

Kognitiv-behaviorale Therapie bei Insomnie (KBT-I)

Die Behandlung der Schlaflosigkeit ohne Tabletten

Viele Patienten leiden unter Schlafstörungen. Sie schlafen ihrer Ansicht nach zu wenig oder fühlen sich nicht ausgeruht. Die kognitive Verhaltenstherapie (KBT-I) ist eine mögliche Behandlungsalternative. Bei der KBT-I geht es darum, Verhaltensweisen und Gedanken, die die Schlaflosigkeit verursachen, zu erkennen. Neben therapeutischer Transparenz werden dem Patienten auch die Grundlagen der Schlafphysiologie erklärt.

von Aribert Bauerfeind

Einleitung

Die medikamentöse Behandlung der Schlaflosigkeit (Insomnie) gehört zu den häufigsten, wenn gleich gut gemeinten voreiligen Fehlentscheidungen in der medizinischen Praxis. Denn bevor der Einsatz von Medikamenten sinnvoll sein könnte, bieten sich dem Arzt verschiedene Alternativen. Zentral ist, dass die häufig nur mit «Schlafstörung» vom Patienten beschriebene – und vom Arzt übernommene – Charakterisierung der Beschwerde immer präzisiert werden sollte: Sind es Ein- und/oder Durchschlafstörungen? Handelt es sich um frühmorgendliches Erwachen? Ist es eher eine Unruhe im Bett nach dem Ausschalten des Lichts? Sind Gedankenkreise und Grübeln vorhanden? Handelt es sich um eine Beschwerde, die sich zeitlebens manifestiert und sich unter Stress oder speziellen Bedingungen verstärkt?

Ursachen der Insomnie

Indikationen für Hypnotika

Falls die Störung von kurzfristiger Natur ist und weniger als einen Monat besteht beziehungsweise ein Ende der veränderten Lebensumstände, die zur Insomnie geführt haben, absehbar ist, liegt die ideale Indikation für das Verschreiben von Hypnotika vor. Häufig werden die bei dieser Konstellation gut wirksamen Nichtbenzodiazepinhypnotika verschrieben. Bei allen anderen Beschwerdebildern sollte differenzierter vorgegangen werden.

Bewegungsstörung als Ursache der Insomnie

Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) ist eine sehr häufige organische Ursache der Einschlafstörungen. Bei adäquater Schilderung des Patienten kann es von den meisten Klinikern gut zugeordnet werden. Voraussetzung ist, dass die vier Diagnosekriterien erfüllt sind. Dazu gehören unangenehme Missempfindungen in Ruhe mit Bewegungsdrang, Besserung bei Bewegung, zirkadianer Verlauf mit Zunahme in den Abend- und Nachtstunden. Die Diagnose kann in der Sprechstunde ohne weitere Abklärungen gestellt werden (1).

Das RLS lässt sich meist gut behandeln, am häufigsten werden Dopaminagonisten in niedriger Dosierung eingesetzt. Symptomatische Formen können bei Eisenmangel oder eingeschränkter Nierenfunktion bestehen. Es gibt familiäre Formen dieser Erkrankung mit einem seit wenigen Jahren bekannten Genlokus (2). Auf das tageszeitlich gebundene Auftreten sollten die Patienten hingewiesen werden.

Chronobiologische Ursachen der Insomnie

Die chronobiologischen Besonderheiten, die uns befähigen, beispielsweise leichter eine Stunde länger aufzubleiben als eine Stunde früher aufzustehen, den Jetlag bei einem Flug nach Westen leichter wegzustecken als bei Reisen nach Osten und am Wochenende über mehrere Tage sukzessiv länger zu schlafen, beruhen alle auf dem gleichen Prinzip der Elastizität unserer inneren Uhr. Den sogenannten «Eulen» fallen diese Verschiebungen nach hinten (längere Tage) besonders leicht. Im Extremfall («Extremmeulen») fühlen sie sich zum Beispiel nur bei langen Tagen mit mehr als 24 Stunden wohl. Klagen die Patienten über Schlaflosigkeit, ist diese meist mit morgendlichen Anlaufschwierigkeiten und dem Wunsch, in den späten Abend- und Nachtstunden wach und produktiv zu sein, verbunden. In krankhafter Ausprägung liegt hier das «verzögerte Schlafphasen-Syndrom» vor, das nicht nur eine genetische Prädisposition aufweist, sondern auch durch das Lebensalter bedingt sein kann, da es vermehrt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftritt. Auch dieses Syndrom sollte nicht in erster Linie mit Hypnotika behandelt werden. Sinnvoll ist eine Aufklärung über das Krankheitsbild und die entsprechende Schlafphysiologie sowie den Einsatz von Zeitgebern wie Licht und Melatonin, um den endogenen «Pacemaker» zu unterstützen beziehungsweise immer wieder auf einen 24-Stunden-Tag zu synchronisieren.

Schlaflosigkeit als Vorbote psychiatrischer Erkrankungen

Frühmorgendliches Erwachen und Grübeln in der Einschlafphase sind gut bekannte Wegbegleiter einer sich



entwickelnden Depression. Die akute Schlaflosigkeit kann auch als Zeichen einer psychischen Dekompensation bei akuten psychotischen Erkrankungen auftreten. In diesem Fall ist der Einsatz von sedierenden Antipsychotika beziehungsweise Antidepressiva erforderlich. Von Patienten wird die Insomnie häufig selber als Zeichen der Grunderkrankung erkannt. Bei sich schleichend manifestierenden Erkrankungen kann die Insomnie ohne weitere klinische Zeichen allerdings die «Spitze des Eisbergs» sein. In diesem Fall sind – neben dem Einsatz von sedierenden Antidepressiva – die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie (KBT-I) sinnvoll.

Behandlung der Insomnie mithilfe KBT-I

Bei der Behandlung der Insomnie mit KBT-I wird davon ausgegangen, dass die chronische Schlaflosigkeit durch eine Vielzahl von Bedingungen aufrechterhalten wird. Dazu gehört unter anderem das Verhalten des Patienten. Als Massnahme gelten Verhaltensweisen, die in den Regeln der Schlafhygiene vorgegeben sind: Vermeidung von langen Bettzeiten (Nickerchen, spätes Aufstehen, frühes Zubettgehen), Ärger, Grübeln und Gebrauch von Alkohol als Schlafhilfe sowie Koffein als Wachmacher in der zweiten Tageshälfte. Die KBT-I wird heute als State of the Art bei der Behandlung der Insomnie betrachtet (3).

Bei der KBT-I geht es darum, Verhaltensweisen und Gedanken, die die Schlaflosigkeit verursachen, zu erkennen und zu lernen, wie diese die Insomnie aufrechterhalten. Neben therapeutischer Transparenz sollten dem Patienten die Grundlagen der Schlafphysiologie erklärt werden.

Das Vorgehen in der Praxis sieht folgendermassen aus:

1. Der erste Schritt, den ich «Somnoedukation» nenne, besteht aus einer Erläuterung biologischer Variablen (Chronobiologie, Schlaf-Wach-Regulation, Schlafdruck, REM/NREM-Physiologie) und einer Darstellung schlafhygienischer Regeln. Kurz kann man die Schlafhygiene als «Bedingungen, die zu einem erholsamen Schlaf beitragen» betrachten (4).
2. Im Anschluss, meistens nach der ersten therapeutischen Sitzung, wird der Patient dazu aufgefordert, ein Schlafstagebuch zu führen. Dieses zeigt allfällige Muster der Insomnie auf. Dazu gehören Fragen, wie: Ist die Insomnie an bestimmte Wochentage gebunden? Tritt sie nach bestimmten Aktivitäten vermehrt auf? Welche Variablen führen zu «guten» Nächten? Eine mögliche Aktigrafie dokumentiert die Ruhe-Wach-Phasen und visualisiert diese gleichzeitig für ein besseres Verständnis des Patienten.
3. Stimuluskontrolle: Patienten mit chronischer Schlaflosigkeit weisen meist deutlich längere Bettliegezeiten als Schlafzeiten auf. Sie lesen, grübeln, sorgen sich oder schauen in dieser Zeit fern. Das Bett wird daher mit Schlaflosigkeit assoziiert. Diese Konditionierung läuft jede Nacht ab und verstärkt das Gefühl, dass «das Bett der Ort ist, wo ich nicht schlafe». Im Sinne einer Stimuluskontrolle sollten im Bett daher alle Aktivitäten ausser zu schlafen und Sex (sofern er als entspannend und angenehm empfunden wird) unterbleiben (5).
4. Bettzeiten verkürzen: Das Prinzip fester Bettzeiten beruht auf der Tatsache, dass der Schlafdruck bei vorausgehendem Schlafdefizit steigt. Wird zum Bei-

spiel ein zeitliches «Bettfenster» von 24 bis 6 Uhr verordnet, muss der Patient spätestens um 6 Uhr das Bett verlassen. Späteres Zubettgehen ist zwar erlaubt, der Zeitpunkt des Aufstehens ist aber festgelegt. Werden diese Vorgaben befolgt, pendelt sich meist nach wenigen Tagen eine deutliche Verkürzung der Einschlafzeit ein, und die Schlaffeffizienz (der Quotient von Schlafdauer zu Bettliegezeit) stabilisiert sich. Anzustreben ist eine Schlaffeffizienz von 90 Prozent. Die Schlafrestriktion führt mitunter zu einer erheblichen Tagesmüdigkeit beziehungsweise Einschlafneigung. Bei Patienten, die aktiv am Strassenverkehr teilnehmen, sollte die Schlafzeit deshalb nicht unter 7 Stunden liegen.

5. Kognitive Ansätze: Der kognitive Teil der Therapie beruht auf der Annahme, dass schlafverhindernde Gedanken ein Einschlafen stören. Bei vielen wachliegenden Insomniepatienten drängt sich der Gedanke auf, 8 Stunden schlafen zu müssen, um morgens fit zu sein. Durch den selbstaufgelegten Druck erhöht sich die Körperspannung, und diese wiederum verunmöglicht das Einschlafen. Deshalb sollen Patienten lernen, diese Gedanken zu identifizieren sowie konstruktive Alternativen dagegenzusetzen, wie: «Ich habe auch nach einer Nacht mit weniger Schlaf einiges geleistet» (6).
6. Entspannung: Bekannte Verfahren wie autogenes Training oder Muskelrelaxation eignen sich, um Körper und Gedanken zu beruhigen (7). Patienten, die sich beim Schlafengehen angespannt fühlen, profitieren von dieser Methode. Diese Einschlaftechniken müssen allerdings zunächst ausserhalb des Schlafzimmers erlernt werden und können erst dann im Bett angewendet werden, wenn man diese beherrscht. Ansonsten steigt der Erfolgsdruck, die Körperspannung steigt infolgedessen und statt zu schlafen, liegt der Patient wieder wach.
7. KBT-I und Schlaftabletten: Patienten, die chronisch oder akut unter Schlafstörungen leiden (evtl. aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung), eignen sich gut für die Verhaltenstherapie. Meist haben die Patienten bereits Erfahrungen mit Hypnotika gemacht. Häufig wird die KBT-I parallel zur medikamentösen Therapie eingeführt, und die Hypnotika werden im Verlauf ausgeschlichen. Studien, die einen Vergleich der Wirksamkeit untersuchten, zeigten zumeist eine gute Wirksamkeit der KBT-I (8).

Schlussfolgerung

Für die Behandlung der Insomnie braucht es nicht immer gleich Medikamente. Zentral ist, dass die häufig nur mit «Schlafstörung» vom Patienten beschriebene Beschwerde präzisiert wird. Dass die KBT-I eine erfolgreiche Behandlungsmethode ist, demonstriert ein direkter Vergleich der Wirksamkeit zwischen KBT-I und einem häufig eingesetzten Hypnotikum in der norwegischen Studie von Sivertsen et al. (9). Die Autoren behandelten 46 randomisierte chronische Insomniepatienten mit den beschriebenen Methoden der KBT-I, mit Zopiclon oder einem Placebo. Nach 6-wöchiger Behandlung und nach einem halben Jahr wurde in einer Follow-up-Untersuchung der Schlaf dieser Patienten evaluiert. Vor der Intervention lagen die schlaflosen Patienten nach Selbsteinschätzung jeweils etwa ein Fünf-

tel (20%) der Nacht wach. Nach 6 Wochen lagen die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten nur noch 10 Prozent der Nacht wach, und nach 6 Monaten hatte sich dieser Effekt sogar leicht verbessert. An beiden Messpunkten (nach 6 Wochen und nach 6 Monaten) lagen die mit Zopiclon behandelten Patienten hingegen noch genau so lange wach im Bett wie vor der Behandlung. Auch die Menge des Tiefschlafs, des sogenannten Slow-Wave-Sleep, wurde bestimmt. Es zeigte sich, dass der Tiefschlaf bei den Patienten mit KBT-I nach 6 Wochen um 27 Prozent zunahm und nach 6 Monaten sogar auf 34 Prozent anstieg. In der medikamentös behandelten Gruppe verringerte sich der Anteil des Tiefschlafs hingegen: Die Probanden erlitten einen Tiefschlafverlust um 20 Prozent nach 6 Wochen und 23 Prozent nach 6 Monaten. ●

Korrespondenzadresse:

Ari Bauerfeind

Leiter Schlafmedizin

Abteilung für Klinische Neurophysiologie

Schweizerisches Epilepsie-Zentrum Zürich

Bleulerstrasse 60

8008 Zürich

E-Mail: Aribert.Bauerfeind@swissepi.ch

Literaturangaben:

1. Allen R, Picchetti D, Hening W, Trenkwalder C, Walters A, Montplaisi J: Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institute of Health. *Sleep Med* 4, 2003; (2): 101–19.
2. Winkelmann J. et al.: Genome-wide association study of restless legs syndrome identifies common variants in three genomic regions. *Nat Genet*, 2007 Aug; 39(8): 1000-6. Epub 2007 Jul 18.
3. Babson KA. et al.: Cognitive behavioral therapy for sleep disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010; 33: 6293.
4. Cognitive behavioral therapy, American Academy of Sleep Medicine: <http://www.sleepeducation.com/Hygiene.aspx>.
5. Bootzin RR, Perlis ML: Nonpharmacologic treatments of insomnia. *J Clin Psychiatry*, 1992 Jun; 53 Suppl: 37–41.
6. Pigeon WR: Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 2010; 66: 1148.
7. Means MK. et al.: Relaxation therapy for insomnia: nighttime and day time effects. *Behav Res Ther*, 2000 Jul; 38(7): 665–78.
8. Cognitive behavioral therapy for insomnia. National Sleep Foundation, <http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-related-problems/insomnia-and-sleep>.
9. Sivertsen B. et al.: Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2006 Jun 28; 295(24): 2851–8.