

## Factsheet: Schlafstörungen

Das Factsheet soll Sie als Ärztin/Arzt beim Einsatz des dazugehörigen EVIzeptes unterstützen. Es liefert über das EVIzept hinausgehende Informationen zu Indikation, Kontraindikation, Nebenwirkungen, Tipps und die dazugehörigen Quellenangaben.

### Einführung:

Ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die unter Schlaflosigkeit leiden haben auch Probleme im Bereich der physischen Gesundheit.

### Intervention:

Aufklärung der Patientin/des Patienten über **Schlafhygiene** und **Reizkontrolle** und zugeschnittene Beratung über die **Limitierung der Zeit, die im Bett verbracht** wird, um das Schlafverhalten zu verändern.

Die Erklärung für die Wirkung dieser Maßnahmen ist, dass das körpereigene System der Schlafregulation (homöostatische und circadiane Antriebe) durch Veränderungen im Verhalten während des Wachseins modifiziert werden kann.

### Indikationen:

#### **Chronische primäre Schlaflosigkeit im Erwachsenenalter**

Primäre Schlaflosigkeit ist definiert als: Wiederholt auftretende Probleme bzw. Schwierigkeiten beim Einschlafen, bei der Schlafdauer, der Schlaftiefe und der Schlafqualität, obwohl ausreichend Zeit und Möglichkeit zum Schlafen besteht, andauernd für mindestens ein Monat.

### Wichtige Aspekte, die berücksichtigt werden müssen:

- Die Diagnose primäre Schlaflosigkeit muss gesichert sein und keine anderen Ursachen für die Schlaflosigkeit vorliegen (z.B.: Angstzustände, Depressionen, exzessiver Alkoholkonsum, Schmerzen).
- Bei Personen, die über übermäßige Schläfrigkeit tagsüber klagen, sollte an eine obstruktive Schlafapnoe gedacht werden.
- Bei Personen mit bipolaren Störungen sollten Maßnahmen der Schlafrestriktion vermieden werden, da dadurch manische Episoden ausgelöst werden können.
- Schlafrestriktion als Therapie ist kontraindiziert bei Patientinnen und Patienten mit unbehandelten psychischen Erkrankungen, Anfallserkrankungen, ausgeprägter Schläfrigkeit tagsüber und Personen die bereits unbewusst eine Schlafrestriktion anwenden (< sechs Stunden im Bett).
- Personen, die ein Fahrzeug steuern, müssen darüber aufgeklärt werden, dass es zur

Beginn der Therapie zu einer Verschlechterung der Symptome des Schlafentzugs kommen kann. Bei Personen, die schwere Maschinen bedienen müssen, sollte die Therapie im Urlaub begonnen werden.

### Nebenwirkungen:

In den ersten Wochen nach Beginn der Therapie können Müdigkeit und Symptome des Schlafentzugs auftreten.

### Verfügbarkeit:

Die Verhaltenstherapie kann von jeder Allgemeinmedizinerin/jedem Allgemeinmediziner durchgeführt werden. Man benötigt dazu kein zusätzliches Training bzw. keine zusätzlichen Messinstrumente für den Schlaf wie z.B.: Polysomnograph oder Aktigraph (Messung der Bewegung während des Schlafs).

Schlafstagebücher stehen online zum Ausfüllen oder Ausdrucken zur Verfügung.

### Therapiebeschreibung:

Es wurden zwei randomisierte Studien zur Bestätigung der Wirksamkeit der Verhaltenstherapie bei Schlaflosigkeit verwendet. Diese zwei waren leicht unterschiedlich im Aufbau und der Durchführung:

#### **Therapie 1:**

In der Studie, welche von Buysse et. al (2011) (1) durchgeführt wurde, erhielten Patientinnen und Patienten **Beratung über Reizkontrollstrategien und Restriktion der Zeit**, die im Bett verbracht wird. Die Behandlung wurde in zwei Vieraugengesprächen erläutert (eine initiales 45 Minuten Gespräch gefolgt von einem weiterem 30 Minuten Gespräch zwei Wochen später). Innerhalb von weiteren vier Wochen erfolgten zwei weitere, je 20-minütige Telefongespräche.

#### **Therapie 2:**

In der Studie von Fernando et. al (2013) (3) erhielten Patientinnen und Patienten **Empfehlungen zur Schlafhygiene und Beratung über die Restriktion der Zeit** die, im Bett verbracht wird. Die Behandlung wurde in zwei Gesprächssitzungen mit der Hausärztin/dem Hausarzt erläutert. Vor der ersten Sitzung war jedoch vorgesehen, dass die Patientin/der Patient ein zweiwöchiges Schlafstagebuch führen sollte. Die Informationen aus dem Tagebuch wurden verwendet, um einen individualisierten Plan bezüglich der Schlaf- und Wachzeiten zu erstellen. Nach zwei Wochen der Anwendung des Schlafplans wurde das zweite Gespräch durchgeführt.

### Restriktion der Zeit, die im Bett verbracht wird:

Die Zeit, die die Patientin/der Patient im Bett verbringt soll limitiert werden, um somit den allgemeinen Schlaf zu verbessern. Diese Maßnahme inkludiert folgende Schritte:

- Identifizierung wie viele Stunden täglich die Patientin/der Patient im Bett verbringt, und wie viele dieser Stunden tatsächlich geschlafen wird (Berechnung der durchschnittlichen Schlafdauer). Diese Informationen können aus einem Schlaftagebuch gewonnen werden.
- Limitierung der Zeit im Bett auf die berechnete durchschnittliche Schlafdauer (Minimum sind 5-6 Stunden) plus zusätzliche 30 Minuten.
- Anwenden dieser Zeitvorgaben für zwei Wochen bei gleichzeitiger Beobachtung der Schlafqualität mittels eines Schlaftagebuchs. Eventuelle Adaptierung der Restriktion aufgrund der Ergebnisse.

Kommt es nach zwei Wochen zu einer **Verbesserung des Schlafes** und des **Gesamtbefindens** der Patientin/des Patienten kann die Therapie wie begonnen fortgeführt werden.

Kommt es nach den zwei Wochen zu einer **Verbesserung des Schlafes** der Patientin/des Patienten, aber gleichzeitig zu **Symptomen des Schlafentzugs**, werden wöchentlich 30 Minuten an erlaubter Zeit im Bett ergänzt, bis die Symptome des Schlafentzugs verschwinden.

Kommt es zu **keiner Verbesserung des Schlafes** wird versucht die erlaubte Dauer im Bett um 30 Minuten zu kürzen. Die Gesamtzeit darf jedoch nicht unter fünf Stunden fallen.

Jegliche Adaptierung der Therapie sollte für weitere zwei Wochen durchgeführt werden. Kommt es danach immer noch zu keiner Verbesserung sollte eine Überweisung zu einem Schlafspezialisten erfolgen.

### Reizkontrollstrategien:

Diese Therapie basiert auf der Begründung, dass Schlaf ein erlerntes Verhalten ist. Dieses ist abhängig von der Umgebung in der man schläft. Diese Umgebung sollte nur für Schlaf und Geschlechtsverkehr genutzt werden. Anleitungen zur Reizkontrolle für Patientinnen und Patienten beinhalten:

- Jeden Tag zur selben Zeit aufstehen, unabhängig von der Menge oder Qualität des Schlafes.
- Es sollte nur aufgrund von Müdigkeit ins Bett gegangen werden.
- Es sollte nur während des Schlafens im Bett geblieben werden. Sollte die Patientin/der Patient nicht fähig sein innerhalb von 15 – 20 Minuten einzuschlafen

bzw. nach nächtlichem Erwachen innerhalb von 15 – 20 Minuten wieder einzuschlafen sollte das Bett verlassen werden. Es wird dann empfohlen entspannende Aktivitäten auszuführen (z.B.: Lesen eines Buches, Musik hören).

Diese Aktivität sollte allerdings außerhalb des Schlafzimmers erfolgen. Die Rückkehr ins Bett sollte nur bei Müdigkeit erfolgen. Tritt das Einschlafproblem erneut auf, sollen die Maßnahmen wiederholt werden.

- Keine Nickerchen tagsüber.

#### Zusätzliche Tipps zur Schlafhygiene:

- Das Schlafzimmer soll nur zum Schlafen benutzt werden.
- Maximal eine Tasse Kaffee am Morgen, Vermeidung von Alkohol und Zigaretten am Abend, Limitierung anderer schlafbeeinflussender Substanzen.
- Regelmäßige Bewegung kann den Schlaf verbessern. Vermeidung von Training spät am Abend.
- Vergewissern, dass die Schlafumgebung bequem und schlaffördernd ist (richtige Temperatur, wenig Lärm und Licht).
- Es soll vermieden werden vor dem Schlafen übermäßig auf Computerbildschirme zu starren. Weiters soll vermieden werden beim Aufwachen sofort die Uhrzeit zu überprüfen.
- Veränderung der Schlafgegebenheiten, wenn der Schlaf des Partners gestört wird.

#### Tipps und Herausforderungen:

- Es wird empfohlen Patientinnen und Patienten eine schriftliche Beschreibung, sozusagen ein **Rezept**, mitzugeben, auf dem die genauen Informationen zum Schlafverhalten und vor allem zur individuellen Schlafrestriktion stehen.
- Falls die Verhaltenstherapie keine Wirkung zeigt, ist die Überweisung an einen Schlafspezialisten empfohlen.
- Bei der Verhaltenstherapie für Schlaflosigkeit liegt das Hauptaugenmerk auf den Verhaltensänderungen, nicht auf den möglichen kognitiven Komponenten einer Schlafstörung.
- Es wurde festgestellt, dass kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Schlaflosigkeit im Vergleich zu medikamentöser Therapie durchaus effektiv ist. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Verhaltenstherapie eine längere Wirkung zeigt, als alleinige medikamentöse Therapien. Die kognitive Verhaltenstherapie kombiniert dabei sowohl Strategien zur Verhaltensänderung, als auch kognitive Therapie miteinander. Die Durchführung einer solchen Therapie durch eine

Allgemeinmedizinerin/einen Allgemeinmediziner ist allerdings typischerweise nicht möglich, da diese Form der Therapie mehrere Sitzungen (zwischen sechs und acht) und auch spezielles Training benötigt.

### Quellenangaben:

1. *Buysse D, Germain A, Moul D, Franzen P, Brar L, Fletcher M et al.* Efficacy of brief behavioural treatments for chronic insomnia in older adults. Arch Intern Med, 2011;171(10):887-95
2. *Falloon K, Arroll K, Ellery C, Fernando A.* The assessment and management of insomnia in primary care. BMJ, 2011;342:2899. DOI: 10.1136/bmj.d2899
3. *Fernando A, Arroll B, Falloon K.* A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. J Prim Health Care, 2013;55(1):5-10