



Schlafstörungen bei psychia

Je nach zeitlicher Ausprägung kann die Schlafstörung bei einer psychiatrischen Erkrankung als Prodrom oder als zusätzliche Störung identifiziert werden. Für die Behandlung der verschiedenen Schlafstörungen gibt es drei Hauptsäulen: psychophysiologische, somatische und medikamentöse Verfahren. **Von Siegfried Kasper und Sergio Rosales-Rodriguez***

Einleitung

Entgegen der Annahme, dass der Schlaf ein passives Geschehen ist, handelt es sich dabei um einen aktiven, rhythmisch wiederkehrenden Erholungsvorgang des Organismus, der durch Änderungen im zentralen und autonomen Nervensystem und in verschiedenen Hormonsystemen gekennzeichnet ist. Dieser Vorgang bietet die Möglichkeit der Zellreparatur beziehungsweise Regeneration und ermöglicht u.a., Erfahrungen zu verarbeiten oder prozedurales Gedächtnis zu konsolidieren.

Der Schlaf ist ein Teil des zirkadianen Zyklus, welcher ungefähr einen Tag dauert. Abhängig vom Lebensalter ändert sich der Schlaf-Wach-Rhythmus. Bei Neugebore-

nen beobachtet man einen polyphasischen Schlaf, welcher ungefähr aus 16 Stunden Schlaf mit regelmäßigen Unterbrechungen von insgesamt acht Stunden Wachheit besteht. Mit zunehmendem Alter verschieben sich die Schlafphasen auf die Abendstunden, und der Schlaf-Wach-Rhythmus weist ein monophasisches Schlafmuster auf. Im späteren Alter beobachtet man wieder ein mehrphasiges Schlafmuster, welches durch die Naps-Unterbrechungen charakterisiert ist (siehe Tab. 1).

Der normale Schlaf besteht aus einer Reihenfolge von Schlafzyklen. Eine grobe Unterteilung dieser Zyklen besteht aus dem REM (rapid eye movement)- und Non-REM-Schlaf. Der markante Unterschied besteht darin, dass beim REM-Schlaf sichtbare rasche Augenbewegungen vor-

handen sind. Für eine genaue Klassifizierung der Schlafstadien wird die durch EEG messbare Gehirnaktivität herangezogen. Nach Rechtschaffen und Kales wird der Non-REM-Schlaf in vier weitere Stadien unterteilt: S1, S2, S3, S4. Bei jedem von diesen fünf Stadien (vier Non-REM- und ein REM-Stadium) können neben den charakteristischen EEG-Veränderungen auch Veränderungen im Muskeltonus (durch das Elektromyogramm-EMG) sowie der Augenbewegungen (durch das Elektrooculogramm-EOG) gemessen werden.

Epidemiologie der Schlafstörungen

Schlafstörungen sind ein häufiges Problem; in den industrialisierten Ländern wird die Prävalenz zwischen 20 und 30 Prozent geschätzt. Als Gründe für die Vernachlässigung der Diagnose und Behandlung der Schlafstörungen können genannt werden: die Bagatellisierung der Störungen durch die Patienten; der Wissensmangel zum Thema Schlafstörungen, was dazu führt, dass mögliche Schlafstörungen nicht einmal in einer medizinischen Anamnese erfragt werden. Weiters fehlt die Kenntnis, dass Schlaf objektiv und subjektiv gemessen werden kann.

trischen Erkrankungen

Die Prävalenz von Schlafstörungen in sechs EU-Staaten (Frankreich, Großbritannien, Deutschland, Italien, Polen und Spanien) liegt einer Studie zufolge im Jahr 2001 bei 27 Prozent; davon hatten 49 Prozent eine komorbide psychiatrische Störung nach DSM IV. Allerdings sank die Prävalenz der Schlafstörungen auf 17 Prozent, wenn strikte Kriterien für die Diagnose der Schlafstörung benutzt wurden. Dennoch konnte gleichzeitig eine Erhöhung der psychiatrischen Komorbiditäten beobachtet werden (65 Prozent). Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dass Patienten mit Schlafstörungen wie zum Beispiel Insomnien ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Komorbiditäten aufweisen (75 Prozent bis 90 Prozent).

Klassifikationssysteme

Die internationale, statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation erfasst Schlafstörungen in zwei großen Diagnosegruppen: Im Abschnitt F „Psychische und Verhaltensstörungen“ werden die Schlafstörungen nicht-organischen Ursprungs zusammengefasst: nicht-organische Insomnie, nicht-organische Hypersomnie, nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafwandeln, Pavor Nocturnus, Alpträume, sonstige nicht-organische Schlafstörungen und nicht-organische Schlafstörungen nicht näher benannt. In diesem Abschnitt ist eine weitere Schlafstörung erfasst: das Zähneknirschen (Bruxismus); jedoch findet sich diese Diagnose in der Gruppe der somatoformen Störungen. Im Abschnitt G „Krankheiten des Nervensystems“ sind die organischen Schlafstörungen erfasst. Hier werden zwei große Gruppen unterschieden: Unter „sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen“ findet man die periodischen Beinbewegungen im

Schlaf und das Restless-Legs-Syndrom. Die Gruppe der „Schlafstörungen“ beinhaltet Ein- und Durchschlafstörungen, krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafapnoe, Narkolepsie und Kataplexie, sonstige Schlafstörungen und Schlafstörung nicht näher benannt. Das primäre Schnarchen ist im Abschnitt R erfasst: „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“.

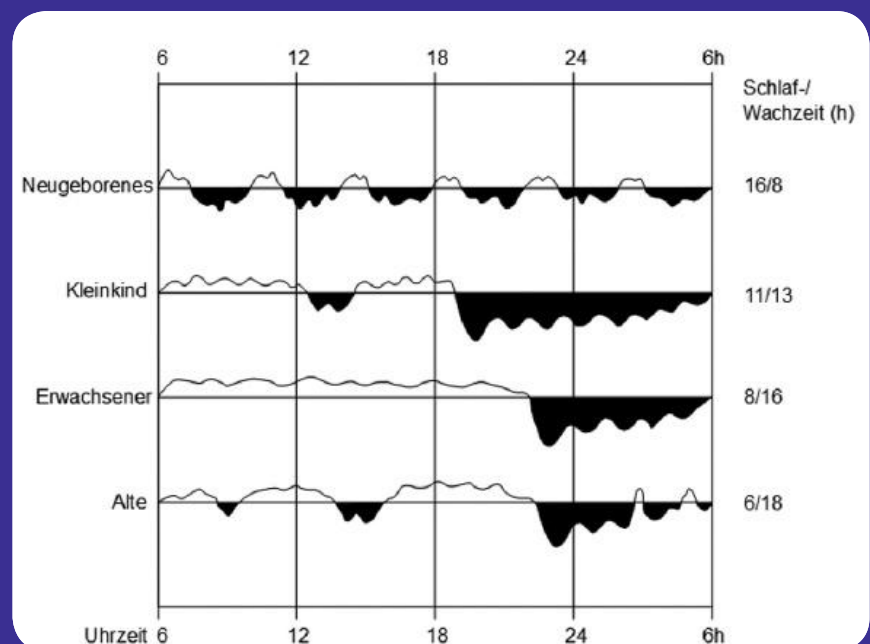
Ein anderes Klassifikationssystem, das sich mehr für eine genauere und differenziertere Diagnose der Schlafstörungen eignet, ist das pathogenetisch orientierte, umfangreiche ICSD-2-System (The International Classification of Sleep Disorders-2). Darin werden auch polysomnographische Kriterien berücksichtigt. Das ICSD-2 unterscheidet mehr als 120 verschiedene Schlafstörungen.

Diagnostische Instrumente

Neben einer ausführlichen Anamnese - im Rahmen derer die Schlafgewohnheiten des Patienten eruiert werden - werden für die Diagnose der verschiedenen Schlafstörungen sowohl subjektive als auch objektive Messmethoden verwendet.

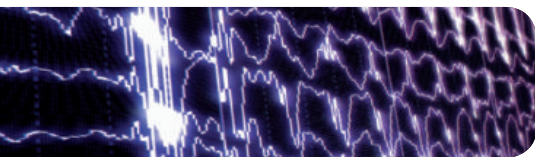
Für die subjektive Beurteilung werden sowohl Selbstbeurteilungs- als auch Fremdbeurteilungsskalen verwendet. Dafür stehen verschiedene Schlaffragebögen zur Verfügung, mit denen Schlafstörungen zu verschiedenen Zeitpunkten untersucht werden. Ein häufig verwendeter Fragebogen für die Messung der Schlafqualität in den letzten vier Wochen ist der Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Damit werden mögliche Symptome einer Schlafstörung in einer standardisierten Form anhand ►►

Schlaf-Wach-Rhythmus in verschiedenen Lebensaltern



Quelle: Sateu et al., 2001

Tab. 1



» von 19 Selbst- und fünf Fremdbeurteilungsfragen erfasst und dokumentiert.

Die Selbstbeurteilungsfragen sind in sieben Komponenten unterteilt (Schlafqualität, Schlaflatenz, Schlafdauer, Schlafeffizienz, Schlafstörung, Schlafmittelgebrauch, Tagesmüdigkeit/-schläfrigkeit). Jede dieser Komponenten wird mit 0 bis 3 gewertet; daraus ergibt sich ein Totalscore zwischen 0 und 21, wobei das Ausmaß der Schlafstörung mit ansteigenden Werten korreliert. Der Normalwert der Skala ist $2,67 \pm 1,7$. Ein anderes Beispiel für subjektive Messinstrumente ist der Selbstbeurteilungsbogen für Schlaf- und Aufwachqualität (SSA) nach Saletu et al. Dieser bezieht sich auf die vergangene Nacht und umfasst 20 Fragen zur Schlaf- und Aufwachqualität und den morgendlichen körperlichen Beschwerden sowie acht Fragen zum Schlafverlauf. Ein letztes Beispiel ist die Epworth Sleepiness Scale – ein Fragebogen, welcher das Vorhandensein und Ausmaß der Tagesschläfrigkeit untersucht.

Um den Schlaf objektiv zu messen, kommt die Polysomnographie zum Einsatz. Dabei handelt es sich um eine Schlafnacht-Aufzeichnung, bei der die Hirnstromaktivität mittels des Elektroenzephalogramms (EEG), die Augenbewegungen mittels EOG, der Muskeltonus am Kinn mittels Oberflächen-EMG und die Beinbewegungen mittels Oberflächen-EMG gemessen werden. Kardiorespiratorische Ereignisse werden durch EKG, Thermistor (zur Kontrolle des Nasenluftflusses) und Bauch- sowie Brustgurte (zur Messung der Atembewegungen) kontrolliert. Nicht

zuletzt wird ein Fingerclip für die Messung der Sauerstoffsättigung benötigt. Diese Werte werden über 7,5 Stunden in 900 genauen 30-Sekunden-Epochen aufgezeichnet. Nach der Aufzeichnung muss der Spezialist diese visuell nach den Kriterien von Rechtschaffen-und-Kales nachklassifizieren. Diese visuelle Nachklassifikation erweist sich derzeit als zwingend, da noch kein voll computergestütztes Klassifikationsprogramm erhältlich ist, das die sehr feinen Beurteilungskriterien der Rechtschaffen-und-Kales-Klassifikation genau einhalten kann.

Für eine genaue Diagnostik einer Schlafstörung sind zwei Nächte im Schlaflabor notwendig. Die erste Nacht (Basisnacht) dient der Adaptierung des Patienten an die neue Situation (Verkabelung, andere Schlafstätte etc.). An den Ergebnissen der Adaptationsnacht kann sich der Arzt orientieren und eine Verdachtsdiagnose erstellen. Allerdings sind die Ergebnisse dieser Nacht durch die neue Situation beeinflusst. Die zweite Nacht dient der eigentlichen Diagnose. In einer dritten Nacht, der Behandlungsnacht, kann die Therapieeffizienz der vorgeschlagenen Behandlung kontrolliert werden.

Bei spezielleren Fragestellungen wie zum Beispiel der Diagnose der Narkolepsie kommen polysomnographische Verfahren auch während des Tages zum Einsatz. Hier sei der multiple Schlaflatenztest (MSLT) erwähnt, mit dem die Tagesschläfrigkeit nach einer polysomnographisch kontrollierten Nacht untersucht wird.

Krankheitsbilder

Nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0)

Laut ICD-10 ist eine Insomnie ein Zustandsbild mit einer ungenügenden Dauer

oder Qualität des Schlafs, das über einen beträchtlichen Zeitraum bestehen bleibt. Für diese Erkrankung stellt die tatsächliche Schlafdauer nicht das Hauptkriterium der Diagnose dar, da es viele Menschen gibt, die trotz einer sehr kurzen Schlafdauer die Qualität des Schlafs als hoch beurteilen. Im Detail ist die Insomnie durch eine wiederkehrende Schwierigkeit einzuschlafen, den Schlaf aufrechtzuerhalten, zu konsolidieren oder durch eine ungenügende Schlafqualität charakterisiert. Diese Schwierigkeiten bestehen trotz normaler Schlafgewohnheiten (ICSD-2, 2005). Patienten mit einer Insomnie klagen über Ein-, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität. Um eine klare Diagnose zu erstellen, müssen diese Symptome seit mindestens einem Monat mit einer Mindestfrequenz von drei Mal pro Woche bestehen. Weiters setzen sich die Betroffenen immer sehr eingehend mit der Schlafstörung und den daraus resultierenden Konsequenzen auseinander (siehe Tab. 2).

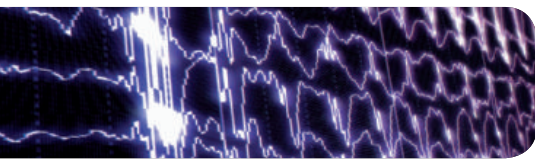
Sehr oft entwickelt sich eine Insomnie aus einer starken Belastung im Leben. Wenn sich diese kurz andauernde Insomnie zusammen mit dem Ausbleiben der Belastung bessert, spricht man von einer akuten Insomnie oder psychophysiologischen Insomnie nach ICSD-2. Hauptkriterium dieser Insomnie ist der zeitliche Zusammenhang mit einem bestimmten Stressor. Diese Form der Insomnie dauert relativ kurz - zwischen Tagen bis wenigen Wochen. Allerdings kann dieser Zustand chronifizieren, da sich mit der Zeit eine „Angst vor dem Schlafengehen“ aufgrund der wiederholt erlebten Insomnie entwickeln kann. In einem solchen Zustand besteht die Insomnie trotz Ausbleiben des ursprünglichen Stressors. Diese Art der Insomnie wird primäre Insomnie genannt (ICSD-2, 2005). Insomnie-Patienten sind beim Schlafengehen angespannt, die Patienten grübeln, die Gedanken kreisen und so wird die nötige Entspannung, um einen ruhigen Schlaf zu induzieren, verhindert. Als Stressoren, die eine solche Schlafstörung begünstigen, gelten diverse psychologische, psychosoziale, physische oder medizinische Probleme. Typische Befunde für eine Insomnie sind eine verlängerte Schlaflatenz, erhöhte und/oder verlängerte Aufwachereignisse, reduzierte Gesamtschlafzeit, reduzierte Schlafeffizienz und/oder reduzierte Schlafqualität.

Nicht-organische Insomnie - diagnostische Leitlinien

1. Klagen über Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität.
2. Die Schlafstörungen treten wenigstens dreimal pro Woche mindestens einen Monat lang auf.
3. Es besteht ein überwiegendes Beschäftigt-sein mit der Schlafstörung und nachts und während des Tages eine übertriebene Sorge über deren negative Konsequenzen.
4. Die unbefriedigende Schlafdauer oder -qualität verursacht entweder einen deutlichen Leidensdruck oder wirkt sich störend auf die Alltagsaktivitäten aus.

WHO, ICD-10 (8. überarbeitete Auflage 2011)

Tab. 2



►► Einen besonderen Stellenwert in der Psychiatrie hat die nicht-organische Insomnie, welche durch eine psychiatrische Erkrankung ausgelöst wird. In einer rezenten, noch nicht publizierten Arbeit des Schlaflabors der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien konnte bei 37 Prozent der Patienten, welche die Schlafambulanz konsultierten, zusätzlich zur Insomnie eine affektive Störung festgestellt werden, wobei oft ein kausaler Zusammenhang zwischen Depression und Insomnie schwierig festzustellen ist. Oft entwickeln Patienten mit einer chronischen Insomnie eine Depression im Nachhinein oder diese manifestiert sich über längere Zeit in der prodromalen Phase als Erstsymptom der Depression. Es besteht nicht nur ein Zusammenhang zwischen der Depression und der Insomnie;

es kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass nahezu alle psychiatrischen Erkrankungen mit einer Insomnie in Zusammenhang gebracht werden können (Tab. 3) und dass jede psychiatrische Erkrankung ein anderes Insomnieprofil hervorruft.

Aus der Tatsache, dass es verschiedene Formen der Insomnie gibt und dass jede von diesen Formen bestimmte Charakteristika aufweist, erklärt sich der Stellenwert der Polysomnographie für die Diagnose der Insomnie. Derzeit gibt es bereits mobile polysomnographische Geräte, welche eine Polysomnographie zu Hause ermöglichen und eventuell den Stress des Schlaflabors reduzieren können.

Therapie der Insomnien

Die Therapie der Insomnien basiert wie auch bei allen anderen Schlafstörungen auf drei Säulen:

- Psychophysiologische Verfahren;
- somatische Verfahren;
- medikamentöse Verfahren.

Die aus der Verhaltenstherapie stammenden psychophysiologischen Verfahren beinhalten informative, aufklärende Gespräche mit dem Ziel, die korrekten Anforderungen an den Schlaf zu stellen, um falsche Erwartungen sowie Ängste abzubauen. Andere Verfahren sind: Entspannung, Gedankenstopp, Ruhebild, Stimuluskontrolle, paradoxe Intention etc. Unter diesen Verfahren hat die Einhaltung einer gesunden Schlafhygiene eine enorme Bedeutung:

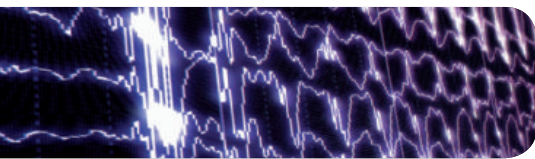
Als somatische Verfahren eignet sich besonders für die Behandlung der nicht-organischen Insomnie assoziiert mit einer depressiven Störung die Schlafentzugstherapie, welche bei depressiven Patienten in etwa 60 Prozent der Fälle eine zumindest vorübergehende Besserung erzielt. Die Behandlung mit biologisch aktivem Licht erweist sich als wirksam - nicht nur für die Therapie der Insomnie, sondern auch für andere Schlafstörungen wie zum Beispiel die Schlaf-Wach-Rhythmusstörungen. ►►

Schlafstörungen bei psychischen Erkrankungen

Psychiatrische Erkrankung	Charakteristika der Schlafstörung	Polygraphische Schlafbefunde
Depression	Einschlafstörung/Frühes Erwachen	Verlängerte Einschlaflatenz, reduzierte Schlafkontinuität, Reduktion des Tiefschlafs, erhöhte REM-Dichte, verkürzte erste REM-Latenz, verlängerte erste REM-Phase
Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit		
Akuter Alkoholenuss	Verringerter Tiefschlaf, erhöhter Wachanteil mit erhöhter Tagesschläfrigkeit	REM-Schlafreduktion
Chronischer Alkoholabusus	Durchgehende Schlaffragmentierung, Tiefschlafverringerung	
Längere Abstinenz	Ausgeprägte lang andauernde Insomnie, Vermehrung flachen Schlafes, Alpträume	
Missbrauch und Abhängigkeit bei anderen psychotropen Substanzen	Bei Gewöhnung Insomnie	Verkürzung der Einschlaflatenz, Zunahme von Tiefschlaf
Demenzen	Einschlafstörung, erhöhte Zahl nächtlicher Wachphasen, frühmorgendliches Erwachen, nächtliche Verhaltensauffälligkeiten, Tagesmüdigkeit	Schlaffragmentierung, reduzierte Schlafeffizienz, reduzierter Tiefschlaf, verkürzter REM-Schlaf
Schizophrene Psychosen	Ein- und Durchschlafstörungen, Schlaf-Wach-Umkehr, Tagesmüdigkeit	Schlaffragmentierung, reduzierte Schlafeffizienz, reduzierter Tiefschlaf, verkürzte REM-Latenz
Panikstörung	Durchschlafstörung, Panikattacken im Schlaf	Verringerte Schlafeffizienz, verlängerte Einschlaflatenz
Generalisierte Angsterkrankung	Durchschlafstörung	verlängerte Einschlaflatenz, verminderte Schlafeffizienz und reduzierte Gesamtschlafzeit
Posttraumatische Belastungsstörung	Durchschlafstörung	Verkürzte REM-Latenz, vermehrter REM-Schlaf, Alpträume

Quelle: aus Kasper et al. 2012

Tab. 3



Die medikamentöse Therapie sollte auf dem Schloss-Schlüssel-Prinzip basieren. Ziel der medikamentösen Therapie ist, den Veränderungen der Schlafvariablen entgegenzuwirken. Dazu ist die Kenntnis dieser Veränderungen sowie der Auswirkungen der Psychopharmaka auf die verschiedenen Schlafvariablen zwingend nötig. Genaue Wirkungen von bestimmten Antidepressiva auf den Schlaf (Konsensus Statement bei psychiatrischen Erkrankungen 2012) siehe Tab. 4.

Schlafbezogene Atmungsstörungen: Schlafapnoe G47.3

Die schlafbezogenen Atmungsstörungen beinhalten eine Gruppe von Erkrankungen, deren gemeinsame Charakteristik eine Störung der Atmung während des Schlafs ist (ICSD-2, 2005). Diese Gruppe wird grob in zentrale schlafbezogene Atmungsstörungen und obstruktive schlafbezogene Atmungsstörungen unterteilt. Erstere sind durch eine Reduktion oder Sistieren des Luftflusses durch Mund und Nase gekennzeichnet, welche auf eine Fehlfunktion der zentral gesteuerten Aktivität der Atmungsmuskulatur

zurückgeführt wird. Im Gegensatz zu der obstruktiven Schlafapnoe fehlt es hier an Atem-Anstrengung.

Die obstruktive Schlafapnoe ist durch wiederkehrende Episoden durch absolute (apnoe) oder partielle (hypopnoe) Obstruktion der oberen Atemwege während des Schlafs gekennzeichnet. Laut Definition ist die Apnoe oder Hypopnoe durch eine Dauer von mindestens zehn Sekunden gekennzeichnet. Im Durchschnitt dauern die Ereignisse zwischen zehn und 30 Sekunden; manchmal können sie bis zu eine Minute dauern. Diese Ereignisse treten in allen Schlafstadien auf, allerdings erfolgen sie in S1, S2 und REM häufiger als während des Tiefschlafs S3 und S4. Das kurzzeitige Sistieren der Atmung kann auch im Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut registriert werden (ICSD-2, 2005). Neben dem Schnarchen klagen die Patienten sehr oft über Tagesmüdigkeit sowie -schläfrigkeit und der Schlaf wird als nicht erholend gewertet.

Als Komorbiditäten findet man häufig eine arterielle Hypertonie; schlafbezogene Atmungsstörungen werden oft als Risikofaktor für die Entwicklung dieser Erkrankung angesehen. Eine Assoziation zwischen schlafbezogenen Atmungsstörungen und Diabetes mellitus Typ 2

ist auch gegeben; allerdings versteht man den Zusammenhang noch nicht genau. Ein sicherer Zusammenhang kann aber zwischen obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom und Adipositas festgestellt werden.

Für die Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen stehen je nach Ausprägung verschiedene Therapiemöglichkeiten zur Verfügung:

1. Verhaltensmedizinische Maßnahmen: Diese Maßnahmen sind dem Patienten immer anzuraten und beinhalten: Gewichtsreduktion, Einhaltung der Schlafhygiene, das Meiden von abendlichen Sedativa (Alkohol, Sedativa, Myolytika etc.), körperliche Betätigung, Schlafpositionstraining etc.
2. Medikamentöse Intervention: adäquate Behandlung von Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen, eventuell Theophyllinpräparate
3. Operative Interventionen: durch HNO- und kieferchirurgische Eingriffe. Hier haben die Nasen- und Nasenscheidewandkorrekturen, die Uvulopalatopharyngeoplastik oder Laser-assistierte Uvuloplastiken einen großen Stellenwert. Diese Eingriffe straffen das Gaumensegel und/oder verkürzen das Gaumenzäpfchen. Ziel dieser Therapien ist vor allem die Reduktion des nicht-apnoeischen Schnarchens.

Wirkungen von Antidepressiva auf den Schlaf

Substanzgruppe	Wirkstoff	Schlafkontinuität	REM-Latenz	SREM %	S3/S4
SSRI – Selective serotonin re-uptake inhibitors	Verschiedene	-	+	-	-
SNRI – Serotonin-norepinephrine re-uptake inhibitors	Duloxetine	-	+	-	-
	Milnacipran	-	+	-	-
	Venlafaxin	-	+	-	-
SARI – Serotonin antagonist and re-uptake inhibitors	Trazodon	+	+	-	+
Andere	Agomelatin	+			+
	Mirtazapin	+	(+)		+
SNRDI – serotonin-norepinephrine-dopamine re-uptake inhibitor	Bupopron	-	(-)	+	
TZA Trizyklische Antidepressiva	Amitriptylin	+	+	-	+
	Desipramin	-	+	-	
	Imipramin	(+)	+	-	(+)
MAO-Hemmer Monoaminoxidase Hemmer		-	+	-	

Quelle: Kasper et al. 2012

Tab. 4

4. Kieferorthopädische Therapien: Mandibuläre Protusionsbehelfe und Zungenpositionsbehelfe erweitern den Rachenraum und reduzieren das Schnarchen und das Ausmaß der schlafbezogenen Atmungsstörungen. Dieses Verfahren zeigt eine gute Verträglichkeit; allerdings ist hier eine individuelle Anpassung durch den Zahnarzt unbedingt erforderlich.
5. Pneumologische Interventionen: Mit diesen Verfahren wird durch Luftüberdruck, welcher durch eine Maske zugeführt wird, der Obstruktion im Schlundbereich entgegengewirkt. Der Druck wird je nach der Schwere der Obstruktion angepasst.

Nächtliche Bewegungsstörungen:

Hauptvertreter dieser Störung sind die periodischen Beinbewegungen im Schlaf und das Restless Legs Syndrom (RLS). Hier handelt es sich um zeitlich versetzt oder auch gemeinsam auftretende Erscheinungsformen einer zentralnervösen Störung, deren Ursprung vermutlich im Dopamin-System zu finden ist. Bei diesen Störungen berichten die Patienten über eine nächtliche Schlafstörung sowie auch über Tagesmüdigkeit/Tagesschläfrigkeit. Diese Symptome sind zwingend für die Diagnose dieser Erkrankungen. Das Hauptkriterium des RLS ist ein unwiderstehlicher Bewegungsdrang, welcher sich oft nur auf die Beine konzentriert, aber auch die oberen Extremitäten und den Rumpf betreffen kann. Die Missempfindungen, welche zu diesem Bewegungsdrang führen, beinhalten Kribbeln, Ziehen, Krämpfe, Schmerzen etc. Durch die Bewegung erfahren die Patienten eine unmittelbare Besserung dieser Missempfindungen (diagnostische Kriterien für RLS siehe Tab. 5).

Periodische Beinbewegungen sind im Schlaf auftretende, periodische Episoden wiederholter und ausgeprägter stereotyper Bewegungen, vor allem der Extremitäten. Die Muskelkontraktionen dauern in der Regel 0,5 bis fünf Sekunden und treten in einem zeitlichen Intervall von 20 bis 40 Sekunden auf. Diese Bewegungen sind oft mit kurzen Weckreaktionen oder auch Aufwachphasen verbunden, welche zu einer Durchschlafstörung und im Nachhinein zu erhöhter Tagesmüdigkeit und -schläf-

RLS - diagnostische Kriterien

1. Klagen über einen Bewegungsdrang der Extremitäten, welcher oft durch Missempfindungen hervorgerufen wird.
2. Der Bewegungsdrang und/oder die Missempfindungen verschlechtern sich in Ruhephasen wie beim Liegen oder Sitzen.
3. Der Bewegungsdrang und/oder die Missempfindungen remittieren zum Teil oder vollständig bei Bewegung wie Gehen oder Ausdehnung, zumindest für die Dauer der Bewegung.
4. Der Bewegungsdrang und/oder die Missempfindungen werden als intensiver während der Nacht erlebt oder sind nur während des Abends/der Nacht vorhanden.
5. Die Störung ist durch eine andere Schlafstörung, oder körperliche neurologische Erkrankung, Substanzabusus oder Medikamentengebrauch nicht besser erklärbar.

Quelle: American Academy of Sleep Medicine ICSD-2, 2005

Tab. 5

rigkeit führen. Die tatsächliche Diagnose kann nur durch die Polysomnographie gestellt werden.

Zur Therapie der nächtlichen Bewegungsstörungen stehen in erster Linie Dopaminagonisten und L-Dopa-Präparate zur Verfügung. Andere medikamentöse Interventionen wie GABAerge Mittel, Benzodiazepine, Magnesium, Opioide und Carbamazepin können entsprechend der Symptomatik verordnet werden. Dopaminrezeptor-blockierende Substanzen wie die klassischen Neuroleptika, aber auch trizyklische Antidepressiva und Psychostimulantien können zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen.

Zusammenfassung

Die Inzidenz der Schlafstörungen bei der normalen Bevölkerung ist hoch; mit steigendem Alter nimmt die Prävalenz der Insomnien zu. Schlafstörungen sind oft mit psychiatrischen Erkrankungen vergesellschaftet. Dabei kann die Schlafstörung je nach zeitlicher Ausprägung als Symptom einer psychiatrischen Erkrankung, als Prodom oder als zusätzliche Störung identifiziert werden.

Für die Diagnose der Schlafstörung sind neben einer ausführlichen speziellen Anamnese auch subjektive Fragebögen und die apparative Diagnostik notwendig. Hier stellt die Polysomnographie den Goldstandard dar, wobei sich die Zunahme an mobilen polysomnographischen Geräten für die Diagnose der Schlafstörung als patientenfreundlichere Alternative erwiesen hat.

Für die Behandlung der verschiedenen Schlafstörungen ist es wichtig, auf die drei Hauptsäulen der Therapie zurückzugreifen: psychophysiologische Verfahren, somatische Verfahren und medikamentöse Verfahren. Die Wahl der Medikamente soll sich immer nach dem Profil der Erkrankung ausrichten, um eine Behandlung im Sinn des Schlüssel-Schloss-Prinzips gewährleisten zu können. ◀◀

Literatur bei den Verfassern

*) O. Univ. Prof. Dr.h.c.mult. Dr. Siegfried Kasper, Dr. Sergio Rosales-Rodríguez; beide: Medizinische Universität Wien/Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie/Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie; Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Tel. 01/40 400-3571; E-Mail: sci-biolpsy@meduniwien.ac.at

Lecture Board:

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Bach, LKH Steyr/Abteilung für Psychiatrie
Assoc. Prof. Priv. Doz. Dr. Dietmar Winkler, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien/Klinische Abteilung für biologische Psychiatrie

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Klinische Abteilung für biologische Psychiatrie/Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien

