

Basler Symposium «Frauen in der Psychiatrie»

# Die schlaflose Frau

Edith Holsboer-Trachsler

Das weibliche Geschlecht ist ein bekannter Risikofaktor für Schlafstörungen, wobei Frauen für bestimmte Störungen, wie Insomnie und Restless-Legs-Syndrom, anfälliger sind als Männer. Das zunehmende Wissen über den Einfluss des weiblichen Lebenslaufs und der Hormone auf den Schlaf müssen in die bestehenden Diagnostik- und Therapierichtlinien eingearbeitet werden. Der wichtigste Grundsatz bei der Behandlung der Schlafstörungen ist der Ausschluss von Ursachen, die kausal behandelt werden können. Das Restless-Legs-Syndrom (RLS) sowie depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten Krankheitsbildern, welche oft zusammen auftreten, schwere Insomnien verursachen und eine differenzierte Therapie erfordern. Vor der Einleitung einer symptomatischen Therapie mit Hypnotika gehört die geeignete Beratung mit Aufklärung über die Schlafphysiologie und das Vermitteln von Schlafhygieneregeln für Frauen zu den obligaten ersten Behandlungsschritten. Psychotherapeutische Verfahren sind bei leichteren Schlafstörungen indiziert und vor allem in Zusammenhang mit der bei Frauen häufigen komorbiden Depression zu berücksichtigen. Da Frauen laut epidemiologischen Studien signifikant mehr Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen als Männer, bedarf die Therapie mit Hypnotika besonderer Aufmerksamkeit.



Prof. E. Holsboer-Trachsler

Frauen sind durch Schlafstörungen öfter und erheblich stärker betroffen als Männer (1, 2). Erste soziologische Untersuchungen dokumentieren, dass Schlafunterbrechungen die häufigsten Schlafveränderungen sind, welche in deutlichem Zusammenhang stehen mit

der Anzahl geschlechtstypischer Rollen, welche die Frauen zu erfüllen haben. Viele Frauen akzeptieren mit Ehe und Mutterschaft ein

**Tabelle 1: Ursachen der Schlafstörung – die «5 P»**

<b>physisch</b>	<b>gynäkologische Ursachen:</b> – Menstruation, Schwangerschaft, Menopause, Hormonmangel, Hormontherapien <b>internistische Erkrankungen:</b> – kardiovaskuläre, pulmonale, endokrin-metabolische, rheumatologische <b>neurologische Erkrankungen:</b> – degenerative – Restless-Legs-Syndrom, periodische Beinbewegungen (in der Schwangerschaft erhöht) – Schlafapnoe (erhöht in Schwangerschaft und Menopause)
<b>physiologisch</b>	Alter, Jetlag, Schichtarbeit, Kurzhospitalisation
<b>psychologisch</b>	Lebensereignisse (Ehe und Familie), Stress, schwere Krankheit
<b>psychiatrisch</b>	Depressionen, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen, Schizophrenie
<b>pharmakologisch</b>	Alkohol, Koffein, Nikotin, Antihypertensiva, Zytostatika, Steroide, Theophyllin, Schilddrüsenpräparate, MAO-Hemmer, Betablocker, Diuretika, psychotrope Substanzen

anhaltendes Mass an Schlafstörung in Zusammenhang mit den für sie selbstverständlichen leiblichen und emotionalen Versorgungsaufgaben für die Familie (3).

Die Zusammenhänge zwischen den hormonellen Veränderungen im Leben einer Frau und ihren Auswirkungen auf den Schlaf sind erst ansatzweise untersucht (4). Gemäss einer amerikanischen Umfrage berichten 71 Prozent der Frauen über Schlafprobleme in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus, 79 Prozent mit Schwangerschaft und 59 Prozent mit der Perimenopause. Es gibt verschiedene mögliche Erklärungen, wie die Veränderungen der Geschlechtshormonspiegel den Schlaf beeinflussen. Hormone können via Regulation der Körperkerntemperatur das Schlafmuster beeinflussen. Progesteron erhöht die Körperkerntemperatur, während Östrogen sie erniedrigt, was je nach Zyklusphase zu unterschiedlichen Veränderungen in der Schlafarchitektur führt. Schlafprobleme werden beim prämenstruellen Syndrom erwähnt. In der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt treten oft erste Schlafstörungen auf. Im dritten Trimester wachen 65 bis 90 Prozent aller Schwangeren deutlich häufiger nachts auf und haben weniger Tiefschlaf. Die anhaltenden hormonellen Veränderungen, die Fötusgrösse, aber auch vermehrtes Sodbrennen, Wadenkrämpfe und RLS bewirken Schlafunterbrechungen. Leichte Formen von Schlafapnoe scheinen auch häufiger aufzutreten.

In der Perimenopause nehmen Schlafstörungen abrupt zu. Schätzungsweise sind bis zu

57 Prozent der Frauen betroffen, wobei 50 Prozent aller Frauen auch lange nach der Menopause unter grösseren Schlafproblemen leiden. Die Östrogensersatztherapie vermindert bei älteren Frauen die Hitzewallungen und verbessert die Schlafqualität. Der Progesteronanteil der Hormonersatztherapie-Behandlung kann erhebliche Schläfrigkeit verursachen, weshalb untersucht wird, inwieweit die abendliche Gabe geeignet ist, den Nachtschlaf zu verbessern. Östrogen und Progesteron scheinen einen Schutzeffekt auf schlafbezogene Atemstörungen zu haben, was teilweise erklären dürfte, warum Frauen nach der Menopause anfälliger werden für das Schlafapnoesyndrom, welches bei zirka 9 Prozent der vorwiegend älteren und übergewichtigen Frauen auftritt.

## Diagnostische Klassifikation und Differenzialdiagnostik

Das Diagnosemanual der WHO (ICD-10) ermöglicht eine Diagnosestellung aufgrund eines ausführlichen Interviews ohne Schlaflaborableitung (2, 5). Grundsätzlich werden die beiden Hauptkategorien Dyssomnien und Parasomnien unterschieden. Zu den Dyssomnien zählen die am häufigsten vorkommenden Insomnien sowie die Hypersomnien und die Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen. Abnorme Episoden, die während des Schlafs auftreten, wie zum Beispiel Schlafwandeln, Pavor nocturnus und Alpträume, werden unter dem Begriff «Parasomnie» zusammengefasst.

Schlafstörungen bedürfen einer sorgfältigen Abklärung, damit eine ursachenspezifische Therapie eingeleitet werden kann. Zur raschen Erfassung hat sich die Anwendung der sogenannten 5 P bewährt: physisch, physiologisch, psychologisch, psychiatrisch und pharmakologisch (Tabelle 1). Bei den internistischen Ursachen sind besonders die schlafassoziierten Atemstörungen zu beachten, welche in der Schwangerschaft und nach der Menopause bei Frauen gehäuft vorkommen, sonst aber vorwiegend bei Männern zu finden sind.

RLS und periodische Beinbewegungen sind Syndrome, die in der Bevölkerung recht häufig vorkommen (4–8%) und überwiegend Frauen betreffen (Prävalenz 9–20%) (Tabelle 2). Von den Insomniepatienten leiden zirka 10 bis 20 Prozent an RLS. Prädisponierende Erkrankungen sind unter anderem rheumatoide Arthritis und Anämie, von denen vorwiegend Frauen betroffen sind. Die Inzidenz des RLS steigt in der Schwangerschaft signifikant, im dritten Trimester sind mindestens 25 Prozent aller Schwangeren betroffen. Das RLS ist häufig verbunden mit periodischen Beinbewegungen, welche als Episoden stereotyper Bewegungen der Gliedmassen, vorwiegend der Beine im Schlaf, auftreten. Pathogenetisch wird eine Dysfunktion im dopaminergen und Opiattransmittersystem des Zentralnervensystems postuliert. Ätiologisch kann das RLS aber auch mit einem Eisenmangel in Zusammenhang stehen, weshalb Frauen mit RLS immer auf Eisenmangel untersucht werden sollten, da in einigen Fällen Eisenpräparate helfen können. Aufgrund der möglichen Ätiologien empfehlen sich vor der Zuweisung in ein Schlaflabor zur Schlafableitung mit Beinbewegungen eine eingehende Symptom- und Anamneseerhebung sowie entsprechende Laborabklärungen.

Bei den psychophysiologischen Ursachen muss bei Frauen das Thema Schichtarbeit besonders beachtet werden, da die erhöhte Prädisposition zu Schlafstörungen damit schlecht vereinbar ist. Des Weiteren gehören hier die geschlechtstypischen Rollenanforderungen des weiblichen Lebenslaufs mit dem möglicherweise schlafstörungsfördernden weiblichen Rollenverständnis besprochen.

Unter den psychiatrischen Erkrankungen sind vor allem die Zusammenhänge zwischen Schlafstörungen und Depressionen gut bekannt (4) (Tabelle 3). Für beide Erkrankungen sind Frauen anfälliger. Depressive Erkrankungen und RLS treten häufig komorbid auf (6). Dies bedeutet, dass depressive Patientinnen besonders sorgfältig bezüglich RLS untersucht werden müssen, da einige Antidepressiva (SSRI; tricyclische Antidepressiva) das Beschwerdebild verstärken können (7) (Tabelle 6).

Die Abklärung im Schlaflabor ist bei schlafabhängigen Atemstörungen, periodischen Beinbewegungen im Schlaf (RLS und nächtlicher Myoklonus), Narkolepsie, nächtlichen Anfällen, Parasomnien sowie Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus obligatorisch und für die Diagnose unerlässlich.

## Prävention und Therapie

Der wichtigste Grundsatz bei der Therapie des Symptoms «Schlafstörung» ist der Ausschluss von Ursachen, die kausal behandelt werden können (Tabelle 1) (3, 5). Findet sich keine erkennbare behandelbare Ursache, wird bei Vorliegen einer schweren Schlafstörung in der Regel symptomatisch mit Hypnotika behandelt. Bei leichten Formen empfiehlt es sich, zuerst die folgenden therapeutischen Schritte zu versuchen (Tabelle 4):

- Das zunehmende Wissen über den Einfluss des geschlechtstypischen Rollenverständnisses und der weiblichen Hormone auf den Schlaf müssen in die bestehenden Therapierichtlinien integriert werden.
- Bei leichten Schlafstörungen reicht häufig eine Schlafberatung aus (Tabelle 5). Damit wird schlafförderndes Verhalten unterstützt und schlafstörendes Verhalten gemieden. Unter den psychotherapeutischen Therapien gibt es sehr viele Verfahren, die eine Entspannung und Beruhigung induzieren und bei Schlafstörungen anwendbar sind (5).
- Wenn nicht-pharmakologische Massnahmen ungenügend sind, können bei leichten Schlafstörungen vor dem Einsatz der eigentlichen Hypnotika die Phytotherapeutika berücksichtigt werden. Bei Frauen ist besonders zu beachten, dass es für alle diese Präparate keine Studien zur Teratogenität gibt. Generell ist vor nicht offiziell registrierten Präparaten zu warnen (8).
- Bei ausgeprägten Schlafstörungen hilft die kurzfristige Einnahme eines Schlafmittels. Bei jedem Einsatz von Hypnotika müssen die wesentlichen Behandlungsgrundsätze beachtet werden. Die Patientin soll über die Vor- und Nachteile einer Hypnotikabehandlung aufgeklärt und darauf aufmerksam gemacht werden, dass dies keine Dauermedikation sein kann, sondern lediglich eine befristete Behandlung bei schweren Symptomen. Dies gehört besonders gegenüber Frauen erwähnt, da aus epidemiologischen Studien bekannt ist, dass sie signifikant mehr Schlaf- und Beruhigungstabletten einnehmen als Männer.
- Schlafstörungen bei Patientinnen mit einer typischen Depression müssen in erster Linie kausal mit schlaffördernden Antidepressiva

### Tabelle 2: Restless-Legs-Syndrom – diagnostische Kriterien

- imperativer Drang, die Lage der Beine zu ändern, oft mit «Missempfindungen»
- Missempfindung: eigenartige, «ruhlose» Qualität; Spannung und Schmerz der Waden
- Verschlimmerung in Ruhe und Erleichterung durch Bewegung
- Verschlechterung der Beschwerden am Abend und in der Nacht

### Tabelle 3: Insomnie und Depression

- Schlafstörungen sind häufig begleitet von depressiven Symptomen
- chronische Schlafstörungen sind ein Risikofaktor für Depression
- ≥ 80% der Patienten und Patientinnen mit schwerer Depression leiden an Schlafstörungen
- Schlafstörungen sind häufig das erste Symptom einer depressiven Erkrankung

### Tabelle 4: Therapiestufen bei Insomnie

1. Aufklärung, Beratung und Schlafhygiene
2. psychotherapeutische Führung und Entspannungsverfahren
3. Phytotherapeutika
4. Hypnotika

### Tabelle 5: Regeln der Schlafhygiene für Frauen

- regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus pflegen, eigene Nachtruhe respektieren
- Frauenrolle in der Familie und Schlafbedürfnis koordinieren
- Schlafzimmer ist kein Arbeitszimmer; ruhig, angenehm, kühl einrichten
- hormonelle Einflüsse auf den Schlaf berücksichtigen
- abends keinen Spitzensport und keine schweren Mahlzeiten
- Kaffee-, Nikotin- und Alkoholkonsum beschränken
- keine Nacht- oder Schichtarbeit
- Schlaf bewusst pflegen, da Frauen besonders störanfällig sind

### Tabelle 6: Auswahl von Antidepressiva zur Therapie der Insomnie bei Depression

Wirkstoff	Handelsname	Dosierung
Amitriptylin	Saroten®	25–300 mg
Trazodon	Trittico®	50–600 mg
Trimipramin*	Surmontil®	25–300 mg
Mianserin*	Tolvon®	30–120 mg
Mirtazapin*	Remeron®	15–45 mg

\*Cave bei Restless-Legs-Syndrom

behandelt werden (Tabelle 6). Spezielle diagnostische und differenzialtherapeutische Beachtung verlangt die häufige Komorbidität von Depression und RLS, da vor allem SSRI und Trizyklika RLS verstärken können (7) (Tabelle 6).

- Generell sollten vor allem Substanzen eingesetzt werden, welche die Schlafstruktur möglichst wenig stören, da Patientinnen bereits durch die natürlichen hormonellen Fluktuationen vermutlich vulnerabler für Schlafprobleme sind. ◆

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler  
Leitende Ärztin  
Abt. für Depressionsforschung, Schlafmedizin und Neurophysiologie  
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel  
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4025 Basel  
Tel. 061-325 50 95, Fax 061-325 55 13  
E-Mail: edith.holsboer@upkbs.ch

**Potenzielle Interessenkonflikte:** keine

#### Literatur:

1. Haldemann R., Good M., Holsboer-Trachsler E.: Epidemiologische Studie über Schlafstörungen bei Patienten in Schweizer Allgemeinpraxen. *Praxis* 1995; 85(51/52): 1656–1662.
2. Delini-Stula A., Bischof R., Holsboer-Trachsler E.: Sleep behavior of the Swiss population: prevalence and the daytime consequences of insomnia. *Somnologie* 2007; 11: 193–201.

3. Holsboer-Trachsler E.: Die Frau mit Schlafstörungen. In: *Frauengesundheit* (Kap. B 10), Hrsg. A. Riecher-Rössler, J. Bitzer. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, ISBN 3-437-22116-7, 1. Auflage 2005: 293–301.

4. Manber R., Armitage R.: Sex steroids and sleep: a review. *Sleep* 1999; 22 (5): 540–555.

5. Holsboer-Trachsler E., Vanoni Ch.: Depression und Schlafstörung in der Allgemeinpraxis. MCG Verlag, Binningen, 2. Aufl. 1999.

6. Brand S., Lehtinen A., Hatzinger M., Holsboer-Trachsler E.: Polysomnographic profiles of patients suffering from restless legs syndrome, restless legs syndrome and depressive symptoms, and major depression. Persönliche Mitteilung, Manuskript in Vorbereitung, 2008.

7. Leitlinie zur Diagnose und Therapie der RLS der Deutschen Gesellschaft für Neurologie DGN 2007.

8. Holsboer-Trachsler E.: Phytotherapeutika und Schlaf. *Praxis* 2000; 89 (51/52): 2178–2182.

## Basler Symposium «Frauen in der Psychiatrie»

# Was hat die Patientin, die nichts hat?

## Somatisierungsstörungen in der gynäkologischen Sprechstunde

*Johannes Bitzer*

**Unter Somatisierung versteht man körperliche Beschwerden oder Symptome, ohne dass hierfür eine organische Grunderkrankung oder ein spezifischer pathophysiologischer Prozess gefunden werden kann. Die Symptomatik wird als somatoform bezeichnet, da sie zunächst auf eine organische Ätiologie hinzudeuten scheint, dies jedoch mit dafür angemessenen Untersuchungsmethoden nicht bestätigt werden kann. Für die Gynäkologie und Geburtshilfe haben Somatisierungsstörungen eine besondere Bedeutung, da bei fast allen somatoformen Störungen eine deutlich erhöhte Prävalenz bei Frauen versus Männern besteht.**

Im Prozess der Somatisierung (1–5) nimmt eine Patientin zunächst eine körperliche Veränderung wahr, die sie als abnorm und krankhaft interpretiert. Dabei kann eine Wahrnehmungsveränderung im Sinne der sogenannten somatosensorischen Amplifikation vorliegen. Diese Patientinnen neigen zur übermässigen Selbstbeobachtung. Sie sind dazu disponiert,



Prof. J. Bitzer

negative Körperempfindungen subjektiv auszufiltern und sie als bedrohlich zu interpretieren.

In der zweiten Phase nimmt die Patientin diese Veränderungen zum Anlass, die Krankenrolle für sich in Anspruch zu nehmen, das heisst, sie sucht

medizinische Hilfe. Die Übernahme der Krankenrolle hat häufig für die Patientin positive, verstärkende Konsequenzen.

In der dritten Phase findet die Patientin nicht die von ihr gewünschte Lösung des Problems. Arzt oder Ärztin können der körperlichen Veränderung keine körperliche Ursache zuordnen. Meist ist die Patientin von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden jedoch überzeugt. Ihre körperlichen Symptome werden vom medizinischen System nicht verstanden. Ihr Krankheitskonzept wird zutiefst erschüttert. Sie wird zur tief verunsicherten Patientin mit chronischen körperlichen Symptomen. Es entsteht ein sich selbst verstärkender Regelkreis aus «unverstandener» Symptomatik, angstzeugender Verunsicherung, emotionaler und kognitiver «Fixierung» und Verstärkung der Symptomatik.

### Somatisierungsstörungen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

Der weibliche Körper ist sehr direkt mit den in verschiedenen Lebensphasen ablaufenden Prozessen des Wachstums und des Wandels verbunden (Adoleszenz, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Peri- und Postmenopause). Dadurch müssen die körperlichen Signale häufig interpretiert und gedeutet werden, und es müssen immer wieder Attributionen erfolgen, die sich auf normal versus nicht normal, gesund versus krank beziehen.

Es besteht eine enge Verbindung zwischen dem hypothalamisch-hypophysär-ovariellen System und den thalamischen, limbischen und anderen Zentren im ZNS. Dadurch entstehen psychoneuroendokrine Wechselwirkungen, die sich als spezifische Zustände körperlicher und psychischer Symptome manifestieren können, ohne dass eine strukturelle oder funktionell messbare Pathologie gefunden wird (Menstruationsbeschwerden, prämenstruelles Syndrom [PMS], prämenstruelle dysphorische Störung [PMDD]). Der weibliche Körper wird häufig von anderen für ihre Zwecke gebraucht und damit missbraucht. Es findet ein Prozess der Entfremdung statt, der in extremster Form als Gewalt und Machtausübung oder in anderen Formen der