

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

VERHALTENSSTÖRUNGEN IM SCHLAF

Sprechen, Schreien, Fluchen, Packen, Schlagen u. a.

Schlafstörungen nehmen zu; zumindest werden sie immer öfter geklagt. Dabei unterscheidet man verschiedene Formen, z. B. die so genannten Parasomnien mit einer Vielfalt von Auffälligkeiten im Schlaf. Eine davon sind Schlaf-Verhaltensstörungen. Das hört sich ungewöhnlich an, vor allem dann, wenn man sich eigentlich in völliger Ruhe erholen sollte. Gleichwohl gibt es so etwas, wobei Sprechen, Schreien, Fluchen usw. noch halbwegs ertragbar wären, nicht aber Packen oder gar Schlagen, und zwar den Bettnachbarn.

Um was handelt es sich hier, d. h. Ursachen, Alter, Geschlecht, Risikofaktoren usw.? Und was kann man dagegen tun, falls überhaupt?

Nachfolgend eine kurzgefasste Übersicht zu diesem ungewöhnlichen Thema.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schlaf – Schlafstörungen – Verhaltensstörungen – auffälliges Verhalten – Verhaltensstörungen im Schlaf: Sprechen, Schreien, Fluchen, Packen, Schlagen u. a. – REM-Schlaf-Verhaltensstörungen – Parasomnien – Definition von Schlaf-Verhaltensstörungen – Häufigkeit von Schlaf-Verhaltensstörungen – Schlaf-Verhaltensstörungen und Geschlecht – Schlaf-Verhaltensstörungen und Alter – Ursachen von Schlaf-Verhaltensstörungen, z. B. Hirnverletzung, Durchblutungsstörungen, Multiple Sklerose, Gehirn-Operation, Hirnentzündung, Gehirn-Tumore, Parkinson-Krankheit, Demenz u. a. – mögliche Risikofaktoren von Schlaf-Verhaltensstörungen – Vererbbarkeit von Schlaf-Verhaltensstörungen – Behandlungsmöglichkeiten von Schlaf-Verhaltensstörungen u. a. m.

Über den Schlaf gibt es viele Sprichwörter, meist positiv. Das ist ein guter Gradmesser für die Einstellung der Allgemeinheit dazu. Denn auch das Gegenteil spricht für den Schlaf: Dort wo er unbefriedigend ausfällt, ist er nicht selten zusammen mit dem Wettereinfluss das medizinische Gesprächsthema Nummer 1. Kurz: Der Schlaf hat eine gute Position im Meinungsbild der Menschen – und das nicht zu Unrecht. Einzelheiten dazu, vor allem was mögliche Schlafstörungen und ihre Folgen anbelangt, siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie. Dort geht es auch um die unterschiedlichen Formen der Schlafstörung, wie sie in den Fachbegriffen Insomnie, Hypersomnie und Parasomnie zum Ausdruck kommen. Auch dazu siehe die entsprechenden Erläuterungen.

Einige Formen der Schlafstörungen sind häufig, vor allem ein „zu wenig“. Das ist nachvollziehbar. Das Gegenteil, das Zuviel an Schlaf ist aber auch nicht folgenlos oder gar gesund, wenn es bestimmte Grenzen überschreitet. Und das scheint zuzunehmen, wenigstens für ganz bestimmte Hypersomnie-Formen. Und wie steht es mit den Parasomnien, den ungewöhnlichen Ereignissen, die entweder während des Schlafes oder an der Schwelle zwischen Wachsein und Schlaf auftreten (z. B. Schlafwandeln, nächtliches Aufschrecken, Angstträume, nächtliches Einnässen oder Zähneknirschen usf.)?

Auch sie sind nicht zu vernachlässigen. Denn je ergiebiger die wissenschaftlichen Erkenntnisse, desto größer die Zahl der Betroffenen, auch wenn es ihnen und ihrem Umfeld bisher vielleicht nicht sonderlich zur Last geworden ist. In Einzelfällen aber sehr wohl. Auch hier wieder siehe die entsprechenden Hinweise.

Eine dieser Schlafstörungen vom Typ der Parasomnien dürfte weitgehend unbekannt sein – mit Ausnahme der Betroffenen und ihrer nahen Angehörigen. Gemeint sind – wissenschaftlich gesprochen – die REM-Schlaf-Verhaltensstörungen. Um was handelt es sich, was muss man wissen und was kann man tun? Nachfolgend dazu ein Fachbeitrag in der Fachzeitschrift DER NERVENARZT 1 (2014) 19 über REM-SCHLAF-VERHALTENSSTÖRUNGEN als prodromales Stadium von *Alpha-Synukleinopathien* der Fachärzte W. H. Oertel und MitarbeiterInnen aus der Klinik für Neurologie der Universität Marburg, dem Zentrum für Parkinson-Syndrome und Bewegungsstörungen an der Paracelsus-Elena-Klinik in Kassel sowie der Klinik für Neurologie an der Hepthata-Klinik in Schwalmstadt-Treysa (Einzelheiten siehe der Literaturhinweis am Ende). Im Einzelnen:

Zum Beschwerdebild der Schlaf-Verhaltensstörung – nicht zuletzt den Partner betreffend ...

Um was handelt es sich bei diesem sonderbaren Phänomen, das zum wertenden Begriff einer Verhaltensstörung, also eines auffälligen Fehlverhaltens

führt? Und das ausgerechnet im Schlaf, wo sich doch jeder regenerativ ruhig verhalten sollte?

Die wissenschaftliche Antwort: Es handelt sich um eine motorische (Bewegungs-)Aktivität während des so genannten REM-Schlafes („rapid eye movement“, erkennbar an der Augenbewegung) mit auffälligem

- Vokalisieren, also nicht nur sprechen, sondern ggf. auch schreien und fluchen
- einfachen Extremitäten-Zuckungen (also von Armen und Beinen) bis zu
- komplexen motorischen Verhaltensweisen, die dann schon den Rahmen des Vertretbaren überschreiten können, nämlich Packen oder gar Schlagen (vor allem den Bettnachbarn) und Aus-dem-Bett-Springen. Letztere können manchmal so heftig sein, dass die Betroffenen sich selbst oder ihren Schlafpartner verletzen.

Diese ungewöhnliche bis krankhafte Schlaf-Aktivität hat ganz offensichtlich etwas mit den erinnerten Traum-Inhalten zu tun. Es hat den Anschein, also würden die Betroffenen ihr Träume regelrecht ausagieren, sagen die Experten, d. h. körperlich umsetzen, und zwar expansiv bis gewalttätig.

Zu einer Unterbrechung des Schlafes kommt es dabei interessanterweise eher selten. Auch sind die Patienten beim Erwachen aus solchen Episoden in der Regel schnell wieder orientiert (was nicht bei allen Parasomnien der Fall ist – siehe die entsprechenden Beiträge). Die ungewöhnlichen Aktionen sind meist kurz, pflegen in der Regel etwa 90 Minuten nach Schlafbeginn bis zum Erwachen aufzutreten und können selten (z. B. einmal innerhalb weniger Wochen) bis mehrmals pro Nacht irritieren (und zwar – wie erwähnt – den Schlafpartner, der Patient selber erfährt es wohl in der Regel erst am nächsten Morgen oder wenn er nach einer Attacke geweckt wird).

Definition

Wie definiert man nun eine solche Schlaf-Verhaltensstörung wissenschaftlich? Nach der 2. Fassung der Internationalen Klassifikation von Schlafstörungen (ICSD-2) sind diese REM-Schlaf-Verhaltensstörungen (englischer und damit internationaler Fachbegriff: REM “sleep behavior disorder“ - RBD) definiert als ein immer wieder auftretender elektromyographisch nachweisbarer Verlust der REM-Schlaf-bedingten Atonie (fehlender oder mangelhafter Spannungszustand, z. B. der Muskulatur), was ja noch problemlos vertretbar wäre. Aber andererseits eben auch durch ausgeprägte motorische Aktivitäten während des Träumens, und die können recht „zupackend“ sein.

Das Leiden kann idiopathisch (also ohne erkennbare Ursache) oder symptomatisch (für eine bestimmte Krankheit bezeichnend) im Rahmen so genannter neurodegenerativer Erkrankungen oder nach Hirnverletzungen auftreten. Beispiele: Ischämie (Minderdurchblutung), Multiple Sklerose (siehe der entsprechende Beitrag in dieser Serie), nach einer Operation, während oder nach einer Hirnentzündung, durch Tumore u. a. Besonders häufig werden sie in Zusammenhang mit einer Parkinson-Krankheit, einer Demenz vom so genannten Lewy-Körper-Typ u. a. gebracht. Und zwar mehrere Jahre vor Beginn der obigen Auffälligkeiten im Schlaf und als durchaus ernst zu nehmendes Vorhersage-Kriterium.

Während diese Leiden glücklicherweise eher zahlenmäßig begrenzt sind, ist eine andere mögliche Ursache schon häufiger, wenn nicht gar häufig. Gemeint sind Arzneimittel gegen Depressionen (so genannte Antidepressiva – Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie), aber auch das Absetzen eines bestimmten Mittels gegen Epilepsie sowie eines allerdings schon älteren und kaum mehr rezeptierten Beruhigungsmittels. Auch ein Medikament gegen Bluthochdruck spielt eine Rolle. Einzelheiten, insbesondere Substanz-Namen siehe der entsprechende Beitrag im Nervenarzt 1 (2014) 19 bzw. die Beratung durch Haus- oder Nervenarzt (die dann ihrerseits wohl an einen Schlaf-Experten oder ein Schlaflabor verweisen werden – siehe später).

Viel wichtiger aber ist ein weiterer Ursachen-Bereich, nämlich der Konsum oder Entzug von Drogen, was noch am ehesten einleuchten dürfte, aber auch Alkohol. Und sogar Schokolade und Kaffee werden diskutiert (siehe später).

Häufigkeit – Geschlecht – Alter

Nach all dem würde man gerne wissen: Wie häufig, wen trifft es, wo liegen die zu beachtenden Schwerpunkte? Die Antwort der Experten: Hier muss man vorsichtig sein, denn so genannte epidemiologische Studien über die Inzidenz (Häufigkeit innerhalb eines bestimmten Zeitraums) und Prävalenz (Häufigkeit in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums) sind bisher methodisch unzureichend. Die Prävalenz wird auf 0,38% für die allgemeine Bevölkerung geschätzt. Geht man aber mittels Fragebogen vor, dann kann sie sich deutlich erhöhen: Man spricht von einer möglichen Häufung von mehr als 6%, allerdings im Alter zwischen 70 bis 89. Das Alter spielt also offensichtlich eine Rolle (s. u.).

Das Durchschnittsalter aber liegt dann niedriger, aber immer noch zwischen dem 5. und 6. Lebensjahrzehnt.

Betroffen sind offensichtlich vor allem Männer, sagen die einen Experten. Andere Autoren fanden dagegen keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Das kann aber auch einen spezifischen Grund haben, der durchaus

nachvollziehbar ist: Frauen sind möglicherweise deshalb „unterdiagnostiziert“, weil sie ganz offensichtlich ein deutlich weniger aggressives Verhalten in ihren Träumen aufweisen als Männer, zumindest was diese Form von Schlaf-Verhaltensstörungen anbelangt.

Bei früh erkannten Erkrankungen unter 50 Jahren liegt das Verhältnis dann auch deutlich näher beieinander. Das wäre insofern nachvollziehbar, weil ja Antidepressiva eine auslösende Rolle spielen können, und die finden sich bei Frauen häufiger im therapeutischen Einsatz. Ähnlich vergleichbar ist es dann auch, wenn die neurologische Krankheit Narkolepsie als mögliche Ursache diskutiert wird (denn dort finden sich solche Schlaf-Verhaltensstörungen öfter, wenn auch nicht immer so aggressiv; Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie).

Was kann mit einer Schlaf-Verhaltensstörung verwechselt werden?

Die Frage der so genannten Differentialdiagnose, wie es die Experten nennen, also was kann mit der erwähnten Schlaf-Verhaltensstörung durchaus verwechselt werden, wird vor allem durch die Fachleute geklärt, also Nervenärzte, Neurologen, am besten wohl Somnologen, wie die Schlafforscher genannt werden und am sichersten in einem Schlaflabor.

Denn hier stehen eine ganze Reihe von Schlafstörungen zur Diskussion, die man ausschließen muss, bevor man zur erwähnten Diagnose kommt. Gemeint sind die obstruktive Schlaf-Apnoe, das Schlafwandeln, der so genannte Schlaferror, Alpträume und nächtliche Halluzinationen verschiedener Ursachen. Einzelheiten dazu siehe wieder die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Und darüber hinaus gilt es auch noch nächtliche Anfälle im Rahmen einer Epilepsie (besonders wenn das Stirnhirn betroffen ist) auszuschließen und ein so genanntes posttraumatisches Stress-Syndrom nach außergewöhnlichen und vor allem nicht verarbeiteten Extremlastungen.

Mögliche Risikofaktoren für eine Schlaf-Verhaltensstörung

Interessant in diesem Rahmen auch der wissenschaftliche Disput um *mögliche exogene Risikofaktoren*, also eindeutige oder diskutierte oder zumindest beteiligte Auslöser einer Schlaf-Verhaltensstörung.

Diskutiert werden dabei ganz unterschiedliche Faktoren, z. B. Zigaretten-Konsum, Schädel-Hirn-Trauma (Kopfunfall), die Exposition zu Pestiziden im Speziellen und landwirtschaftliche Tätigkeiten generell. Hier gibt es allerdings noch reichlich Forschungs-Bedarf, zumal in diesem Zusammenhang auch manche Belastungs-Aspekte aus anderen Studien wiederum verneint werden

konnten. Kurz noch einmal: Hier muss und wird die Wissenschaft am Ball bleiben.

Und schließlich soll in diesem Zusammenhang noch auf *genetische Prädispositionen*, also mögliche Erbfaktoren hingewiesen werden. Da gibt es zwar durchaus interessante Erkenntnisse, vor allem was eine so genannte positive Familien-Anamnese anbelangt. Dabei sollen die Eltern solcher Patienten etwa 3-fach, die Geschwister sogar 6-fach häufiger betroffen sein. Doch das sind vorläufige Ergebnisse, die noch von anderen Experten nachgeprüft, bestätigt oder in Frage gestellt werden müssen.

Was kann man tun?

Nachdem die Diagnose also gesichert ist, einerseits durch (Fremd-)Anamnese, also Hinweise durch den Patienten, vor allem aber seinen Bettpartner und schließlich bestätigt durch eine so genannte Polysomnographie im Schlaf-labor, stellt sich natürlich die Frage: was kann man tun? Und die ist in diesem Fall durchaus essentiell, entscheidet sie doch über die Sicherheit des Betroffenen selber, insbesondere aber seines Bettnachbars. Von der seelischen Belastung einmal ganz abgesehen.

So heißt die Empfehlung Nr. 1: Die Schlaf-Umgebung sollte frei von potentiell verletzenden Objekten und so eingerichtet sein, dass ein optimaler Schutz für den Betroffenen und seinen Partner gewährleistet ist. Was das im Einzelnen heißt, wissen die Patienten am besten und kann sich sogar der nicht beteiligte Laie gut vorstellen

Und wie steht es um eine medikamentöse Behandlung? Arzneimittel werden zwar immer gerne in Frage gestellt oder gar verteufelt, am Schluss aber ist man dann doch froh, wenn sich hier eine Milderung oder gar ein voller therapeutischer Erfolg abzeichnen könnte. Und das scheint nun dann doch der Fall zu sein, zumindest in erfreulichem Rahmen.

Dafür stehen vor allem zwei Substanzen zur Diskussion, nämlich Clonazepam und das in letzter Zeit vermehrt in die Diskussion geratene Melatonin. Einzelheiten dazu, insbesondere was konkrete Indikations-Hinweise, Behandlungserfolg, Dosierung sowie mögliche Nebenwirkungen anbelangt, siehe der behandelnde Arzt und sein fachärztlicher Berater. Das gilt auch für weitere Alternativen, die gängige Schlafmittel, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Neuroleptika u. a. betrifft, wie die entsprechenden Fachbegriffe lauten.

Literatur

Wissenschaftlich interessantes, für die Betroffenen und ihre nahen Angehörigen allerdings äußerst belastendes Leidenbild, entweder ausgelöst und unter-

halten von bestimmten Krankheiten bzw. Substanzen, oder als Vorläufer einer späteren Gehirnerkrankung. Ausführliche (meist englisch-sprachige) Literatur-Hinweise finden sich in dem nachfolgenden Fachartikel, der auch die Grundlage dieses kurzen, allgemein-verständlichen Überblicks ist:

*W. H. Oertel, C. Depboylu, M. Krenzer, D. Vadasz, V. Ries, F. Sixel-Döring, G. Mayer: **REM-Schlaf-Verhaltensstörung als prodromales Stadium von Alpha-Synukleinopathien.** Der Nervenarzt 1 (2014) 19*