

# **Prävention und Psychotherapie der Insomnie**

**Dr. phil. Elisabeth Hertenstein  
Ostschweizer Schlafsymposium**



# Gliederung

- I. Empirische Evidenz zur Insomniebehandlung
- II. Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie
- III. Prävention psychischer Erkrankungen
- IV. Akzeptanz und Commitment Therapie

# Insomnie

## A. Mindestens eine (subjektive) schlafbezogene Beschwerde:

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Frühmorgendliches Erwachen

## B. Die Schlafstörung tritt auf, obwohl adäquate Gelegenheiten zum Schlafen vorliegen

## C. Mindestens eine Form von Tagesbeeinträchtigung:

- Müdigkeit
- Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsprobleme
- Veränderungen in der Stimmung
- Tagesmüdigkeit
- Anfälligkeit für Arbeitsunfälle oder Schwierigkeiten beim Autofahren
- Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden
- Sorgen aufgrund der Schlafstörung



# Behandlung der Wahl bei Insomnie



*J Sleep Res.* (2017) 26, 675–700

European insomnia guideline

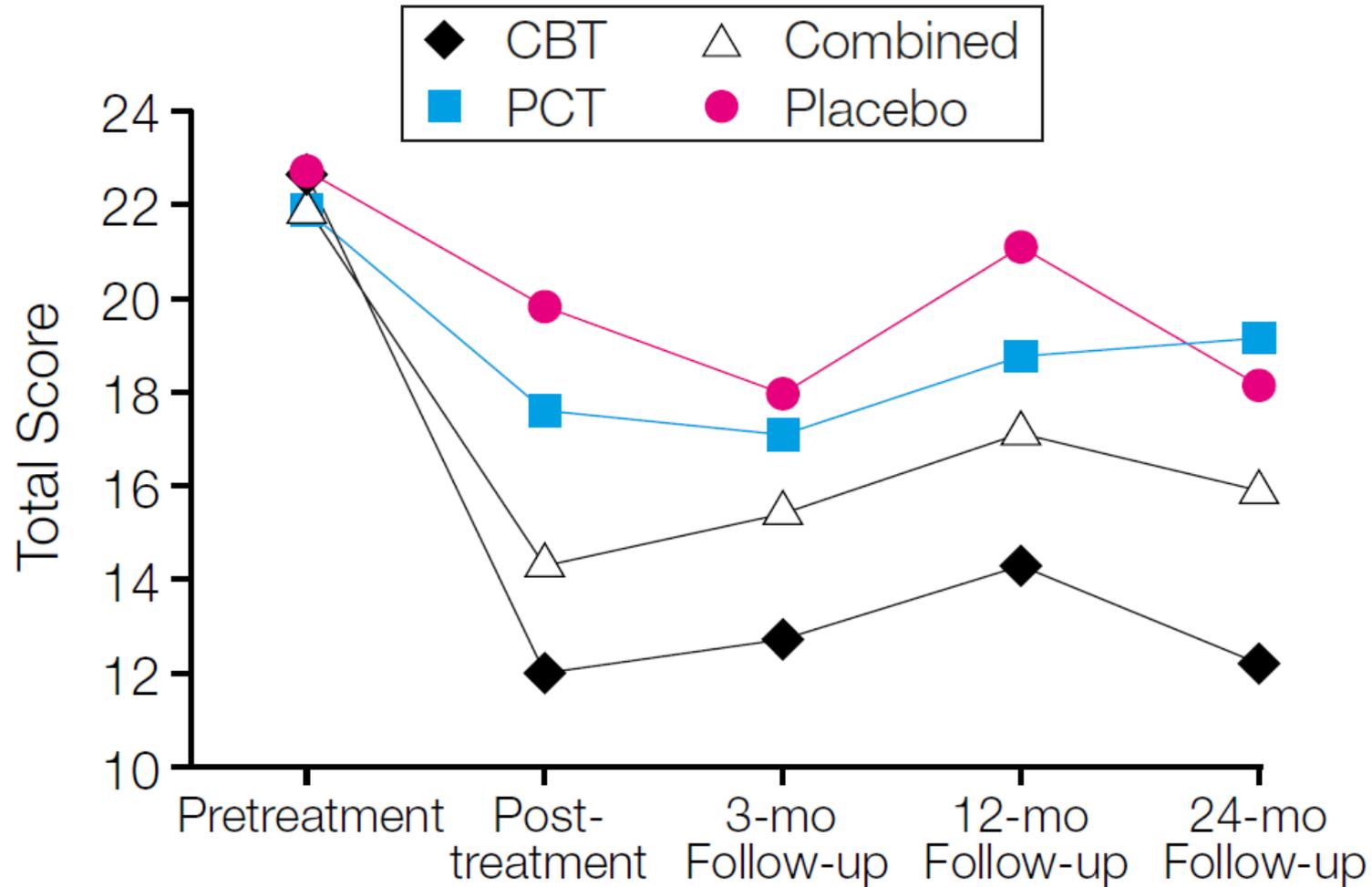
## European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia

DIETER RIEMANN<sup>1</sup> , CHIARA BAGLIONI<sup>1</sup>, CLAUDIO BASSETTI<sup>2</sup>,  
BJØRN BJORVATN<sup>3</sup> , LEJA DOLENC GROSELJ<sup>4</sup>, JASON G. ELLIS<sup>5</sup>,  
COLINA A. ESPIE<sup>6</sup>, DIEGO GARCIA-BORREGUERO<sup>7</sup>, MICHAELA GJERSTAD<sup>8</sup>,  
MARTA GONÇALVES<sup>9</sup>, ELISABETH HERTENSTEIN<sup>1</sup>,  
MARKUS JANSSON-FRÖJMARK<sup>10</sup>, POUL J. JENNUM<sup>11</sup>, DAMIEN LEGER<sup>12</sup>,  
CHRISTOPH NISSEN<sup>1,2,13</sup>, LIBORIO PARRINO<sup>14</sup> , TIINA PAUNIO<sup>15</sup>,  
DIRK PEVERNAGIE<sup>16</sup>, JOHAN VERBRAECKEN<sup>17</sup>, HANS-GÜNTER WEEB<sup>18</sup>,  
ADAM WICHNIAK<sup>19</sup>, IRINA ZAVALKO<sup>20</sup>, ERNA S. ARNARDOTTIR<sup>21,†</sup>,  
OANA-CLAUDIA DELEANU<sup>22,†</sup>, BARBARA STRAZISAR<sup>23,†</sup>, MARIELLE  
ZOETMULDER<sup>24,†</sup> and KAI SPIEGELHALDER<sup>1</sup>

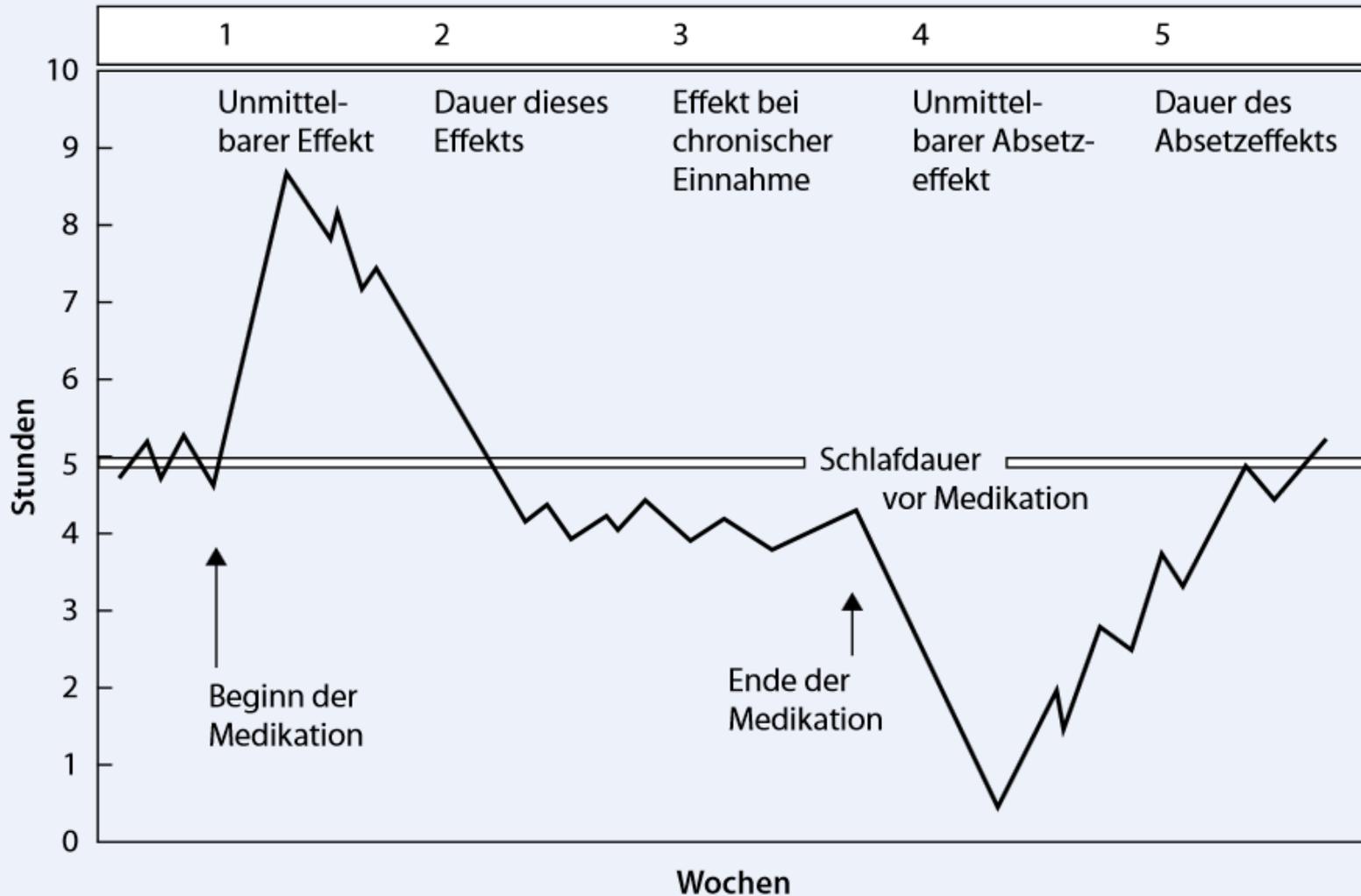
**Kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I) ist Therapie der Wahl für chronische Insomnie für Erwachsene jeden Alters**

**Medikamentöse Interventionen:** nur wenn KVT-I nicht effektiv oder nicht verfügbar ist

# Langzeitvergleich KVT-I vs. Benzodiazepin



# Benzodiazepine



# Weitere Pharmaka

**Table 8** Major drug classes used to treat insomnia in Europe

BZ	Diazepam, flunitrazepam, flurazepam, lormetazepam, nitrazepam, oxazepam, temazepam, triazolam
BZRA	Zaleplone, zolpidem, zopiclone
Antidepressants	Agomelatine, amitriptyline, doxepin, mianserin, mirtazapine, trazodone, trimipramine
Antipsychotics	Chlorprothixene, levomepromazine, melperone, olanzapine, pipamperone, prothipendyl, quetiapine
Antihistamines	Diphenhydramine, doxylamine, hydroxyzine, promethazine
Phytotherapeutics	Hops, melissa, passiflora, valerian
Melatonin receptor agonists	Melatonin, ramelteon, slow-release melatonin

BZ, benzodiazepines; BZRA, benzodiazepine receptor agonists.

# Gliederung

- I. Empirische Evidenz zur Insomniebehandlung
- II. Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie**
- III. Prävention psychischer Erkrankungen
- IV. Akzeptanz und Commitment Therapie

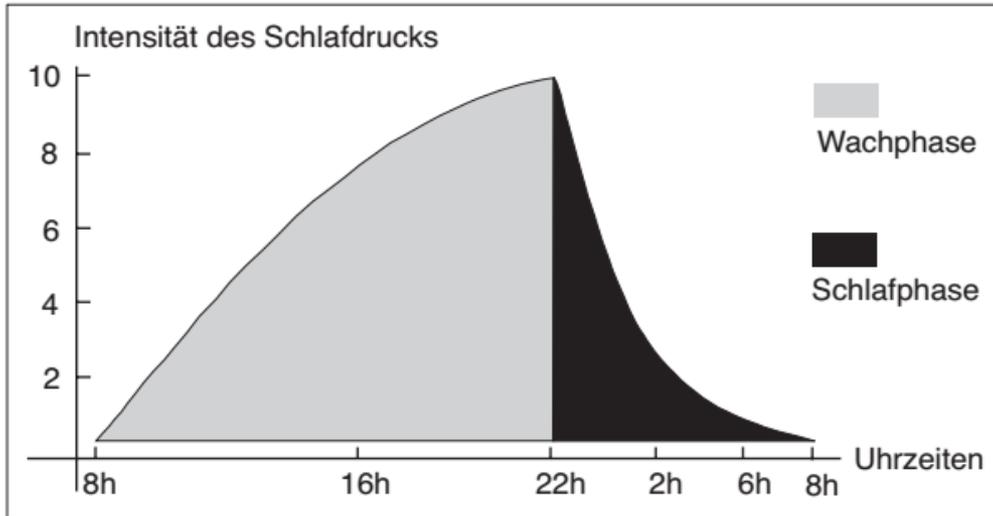
# Therapieelemente der KVT-I

Baustein	Ziel
Ratschläge	Fehlverhalten abbauen
Schlafrestriktion	Erhöhung des Schlafdrucks
Entspannungsverfahren	Anspannung reduzieren
Kognitive Therapie	nicht hilfreiche Gedanken verändern

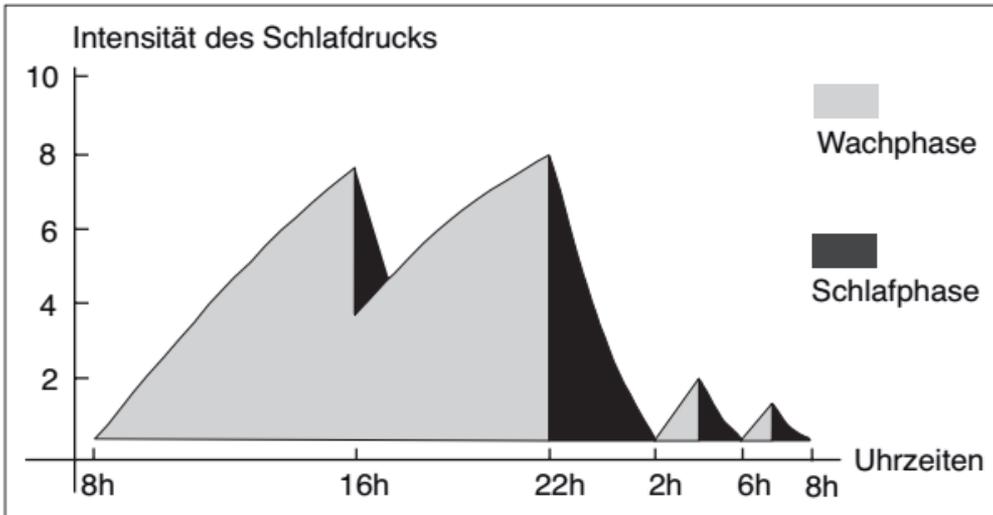
# Ratschläge für einen guten Schlaf

- Am Abend keine koffeinhaltigen Getränke 
- Verzicht auf Alkohol  $\neq$  Schlafmittel 
- regelmäßige körperliche Aktivität 
- Verzicht auf Tagschlaf
- in der Nacht nicht auf die Uhr/Wecker schauen 
- morgendliche Lichtexposition, Licht abends reduzieren

# Psychoedukation als Vorbereitung auf die Schlafrestriktion



**Schlafdruck:** körperlich bedingte Schläfrigkeit, wird umso grösser, je länger man wach ist

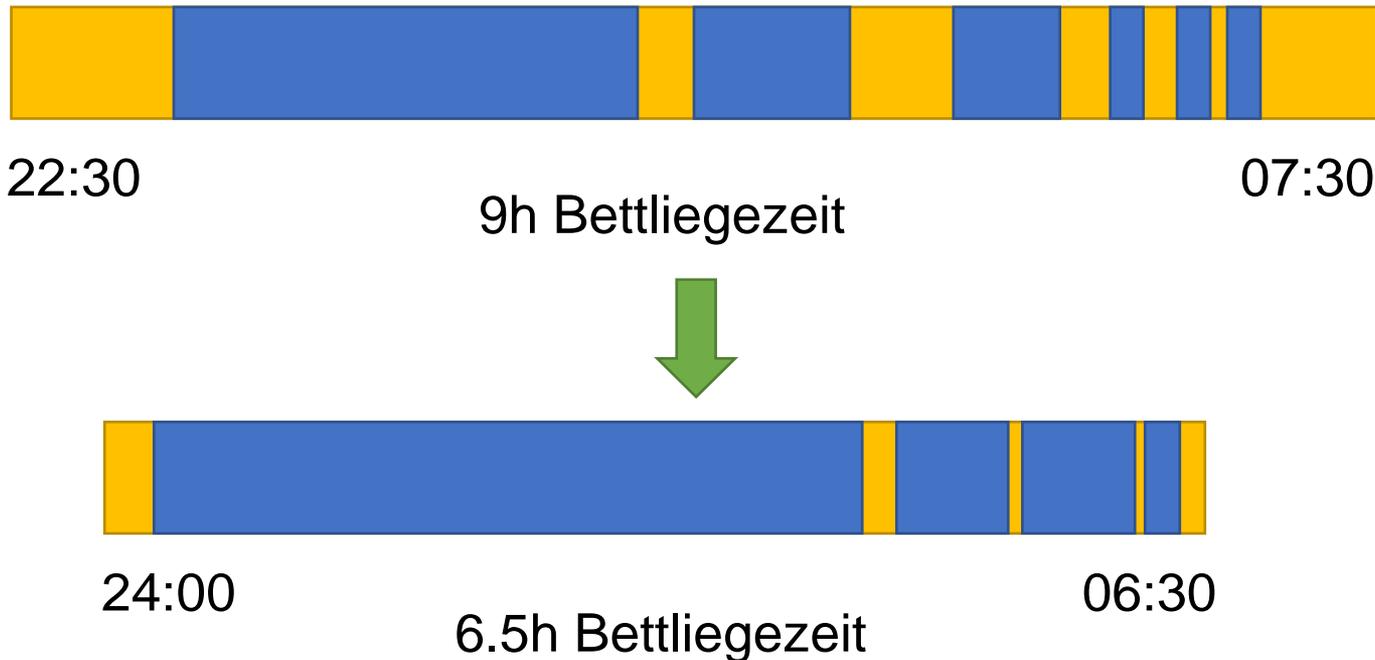


**Schlaf am Tag**

↓  
Reduziert Schlafdruck

↓  
Ein- oder Durchschlafprobleme in der Nacht

# Schlafrestriktion



**Vorgehen:** Reduktion der Bettliegezeit auf tatsächliche Schlafenszeit (laut Schlaftagebuch, über 1 -2 Wochen, dabei 5 h als Richtwert nicht unterschreiten).

Ø Schlafeffizienz  $\geq$  85% → **Verlängerung** der Bettliegezeit um 30 Min.

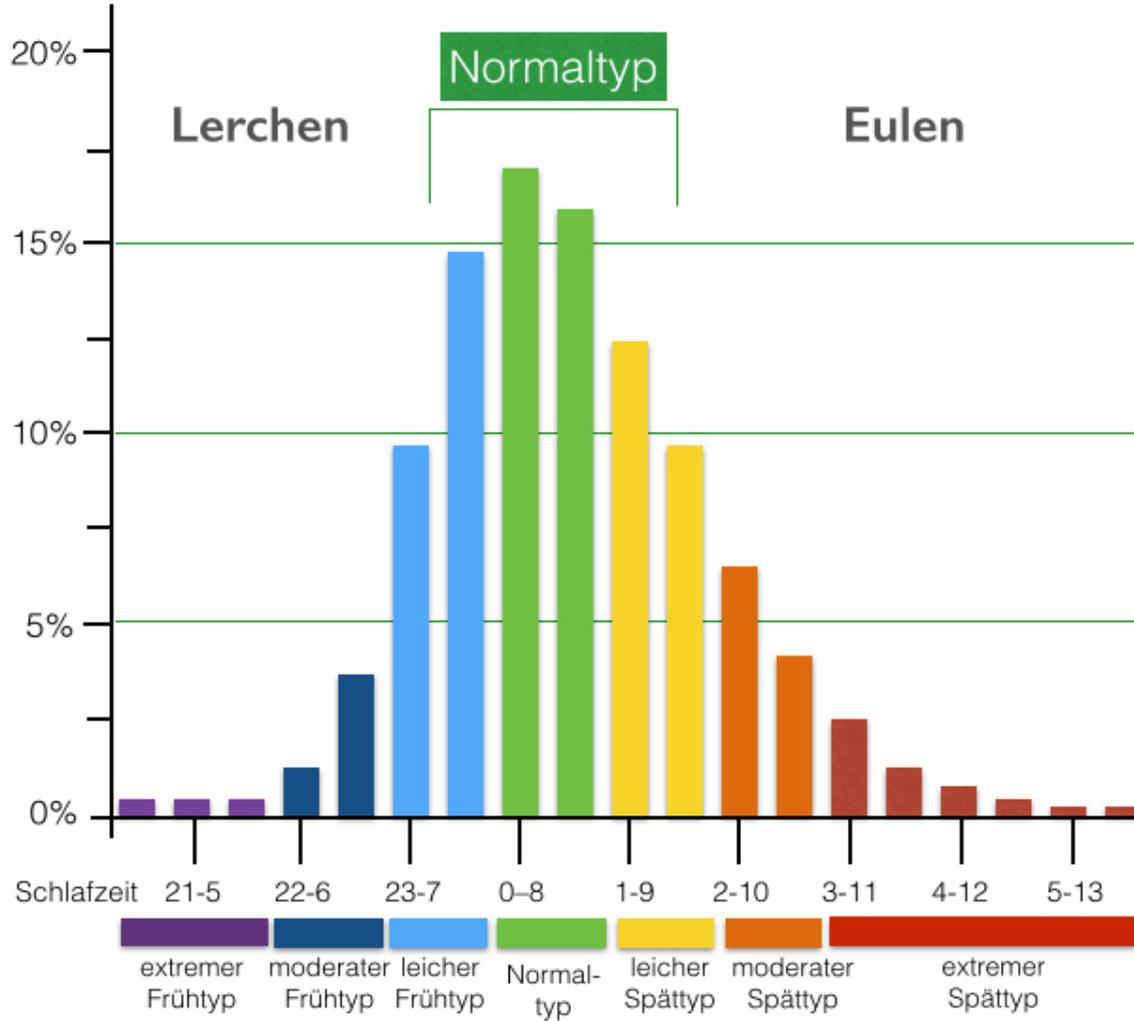
Ø Schlafeffizienz  $<$  85% → **Verkürzung** der Bettliegezeit um 30 Min.



# Chronotyp



Anteil in der Bevölkerung



# Festlegen der Bettzeit



## Persönliche Faktoren, z.B.

- Arbeitszeiten
- Hobbies
- Partnerschaft/ Familie
- Stationsablauf



Schlaffenster = 0:00 bis 6:30 Uhr

# Begleitung der Schlafrestriktion

## Umgang mit Müdigkeit/Schläfrigkeit

- Autofahren etc. ggf. vermeiden
- eher Aktivität als Ruhe
- Licht
- Ablenkung

## Gestaltung der gewonnenen Zeit

- persönliche Ziele als Orientierung



# Progressive Muskelentspannung



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

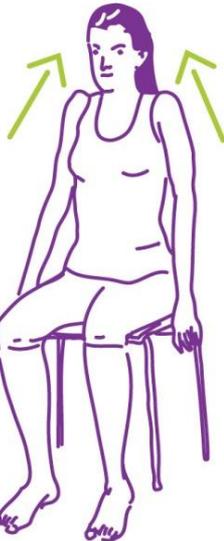
Grundposition: Gerader Sitz,  
die Hände liegen locker auf  
dem Oberschenkel.



Beide Hände zu Fäusten  
ballen; nach fünf bis sieben  
Sekunden locker lassen.



Die Schultern kurz bis zu  
den Ohren ziehen; dann  
wieder entspannen.



Die Zehen zeigen nach  
oben; Unter- und Ober-  
schenkel anspannen.



# Das Ruhebild



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

Hierfür stellen Sie sich eine für Sie persönlich **angenehme Situation** vor, in der Sie sich entspannt fühlen. Diese Situation kann ein früheres Erlebnis, z.B. eine Urlaubssituation, oder eine Phantasiesituation sein.

Wichtig ist eine möglichst detailgetreue Vorstellung.

Eine Hilfestellung bieten dabei **die verschiedenen Sinne**:

Was können Sie sehen, hören, fühlen, riechen, schmecken?

Stellen Sie sich die Jahreszeit und die Tageszeit Ihrer Situation vor.



# Verändern von Gedanken

«Wenn ich schlecht schlafe, dann kann ich am nächsten Tag nicht leistungsfähig sein! «

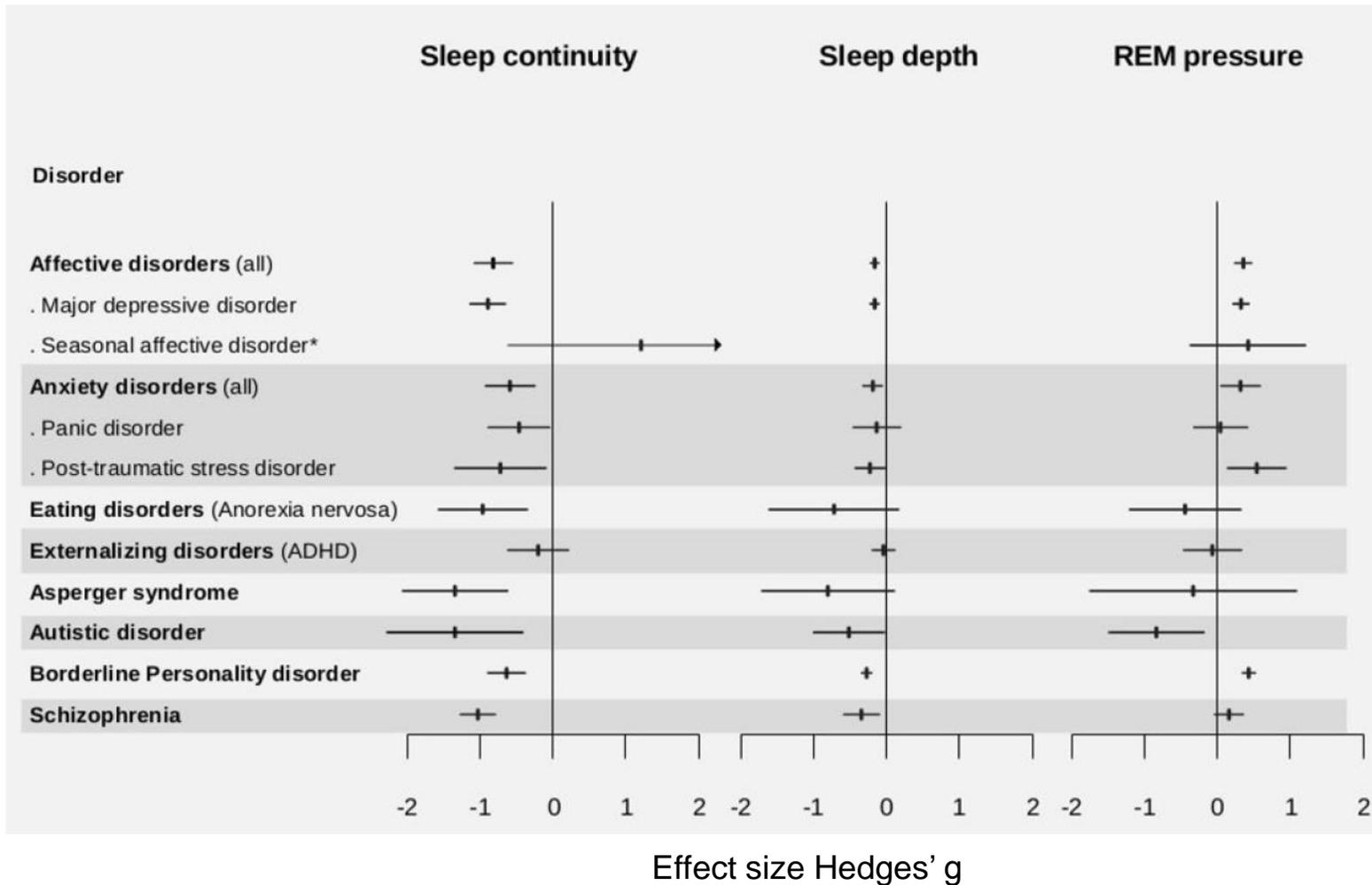
Welche Einflussfaktoren auf die Leistungsfähigkeit gibt es?



# Gliederung

- I. Empirische Evidenz zur Insomniebehandlung
- II. Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie
- III. Prävention psychischer Erkrankungen**
- IV. Akzeptanz und Commitment Therapie

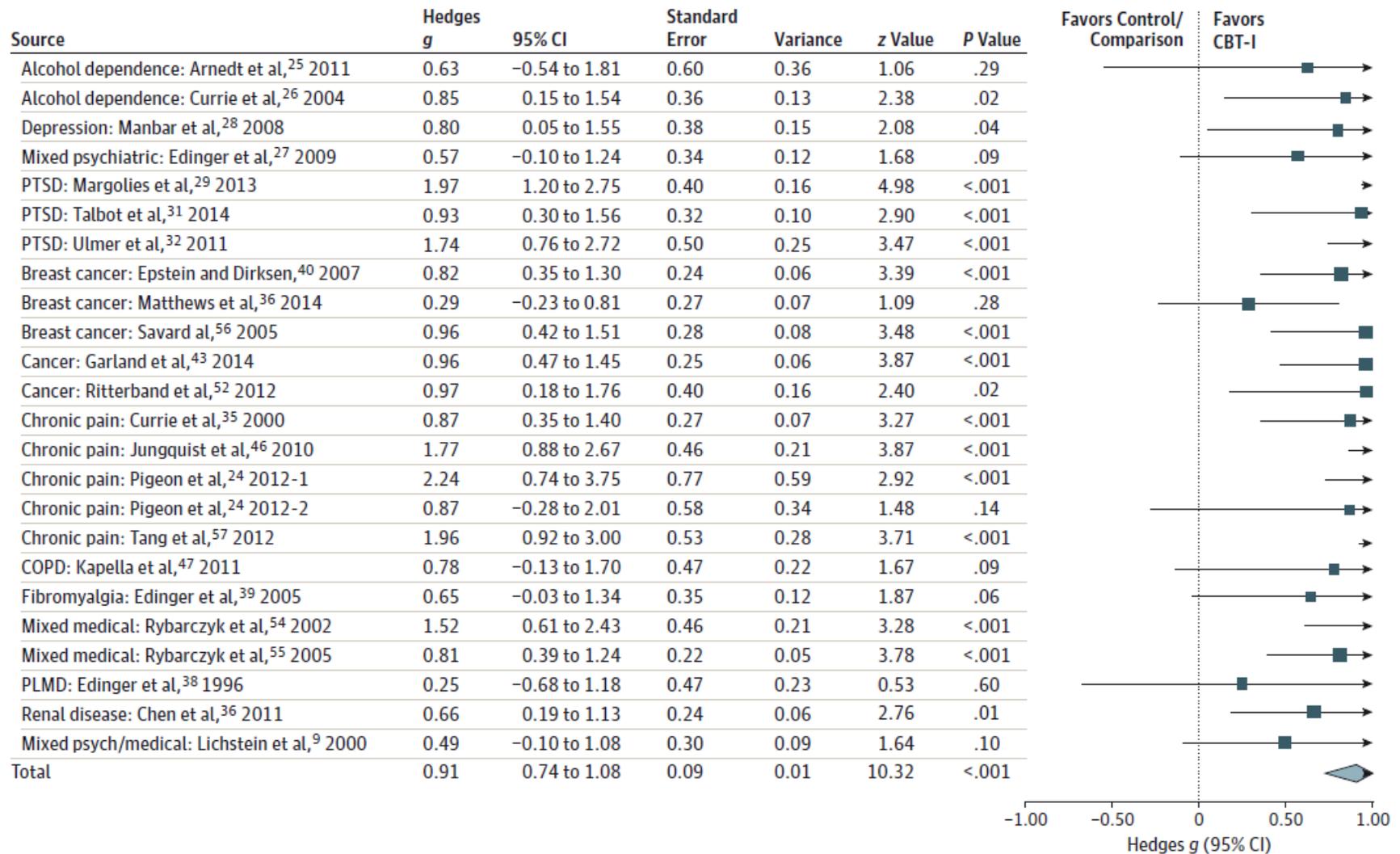
# Schlafstörungen bei psychischen Erkrankungen



# KVT-I bei psychischen Erkrankungen

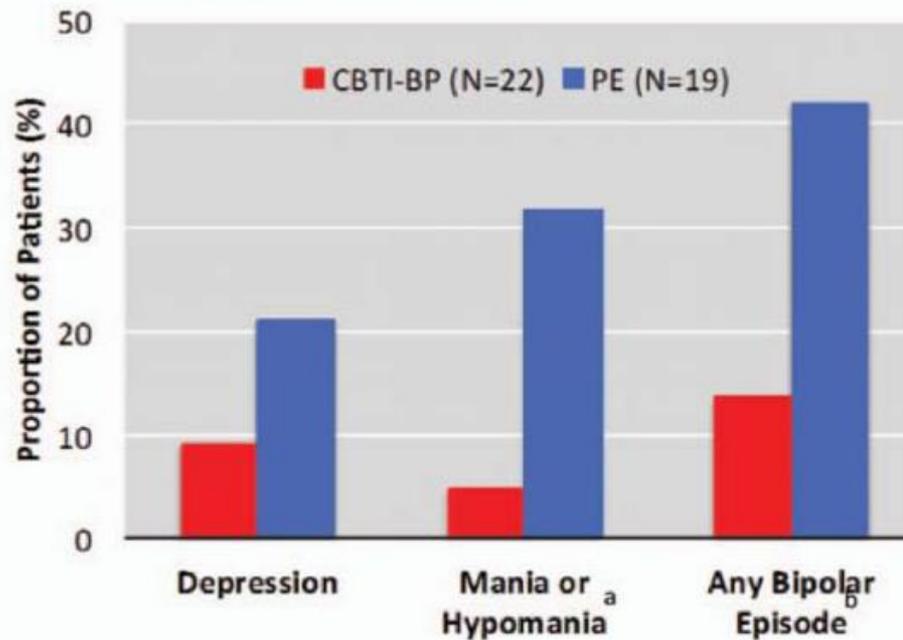


Figure 3. Sleep Efficiency (SE)-Controlled Effect Sizes From Baseline to Posttreatment

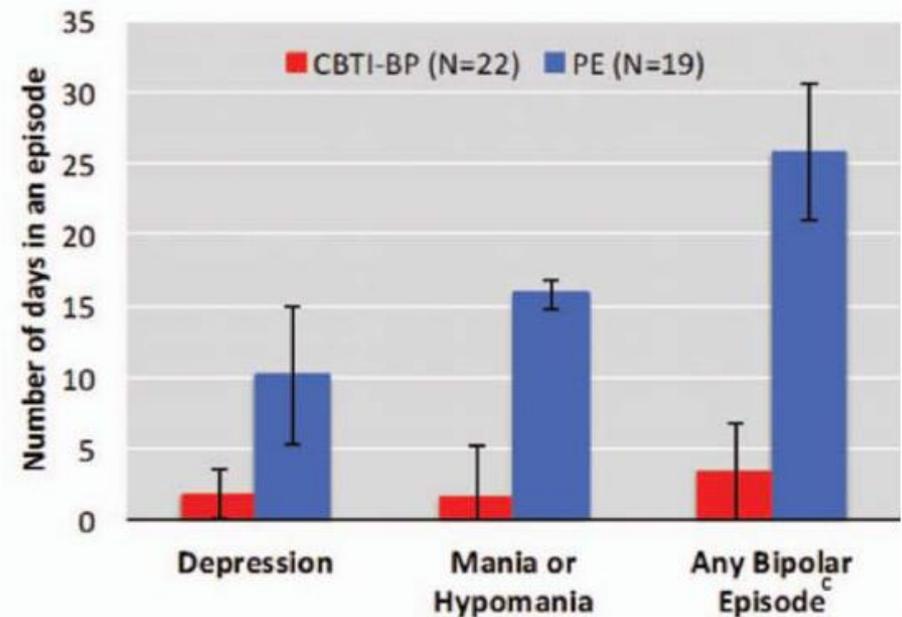


# KVT-I zur Phasenprophylaxe

b. Proportion of Patients who Relapsed during the Follow-up Phase (6 months)



d. Mean Number of Days Spent in Bipolar Episodes during the Follow-up Phase (6 months)



# Prävention von Psychosen



## The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis

*Daniel Freeman, Bryony Sheaves, Guy M Goodwin, Ly-Mee Yu, Alecia Nickless, Paul J Harrison, Richard Emsley, Annemarie I Luik, Russell G Foster, Vanashree Wadekar, Christopher Hinds, Andrew Gumley, Ray Jones, Stafford Lightman, Steve Jones, Richard Bentall, Peter Kinderman, Georgina Rowse, Traolach Brugha, Mark Blagrove, Alice M Gregory, Leanne Fleming, Elaine Walklet, Cris Glazebrook, E Bethan Davies, Chris Hollis, Gillian Haddock, Bev John, Mark Coulson, David Fowler, Katherine Pugh, John Cape, Peter Moseley, Gary Brown, Claire Hughes, Marc Obonsawin, Sian Coker, Edward Watkins, Matthias Schwannauer, Kenneth MacMahon, A Niroshan Siriwardena, Colin A Espie*

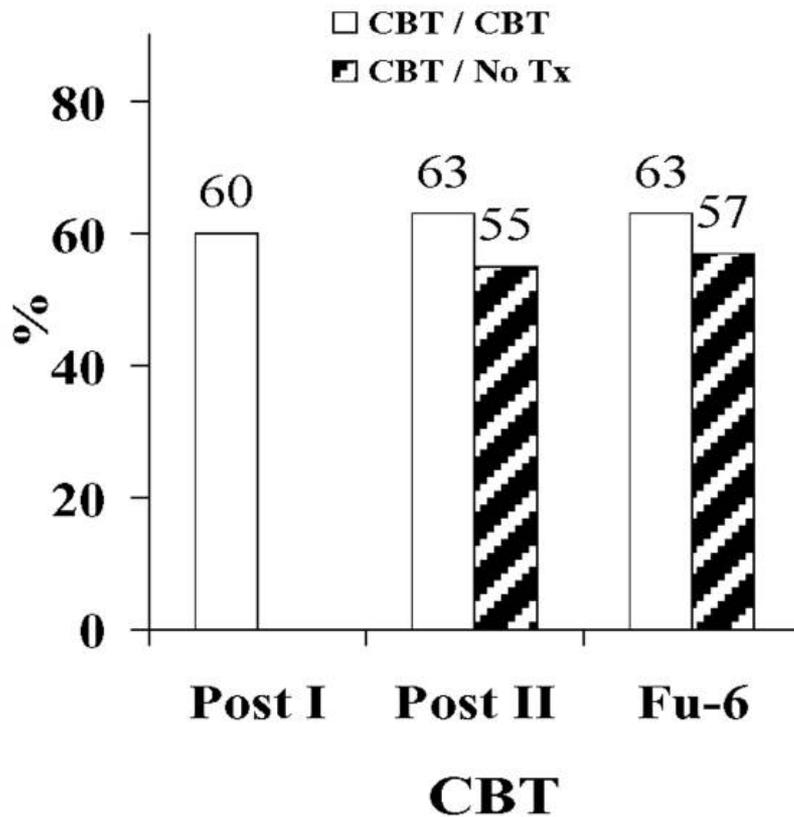
- Ziel: Insomniebehandlung zur Prävention von Psychosen
- Stichprobe: 3755 Studenten mit Insomnie
- Randomisierung auf online CBT-I oder „TAU“
- Ergebnisse: CBT-I führt zu stärkerer Reduktion von Insomniesymptomen, Paranoia und Halluzinationen (gemessen über Fragebögen)
  
- Kritik:
  - Rate der Teilnehmer mit Psychose vermutlich gering
  - Was misst ein Fragebogen zu Paranoia bei nicht-psychotischen Menschen?
  - Kausalität?
  - Langzeitverlauf?

# Gliederung

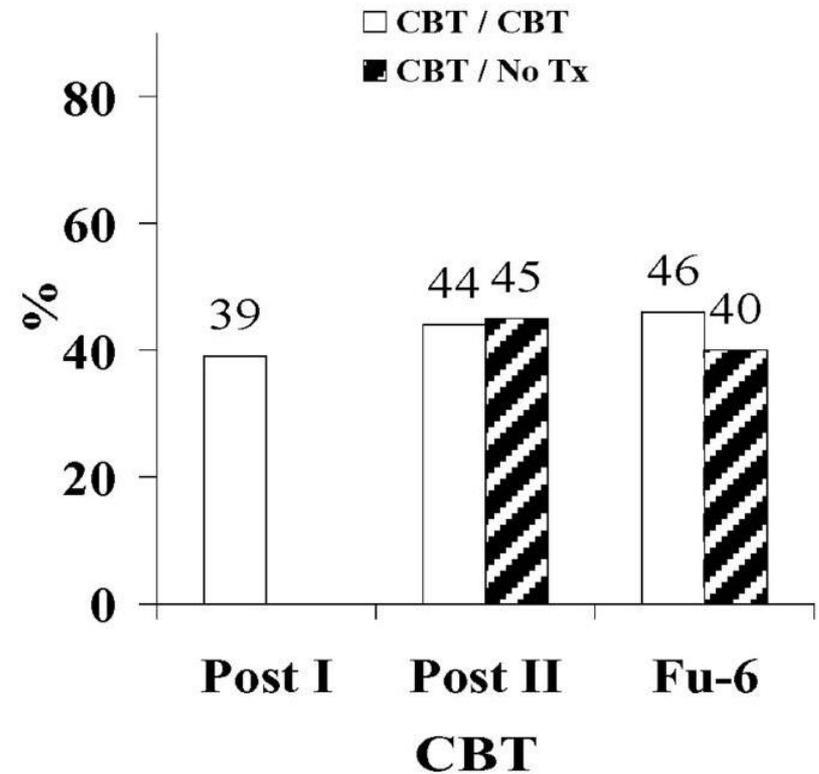
- I. Empirische Evidenz zur Insomniebehandlung
- II. Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie
- III. Prävention psychischer Erkrankungen
- IV. Akzeptanz und Commitment Therapie**

# Wenn KVT-I nicht wirkt...

**Responders: ISI change  $\geq 8$  points**



**Remitters: ISI score  $< 8$**





PERGAMON

Behaviour Research and Therapy 40 (2002) 75–83

---

---

**BEHAVIOUR  
RESEARCH AND  
THERAPY**

---

---

[www.elsevier.com/locate/brat](http://www.elsevier.com/locate/brat)



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN

## Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome

Linda Harvey, Stephanie J. Inglis, Colin A. Espie \*

- 90 Patienten
- 12-Monats Follow-up nach KVT-I
- Implementation der Schlafrestriktion ist bester Prädiktor für Behandlungserfolg
- 41% wendeten Schlafrestriktion noch an
- Entspannung noch von 79% angewandt, jedoch kein Zusammenhang mit Behandlungserfolg

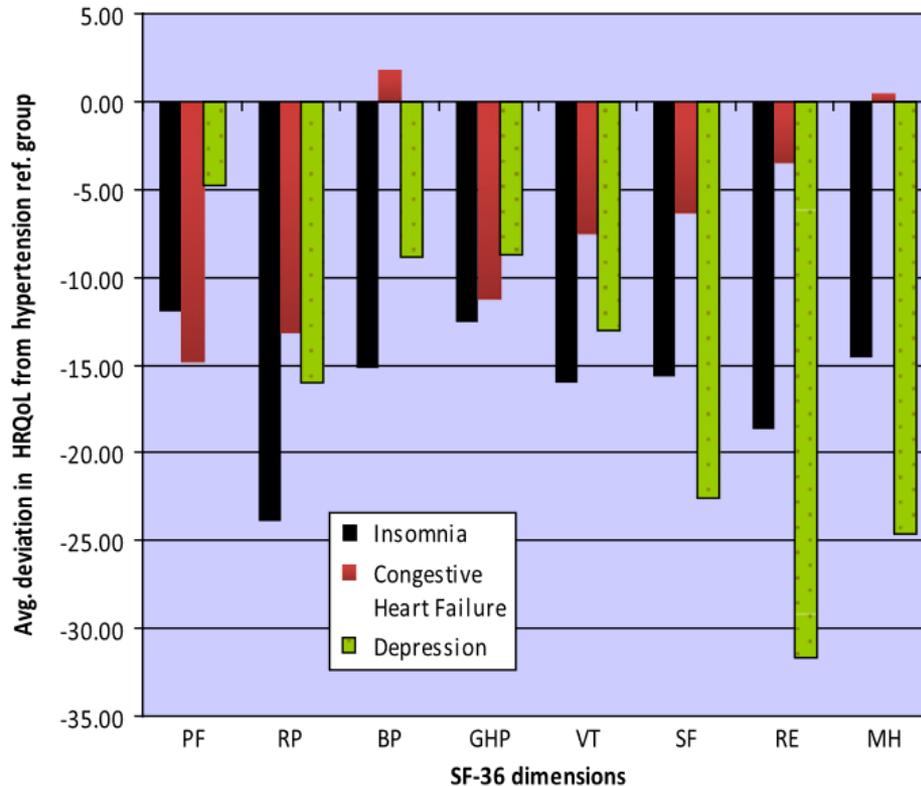
# Schwierigkeiten bei der Schlafrestriktion

“Hi, it’s Sunday night, about ten o’clock and I’m absolutely **exhausted**, I’ve had a really bad day and never left the house the whole day, just felt so bad, **I don’t know if I can stay up till one o’clock**. I just feel totally, at the moment, terrible.”

“The restrictive programme **has affected my ability to function**, it’s been very hard at work to focus and be as sharp as you should be.”

“Woke up bright and breezy, half six, Tuesday morning, raring to go, got into the **car**. . . and within twenty minutes I was absolutely exhausted, so bad that **I swear I was nearly falling asleep all the way to work**. It was torture, I was cross-eyed, eyes drooping, driving.”

# Patienten mit Insomnie haben eine reduzierte Lebensqualität



**Fig. 1.** Deviations in SF-36 scores for Insomnia, depression, and congestive heart failure, relative to hypertension reference group. Scores plotted from<sup>70</sup>. BP, bodily pain; GHP, general health perception; MH, mental health; PF, physical functioning; RE, role-emotional; RP, role-physical; SF, social functioning; VT, vitality/energy.

# KVT-I hat nur kleine Effekte auf die LQ

*R. Perach et al. / Sleep Medicine Reviews 43 (2019) 1–13*

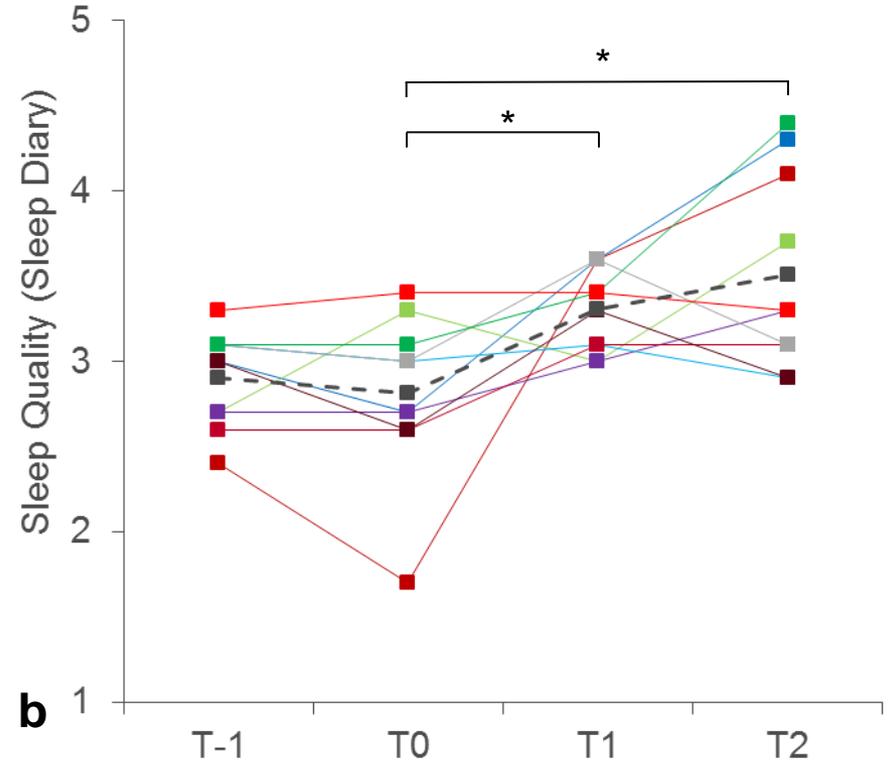
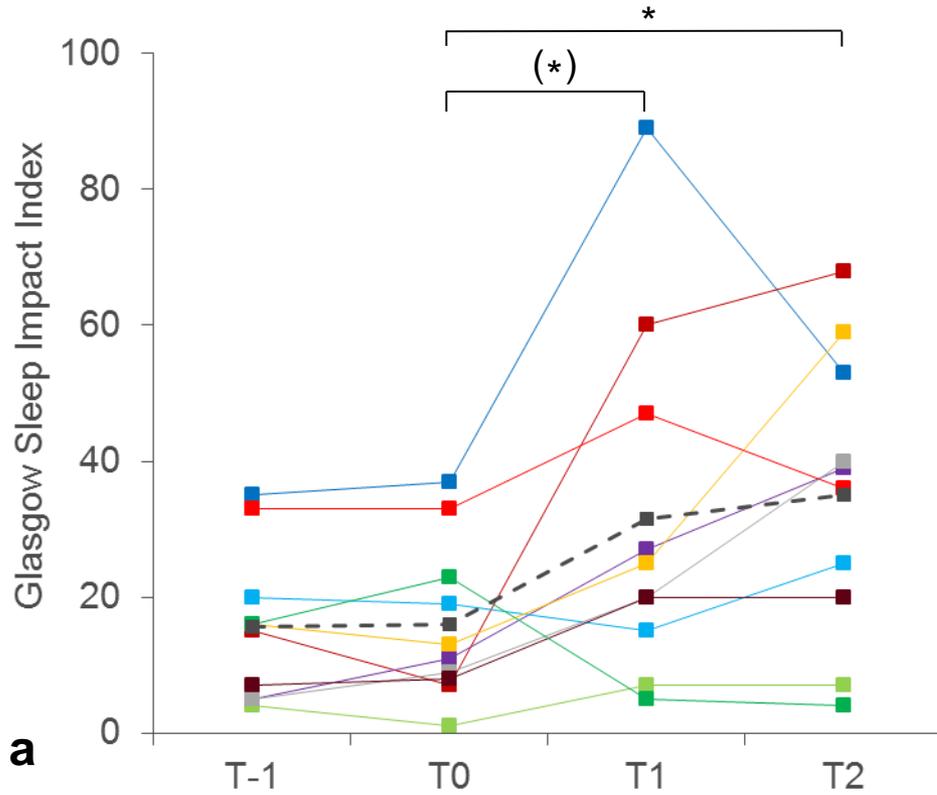
**Table 3**  
Overall effects of interventions on psychological wellbeing outcomes.

Outcome	<i>k</i>	<i>d</i> (95% CI)	<i>Q</i>
Depression symptoms	15	–0.38 (–0.56 to –0.20)	21.58
Anxiety symptoms	9	–0.25 (–0.43 to –0.08)	3.82
Mental health-related quality of life	5	–0.01 (–0.21 to 0.19)	4.07
Fatigue symptoms	6	–0.35 (–0.60 to –0.10)	0.85

Note. All *Q* values were not significant,  $p > .05$ , indicating effect size heterogeneity is no more than would be expected by chance.  $I^2$  is the proportion of observed variance attributable to variation across studies.

*k* = number of effect sizes, CI = confidence interval.

# Pilotstudie



# ACT Hexaflex

Grübeln über  
Vergangenheit, Zukunft  
**präsent sein**

Vermeidung  
**annehmen was nicht  
verändert werden kann**

Kampf gegen  
Gedanken  
**Defusion: Gedanken  
beobachten**

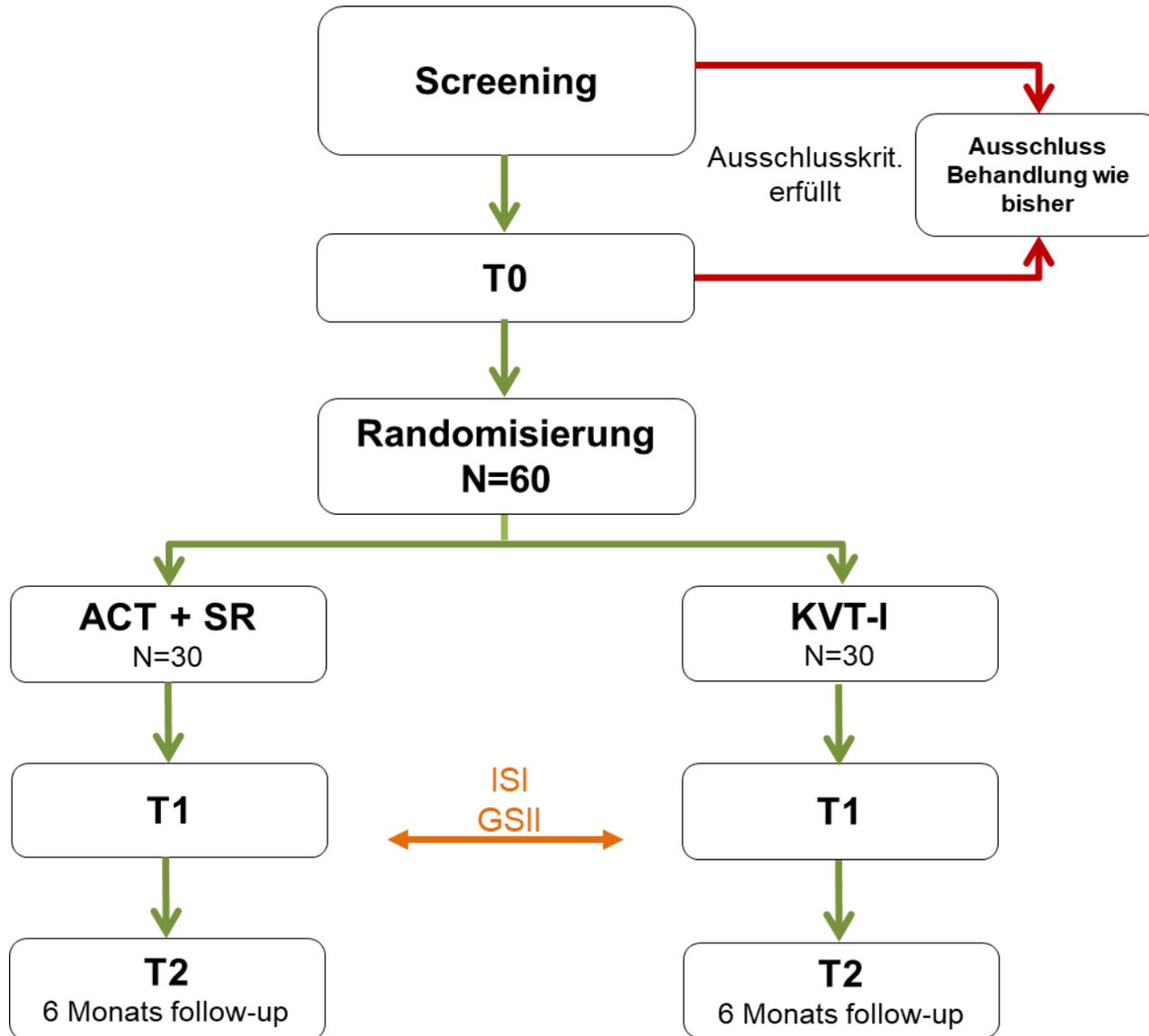


**Selbst als Beobachter**  
rigides Selbstkonzept

unklare Werte  
**eigene Werte  
kennen**

Mangel an Initiative  
**Commitment**

# ACT: geplante RCT



# Vielen Dank!



UNIVERSITÄRE  
PSYCHIATRISCHE  
DIENSTE BERN



Bern:

Christoph Nissen  
Carlotta Schneider  
Kristoffer Fehér  
Jonathan Maier

Freiburg:

Dieter Riemann und Mitarbeiter

