

Schlafstörungen in Form von Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder frühmorgentlichem Erwachen in Verbindungen mit Einschränkung der Tagesbefindlichkeit gehören zu den häufigen Gesundheitsbeschwerden und werden in im klinischen Alltag oft berichtet. Die neueren Diagnosesysteme, wie das amerikanische Diagnostic and Statistical Manual in der 5. Auflage (DSM-5) sowie die sich abzeichnende Neuauflage der *International Classification of Diseases* in der 11. Auflage (ICD-11) konzeptualisieren Insomnie nochmal klarer nicht als Begleitsymptom, sondern als eigenständige diagnostische Entität, als insomnische Störung. Diese Konzeptualisierung trägt den Beobachtungen der letzten Jahre Rechnung, dass eine insomnische Störung einen Risikofaktor darstellt, an weiteren Erkrankungen wie z.B. Depression oder kardiovaskulären Erkrankungen zu erkranken. Weiterhin stellt eine komorbid vorliegende insomnische Störung einen Risikofaktor für einen ungünstigeren Verlauf verschiedener anderer Erkrankungen dar. Dies betont, dass eine schlafspezifische Diagnostik und Behandlung nicht nur zu einer Verbesserung der Schlafstörung, sondern auch zu einer Verbesserung von anderen Gesundheitsparametern und der Lebensqualität beitragen kann. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, hervorzuheben, dass alle internationalen Leitlinien darin übereinstimmen, dass die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) die Therapie der ersten Wahl darstellt – also nicht eine medikamentöse Behandlung. Eine medikamentöse Behandlung ist nur dann indiziert, wenn die kognitive Verhaltenstherapie nicht erfolgreich oder nicht verfügbar ist. Die KVT-I beinhaltet allgemeine Ratschläge zum Schlaf-Wach-Verhalten, als wichtigstes einzelnes Element eine Bettzeit-Restriktion und zusätzlich Entspannungsverfahren und kognitive Elemente, bei denen dysfunktionale Annahmen über Schlaf hinterfragt und korrigiert werden. Gerade die Basiselemente mit Ratschlägen zu gesundem Schlaf-Wach-Verhalten und eine Bettzeit-Restriktion sind in ihrer Wirksamkeit belegt und einfach in den Alltag zu implementieren. Aktuell laufen in der Schweiz wie auch in vielen anderen Ländern Bemühungen, die Implementierung und Verbreitung der KVT-I weiter zu verbessern, um das häufige Störungsbild Insomnie leitliniengerecht und wirksam zu behandeln. Insbesondere kann die bessere Implementierung dazu beitragen, eine weiterhin vorliegende Überverschreibung von Schlafmitteln zu reduzieren.

Ich freue mich, dass *Primary and Hospital Care* hier mit einem aktuellen Beitrag zu Insomnie in diese Richtung geht, denn gerade Hausärztinnen und Hausärzte sind diejenigen, die entscheidend zur besten Versorgung beitragen. In den nachfolgend geplanten Artikeln sollen die Hintergründe der Versorgungssituation in der Schweiz, aber auch das konkrete Vorgehen der KVT-I näher beleuchtet werden.

Prof. Dr. med. Christoph Nissen

Chefarzt, stv. Direktor,

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD) AG,

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Schlafserie Teil 2

Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie in der Hausarztpraxis

Marian Spath^a, Elisabeth Hertenstein^a, Carlotta L. Schneider^a, Ersilia Trinca^a, Anca Calin^a, Micheline Maire^b, Tamara Scharf^b, Reto Auer^b, Christoph Nissen^a,

^a Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD), Bern; ^b Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern, Schweiz

In der ambulanten Grundversorgung sind Schlafstörungen ein häufiger Konsultationsgrund [1]. Schlafstörungen sind oftmals verbunden mit hohem Leidensdruck aufgrund von Einschränkungen in den Alltagsfunktionen und hoher Beschäftigung mit dem Thema Schlaf. Diesen Leidensdruck spürt der Hausarzt oder die Hausärztin häufig im Patientenwunsch nach medikamentöser Therapie.

Fallvignette

Eine 37-jährige Controllerin stellt sich in Ihrer Hausarztpraxis vor. Sie könne seit vier Monaten nicht mehr einschlafen und berichtet von einer starken Beeinträchtigung ihrer Alltagsfunktionen und Leistung bei ihrer Arbeit. Sie mache sich grosse Sorgen um ihre berufliche Zukunft, da ihr aufgrund mangelnder Konzentration zunehmend Leichtsinnsfehler unterliefen. Sie habe schon mehrere schlafspezifische Ratschläge von Freunden und aus dem Internet befolgt. Geholfen habe dies bisher jedoch nicht. Bei starkem Leidensdruck habe sie seit einer Woche ein Schlafmittel eingenommen, das sie von ihrem Vater erhalten habe. Die Packung sei nun leer. Sie fragt nach einem Rezept für ein Schlafmittel, da ihre Lage sonst noch prekärer werde.

Einleitung

Insomnien beschreiben Zustandsbilder, die sich durch eine Beeinträchtigung der Schlafdauer oder der Schlafqualität definieren und in der Folge zu einer verminderten Leistungsfähigkeit im beruflichen und sozialen Alltag führen [2]. Bezüglich der Dauer ist zwischen einer akuten Insomnie (unter drei Monaten) und einer chronischen Insomnie (über drei Monaten) zu unterscheiden. Durch die Wahl des Zeitraumes über drei Monate differenziert die Diagnostik zwischen akuten Auslösern (z.B. Prüfungsstress, plötzlicher

Arbeitsplatzverlust) und einer Symptompersistenz nach Abklingen einer Akutsituation mit möglichen aufrechterhaltenden Faktoren einer Insomnie.

Die leere Packung in den Händen der Patientin erkennen Sie als Packung einer Z-Substanz. Sie klären die Patientin über die Wirkung, mögliche Nebenwirkungen, Toleranzentwicklung und Abhängigkeitspotential auf. Die Patientin berichtet, dass ihr Vater das Medikament seit Jahren einnehme und die letzten Tage vergeblich versucht habe, ohne medikamentöse Hilfe einzuschlafen. Er habe sich vorgestern bei seinem Hausarzt vorgestellt. Ihre Mutter habe berichtet, dass er sein Medikament einmal für den Urlaub im Ausland vergessen habe, was zu einer schwierigen Zeit geführt habe. Das wolle die Patientin für sich nicht wiederholen. Angesprochen auf eine schlafspezifische Verhaltenstherapie gibt die Patientin an, davon bisher noch nichts gehört zu haben.

Gemäss aktuellen Leitlinien ist die kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie (KVT-I) die Therapie der Wahl für chronische Insomnie [2]. Der verhaltensbezogene Ansatz zeigt sich der pharmakologischen Therapie in Hinblick auf die Erfolgsrate in der Langzeittherapie überlegen. Leitliniengerecht wäre ein Einsatz von Hypnotika nur bei fehlendem Therapieerfolg oder mangelnder Verfügbarkeit der KVT-I. [2] Der hohen Wirksamkeit der Benzodiazepine oder Z-Substanzen in der Kurzzeittherapie steht eine schwache Evidenz in der Langzeittherapie gegenüber [3].

Das Ziel dieses Artikels ist eine Vorstellung der KVT-I zur Unterstützung der Verbreitung und vermehrter Implementierung der Therapie in der Primärversorgung. Wir möchten am Fallbeispiel die verschiedenen Elemente der KVT-I vorstellen und das Interesse sowie das Bewusstsein für eine nicht-pharmakologische Therapie der Insomnie verstärken. Für Interessierte bestehen zur Vertiefung der Fachkenntnisse spezifische Fortbildungsmöglichkeiten.

Im Sinne eines gestuften Vorgehens besteht für Hausärzte und Hausärztinnen generell die Möglichkeit, bei Insomnie mit Elementen der KVT-I zu arbeiten. So kann die Hausärztin beispielsweise ein Schlafstagebuch führen lassen und mit psychoedukativen sowie verhaltenstherapeutischen Elementen arbeiten. Ein erster Therapieerfolg lässt sich hiermit häufig erzielen.

Bei unzureichender Besserung oder fehlenden zeitlichen Ressourcen besteht die Möglichkeit zur Überweisung an einen Spezialisten oder eine Spezialistin.

Vor diesem Hintergrund sollte die individuelle Behandlungsplanung gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden. So sind nicht nur der persönliche Hintergrund und aktuelle Lebensumstände des Patienten zu berücksichtigen, sondern ebenfalls die individuellen zeitlichen Ressourcen und spezifischen Möglichkeiten im hausärztlichen Praxisalltag.

Tabelle 1: Übersicht über die verschiedenen Therapieoptionen.

Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie – Therapie der 1. Wahl

Sehr gute Evidenz, stabile Langzeiteffekte

Pharmakotherapie

falls KVT-I nicht verfügbar oder wirkungslos

Benzodiazepine und Benzodiazepin-Rezeptor-Agonisten (Z-Substanzen)

Für Kurzzeitbehandlung (unter 4 Wochen) gute Evidenz

Langzeitbehandlungen vermeiden (fehlende Evidenz, Risiko von Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung)

Sedierende Antidepressiva (off-label) für Kurzzeitbehandlung möglich bei fehlender Evidenz für Effizienz bei Langzeitbehandlung, potentielle Nebenwirkungen beachten, Beispiele: Mirtazapin 7,5–15 mg/d, Trazodon: 12,5–50 mg/d (unretardiert bevorzugen), Trimipramin 10–50 mg/d

Antihistaminika (off-label): Nicht empfohlen aufgrund des fehlenden Wirksamkeitsnachweises

Antipsychotika (off-label): Nicht empfohlen aufgrund eines ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles bei Insomnie – Chlorprothixen, Quetiapin, Olanzapin: Nebenwirkungen bei geringer Evidenz

Melatonin und Melatonin-Rezeptor-Agonisten: Nicht empfohlen, wenig effektiv bei Insomnie ohne zirkadiane Rhythmusstörung

Agomelatin: Evidenz gering bei Insomnie

Phytotherapie, wie z.B. Baldrian, Hopfen, Passionsblume, Kamille: Nicht empfohlen aufgrund fehlender Wirksamkeit

In der Schweiz gibt es mehrere Schlafzentren, die grösstenteils auch KVT-I anbieten. Eine Liste ist auf der Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC) zu finden (swiss-sleep.ch/wp-content/uploads/2020/12/Web-Liste-und-Adressen-der-Zentren-f%C3%BCr-Schlafmedizin-der-SGSSC-2020_111.pdf)

Ebenfalls bieten die kantonalen Fachgesellschaften für Psychotherapie häufig Online-Angebote mit Informationen zu Psychotherapien. Dies bietet Hausärzten und Hausärztinnen die Option, Patienten und Patientinnen an speziell geschultes Fachpersonal für die KVT-I zu überweisen. In den Schlafsprechstunden (beispielsweise im Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrum, SWEZ, Bern) wird die KVT-I mit mindestens vier Sitzungen angeboten. Bei langjähriger Insomnie können auch mehr Sitzungen notwendig sein.

Eine medikamentöse Therapie mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen kann eine kurzzeitige Therapieoption für maximal 2–4 Wochen darstellen, falls ein schwerer und transients Stressor vorliegt (beispielsweise eine anstehende Herzoperation) [4]. Diese sollte jedoch nicht in eine Langzeittherapie übergehen. Eine kritische Evaluation ist notwendig, da sich mit fortwährender Einnahmedauer der therapeutische Nutzen der medikamentösen Intervention den Gefahren einer

Toleranzentwicklung und Abhängigkeit unterordnen kann. Bei Patienten und Patientinnen mit einem schädlichen Substanzgebrauch in der Vorgeschichte ist generell von einer Behandlung mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen abzuraten.

Psychoedukation

Bei der Psychoedukation handelt es sich um das gemeinsame Erarbeiten von schlafbezogenem Grundlagewissen und dessen Umsetzung im Alltag. Schlafstörungen sind häufig begleitet von Verunsicherung und Ängsten. Eine frühzeitige Information über verschiedene Schlafbedürfnisse, individuelle chronobiologische Typen und physiologische Veränderung des Schlafes können bei vielen Patienten und Patientinnen die Sorgen mildern. Hierzu zählt, dass der Schlafbedarf individuell grosse Unterschiede aufweist und zwischen einem Wert von 5 und 10 Stunden als normal angesehen werden kann. Weiterhin bekannt sind verschiedene genetisch bestimmte Chronotypen. Wer früh aufsteht und früh zu Bett geht, gehört tendenziell dem Chronotyp der Lerche an. Wer bevorzugt später einschläft und später aufwacht kann sich zu den Eulen zählen. Dies sind keine Pathologien, sondern genetisch mitbestimmte unterschiedliche circadiane Rhythmen mit unterschiedlich präferierten Schlaf- und Aktivitätszeiten [5].

Unser Schlafrhythmus verändert sich auch über die Lebenszeit. Mit dem Alter nimmt die Schlafdauer meist ab. Dies ist ebenfalls physiologisch und besitzt keinen Krankheitswert.

Die folgenden Empfehlungen können für alle Patienten und Patientinnen mit Schlafstörungen eingesetzt werden:

- Einhalten eines Schlafrhythmus insbesondere mit regelmässigen Aufstehzeiten (plus/minus 1 h), auch am Wochenende.
- Kein Nachholen des Schlafes während des Tages, um den Schlafdruck zu erhöhen.
- Sofern es die Wohnbedingungen erlauben, sollte in einem Zimmer geschlafen werden, das nicht multifunktional verwendet wird (z.B. für die Arbeit), um die Verbindung des Schlafzimmers zu Ruhe, Erholung und Schlaf zu festigen.
- In der Nacht nicht auf die Uhr sehen. Sowohl das Licht als auch der innerlich erzeugte Druck («Count-down der Schlafstunden») beeinträchtigen den Schlaf.
- Verzicht auf Alkohol (sedierend, nicht schlaffördernd), Nikotin (stimulierend) und Koffein am Abend (HWZ: 5–6 Stunden).
- Einführen eines beruhigenden Abendrituals.

Es ist wichtig, die individuellen Bedürfnisse und schlafstörenden Faktoren zu eruieren und gezielt zu thematisieren. Ein Einhalten der Ratschläge über einen Zeitraum von 4–6 Wochen ist zur Erfolgsbeurteilung nötig.

Im Gespräch berichtet die Patientin, dass sie häufig abends mit ihrem Laptop im Bett arbeite. Sie lege den Laptop meist gegen 21:00 Uhr beiseite, bleibe im Bett und könne nicht einschlafen. Den fehlenden Nachtschlaf versuche sie mit einem etwa 1-stündigen Mittagsschlaf auszugleichen. Alkohol konsumiere sie nur gelegentlich am Wochenende, Kaffee trinke sie morgens eine Tasse um 7:00 Uhr und einen doppelten Espresso um 16:00 Uhr. Nach Besprechung der Empfehlungen zeigt sich die Patientin motiviert, diese in den nächsten Wochen umzusetzen.

Bettzeitrestriktion und Stimuluskontrolle

Die Bettzeitrestriktion stellt den zentralen Wirkfaktor der KVT-I dar. Über eine Steigerung des Schlafdrucks wird ein besseres Einschlafen, Durchschlafen und qualitativ besserer Schlaf ermöglicht. Initial führt die Person für zwei Wochen ein Schlaftagebuch (https://schlaf.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/kompetenzzentren/schlaf/Schlaftagebuch.pdf). Im Anschluss wird die mittlere Schlaffeffizienz in Prozent berechnet (tatsächliche Schlafzeit geteilt durch die Bettliegezeit, multipliziert mit 100). Eine gesunde Schlaffeffizienz liegt bei Menschen unter 60 Jahren bei etwa 85%, bei Menschen ab 60 Jahren bei etwa 80%. Liegt die Schlaffeffizienz darunter, sollte mit der Bettzeitrestriktion begonnen werden.

Beispiel: Bettliegezeit der Patientin 21:00 bis 7:00 Uhr, Schlafzeit 00:30 bis 7:00 Uhr.

Schlafzeit 6,5 Stunden / Bettliegezeit 10 Stunden * 100 = Schlaffeffizienz von 65%.

Zusammen mit den Patienten wird eine individuelle Bettzeit vereinbart, die ungefähr der Gesamtschlafzeit entspricht. Weiterhin wird diese, je nach Chronotyp, Präferenz und Lebensumständen, an fixe Zeiten des Zubettgehens und Aufstehens gekoppelt.

Beispiel: Neue Bettliegezeit der Patientin 0:00 bis 6:30 Uhr. Es wird empfohlen, auf Mittagsschlaf zu verzichten, um den Schlafdruck für den Nachtschlaf zu erhöhen.

Während des Einhaltens dieser Zeiten führt die Person weiterhin ein Schlaftagebuch. In der wöchentlichen Analyse kann ab einer Schlaffeffizienz von 90% bei Personen unter 60 Jahren und bei 85% bei Personen über 60 Jahren die Bettzeit ggf. um 15 Minuten erhöht werden und bei einer Effizienz von unter 80% um 15 Minuten reduziert werden. Bei grossen Abweichungen ist

auch eine Änderung um 30 Minuten möglich. Dieses Vorgehen wird wiederholt, bis der Patient von einer subjektiv guten Schlafqualität berichtet.

Kernelement ist die Verbindung von Bett zu Schlaf. Bei chronischen Insomnien kann der Gedanke an Schlaf oder das eigene Bett einen Stressor darstellen, da diese Themen mit frustrierten Einschlafversuchen gekoppelt sein können. Eine verkürzte Bettzeit ist, auch im Sinne einer Stimuluskontrolle, verbunden mit einer Reduktion von unerwünschten kognitiven Prozessen wie beispielsweise nächtlichem Grübeln. Es ist wichtig, die Verbindung von Bett zu Schlaf neu zu erlernen. Es konnte gezeigt werden, dass auch in der Hausarztpraxis eine Intervention in zwei Sitzungen durch Schlafrestriktion den Schlaf des Patienten im Langzeitverlauf signifikant verbessert [6].

Wichtig ist eine Aufklärung über mögliche Nebenwirkung der Bettzeitrestriktion. Initial kann es zu einer Verstärkung der Tagesmüdigkeit, Schläfrigkeit und Erschöpfung kommen. Gegebenenfalls muss auf das Autofahren oder die Handhabung von gefährlichen Maschinen verzichtet werden [7].

Kognitive Therapie

Die kognitive Therapie zielt auf eine Stärkung der Wahrnehmung von Kognitionen sowie eine Veränderung von deren Gefühls- und Verhaltenskonsequenzen ab. Das Ziel ist es, mit der Person zu erarbeiten, dass nicht ausschliesslich die Ausgangssituation der Insomnie negative Emotionen verursacht, sondern auch deren emotionale Bewertung. Hierbei kommt es vom ersten kognitiven Bewertungsschritt einer Ausgangssituation («Gut oder schlecht für mich?») zur zweiten Bewertung («Kann ich die Ausgangssituation bewältigen?»). Dysfunktionale Bewertungen sowie negative Erwartungshaltungen («Ich kann sowieso nicht schlafen.» / Beim Blick auf die Uhr: «Ich bin immer noch nicht eingeschlafen.»), Katastrophisieren («Wenn ich heute nicht schlafen kann, geht morgen alles schief.») sollte als Problem der emotionalen Bewertung identifiziert werden. Je höher die subjektive Bedeutung der Ausgangssituation und je niedriger die erwartete Selbstwirksamkeit, umso stärker zeigt sich die Wirkung auf das Stressniveau. Diese Stress- und Arousalzustände können einen gesunden Ein- und Durchschlafprozess weiter einschränken. Das Ziel der kognitiven Therapie ist es daher, katastrophisierende Bewertungen zu verändern und das Selbstwirksamkeitserleben zu stärken. Dies geschieht u.a. durch Diskussion der Kognitionen im sogenannten sokratischen Dialog und durch Verhaltensexperimente. Ein solches Verhaltensexperiment kann z.B. darin bestehen, ein-

mal bewusst nur eine begrenzte Zeit (z.B. 4 h) zu schlafen und die Konsequenzen dieser Schlafrestriktion auf die Tagesbefindlichkeit und Leistungsfähigkeit zu evaluieren.

Vor Therapiebeginn sollte mit der betroffenen Person eruiert werden, welche dysfunktionalen Gedanken ihn oder sie am Einschlafen hindern, beziehungsweise einen emotionalen Stressor darstellen.

In diesem Fall sollte eine kognitive Therapie darauf abzielen, dysfunktionale Gedanken zu bearbeiten und realitätsnahe, hilfreiche Kognitionen zu etablieren. Sollte es dennoch zu schlafstörendem Gedankenkreisen kommen, sollte die Person angeleitet werden, aufzustehen und sich, soweit möglich, in einem anderen Zimmer zielorientiert mit dem Problem zu beschäftigen. Wichtig ist eine Verstärkung der Assoziation des Schlafzimmers mit Entspannung und Ruhe.

Entspannungsverfahren

Als körperliches Entspannungsverfahren ist die Progressive Muskelrelaxation (PMR) zu empfehlen. Es gibt mittlerweile mehrere Online-Tutorials in Form von Videos, Audiodateien und Manuskripten zur freien Verfügung. Die PMR fokussiert auf die Unterscheidung von Anspannung und Entspannung und hilft dabei, diesen Unterschied bewusst wahrzunehmen. Es empfiehlt sich zu Beginn der Therapie, die PMR tagsüber durchzuführen und zu erlernen. Wenn die Übung gut beherrscht wird, kann diese in Einschlafsituationen verwendet werden. Es droht bei direkter Verwendung als Einschlafübung und zu hoher Erwartung ein zu schneller Therapieabbruch bei ausbleibendem Erfolg.

Auch kognitive Entspannungsverfahren wie ein Ruhebild oder eine Fantasiereise können eingeübt werden. Ruhebilder zeigen ein hohes Ausmass an Individualität, je nachdem was ein Patient als beruhigend erachtet. Eine therapeutische Vorgabe empfiehlt sich daher nicht. Möglich ist eine gemeinsame Erarbeitung von besonders positiv erlebten und entspannenden Momenten. Wichtig ist, eine möglichst detailgetreue Ausarbeitung mit Farben, Gerüchen, Licht etc. Eine Beteiligung aller fünf Sinne ist erwünscht.

Sie treffen die Patientin zwei Wochen nach der Erstkonsultation. Sie gibt an, dass noch nicht alles perfekt sei, aber sie zuletzt besser schlafen könne. Die ersten Tage seien schwierig gewesen. Den Mittagsschlaf habe sie initial vermisst, jedoch fühle sie sich aufgrund eines besseren Nachtschlafes tagsüber nun deutlich erholt. Statt des Mittagsschlafes übe sie nun die PMR und beschreibe ein besseres Körpergefühl. Ihr ausgefülltes Schlafstagebuch legt sie Ihnen vor. Die Bettzeiten werden gemeinsam angepasst.

Komplikationen und Limitationen der KVT-I im hausärztlichen Alltag

Der erste Schritt bei Insomnie ist für viele Betroffene oft nicht der Gang zum Arzt oder zur Ärztin, sondern ein Ausprobieren verschiedener Verhaltensweisen und Ratschläge. Die Erfolglosigkeit der bisherigen Interventionen führt oft zu einer negativen Erwartungshaltung gegenüber neuerlichen nicht-medikamentösen Therapien. Daher begegnen Patienten und Patientinnen der KVT-I anfänglich häufig mit Skepsis, speziell wenn eine Erwartungshaltung an den ärztlichen Rezeptblock besteht. Es lohnt sich jedoch, mit ihnen die wichtigsten Empfehlungen zur Schlafgesundheit erneut zu besprechen. Nicht selten finden sich scheinbar offensichtliche schlafhindernde Verhaltensweisen neben der Aussage, bereits alles probiert zu haben, um den Schlaf zu verbessern.

Weiterhin ist es wichtig, bei Verhaltensänderungen auf die notwendige Zeit bis zu den ersten Therapieerfolgen hinzuweisen. Häufig werden Verhaltensänderungen schnell beendet, falls kein unmittelbarer Erfolg eintritt. Zu Beginn der Therapie ist es daher wichtig, die Person zu motivieren, die Therapie fortzuführen, auch wenn initial beispielsweise die Bettzeitrestriktion zu einer kurzzeitigen Zunahme der Müdigkeit führt [7]. Es lohnt sich zu betonen, dass nicht die Schlafzeit reduziert wird, sondern die ungenutzte Bettzeit. Auch bei reduzierter Bettzeit kann ausreichend geschlafen werden.

Bei diagnostisch klarer Insomnie kann die hausärztlich begleitete Durchführung von Empfehlungen zur Schlafgesundheit, Bettzeitrestriktion und Führen eines Schlaftagebuchs zu einer Verbesserung des Schlafes führen und eine medikamentöse Behandlung unnötig machen. Speziell die kognitive Therapie stellt sowohl fachlich als auch zeitlich besondere Herausforderungen an den Primärversorger. Bei unzureichender Besserung kann eine Überweisung zum Spezialisten oder zur Spezialistin indiziert sein. Ebenfalls ist eine Überweisung an ein Schlafzentrum zu empfehlen bei Verdacht auf Komorbiditäten wie obstruktives Schlafapnoesyndrom, Narkolepsie oder REM-Schlaf-Verhaltensstörung.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Maire M, Linder S, Dvořák C, Merlo C, Essig S, Tal K, et al. Prevalence and management of chronic insomnia in Swiss primary care: cross-sectional data from the "Sentinella" practice-based research network. *J Sleep Res.* 2020 Oct;29(5):e13121. 10.1111/jsr.13121325885191365-2869
- 2 Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017 Dec;26(6):675–700. 10.1111/jsr.12594288755811365-2869
- 3 Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev.* 2009 Jun;13(3):205–14. 10.1016/j.smrv.2008.06.001192016321532-2955
- 4 National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance on the Use of Zaleplon, Zolpidem and Zopiclone for the Short Term Management of Insomnia. Technology Appraisal Guidance 77. London: NICE, 2004.
- 5 Vitale JA, Roveda E, Montaruli A, Galasso L, Weydahl A, Caumo A, et al. Chronotype influences activity circadian rhythm and sleep: differences in sleep quality between weekdays and weekend. *Chronobiol Int.* 2015 Apr;32(3):405–15. 10.3109/07420528.2014.986273254695971525-6073
- 6 Falloon K, Elley CR, Fernando A 3rd, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2015 Aug;65(637):e508–15. 10.3399/bjgp15X686137262128461478-5242
- 7 Kyle SD, Miller CB, Rogers Z, Siriwardena AN, Macmahon KM, Espie CA. Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: implications for the clinical management of insomnia disorder. *Sleep.* 2014 Feb;37(2):229–37. 10.5665/sleep.3386244976511550-9109
- 8 Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, Douglas NJ, Hames P, et al. A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep.* 2012 Jun;35(6):769–81. 10.5665/sleep.187226541961550-9109

Prof. Dr. med.
Christoph Nissen
Chefarzt, stv. Direktor
Universitätsklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitäre Psychiatrische
Dienste (UPD), Bern
Bolligenstr. 111
CH-3000 Bern
christoph.nissen[at]upd.ch

Fazit für die Praxis

- Die Kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie (KVT-I) stellt gemäss aktuellen Leitlinien die Behandlung der ersten Wahl bei chronischer Insomnie dar.
- Der Effekt der KVT-I zeigt sich meist etwas zeitverzögert, ist jedoch in der Langzeittherapie der erfolgreichste Ansatz.
- Die Bettzeitrestriktion stellt einen zentralen Wirkfaktor der KVT-I dar. Die Aufklärung über initiale Tagesschläfrigkeit kann die Therapieadhärenz verbessern.
- Benzodiazepine und Z-Substanzen sind, soweit möglich, aufgrund des Risikos einer Toleranz- oder Abhängigkeitsentwicklung zu vermeiden.
- Eine chronische Insomnie kann das Risiko für somatische Erkrankungen (wie kardiovaskuläre Erkrankungen) oder psychische Erkrankungen (wie Depression) erhöhen.
- Insomnien sind häufig und mit einem hohem Leidensdruck verbunden.
- Alternativ können sedierende Antidepressiva (off-label) eingesetzt werden.