

Chronische Insomnie: Symptom oder Diagnose? (Teil 1)

W. Entenmann, M. Strub, J. Schwander



Einführung

Die Definitionen der Insomnie basieren allein auf den subjektiven Angaben der Betroffenen:

- Ein- und Durchschlafstörungen,
- frühes Erwachen und
- ungenügend langer oder erholsamer spontaner Schlaf werden als Insomnie bezeichnet.

Aus unserer Erfahrung im Umgang mit Schlafgestörten wissen wir, wie schwierig und zeitaufwendig es sein kann, sich in der Praxis ein Bild über eine Schlafstörung zu machen. Meist besteht die Schlafstörung schon längere Zeit, und die betroffene Person hat bereits alle Mittel der Familie, der Nachbarn, des Drogisten und aus dem Internet versucht und damit oft keine Verbesserung erfahren.

Nun sitzt sie vor uns im Sprechzimmer mit wenig Hoffnung, dass wir ihr helfen können.

Doch Schlafstörungen sind gut behandelbar – wenn wir nur einmal wissen, wo das Problem liegt und wie wir es angehen können.

Aus dem Gespräch wird sich als erstes zeigen, ob unrealistische Erwartungen gegenüber dem Schlaf bestehen, was die Dauer und die Kontinuität betrifft, die notwendig ist, um eine genügende Erholung zu erreichen. Wir werden auch zu erfahren versuchen, ob ein Verhalten besteht (Schlafhygiene), das einen regelmässigen erholsamen Schlaf wenig unterstützt.

Stehen diese Aspekte nicht im Vordergrund, wird sich die Frage stellen, ob die Ein- und Durchschlafstörung Folge einer erkennbaren spezifisch behandelbaren Erkrankung ist oder ob es sich um eine sogenannte «primäre» Insomnieform handelt. In der Praxis wird man versuchen, anhand einer möglichst einfachen Befragung (am besten wird vom Patienten ein Befragungsblatt ausgefüllt) die wichtigsten Ursachen von Insomnien zu erfassen.

Zur Beurteilung und Dokumentation des Schlafes und später des Behandlungserfolgs wird es zudem notwendig sein, zumindest ein subjektives Mass der Schlafstörung und deren Folgen festzuhalten.

Wir möchten dem Praktiker in diesem Artikel einfache Werkzeuge vorstellen, um insomnische Störungen besser beurteilen und behandeln zu können (als Hilfsmittel finden Sie auf

unserer Homepage www.ksm.ch einen Fragebogen mit Interpretationsmöglichkeiten zum Herunterladen).

Epidemiologie

Die Insomnie gehört zu den häufigsten geäußerten Beschwerden in der Praxis der Grundversorger. Die Prävalenz wird in der Schweiz [1] und anderen industrialisierten Nationen auf 15–30% der Bevölkerung geschätzt. Bei etwa 12% handelt es sich um chronische, länger als 6 Monate dauernde Insomnien. Ein Grossteil der Schlafstörungen bleibt unbehandelt und wird bei ärztlichen Konsultationen von den Betroffenen gar nicht vorgebracht.

Die selbstindizierten Behandlungsversuche reichen von Hausmitteln (Milch mit Honig, Bettflasche) zu pflanzlichen Medikamenten, Entspannungsverfahren (autogenes Training), über nichtrezeptpflichtige Medikamente (Antihistaminika) bis zum Alkohol. Dazu werden meist die Bettzeiten verlängert, im Glauben dadurch den Schlaf zu verbessern.

Wenn ärztliche Hilfe angefordert wird, kommt es nicht selten zur Verschreibung von Hypnotika oder anderen sedierenden Medikamenten wie Antidepressiva oder Neuroleptika. Eine amerikanische Studie [2] zeigte, dass bei 536 Patienten, welche eine Verordnung von Hypnotika erhielten, nur in 12% der Fälle ein auf den Schlaf bezogener Eintrag in der Krankengeschichte gefunden werden konnte.

Definition der Insomnie

Unter Insomnie versteht man eine reduzierte Qualität, Dauer oder Erholsamkeit des Schlafes.

- Die mittlere Schlafdauer ausgeschlafener Europäer beträgt heute 7 Stunden, kann aber individuell zwischen 5 und 10 Stunden variieren.
- Oft ist anfänglich hauptsächlich die Fähigkeit einzuschlafen betroffen. Als Grenzwert einer normalen Einschlaf latenz gelten 30 Minuten.
- Durchschlafprobleme können am besten mit der Schlafeffizienz erfasst werden. Unter schlechter Schlafeffizienz versteht

Korrespondenz:
Dr. med. W. Entenmann
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie
Klinik für Schlafmedizin
Badstrasse 44
CH-5330 Zurzach

E-Mail: entenmann@ksm.ch

man ein Missverhältnis von subjektiver Schlafdauer zur verbrachten Zeit im Bett. Diese sollte normalerweise über 85% liegen.

Klinische Aspekte

Personen mit Insomnie beklagen sich über eine schlechte Schlafqualität und über eine schlechte Tagesbefindlichkeit (Müdigkeit, Reizbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Verschlechterung der Stimmung).

Schlaferkennung/Hyperarousal

Sind Personen mit primärer Insomnie einfach Schlaf-Pessimisten?

Die subjektiven Klagen über Schlaflosigkeit können durch polysomnographische Untersuchungen und Fremdbeobachtungen, wenn nicht eine sekundäre Insomnie vorliegt, nicht immer bestätigt werden. Eine Unterschätzung der subjektiven Schlafdauer gegenüber den «objektiven» Messungen im Schlaflabor gehört zu einer gestörten Schlafwahrnehmung der «primären» Insomnier.

Als Illustration kann folgende Studie dienen [3]. In dieser Studie wurden die Probanden im Schlaflabor durch einen Ton aus dem Non-Rem- (Stadium II) und Rem-Schlaf geweckt und dann gefragt, ob sie unmittelbar bevor sie den Ton gehört haben, wach waren oder geschlafen

hätten. Die Resultate zeigten, dass Personen mit Insomnie viel häufiger als die normalen Schläfer angaben, wach gewesen zu sein, obwohl sie objektiv geschlafen hatten, als der Ton erklang. Dazu haben in häuslicher Umgebung Personen mit Insomnie die objektive totale Schlafzeit unterschätzt und demgegenüber die Wach-Zeit in der Nacht gegenüber den guten Schläfern deutlich überschätzt. Diese Ergebnisse bestätigen die Resultate von vielen früheren Studien [4] und erklären, weshalb Personen mit Insomnie normalerweise keine vermehrte Tagesschläfrigkeit aufweisen [5].

Als mögliche Erklärung dafür, dass die objektive Schlafdauer von Personen mit Insomnie meistens deutlich unterschätzt wird, finden sich in ihrem EEG eine Vermehrung von raschen Frequenzen (Wachaktivität) und eine Verminderung von langsamer Aktivität [6]. Zusätzlich konnte bei Personen mit Insomnie ein erhöhter metabolischer Umsatz nachgewiesen werden [7]. Diese Beobachtungen führten zur Annahme, dass Personen mit Insomnie in einem «erhöhten Wachzustand» sind, ein Zustand vergleichbar mit einer «Koffein-Intoxikation».

Im Gegensatz dazu versuchen Personen, die man für 1–2 Tage nicht schlafen lässt, nach dem Schlafentzug möglichst viel Tiefschlaf (langsame Wellen) in ihren Schlaf zu packen und zeigen eine verminderte Stoffwechselaktivität. Mit diesen Beobachtungen eines «erhöhten Wachzustandes» ist auch die klinische Erfahrung vereinbar, dass Insomnier am Tag in passiven Situationen oder beim sich Hinlegen nur selten einschlafen, obwohl eine vermehrte Müdigkeit zu den Hauptbeschwerden der Insomnie gehört.

Auf der Epworth-Schläfrigkeits-Skala (Tab. 1), welche die Tagesschläfrigkeit befragt, erreichen Insomnier meistens nur niedrige Werte. Als normal gelten Werte bis zu 10 Punkten. Eine erhöhte Tagesschläfrigkeit, die nicht Folge eines Schlafmangels ist, sollte die Aufmerksamkeit auf eine sekundäre Insomnieursache lenken und gehört unbedingt abgeklärt.

Erlernete Faktoren

Bei der erlernten (psychophysiologische) Insomnie kommt es, wie oben erwähnt, nach einer definierten Störung des Schlafes durch eine Stress-Episode (z.B. akute Erkrankung) zu einem Fortbestehen der Schlafstörung, obwohl der auslösende Faktor nicht mehr vorhanden ist.

(Siehe 2. Teil des Artikels Forum Nr. 43.)

Unterteilung der Insomnien nach Dauer

Eine akute Insomnie dauert Tage bis Wochen. Eine chronische Insomnie bedeutet Schlafstörungen während mehr als sechs Monaten. Episoden mit akuter Insomnie sind Erfahrun-

Tabelle 1. Epworth Sleepiness Scale.

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den untenstehenden Situationen einschlafen oder einnicken?

(Gemeint ist, richtig einschlafen, im Gegensatz zu sich müde fühlen.)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Verfassung in den letzten 4 Wochen.

Es mag sein, dass Sie einige der beschriebenen Situationen in letzter Zeit nicht erlebt haben. Geben Sie gleichwohl an, wie Sie sich unter diesen Umständen – Ihrer Meinung nach – verhalten würden.

Geben Sie die Häufigkeit, mit der Sie einschlafen, an, indem Sie die passende Zahl auswählen und im rechten Feld einsetzen.

nie = 0 selten = 1 ab und zu = 2 oft = 3

Situation	Zahl
Sitzen und Lesen	
Fernsehen	
Sitzen als Zuhörer oder Zuschauer im Theater, an einem Vortrag oder an einer Versammlung	
Als Mitfahrer/in in einem Auto auf einer einstündigen, nicht unterbrochenen Fahrt	
Am Nachmittag, wenn es die Umstände erlauben, dass Sie sich hinlegen und ausruhen können	
Sitzen und mit jemandem sprechen	
Ruhig sitzen nach einem Mittagessen ohne Alkohol	
Am Steuer eines Autos, dass im Verkehr einige Minuten anhalten muss	
Total	

gen, welche von den meisten Menschen in ihrem Leben einmal gemacht werden. Meistens ist eine definierbare Ursache wie eine akute Belastungssituation durch zwischenmenschliche Konflikte, Prüfungen, Arbeitsplatzprobleme oder kurzdauernde Störung der Schlafumgebung vorhanden. Akute medizinische Erkrankungen, Operationen, Zeitzonewechsel oder abrupte Wechsel im Schlaf-Wach-Rhythmus (Schichtarbeit) können ebenfalls akute Schlafstörungen auslösen. Obwohl sich diese akuten Formen von Schlafstörungen meistens spontan zurückbilden, können sie sich auch zu Auslösern einer chronischen Insomnie entwickeln. Retrospektive Informationen von Patienten mit chronischer Insomnie zeigen, dass die Schlafstörung oft verbunden mit einer Stress-Situation begann. Die individuelle emotionelle Reaktion (Gewichtung) und daraus das Entstehen von Verhaltensveränderungen spielen bei der Chronifizierung eine wichtige Rolle.

Wichtige perpetuierende Faktoren sind:

- Grosse Sorgen über die Schlafstörung und die Konsequenzen für die Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit am nächsten Tag,
- Entwicklung von negativen, sich selbst erfüllenden Voraussagen: «Wenn ich jetzt erwache, kann ich so oder so für den Rest der Nacht nicht mehr weiterschlafen»;
- erfolglose, frustrierende Behandlungsversuche durch Verlängerung der Zeit im Bett.
- Weiter spielen Alkohol- und Hypnotika-Gebrauch eine Rolle.

Unterteilung der Insomnien nach Schweregrad

Die Schwere einer Schlafstörung wird am Grad der Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivität gemessen:

- Leichte Insomnien gehen ohne Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit einher. Es bestehen nahezu allnächtliche Beschwerden von ungenügendem Schlaf oder fehlender Erholbarkeit, die oft verbunden sind mit dem Gefühl der Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, manchmal Angst, Erschöpfung und Müdigkeit.
- Mittelschwere Insomnien sind gekennzeichnet durch allnächtliche Beschwerden ungenügenden Schlafs. Es besteht eine geringe bis mittelgradige Beeinträchtigung der beruflichen und sozialen Aktivität und immer wird Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Angst und Erschöpfung angegeben.
- Schwere Insomnien sind immer verbunden mit einer schweren Beeinträchtigung der sozialen (meist Rückzug) und beruflichen (meist verminderte Arbeitsfähigkeit) Leistungsfähigkeit und den oben aufgeführten Begleitsymptomen

Abbildung 1.
Insomnie:
Breite Differentialdiagnose.



Unterteilung der Insomnien nach ätiologischen Faktoren

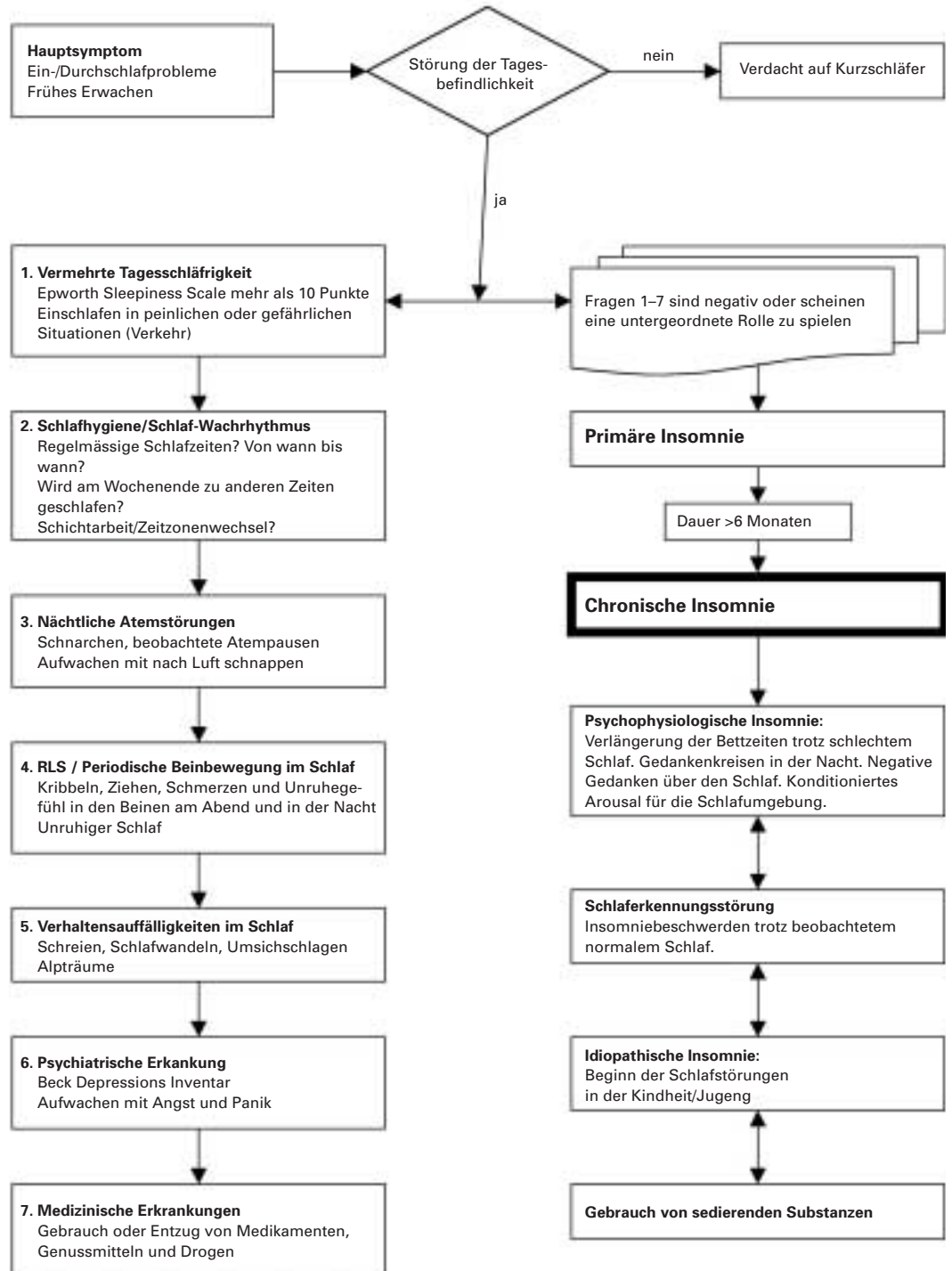
Alle Einteilungen der Schlafstörungen: ICSD (The international Classification of sleep disorders 1997), DSM IV (American Psychiatric Association 1994) und ICD 10 (WHO 1994) versuchen die Insomnieformen in sekundäre – in

Folge anderer Erkrankungen oder Störungen – und primäre – ohne Hinweis auf verursachende Erkrankungen – zu unterscheiden.

Dies ist auch der Weg in der Praxis, obwohl in unserer Erfahrung viele Insomnieformen Mischformen mit Anteilen von verschiedenen Störungen sind.

Bei den sekundären Ursachen können

Abbildung 2.
Evaluation der Insomnie anhand einer strukturierten Anamnese (adaptiert nach [8]).



hauptsächlich 3 Gruppen unterschieden werden (vergl. Abb. 1):

- Insomnie als Symptom einer anderen Schlaf-erkrankung (z.B. Atemstörung im Schlaf)
- Insomnie aufgrund einer psychischen Störung (z.B. Depression)
- Insomnie bei medizinischer Grunderkrankung oder Medikamenten beziehungsweise Substanzgebrauch (z.B. nächtliches Asthma, Alkoholkonsum)

Abklärung von Patienten mit Insomnie

Grundsätzlich basiert die Abklärung von Schlafstörungen auf einer Schlaf-Anamnese. Sie ermöglicht die hauptsächlichsten, nicht-primären Insomnie-Ursachen zu erkennen oder auszuschliessen. Vorausgehend sollten folgende Basisdaten, welche auch eine Verlaufskontrolle erlauben, erhoben werden:

- Subjektive Schlafdauer
- Geschätzte Einschlafzeit
- Schlaffeffizienz
- Bettgeh- und Aufstehzeiten (am besten Schlaftagebuch über 2 Wochen)
- Bettzeiten unter der Woche und am Wochenende

Damit nichts übersehen wird, lohnt es sich, systematisch einige Punkte abzudecken [8]. Eine Zusammenfassung des Abklärungsschemas findet sich in Abbildung 2.

Dazu finden sich hier noch ein paar Anmerkungen für die Praxis:

Vermehrte Tagesschläfrigkeit

Beim Vorliegen von klaren Hinweisen auf eine vermehrte Tagesschläfrigkeit im engeren Sinn: richtiges Einschlafen in passiven Situationen mit störendem Charakter am Tag (Erreichen von mehr als 10 Punkten auf der Epworth

Sleepiness Scale), sollte immer an eine nicht primäre Insomnie gedacht werden und eine Weiterabklärung erfolgen (vergl. Tab. 2).

Schlafhygiene und Schlaf-Wach-Rhythmus

Zur Schlafhygiene gehören alle Anteile der Umgebung (Lärm, Temperatur, Licht), Qualität des Bettes, Diskussionen im Bett, dann Anteile der Tagesstruktur wie regelmässige und genügend lange Bettzeiten, Schlafritual, Gebrauch von Genussmitteln (Alkohol, Nikotin) und Drogen (Haschisch usw.).

Respiratorische Störungen

Schnarchen, Erwachen mit Atemnot und nach Luftschnappen im Schlaf können zu sich wiederholenden Aufwachreaktionen und zu insomnischen Beschwerden führen. Auch wenn die Insomnie nicht zum Leitsymptom des Schlaf-Apnoe-Syndroms gehört, sollte man diesen Beschwerden immer nachgehen.

Die typischen Beschwerden von Patienten mit schwerem obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom und langen Atemaussetzern und tiefen Sauerstoffsättigungen unterscheiden sich von den Störungen des «upper airway resistance syndrom (UARS)», bei dem die Kontinuität des Schlafs durch sich wiederholende, atmungsbedingte kurze Aufwachreaktionen ohne Atemstillstände (Apnoen) und ohne Sauerstoffsättigungen gestört wird.

UARS-Patienten klagen dazu häufig über unspezifische funktionelle Beschwerden wie Insomnie, diffuse Kopfschmerzen oder Colon irritabile [9].

Da keine oder nur selten Sauerstoffsättigungen auftreten, kann eine UARS nicht mit einer Pulsoxymetrie und den meisten Formen der Polygraphie festgestellt werden und braucht eine polysomnographische Abklärung.

Restless-legs-Syndrom (RLS) und periodische Beinbewegungen im Schlaf

Die Symptom-Tetrade aus

- einem Drang, die Beine zu bewegen, oft verbunden mit Missempfindungen,
- einer Bewegungsunruhe,
- einer Verstärkung der Symptome in Ruhe, insbesondere im Liegen, und eine Verbesserung bei körperlicher Aktivität und
- dazu eine Abhängigkeit der Symptome von der Tageszeit – vermehrt abends und am Anfang der Nacht – entspricht den diagnostischen Kriterien der Restless-Legs-Study-Group [10].

In mindestens 60% finden sich ähnliche Beschwerden in der Familie. Schwierig wird die Diagnose dann, wenn andere Körperteile als die Beine betroffen sind.

Sind die Beschwerden am Anfang der Nacht

Tabelle 2. Wann sollte man an eine andere Schlaf-Diagnose als primäre Insomnie denken?

Nachtsymptome:

- Schnarchen, Atempausen, Erwachen mit Erstickungsgefühl
- Restless-legs-Beschwerden vor dem Einschlafen oder während der Nacht
- Motorische Unruhe im Schlaf
- Verhaltensstörungen
- Erwachen mit Kopfschmerzen

Tagessymptome:

- Tagesschläfrigkeit
- Restless-legs-Beschwerden am Abend

vorhanden, wird das Einschlafen erschwert. Nicht selten funktioniert das Einschlafen und der Schlaf wird später durch die Beschwerden unterbrochen.

80% der Patienten mit RLS haben auch periodische Beinbewegungen im Schlaf. In unserer Erfahrung sind periodische Beinbewegungen, die mit zunehmendem Alter immer öfter beobachtet werden, nur selten alleine Ursache einer insomnischen Störung.

Verhaltensauffälligkeiten im Schlaf

Aufwachen aus dem Schlaf mit Verhaltensauffälligkeiten wie Schreien, Sprechen, ausagieren von Träumen oder Schlafwandeln weisen auf Schlafstörungen aus der Gruppe der Parasomnien hin. Differentialdiagnostisch stehen dann immer auch nächtliche epileptische Anfälle zur Diskussion. Eine Abklärung ist dann notwendig, wenn der Schlaf der Person oder ihrer Umgebung gestört wird, wenn eine Eigen- oder Fremdgefährdung besteht oder wenn der Verdacht auf eine epileptische Störung hoch ist. Die Abklärung erfordert eine Untersuchung an einem schlafmedizinischen bzw. epileptologischen Zentrum.

Psychische Störungen

Bei etwa 40% aller Patienten, welche an einem schlafmedizinischen Zentrum wegen Insomnie

Tabelle 4. «Genussmittel» und ihr Einfluss auf den Schlaf.

Koffein: ist ein Xanthin-Derivat und wirkt auf den Schlaf vor allem über den Adenosin-Rezeptor-Antagonismus (Halbwertszeit $4,9 \pm 1,8$ h). Die subjektive Empfindlichkeit ist individuell sehr verschieden.

Nikotin: Bei chronischen Rauchern ist die Schlaf latenz verlängert und der Wachanteil im Schlaf generell erhöht. Bei der kurzen Halbwertszeit des Nikotins ($2,0 \pm 0,7$ h) kann es auch zu nächtlichen Entzugsreaktionen kommen, die wiederum den Schlaf stören.

Alkohol: Bei chronischem Gebrauch führt der Alkohol zu einer Vermehrung der Schlafunterbrechungen und über die ganze Schlafdauer zu einer Verminderung des Tiefschlafs. Nach dem Entzug kommt es zu einer weiteren Schlafverschlechterung, die über Monate anhalten kann. Alkohol kann Atemstörungen im Schlaf und RLS verstärken.

behandelt werden, ist eine psychiatrische Erkrankung erkennbar. Meistens handelt es sich um Angststörungen oder Depressionen [11]. In der Praxis eines Grundversorgers dürfte dieser Anteil jedoch geringer sein.

Tabelle 3. Insomnische Störungen bei häufig angewendeten Medikamenten.

Anitidepressiva:

Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), trizyklische Antidepressiva wie z.B. Clomipramin (Anafranil®)

MAO-Hemmer, z.B. Meclobemid (Aurorix®)

Spez. Noradrenalinaufnahmehemmer (Edronax®)

Andere: Venlafloxin (Efexor®)

Weniger oder nicht: Trimipramin (Surmontil®), Trazodon (Trittico®), Nefazolon, Mianserin (Tolvon®), Amitriptylin (Saroten ret.®)

Antihypertensiva:

Zentralwirksame: Methyldopa (Aldomet®), Clonidin (Catapresan®)

β-Blocker

Nicht aber: Kalziumantagonisten und ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten

Bronchodilantien:

Xanthin-Derivate: Theophyllin und Aminophyllin

Hormone in überphysiologischen Dosierungen

Hormone:

Glukokortikoide

Thyroxin

Zentral wirksame Sympathomimetika:

Stimulantien: Methylphenidat (Ritalin®), Modafinil (Modasomil®), Pemolin

Antihypotonika

Medizinische und neurologische Erkrankungen, welche typischerweise Insomnien verursachen

Neben medizinischen Ursachen (eine den Schlaf störende Grunderkrankung liegt vor) können auch Alkohol, Koffein, Drogen und Medikamentengebrauch zu Schlafstörungen führen (Tab. 3 und 4). Beim Alkohol, der immer wieder wegen seiner sedierenden Wirkung als Einschlafhilfe benutzt wird, kommt es vorwiegend zu Durchschlafstörungen oder Erwachen in den frühen Morgenstunden.

Neurologie

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen;
- Demenz;
- M. Parkinson;
- Nächtliche Anfälle;
- Nächtliche Kopfschmerzen;
- Schädel-Hirn-Trauma.

Medizin

- Hypo-/Hyperthyreose;
- Gastroösophagealer Reflux;
- Nächtliches Asthma;
- COPD;
- Fibromyalgie;
- Prostatahyperplasie;
- Herzerkrankungen.

Medikamente, Genussmittel und Drogen

Insomnien können durch Medikamente, Genussmittel und Drogen ausgelöst und verstärkt werden (siehe Tab 4).

Zu beachten sind auch die nicht selten auftretenden paradoxen Reaktionen z.B. bei Benzodiazepinen.

Behandlung

Finden sich in der Anamnese Hinweise auf eine sekundäre Form einer Insomnie, sollte diese Störung spezifisch behandelt werden und gleichzeitig das Verhalten der Schlafstörung unter der Therapie verfolgt werden. So wissen wir, dass wir Depressionen erfolgreich behandeln können, ohne dass sich damit die Schlafstörung verbessern lässt.

Beim Vorliegen einer primären Insomnie stehen für uns nichtmedikamentöse Therapieverfahren im Vordergrund – wie wir dies noch im 2. Teil des Artikels (Forum Heft 43) begründen werden.

Grundsätzlich werden akute Insomnien, wenn notwendig, mit Medikamenten über eine begrenzte Zeitdauer behandelt. Bei chronischen Insomnien stehen klar nichtmedikamentöse Verfahren im Vordergrund.

Medikamentöse Behandlung der Insomnie

Eine Verabreichung von Hypnotika führt nicht zu einer kausalen Behandlung einer Schlafstörung – so wird der Schlaf nach dem Absetzen unverändert schlecht sein, wenn nicht die schlafstörenden Faktoren verschwinden (akute Insomnie) oder Schlafverhaltensveränderungen als Behandlung mitgeführt werden.

Indikation zur Behandlung mit Hypnotika, heute nur Benzodiazepine oder Benzodiazepin-ähnliche Medikamente

Bei einer *akuten Insomnie* kann der kurzfristige Einsatz von Benzodiazepinen sinnvoll sein. Damit kann bei meist guter Verträglichkeit rasch Abhilfe geschaffen werden und das Entstehen einer erlernten – psychophysiologischen – Schlafstörung verhindert werden.

Bei der Auswahl des Präparates richtet man sich nach der Halbwertszeit:

- Für Einschlafstörungen verwenden wir bevorzugt die neueren, nicht-benzodiazepinartigen Schlafmittel wie Zolpidem oder Zaleplon mit kurzer Halbwertszeit. Alternativ können auch kurzwirksame Benzodiazepine wie Midazolam oder Triazolam eingesetzt werden. Diese Medikamente führen zwar zu einem raschen Einschlafen, nicht selten wacht der Schläfer dann aber nach wenigen Stunden abrupt auf und kann nicht wieder einschlafen.

- Soll das Durchschlafen unterstützt werden, sind Medikamente mit leicht längeren Halbwertszeiten wie Zopiclon oder Oxazepam geeignete. Die lästigste Nebenwirkung von Zopiclon ist die Geschmacksveränderung, die selten auftreten kann und reversibel ist.
- Langwirksame Benzodiazepine verwenden wir selten, da diese häufig zu Beeinträchtigungen (Müdigkeit/Schläfrigkeit) am nächsten Tag führen.

*Verbreichungsart:**kontinuierlich oder intermittierend*

Benzodiazepine aller Art verändern den Schlaf. Elektroenzephalographisch kommt es z.B. zu einer Verminderung der Delta-Wellen. Dennoch wird der Schlaf von den behandelten Individuen meist als gut angesehen. Eine Dosissteigerung wegen abfallender Wirkung erfolgt nur sehr selten.

- Kontinuierliche Behandlung: Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass kontinuierliche Verabreichungsarten eine zuverlässigere Schlafinduktion bewirken als intermittierende Behandlungen. Doch wegen der Gefahr von Toleranzentwicklung und Abhängigkeit sollten diese Medikamente nur kurzzeitig kontinuierlich eingesetzt werden. Beim Absetzen dieser Medikamente kann es zu Rebound-Phänomenen mit verstärkter Schlaflosigkeit und Angst kommen. Dies ist kein Zeichen, dass der Schlaf ohne Medikament nicht möglich ist, sondern ein Übergangsphänomen, welches durch geeignete Massnahmen (siehe nicht-medikamentöse Behandlung) und Information über den Verlauf meist gut bewältigt werden kann. Neuere Studien zeigen aber auch, dass die nicht-medikamentösen Verfahren bei akuten Insomnien ähnlich gute Erfolge bringen wie die medikamentöse Behandlung (siehe 2. Teil des Artikels, Forum Heft 43).

- Intermittierende Behandlung: Bei anhaltenden Schlafstörungen trotz adäquater Verhaltenstherapie kann auch eine Intervall-Behandlung mit diesen Schlafmitteln durchgeführt werden. Die Gabe nur 2–3mal pro Woche verhindert in der Regel eine Toleranzentwicklung und ermöglicht gleichzeitig, den Druck, schlafen zu müssen, zu reduzieren. Dabei ist aber gezeigt worden, dass der Schlaf an den Tagen ohne Medikamente schlecht bleibt und nur an den Medikamententagen als gut oder besser empfunden wird. Dies bedeutet, dass eine solche Behandlung sich immer mit nichtmedikamentösen Techniken verbinden sollte.

*Andere medikamentöse**Behandlungsmöglichkeiten der Insomnie*

Eine weitere Gruppe stellen die schlaffördernden

den Antidepressiva dar. Aufgrund ihrer sedierenden Eigenschaften und der meist geringen bis fehlenden Störung der Schlafarchitektur eignen sie sich besonders zur Behandlung von Schlafstörungen in Verbindung mit affektiven Störungen oder Angststörungen. Gewöhnung, Toleranz und Abhängigkeit sind nicht zu befürchten. Daher können sie zur längerfristigen Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt

werden. Obwohl meist geringere Dosierungen als zur Behandlung psychischer Erkrankungen benötigt werden, können unangenehme Nebenwirkungen die Behandlung erschweren. Auch ist der gezielte Einsatz zum Einschlafen und Durchschlafen ohne die Tagesbefindlichkeit zu beeinträchtigen schwieriger. Beispiele schlaffördernder Antidepressiva sind Mirtazapin, Trimipramin, Amitriptylin, Mianserin oder Trazodon.

Auch niederpotente Neuroleptika (z.B. Levopromazin, Promazin, Pipamperon, Clotiapin, Chlorprothixen) können eingesetzt werden. Hier kommt es aber noch öfters zu Unverträglichkeit und morgendlichem Overhang. Auch der Wirkungseintritt ist weniger gut steuerbar. Manche Patienten berichten, erst 4 Stunden nach Einnahme des Medikamentes einen schlaffördernden Effekt zu bemerken.

Sowohl durch Antidepressiva wie auch bei Neuroleptika kann ein Restless-legs-Syndrom ausgelöst oder verstärkt werden, weshalb in diesem Falle wenn möglich auf solche Medikamente verzichtet werden sollte.

Die Wirksamkeit pflanzlicher Mittel zur Behandlung von Schlafstörungen ist nur hinsichtlich Baldrian einigermaßen belegt. Baldrian-Präparate können den Schlaf leicht verbessern. Johanniskraut wird mehr für die depressiven Begleitsymptome eingesetzt, wirkt sich hier auch meist günstig auf den Schlaf aus. Einzelne Studien weisen auch auf die Wirksamkeit von Ginkgo oder Kawa Kawa hin.

Quintessenz

- Eine Insomnie sollte primär nie als Diagnose, sondern als Symptom mit einer Differentialdiagnose verstanden werden.
- Wir haben unsere Vorstellung von der Beschreibung des Schweregrads, von einem Abklärungsgang und einer Behandlung einer Insomnie dargestellt.
- Sollte eine Behandlung nach 4–6 Wochen keine Verbesserung zeigen, ist vor einer medikamentösen Eskalation eine vertiefte Abklärung angezeigt.
- Wenn die Behandlung einer vermeintlichen Ursache einer sekundären Insomnie keine Schlafverbesserung bringt, kann sehr oft eine verhaltenstherapeutische Therapieform eine Verbesserung der Insomnie bewirken.
- Kein Behandlungserfolg bedeutet meist: falsche Diagnose. Das bedeutet, dass die Geschichte nochmals detailliert erhoben und ein neuer Zugang zur Störung gesucht werden muss. Oft wird es dann sinnvoll sein, die Hilfe eines spezialisierten Zentrums [12] in Anspruch zu nehmen.

Literatur

- 1 Haldemann R, Good M, Holsboer-Trachsler E. Epidemiologische Studie über Schlafstörungen bei Patienten in Schweizer Allgemeinpraxen. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1996;85:1656–62.
- 2 Shorr R, Bauwens S. Diagnosis and treatment of outpatient insomnia by psychiatric and non-psychiatric physicians. *Am J Med* 1992;93:78–82.
- 3 Mercer JD, Bootzin RR, Lack LC. Insomniac's perception of wake instead of sleep. *Sleep* 2002;25:564–71.
- 4 Carskadon M, Dement W, Mitler M, et al. Self report versus sleep laboratory findings in 122 drug free subjects with the complaint of chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 1976;133:1382–8.
- 5 Stepanski E, Zorick F, Roehrs T, Young D, Roth T. Daytime alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. *Sleep* 1988;11:54–60.
- 6 Krystal AD, Edinger JD, Wohlge-muth WK, Marsh GR. NREM sleep EEG frequency spectral correlates of sleep complaints in primary insomnia subtypes. *Sleep* 2002;15:630–40.
- 7 Bonnet MH, Arand DL. 24-hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep* 1995;18:581–8.
- 8 Sateia MJ, Doghramji K, Hauri PJ, Morin CM. Evaluation of chronic insomnia. *An American Academy of Sleep Medicine review*. *SLEEP* 2000;23:243–308.
- 9 Gold AR, Dipalo F, Gold MS, O'Hearn D. The symptoms and signs of upper airway resistance syndrome. *Chest* 2003;123:87–95.
- 10 Walters AS, et al. Towards a better definition of the Restless Legs Syndrome. *Mov Disord* 1995;1:634–42.
- 11 Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ, et al. Clinical diagnosis in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994;17:630–7.
- 12 www.swiss-sleep.ch: hier findet sich eine Liste der in der Schweiz akkreditierten Zentren für Schlafmedizin.