perpetuierende Faktoren bei einer chronischen Insomnie. Es spricht vieles dafür, dass genetische Faktoren eine Rolle spielen, dass zudem neurobiologische Mechanismen involviert sind, insbesondere solche, die an der Schlaf-Wach-Regulation beteiligt sind, dass aber auch Persönlichkeitscharakteristika wie etwa Perfektionismus für eine Insomnie disponieren. Unter bestimmten psychosozialen Stressoren kommt es dann zu Beeinträchtigungen des Nachtschlafs, die nach einiger Zeit mit Tagessymptomen einhergehen und wiederum in ein chronisches Hyperarousal neurobiologischer und psychophysiologischer Art münden. Aufrechterhaltende Faktoren sind dann Verhaltensweisen der Betroffenen wie etwa zu lange Bettzeiten, Schlaf während des Tages, irreguläre Schlafzeiten und generell maladaptive Verhaltensweisen, die die Schlaflosigkeit weiter bestehen lassen. Im Verlauf kommt es zu einer emotionalen Dysregulation, die das Tor für psychische Erkrankungen wie etwa Depressionen oder auch Angsterkrankungen öffnet (8).

Diagnostik von Insomnien

Gemäss Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (DGSM) sowie der European Sleep Research Society (ESRS) (9, 10) kann das in *Tabelle 1* dargestellte diagnostische Prozedere vorgeschlagen werden. Das Vorgehen richtet sich nach dem spezifischen Kontext, also etwa danach, ob diese Diagnostik im hausärztlichen oder fachärztlichen Kontext stattfindet, und nach dem klinischen Bild. Neben einer somatischen Anamnese sind unter Umständen eine apparative Diagnostik inklusive Laborparameter und gegebenenfalls EEG, Elektrokardiografie (EKG), Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) des Schädels erforderlich. Eine Polysomnografie sollte allerdings nur besonders schweren Fällen vorbehalten sein. Im Rahmen der Diagnostik empfiehlt sich der Einsatz von Schlaftagebüchern, die über einen Zeitraum von 1 bis 2 Wochen ausgefüllt werden sollten und dann von dem Patienten zusammen mit dem Behandler evaluiert werden. Ein entsprechendes Schlaftagebuch findet sich auf der Homepage der DGSM.

Behandlung der Insomnie

Hinsichtlich der Behandlung der Insomnie sind sich alle in den letzten 5 Jahren veröffentlichten diagnostischen Leitlinien, insbesondere im deutschen und europäischen Raum (9, 10), einig, dass die kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie (KVT-I) die Therapie der ersten Wahl darstellen sollte. Einen Überblick über dieses Therapieverfahren gibt *Tabelle 2*. Zusammengefasst basiert diese Therapie auf Psychoedukation, der Vermittlung der Regeln für einen gesunden Schlaf, Entspannungstechniken, Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion

Tabelle 1:

Diagnostisches Vorgehen bei Insomnien

1. Medizinische Anamnese/Diagnostik

- ▲ frühere und jetzige körperliche Erkrankungen (z. B. Schmerzen)
- ▲ Medikamente, Alkohol, Nikotin, Drogen
- ▲ Labor, z. B. Schilddrüsenwerte, Blutbild, Gamma-GT, Leberwerte
- ▲ ggf. EEG, EKG, CT/MRT des Schädels nach Klinik

2. Psychiatrische/psychologische Anamnese

- ▲ jetzige und frühere psychische Störungen
- ▲ Persönlichkeitsfaktoren
- ▲ Arbeits- und partnerschaftliche Situation
- ▲ aktuelle Konflikte

3. Schlafanamnese

- ▲ auslösende Faktoren inkl. Traumata
- ▲ Arbeitszeiten/zirkadiane Faktoren (Schicht- und Nachtarbeit)
- ▲ aktuelles Schlafverhalten
- ▲ Vorgeschichte der Schlafstörung
- ▲ Schlaftagebuch
- ▲ Fremdanamnese (periodische Beinbewegungen/Atempausen)

4. Aktometrie

5. Polysomnografie

Gamma-GT: Gamma-Glutamyltransferase, EEG: Elektroenzephalografie, EKG: Elektrokardiografie, CT: Computertomografie, MRT: Magnetresonanztomografie

Tabelle 2:

Störungsspezifische Psychotherapie der chronischen Insomnie: KVT-I (kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie)

Entspannung I

- ▲ körperliche Entspannung
- ▲ progressive Muskelrelaxation

Entspannung II

- ▲ gedankliche Entspannung
- ▲ Ruhebild
- ▲ Fantasiereise
- ▲ Achtsamkeit

Regeln für einen gesunden Schlaf/Rhythmusstrukturierung

- ▲ Informationen zu Schlaf und Schlafstörungen
- ▲ Schlafhygiene
- ▲ Schlaf-Wach-Rhythmus-Strukturierung
- ▲ Stimuluskontrolle
- ▲ Schlafrestriktion

Kognitive Techniken I

- ▲ Erkennen kognitiver Teufelskreise und sich selbst erfüllender Prophezeiungen
- ▲ Gedankenstuhl

Kognitive Techniken II

- ▲ kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedankenkreisläufe

Tabelle 3:

Regeln für einen gesunden Schlaf

- ▲ nach dem Mittagessen keine koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, Schwarztee, Cola) mehr trinken
- ▲ Alkohol weitgehend vermeiden und keinesfalls als Schlafmittel einsetzen
- ▲ keine schweren Mahlzeiten am Abend
- ▲ regelmässige körperliche Aktivität
- ▲ allmähliche Verringerung geistiger und körperlicher Anstrengung vor dem Zubettgehen
- ▲ ein persönliches Einschlafritual einführen
- ▲ im Schlafzimmer für eine angenehme Atmosphäre sorgen (ruhig, verdunkelt)
- ▲ in der Nacht nicht auf den Wecker oder die Armbanduhr schauen

und kognitiven Techniken. Die Verhaltensmassnahmen wie die Stimuluskontrolle und die Schlafrestriktion zielen insbesondere auf eine Verkürzung der Bettzeit ab, um somit den nächtlichen Schlafdruck wieder zu erhöhen.

Die Regeln der Schlafhygiene, die im hausärztlichen Kontext gut vermittelt werden können, sind in *Tabelle 3* dargestellt. Da aktuell immer noch zu wenig gut ausgebildete Therapeuten zur Verfügung stehen, die eine KVT entweder im psycho-

therapeutischen oder im psychiatrischen Kontext anbieten, haben sich in letzter Zeit Methoden etabliert, mit denen die KVT für Insomnien webbasiert, also im Internet, durchgeführt werden kann. Im englischen Sprachraum stehen hier zum Beispiel Sleepio oder SHUTi zur Verfügung, im deutschsprachigen Raum prüfen wir gerade im Rahmen eines gross angelegten Versorgungsprojekts in Hausarztpraxen, das vom Innovationsfonds gefördert wird, das Instrument Get Sleep. Hierbei werden die KVT-Konzepte internetbasiert umgesetzt und können so vom Betroffenen selbst in Eigenregie eingesetzt werden. Im Sinne eines Stepped-Care-Modells schlagen wir vor, dass nach einer intensiven hausärztlichen Abklärung und Beratung, falls dies nicht zum Sistieren der Beschwerden führt, ein Verweis an ein internetbasiertes Selbsthilfeprogramm erfolgt. Falls das nicht erfolgreich ist, sollten eine weiterführende fachärztliche Evaluierung (Neurologie, Psychiatrie, Schlafmedizin) und Therapie folgen. Eine medikamentöse Therapie sollte nur dann eingeleitet werden, wenn die ausführliche Diagnostik und Beratung sowie gegebenenfalls die spezifische KVT für Insomnien nicht erfolgreich oder nicht verfügbar sind. Vorgeschlagen werden von den entsprechenden Leitlinien (9, 10) die hierfür zugelassenen Medikamente wie Benzodiazepine, Benzodiazepinrezeptoragonisten und teilweise auch sedierende Antidepressiva in niedriger Dosierung. Aktuell wird in den Leitlinien vorgeschlagen, diese medikamentösen Behandlungen aufgrund der mit ihnen verbundenen möglichen Risiken wie Rebound-Insomnie, Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung auf einen Zeitraum von maximal 3 bis 4 Wochen zu begrenzen.

Präventive Wirksamkeit

In den letzten Jahren haben mehrere Studien gezeigt, dass die frühzeitige und adäquate Behandlung von Insomnien, insbesondere mit der KVT-I, einen wirksamen Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen leisten kann (8). Allein dies scheint, neben dem Effekt auf die insomnische Störung, einen für uns wichtigen Anreiz darzustellen, so zu verfahren. Speziell für den hausärztlichen Bereich wurde von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) ein Leitfaden (11) zum Umgang mit Insomnien vorgeschlagen, auf den an dieser Stelle für die interessierten Leser hingewiesen werden soll. ▲

Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Dieter Riemann
 Abteilung für Klinische Psychologie und Psychophysiologie
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hauptstr. 5
 D-79104 Freiburg

Interessenlage: Der Autor hat keine Interessenkonflikte deklariert.

Dieser Artikel erschien zuerst in «doctors today» 11/2021. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

Literatur:

1. Baglioni C et al.: Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):10-19.
2. Hertenstein E et al.: Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2019;43:96-105.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.: DSM-5). 2013: APA, Washington DC.
4. American Academy of Sleep Medicine: International Classification of Sleep Disorders, 3rd edition. 2014: AASM, Rochester.
5. Schlack R et al.: Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.* 2013;5/6:740-748.
6. Riemann D et al.: The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):19-31.
7. Riemann D et al.: The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. *Lancet Neurol.* 2015;14(5):547-558.
8. Riemann D et al.: Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology.* 2020;45(1):74-89.
9. Riemann D et al.: S-3 Leitlinie «Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen», Kapitel Insomnie bei Erwachsenen, Update 2016. AWMF-Register-Nr. 063-003. *Somnologie.* 2017;20(Suppl s2),S97-S180; https://www.dgzs.de/_downloads/s3-leitlinie-2017.pdf (zugegriffen 01.03.2022).
10. Riemann D et al.: European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675-700.
11. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Insomnie bei Erwachsenen. DEGAM-Anwenderversion zur S3-Leitlinie «Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen». https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/Interdisziplinaere%20Leitlinien/063-003_Insomnie/063-003_DEGAM%20Anwenderversion_17-06-2017.pdf (zugegriffen 01.03.2022).