

HIV und Schlafstörungen: Ein interdisziplinäres Thema

Dr. med. Steffen Heger und Prof. Dr. med. Gabriele Arendt

Anhaltende Schlafstörungen können nicht nur die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen, sondern auch zu gravierenden Komplikationen wie erhöhtem Herzinfarkt- und Unfallrisiko führen. Schlafstörungen können verschiedene Ursachen haben. Entsprechend ist auch der therapeutische Zugang unterschiedlich. Bei Menschen, die mit HIV leben, sind in der Diagnostik und Therapie einige Besonderheiten zu beachten.

In diesem Newsletter sollen zunächst die verschiedenen Formen und anschließend mögliche Ursachen von Schlafstörungen bei HIV-Patienten beschrieben werden. Darauf aufbauend werden differenzialdiagnostische Überlegungen und anschließend die Behandlungsmöglichkeiten dargestellt.

Wegen der unterschiedlichen Ursachen von Schlafstörungen bietet sich ein interdisziplinärer Zugang an. Deshalb wird in diesem Newsletter die neurologische und psychosomatisch-psychotherapeutische Seite dargestellt.

FORMEN UND LEITSYMPTOME VON SCHLAFSTÖRUNGEN

Unterschieden werden

- ◆ **Insomnien**, die sich als Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen (flacher, unterbrochener bzw. unruhiger Schlaf) und Früherwachen mit oder ohne Wiedereinschlafen äußern können und

letztlich zu einem Schlafmangel führen

- ◆ **Hypersomnien**, die im Gegensatz zu den Insomnien durch vermehrte Schlafdauer, Tageschläfrigkeit und leichtes Einschlafen bei reizarmer Umgebung gekennzeichnet sind
- ◆ **Zirkadiane Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus**, wobei die betroffenen Personen nicht schlafen können, wenn es gewünscht ist und einschlafen, wenn Wachsein gewünscht ist. Die häufigsten zirkadianen Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus sind der Jetlag und Schlafstörungen bei Schichtarbeiter*innen.
- ◆ **Parasomnien**, die durch Auffälligkeiten in bestimmten Schlafphasen imponieren, etwa beim Aufwachen (z.B. Schlafwandeln, Pavor nocturnus), beim Einschlafen (z. B. Einschlafzuckungen, Sprechen im Schlaf), während des REM-Schlafs (z. B. Alpträume, Schlafparalyse) oder sonstige Auffälligkeiten im Schlaf wie Zähneknirschen (Bruxismus).

Neben dieser phänomenologischen Einteilung ist der **zeitliche Verlauf** für das weitere Vorgehen entscheidend: Situative und vorübergehende Insomnien sind weit verbreitet und haben meist keinen Krankheitswert. Hier kann eine Fixierung der Patient*innen auf das Symptom vermieden werden, indem man die Beschwerden einerseits ernst nimmt und die Betroffenen

andererseits über die Harmlosigkeit und den wahrscheinlich vorübergehenden Charakter des Problems aufklärt. Wenn die Störung über mehr als einen Monat anhält, mindestens dreimal pro Woche auftritt und/oder zu einer deutlichen subjektiven Beeinträchtigung führt, ist eine genauere Betrachtung notwendig.

Als **Leitsymptome** beschreiben die Patient*innen häufig die Folgen des gestörten Schlafs: Beeinträchtigt Wohlbefinden tagsüber, exzessive Tagesmüdigkeit, Leistungsminderung, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit und innere Unruhe. Auch die Schlafstörungen selbst werden natürlich berichtet, also Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, unruhiger Schlaf, häufiges Aufwachen in der Nacht und Früherwachen. Bei Insomnien schildern Patient*innen manchmal recht plastisch, was sie vom Schlaf abhält: Wenn hier Begriffe wie „Kopfkino“, „Nicht abschalten können“, „Gedankenkreisen“ oder „Grübeln“ auftauchen, weist dies häufig auf psychische Ursachen hin.

HÄUFIGE URSACHEN VON SCHLAFSTÖRUNGEN

In den meisten Fällen sind anhaltende oder häufig wiederkehrende Schlafstörungen keine eigenständige Erkrankung, sondern Symptom einer **seelischen Erkrankung**.

Am häufigsten treten Schlafstörungen im Zusammenhang mit akuten seelischen Belastungen und Krisen im Sinn einer **akuten Belastungsreaktion** oder **Anpassungsstörung** auf. Diese sind bei HIV-Patienten nach der Erstdiagnose ebenso zu beobachten wie bei Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bzw. interkurrenten Erkrankungen und bei immunologischem Versagen der ART, da es in diesen Situationen vielfach zu einer existenziellen Verunsicherung kommt. Natürlich kommen auch von HIV unabhängige Krisenanlässe vor wie berufliche Konflikte, Partnertrennungen oder Todesfälle in der Familie.

Bei **Depressionen** gehört gestörter Schlaf neben der Minderung von Libido und Appetit zu den häufigsten vegetativen Symptomen. Da Menschen, die mit HIV leben, deutlich häufiger von depressiven Erkrankungen betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung, bietet sich die routinemäßige Anwendung eines Screening-Instruments auf depressive Symptome an. Der PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) ist ein im Internet frei verfügbarer Fragebogen zur Selbsteinschätzung, der innerhalb von ein bis zwei Minuten durch die Patient*innen ausgefüllt werden kann. Die Auswertung durch Summenbildung über Antwortpunkte der Fragen

(Überhaupt nicht=0, An einzelnen Tagen=1, An mehr als der Hälfte der Tage=2, Beinahe jeden Tag=3; <5 gesund, < 10 unauffällig, 10–14 „leichtgradige“ Depression, 15–19 „mittelgradige“ Depression, 20–27 „schwergradige“ Depression) geht noch schneller. Vorkenntnisse in der Testdiagnostik sind nicht erforderlich.

Auch **Angsterkrankungen** wie Panikstörungen und generalisierte Angststörungen können den Schlaf beeinträchtigen, z. B. wenn jemand durch eine Panikattacke aus dem Schlaf gerissen wird. Gerade in diesen Fällen ist eine sorgfältige Anamnese erforderlich, um organische Ursachen (Schlaf-Apnoe, kardiale oder hormonelle Erkrankungen) oder Parasomnien (Pavor nocturnus) auszuschließen, da diese einen anderen therapeutischen Zugang erfordern.

Die Frage nach **Medikamenten** und **Substanzkonsum** ist immer zu stellen. Dies gilt gerade in der HIV-Schwerpunktpraxis und bei queeren Patienten, da hier von einer größeren Konsumhäufigkeit insbesondere illegaler Substanzen ausgegangen werden kann.

Alkohol wird mitunter als Selbstmedikation bei Schlafstörungen verwendet. Während Alkohol beim Einschlafen hilft, stört er regelmäßiges Durchschlafen und geht natürlich mit dem Risiko

der Abhängigkeit einher. Das Abhängigkeitsrisiko gilt auch für Cannabis.

Gefragt werden sollte außerdem nach der Einnahme **frei verkäuflicher Schlafmittel**, da diese von den Patient*innen häufig nicht spontan berichtet werden. Weit verbreitet sind hier Antihistaminika, z. B. Doxylamin. Diese haben ein hohes Nebenwirkungs- und Interaktionsrisiko und sollten daher möglichst vermieden werden. Keine Schlafmittel im engeren Sinn aber in niedrigen Dosierungen auch frei verkäuflich und weit verbreitet sind Johanniskrautpräparate, die wegen der Induktion des CYP450-Systems die Wirkung der ART beeinträchtigen können. Von ihnen ist daher bei HIV-Patienten ebenfalls abzuraten.

Insbesondere **Partydrogen** und einige Substanzen, die im Rahmen von **Chemsex** konsumiert werden, verursachen fast regelhaft Schlafstörungen. Das gilt insbesondere für Ecstasy, Amphetamine und Crystal Meth. Hier würde Abstinenz die Schlafstörungen in der Regel kurzfristig zum Verschwinden bringen.

Andere **organische Ursachen** sind seltener. Da sie jedoch häufig auf eine spezifische Behandlung ansprechen, müssen sie immer in die Differenzialdiagnostik einbezogen werden.

URSACHEN VON SCHLAFSTÖRUNGEN AUS NEUROLOGISCHER SICHT

Bei HIV-positiven Patienten/-innen kann es auch infolge von Erkrankungen des zentralen (ZNS) oder peripheren (PNS) Nervensystems zu Schlafstörungen kommen.

ZNS-Erkrankungen in diesem Kontext sind:

- ♦ die HIV-assoziierte Demenz (HAD)
- ♦ Gehirninfectionen durch opportunistische Erreger
- ♦ Anfallsleiden
- ♦ psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)
- ♦ Affektionen des peripheren Nervensystems, wie z.B. Polyneuropathien und das Restless Legs Syndrom (RLS) mit oder ohne „Periodic Limb Movements“.

Während Schlafstörungen primär Symptom zentralnervöser Erkrankungen sind, sind sie im Bereich des peripheren Nervensystems sekundär, d.h. Folge primärer Krankheitssymptome.

Ferner sind Schlafstörungen bei HIV-positiven Patienten häufig die Folge von Drogen- und/oder Medikamentengebrauch, gelegentlich auch Nebenwirkungen der antiretroviralen Kombinationstherapien, wobei das Medikament mit dem diesbzgl. größten Potential (Efavirenz) heute nur noch sehr selten Anwendung findet. Allerdings können auch andere, häufiger eingesetzte, antiretrovirale Medikamente wie z.B. Integrasehemmer zu Schlafstörungen führen.

Die **HIV-assoziierte Demenz** hat eine Inzidenz von 4%. Sie führt zu motorischen, kognitiven und emotionalen Defiziten, wobei die Patienten nicht selten im Rahmen der nachlassenden intellektuellen Fähigkeiten erschöpfbar werden und eine Hypersomnie entwickeln.

Man diagnostiziert die Erkrankung klinisch und testpsychologisch. Therapeutisch können antriebssteigernde Antidepressiva helfen (z.B. Citalopram, Trimipramin).

Allerdings kann eine HAD auch zu Schlaflosigkeit führen, die dann mit sedierenden Antidepressiva behandelt werden sollte.

Opportunistische zerebrale Infektionen, insbesondere diffuse Meningoenzephalitiden (Cryptococcus neoformans Meningoenzephalitis, Herpes simples/zoster Meningoenzephalitis) führen zu Hypersomnie mit häufigem Gähnen, das dann auf die enzephalitische Komponente hinweist.

Epileptische **Anfälle** können zu der sog. „post-iktalen Müdigkeit“ führen, aber „Einschlafattacken“ können auch Anfallssymptom sein, so dass bei imperativem Einschlafen und Tagesmüdigkeit ein EEG durchgeführt werden sollte, wobei gleichzeitig Augenbewegungen gemessen werden sollten, um ggf. einen „Rapid REM Onset“ und damit eine Narkolepsie nachweisen zu können.

Polyneuropathien führen zu brennenden Missempfindungen, zunächst in den Fußsohlen, die dann aufsteigen und die Unterschenkel befallen können, einen nächtlichen Schwerpunkt haben und Durchschlafstörungen hervorrufen.

Restless Legs provozieren Unruhe in den Beinen mit konsekutivem Bewegungsdrang, gelegentlich auch von unwillkürlichen Bewegungen der Beine begleitet (Periodic Limb Movements), was natürlich zu Durchschlafstörungen führt.

Bei Hypersomnien des HIV-positiven Patienten gehört ein Drogen- und Medikamentenscreening zum diagnostischen Arsenal.

In jedem Fall muss ein HIV-positiver Patient mit chronischen Schlafstörungen, die nicht offenkundig in einer Lebenssituation wurzeln, dem Neurologen vorgestellt werden.

TIPPS FÜR EINEN BESSEREN SCHLAF

Folgende verhaltenstherapeutische Ansätze haben sich in der Behandlung von Schlafstörungen bewährt:

- Nach dem Mittagessen keine koffeinhaltigen Getränke (Kaffee, schwarzer Tee, Cola) mehr trinken
- Alkohol weitgehend vermeiden und nicht als Schlafmittel verwenden
- Tagsüber nicht schlafen, weil man sonst abends nicht müde genug ist
- Am Abend keine schweren Mahlzeiten mehr zu sich nehmen
- Regelmäßige körperliche Aktivität, möglichst vormittags oder nachmittags, nicht am späten Abend
- Die Abendstunden entspannend gestalten und vor dem Zubettgehen allmählich die körperliche und geistige Aktivität herunterfahren
- Fernsehen und Bildschirmarbeit sowie längeres Surfen im Internet vor dem Schlafengehen ebenso vermeiden wie emotional bewegende Gespräche
- Das Schlafzimmer sollte dunkel, ruhig und nicht zu warm sein und eine angenehme Atmosphäre haben. Dazu gehören auch eine bequeme Matratze, angenehmes Bettzeug und ausreichend Frischluftzufuhr.
- Das Bett sollte nur zum Schlafen und zum Sex, d.h. nicht zum Lesen, Essen, Trinken, Rauchen, Fernsehen oder Surfen im Internet benutzt werden.
- Möglichst jeden Abend zur selben Zeit ins Bett gehen und jeden Morgen zur selben Zeit aufstehen. Langes Ausschlafen erschwert das Einschlafen am Abend. Das gilt auch für die Wochenenden.
- Ein persönliches Einschlafritual finden: Geeignet sind Entspannungsübungen oder Meditation vor dem Schlafengehen. Es kann auch eine heiße Milch mit Honig sein.
- Wenn man 30 Minuten nach dem Zubettgehen noch wach ist, sollte man in ein anderes Zimmer gehen und sich eine monotone Beschäftigung suchen. Man sollte erst wieder ins Bett gehen, wenn man sich müde fühlt.
- Man sollte nachts nicht auf die Uhr sehen und im Schlafzimmer keine Uhr im Blickfeld haben.

INDIKATIONEN ZUR ÜBERWEISUNG AN EIN SCHLAFLABOR SIND:

- ◆ Schwere chronische Insomnien mit starker Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit
- ◆ Therapieresistente Insomnien mit ausbleibendem Behandlungserfolg nach mehr als sechs Monaten
- ◆ Verdacht auf organisch bedingte Insomnie (z. B. Schlafapnoe, Restless Legs, Anfallsleiden)
- ◆ Parasomnien
- ◆ Diskrepanzen zwischen subjektivem Erleben und objektiver Beobachtung (z. B. durch Bettpartner)

BEHANDLUNG DER SCHLAFSTÖRUNGEN

Die Behandlung richtet sich soweit wie möglich nach der Ursache. Dies gilt für seelische ebenso wie für organische Grunderkrankungen. Hierzu sollen die Betroffenen möglichst frühzeitig an spezialisierte Einrichtungen bzw. entsprechende Fachärzt*innen überwiesen werden.

Neben der spezifischen Behandlung gibt es einige allg. Grundsätze, die ursachenunabhängig gelten:

- ◆ **Psychoedukation:** Die Betroffenen sollten über die (vermutete) Ursache ihrer Symptome und über allgemeine Maßnahmen zur Verbesserung der Schlafhygiene informiert werden. (Siehe Kasten „Tipps für einen besseren Schlaf“) Die mit den Beschwerden verbundene Beeinträchtigung der Lebensqualität empathisch zu würdigen und den Patient*innen eine Perspektive zu geben, trägt nicht nur zur emotionalen Entlastung bei, sondern bessert auch die Adhärenz.
- ◆ **Medikation:** Im Rahmen der Substanzanamnese sollte auf die Risiken hingewiesen werden, die mit der Anwendung von Alkohol und der Einnahme bestimmter frei verkäuflicher Schlafmittel verbunden sind. Wenn nötig, kann eine Alternative zur symptomatischen Behandlung der Insomnie angeboten werden. Pflanzliche Mittel aus Baldrian, Hopfen oder Passionsblume haben keine Nebenwirkungen und machen nicht abhängig. Kurzfristig können, insbesondere bei akuten Krisen, Benzodiazepine oder Non-Benzodiazepin-Hypnotika eingesetzt werden. Die Verordnung

sollte in der Regel auf maximal zwei Wochen beschränkt bleiben und der/die Patient*in auf das Risiko der Gewöhnung hingewiesen werden. Wenn eine Substanzabhängigkeit anamnestisch bekannt ist, sollten Benzodiazepine eher vermieden werden. Gerade bei depressiven und Angstpatienten bietet sich als Alternative auch die Verordnung eines Antidepressivums mit sedierender Wirkung an, falls nicht ohnehin eine antidepressive Behandlung der Grunderkrankung durchgeführt wird. Für diesen Zweck besonders geeignet ist z. B. Mirtazapin, auch aufgrund des geringen Interaktionspotenzials mit der ART. Auch ältere trizyklische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin, Trimipramin) kommen hierfür in Betracht. Hier sind jedoch insbesondere die anticholinergen Nebenwirkungen zu berücksichtigen. Auch niedrigpotente Antipsychotika wie z. B. Quetiapin (CAVE: starkes Wechselwirkungspotential mit den antiretroviralen Boostersubstanzen) oder Melperon wirken schlaffördernd. Ihr Einsatz bei Schlafstörungen ist jedoch off label.

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten



Autoren dieser Ausgabe



Dr. med. Steffen Heger
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Herbert-Lewin-Str. 9
D-50931 Köln



Prof. Dr. med. Gabriele Arendt
Fachärztin für Neurologie
Neuro-Centrum, Hohenzollernstrasse 5
40211 Düsseldorf



Chemsex-Beratung: Dr. med. Martin Viehweger **Datenmanagement:** Dr. med. Stefan Preis **Dermatologie:** Dr. med. Robert Jablonka
Diabetologie/Endokrinologie: Dr. med. Sebastian Noe **Genetik:** Dr. rer. nat. Dipl. Biol. Eckart Schnakenberg
Gynäkologie: PD Dr. med. Andrea Gingelmaier **Hepatologie:** Prof. Dr. med. Markus Cornberg, Dr. med. Patrick Ingiliz,
PD Dr. med. Johannes Vermehren, PD Dr. med. Christian Wasmuth **Immunologie:** Dr. med. Hans Heiken
Infektiologie: Dr. med. Silke Heldwein, Dr. med. Tim Kümmerle, Dr. med. Anja Meurer, Prof. Dr. med. Jürgen Rockstroh, PD Dr. med.
Christoph Wyen, PD Dr. med. Christoph D. Spinner **Kardiologie:** Dr. med. Jost Stalke **Klinische Forschung:** Dr. Eva Wolf, MPH
Lipidologie: Prof. Dr. med. Werner Richter **Nephrologie:** Dr. med. Ansgar Rieke **Neurologie:** Prof. Dr. med. Gabriele Arendt
Onkologie: PD Dr. med. Christian Hoffmann, Dr. med. Jan Siehl **Pädiatrie:** Dr. med. Cornelia Feiterna-Sperling
Pharmazie: Nikola Hanhoff – Pharm., Leonie Meemken – Pharm. **Pneumologie:** Dr. med. Meike Probst
Psychiatrie: Dr. med. Christian Perro **Suchtmedizin:** Dr. med. Uwe Naumann, Dr. med. Nazifa Qurishi **Virologie:** Patrick Braun - Dipl.biol.,
PD Dr. med. Jens Verheyen **Arzt- und Medizinrecht:** Christoph Klein – Rechtsanwalt

InXFo hat die Informationen nach bestem Wissen recherchiert. Durch die fortschreitende Forschung auf dem Gebiet HIV/Hepatitis kann keine Verantwortung und Haftung für die Vollständigkeit oder Richtigkeit der Newsletter-Inhalte übernommen werden.

Herausgeber: InXFo GmbH, Lutterothstraße 73, 20255 Hamburg

Logistik-Team: Patrick Braun, Leonie Meemken, Eva Wolf

Technischer Support: Stefan Preis, Clinovate

