

Neue Guidelines zum Management von Schlafstörungen

Schlafstörungen gehören zu den grossen täglichen Herausforderungen des Praktikers. Besonders Frauen ab mittlerem Alter sind betroffen. Die British Association for Psychopharmacology hat kürzlich Guidelines für die Diagnose und Therapie der Insomnie und anderer Schlafstörungen herausgegeben.

Schlafmediziner haben hierzu ein ausgedehntes Review der publizierten Studien durchgeführt und bei der Auswahl der Studien den Schwerpunkt auf Metaanalysen, systematische Reviews, randomisierte Studien und Updates gelegt. In einem Konsensus-Meeting im Mai 2009 wurden die Resultate diskutiert und an-

schliessend die Richtlinien ausgearbeitet. Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte kurz zusammengefasst.

Empfehlungen für die Diagnose

Die Diagnose erfolgt aufgrund der geschilderten Beschwerden des Patien-

ten/der Patientin, idealerweise erhärtet durch Daten aus dem Schlaftagebuch des/der Betroffenen. In folgenden Situationen kann eine Abklärung in einem Schlafzentrum/Schlaflabor indiziert sein:

- Verdacht auf zirkadiane Rhythmusstörungen (Abklärung durch Aktigrafie)
- Parasomnie oder andere Schlafstörungen (Abklärung durch Polysomnografie)
- therapierefraktäre Schlafstörung.

Empfehlungen für die Therapie

Eine Insomnie sollte behandelt werden, da einerseits die Lebensqualität und die täglichen Aktivitäten stark eingeschränkt sind und andererseits ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Angststörungen und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch für kardiovaskuläre Ereignisse besteht. Das Behandlungsziel ist die Verringerung des Distresses und die Verbesserung der Funktion am Tag.

Verhaltens- und medikamentöse Therapie

Bei *chronischer Insomnie* wirkt die *kognitive Verhaltenstherapie* am besten und sollte deshalb als Erstlinientherapie empfohlen werden. Solche Settings – inklusive Schlafrestriktion und Stimuluskontrolle – sollten vermehrt angeboten werden.

Bei der Wahl eines *medikamentösen Schlafmittels* sind die Effektivität, die Verträglichkeit, die Wirkungsdauer, frühere Erfahrungen des Patienten und eine allfällige Suchtanamnese zu berücksichtigen. Beim *Absetzen von Schlafmitteln* sollte, falls möglich, zuerst eine intermittierende Medikation erfolgen. Absetzversuche sollten regelmässig, alle 3 bis 6 Monate, unternommen werden. Während des Ausschleichens des Hypnotikums sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden.

Antidepressiva sind in therapeutischer Dosierung zu verordnen, wenn gleichzeitig eine Stimmungsstörung vorliegt. Allerdings ist zu beachten, dass eine

Insomnie (Schlaflosigkeit)

- kommt bei 30 bis 45% der Erwachsenen vor
- tritt bei Frauen 1,5-mal häufiger auf als bei Männern
- wird mit steigendem Alter häufiger
- zeichnet sich individuell unterschiedlich ausgeprägt durch verzögertes Einschlafen, verfrühtes Aufwachen und/oder qualitativ nicht erholsamen Schlaf aus
- kann infolge Tagesmüdigkeit zu Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz und Störungen sozialer Kontakte führen
- Die Schlafmenge bei Insomnie kann im Schlaflabor genau gemessen werden, in Bezug auf die Schlafqualität ist jedoch keine Aussage möglich.

Probleme bei häufig verschriebenen Medikamenten

Schlafmittel werden bisher nicht aufgrund der Schlafqualität oder der Leistungsfähigkeit am Tag danach, sondern aufgrund einer Verkürzung der Einschlafzeit oder Verlängerung der Schlafdauer zugelassen. Ein Beweis für das Erreichen einer höheren Lebensqualität wurde nie erbracht.

Hypnotika wie Benzodiazepine und Nichtbenzodiazepine (Z-Substanzen: Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) werden am häufigsten verschrieben. Beide Substanzklassen sind GABA-(Gamma-aminobuttersäure-)Rezeptor-Modulatoren und korrigieren die gestörte Einschlaf- und Durchschlafdauer. Sie verändern zudem die Schlafarchitektur (= Schlafzyklen mit ihren 5 Schlafstadien). Tiefschlaf- und REM-Phasen können durch Hypnotika verkürzt sein. Nachteilig sind Nebenwirkungen wie die auftretende gestörte Tagesvigilanz (Wachheit), Amnesie, Sturz- und Unfallgefahr, die mit zunehmender Einnahmedauer drohende Abhängigkeit und bei Absetzen den möglichen Reboundeffekt.

Melatonin, ein körpereigenes Hormon, das im Hirn von der Epiphyse (Zirbeldrüse) gebildet und vor allem nachts produziert wird, fungiert als Schlafregulator und als Signal für Dunkelheit. Der zirkadiane Rhythmus der Melatoninproduktion steht in engem Zusammenhang mit dem menschlichen Schlafrhythmus. Insbesondere bei Jetlag, Schlafstörungen und fortwährender Tagesmüdigkeit infolge langer Interkontinentalflüge wird eine Störung der Melatoninproduktion beobachtet. Zudem geht die Melatoninproduktion mit steigendem Alter zurück, was mit ein Grund für altersbedingte Schlafstörungen sein kann.

Eine Substitution des physiologischen Hormons könnte daher den ersehnten Schlaf zurückbringen. Melatonin hat eine sehr kurze Halbwertszeit und wird sehr schnell ausgeschieden. Als erstes und einziges Melatoninpräparat ist Circadin® demnächst in Tablettenform auch in der Schweiz erhältlich.

Quelle: Medienmitteilung PR-Schwegler AG nach umfangreichem Quellenstudium.

Überdosierung von trizyklischen Antidepressiva auch bei kleinen Einzeldosen möglich ist. Wegen häufiger Nebenwirkungen gehören Neuroleptika *nicht* zu den Erstlinienpräparaten bei Schlafstörungen.

Indikationen: Postmenopause, Lern- sowie zirkadiane Störungen

Da bei *postmenopausalen Frauen* besonders gehäuft eine Insomnie auftritt, kann eine Hormontherapie bei diesem Beschwerdebild sinnvoll sein. Beim Entscheid sind immer Nutzen und Risiken

mit der Patientin zusammen abzuwägen. *Kinder mit Schlafstörungen* sprechen gut auf Verhaltenstherapie an. Bei Kindern mit ADHS, welche keine stimulierenden Medikamente erhalten, kann Melatonin die Schlafstörungen mildern.

Bei Kindern und Erwachsenen mit einer *Lernstörung* sollten die Qualität der Schlafstörung und auslösende sowie verschlimmernde Faktoren genau ermittelt werden. Erstlinientherapien umfassen Umgebungs-, Verhaltens- und Erziehungsinterventionen. Melatonin kann den Schlaf effektiv verbessern.

Bei *zirkadianen Schlafstörungen* ist zwischen verzögerten Schlafphasen und Schlaf ohne irgendeinen Rhythmus zu unterscheiden. Bei diesen Störungen oder Jetlag kann ebenfalls Melatonin eingesetzt werden. Auch Verhaltenstherapie und fahrplanmässige Lichtexposition können hilfreich sein. ■

dde/hir

Quelle:

Wilson SJ et al.: British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders. *J Psychopharmacol*, November 2010; 24: 1577–1601.