

# Müdigkeit und Psyche

## Welche Rolle spielen psychische Faktoren für chronische Müdigkeit, Schläfrigkeit und Fatigue?

In diesem Artikel werden die häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erläutert. Zudem geht es um die Frage, inwiefern diese zu Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Fatigue führen oder dadurch verstärkt sein können. Darüber hinaus geht es um somatische Ursachen von Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Fatigue und deren Komorbidität mit psychischen Erkrankungen.

Von Helen Christina Slawik

**N**eben körperlichen Ursachen und klassischen, den Schlaf betreffende Krankheiten (u. a. Schlafapnoesyndrom, Restless-Legs-Syndrom [RLS], Verhaltensauffälligkeiten im Schlaf) müssen psychische Erkrankungen in der Differenzialdiagnostik als Ursache von chronischer Müdigkeit, Schläfrigkeit und Fatigue berücksichtigt werden. Allerdings besteht im jungen Alter eine grössere Überlappung zwischen verschiedenen psychischen Erkrankungen. Ausserdem ist es vom Alter abhängig, ob ein Zustand als altersentsprechend oder krankhaft beurteilt werden sollte, und das Umfeld spielt in Kindheit und Jugend eine bedeutendere Rolle.

Je jünger das Kind ist, umso eher äussern sich psychische Beschwerden körperlich (z. B. in Form von Kopf- oder Bauchschmerzen und Übelkeit) oder in Verhaltensauffälligkeiten. Im Kleinkindalter finden sich eher Entwicklungs- und Regulationsstörungen (exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen), später Ängste und externalisierende Störungen (wie die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung [ADHS]), in der Jugend zusätzlich Depressionen, Drogenprobleme und Essstörungen.

**Innerhalb eines Jahres manifestieren sich in der Schweiz bei zirka 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten.**

### Prävalenz psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Für die Schweiz gibt es keine nationalen Prävalenzdaten zu psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, sondern diese stehen nur bezogen auf einzelne Kantone oder bestimmte Populationen zur Verfügung (1). Allgemein ist zu beachten, dass viele Studien lediglich Screening-Instrumente oder einzelne Fragen verwenden und keine diagnostischen Interviews durch eine Fachperson stattfinden, woraus eine Unschärfe entsteht. Daher wäre es passender, von psychischen Auffälligkeiten anstelle von Erkrankungen zu sprechen.

Innerhalb eines Jahres manifestieren sich in der Schweiz bei zirka 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten. Zudem beginnen gut die Hälfte aller

psychischen Erkrankungen vor der Volljährigkeit. Bei 11 bis 13 Prozent der Kinder und Jugendlichen werden Angststörungen, bei 6 Prozent Ticstörungen, bei 5 bis 9 Prozent ADHS und bei 2 Prozent oppositionelles Trotzverhalten diagnostiziert. Affektive Störungen (vor allem Depressionen) werden weniger häufig diagnostiziert (0,7–4%), wobei dies in Diskrepanz zu den geäusserten Beschwerden steht (13–18%).

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit multiplen psychischen Beschwerden hat zwischen 2002 und 2018 von 27,4 auf 34,3 Prozent zugenommen, mit einem grösseren Anteil bei Mädchen höheren Alters. Müdigkeit und Einschlafprobleme gehörten zu den am häufigsten genannten Beschwerden, die zwischen 2002 und 2018 ebenfalls zugenommen haben (von ca. 27% auf 40% [1]). Unter den Angsterkrankungen bei jüngeren Kindern spielen Trennungsängste eine Rolle, die auch zu Schulverweigerung (früher Schulphobie genannt) führen kann. Bei Älteren sind es soziale Ängste (z. B. die soziale Phobie vor sozialen Bewertungssituationen in der Schule), aber auch Agoraphobie (d. h. Ängste, das Haus zu verlassen sowie Ängste in Menschenmengen oder auf öffentlichen Plätzen), generalisierte Angststörung und Panikstörung.

Die Prävalenzrate der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) liegt bei 6,2 Prozent für Mädchen und 2,4 Prozent für Jungen (1), wobei zirka 50 Prozent der Befragten angaben, schon einmal ein traumatisches Erlebnis gehabt zu haben. Ein Trauma ist definiert als das Erleben eines lebensbedrohlichen Zustands, der besonders im Zusammenhang mit Kindern auch einer nahestehenden Person zugestossen sein kann. Dabei wird eine akute Störung (3 Tage bis 1 Monat nach dem Trauma) von der PTBS (fortbestehende Symptome > 1 Monat nach dem Trauma oder auch erst bis zu 6 Monate danach beginnend) unterschieden. Die Störung geht tagsüber mit intrusiven Gedanken (flash backs), Dissoziationen und vermehrter Schreckhaftigkeit einher. Symptomauslösende Situationen werden vermieden. Nachts kommt es zu Alpträumen sowie Ein- und Durchschlafstörungen (insomnische Beschwerden). Hervorzuheben ist, dass ein Grossteil

der Kinder und Jugendlichen, die ein Trauma erleben, keine PTBS entwickeln.

Die Prävalenzrate für restriktives Essverhalten liegt bei etwa 1 bis 3 Prozent (1). Der mittlere Erkrankungsbeginn für Zwangsstörungen liegt im Allgemeinen bei 19 bis 20 Jahren, aber 25 Prozent der Betroffenen haben bereits vor dem 14. Lebensjahr erste Symptome. Es gibt nur wenige Untersuchungen zu Prävalenzen im Kindes- und Jugendalter, die Angaben liegen zwischen 0,5 und 4 Prozent (2). Da die Symptome oft aus Scham verschwiegen werden, sollten diese insbesondere bei Angststörungen ebenfalls erfragt werden, da eine hohe Komorbidität besteht.

Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit liegt bei Jugendlichen unter 1 Prozent. Zwischen 2 und 3 Prozent der Jugendlichen haben einen problematischen Cannabiskonsum (1). Andere illegale Substanzen, wie Kokain, Heroin, Amphetamine und Ecstasy, werden im Vergleich zu Cannabisprodukten von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich seltener konsumiert.

Verhaltenssuchte können sich als Spielsucht, Internetsucht oder Smartphoneabhängigkeit manifestieren. Sie haben durch die mittlerweile allseits verfügbaren digitalen Medien in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen (3). Die Angaben zur Prävalenz eines problematischen Internetkonsums rangieren zwischen 8 und 12 Prozent (1). Es fehlt jedoch ein einheitliches Störungsbild, das exzessives Onlineverhalten definiert. Im Vergleich zu den unproblematischen Nutzern konsumierten doppelt so viele der problematischen Nutzer Alkohol, Tabak und Cannabis, für illegale Drogen war die Prävalenz bei problematischen Nutzern 4-mal so hoch. In einer Studie, die 2015 in Zürich und St. Gallen durchgeführt wurde, wird die Prävalenz von Smartphoneabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit 19,9 Prozent angegeben (4). Gemäss Selbstangaben nutzten im Jahr 2018 Schweizer Jugendliche das Internet unter der Woche im Schnitt 2,5 Stunden und am Wochenende 4 Stunden pro Tag (1). Das war zirka eine Stunde mehr als 2014.

Schizophrenie findet sich bei unter 13-Jährigen bei 1 von 40000, in der Jugend steigt die Prävalenz, insbesondere bei Jungen, auf 1,5 bis 3/1000 an (5).

### Definition von Müdigkeit, Schläfrigkeit und Fatigue

- Unter Müdigkeit wird üblicherweise ein Zustand der körperlichen oder geistigen Erschöpfung verstanden. Typischerweise besteht diese bei insomnischen Beschwerden (Ein- und Durchschlafstörungen). Durch die begleitende Stressreaktion (Hyperarousal) ist die Schläfrigkeit jedoch meist vermindert.
- Schläfrigkeit findet sich eher bei zentralnervös bedingten Hypersomnien oder organischen Ursachen unerholbaren oder gestörten Schlafes, die nicht, wie eine Insomnie, mit Hyperarousal einhergehen (z. B. Schlafapnoesyndrom, RLS, Parasomnien wie Schlafwandeln oder nächtliches Schreien).
- Von Fatigue wird meist im Kontext einer somatischen Erkrankung gesprochen. Sie findet sich häufig bei Personen mit zentralnervös bedingten Erkrankungen, bei Krebserkrankungen oder postinfektiös. Von Fatigue Betroffene weisen im Schlaflabor eine im Vergleich zu Gesunden leicht erhöhte Tagesschläfrigkeit auf, die

Tabelle:

### Schlafassoziierte Auffälligkeiten und mögliche psychische Ursachen

Symptom	Mögliche psychische Ursachen
Müdigkeit	morgendlich wegen physiologischem Spättyp in der Jugend, Insomnie, mangelhafte Schlafhygiene, Angststörung, depressive Störung oder Zwangsstörung, Essstörungen, Psychopharmaka (u. a. schlaffördernde Antidepressiva, Stimulanzien)
Rückzug ins Bett	Angststörung, depressive Störung, PTBS
chronobiologischer Abendtyp	genetisch, im Jugendalter physiologisch, verstärkt bei abendlichem Medienkonsum, ADHS und emotionaler Instabilität
inadäquate Schlafhygiene	Suchterkrankung, Angststörung, depressive Störung oder Zwangsstörung, ADHS, emotionale Instabilität
Schlafvermeidung	Alpträume bei PTBS, Angststörung, depressive Störung, Insomnie, Enuresis nocturna
vermehrte nächtliche Anspannung	Insomnie, PTBS, Angststörung, depressive Störung oder Zwangsstörung, ADHS, emotionale Instabilität, Psychopharmaka (aktivierende Antidepressiva, Stimulanzien)
Verhaltensauffälligkeiten im Schlaf	z. B. Pavor nocturnus, Schlafwandeln: bei entsprechender Veranlagung getriggert durch Schlafmangel und psychische Belastungen, wie Angststörung, depressive Störung, Zwangsstörung und Selbstregulationsstörung (ADHS, emotionale Instabilität), oder Psychopharmaka (u.a. Antidepressiva, Stimulanzien)
Hypersomnien (erhöhter Schlafbedarf)	atypische Depression, unspezifisch alle zu unerholbarem Schlaf führende Störungen (z. B. durch Alpträume oder durch geringere Schlaftiefe bei Anspannung, durch Psychopharmaka verursachtes Schlafapnoesyndrom oder RLS)
Insomnie	Insomnie, PTBS, Angststörung, depressive Störung oder Zwangsstörung, ADHS, emotionale Instabilität, Psychopharmaka (aktivierende Antidepressiva, Stimulanzien)
Alpträume	PTBS, Angststörung, depressive Störung, Psychopharmaka (u.a. Antidepressiva, Stimulanzien)

ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, PTBS: posttraumatische Belastungsstörung, RLS: Restless-Legs-Syndrom

jedoch nicht im für Hypersomnie definierten eindeutig pathologischen Bereich liegt.

Selbstverständlich sind diese Begriffe nicht immer klar voneinander abgrenzbar. Auch in den Studien, die auf Patientenbefragungen beruhen, können die Beschwerden nicht eindeutig zugeordnet werden. Dies ist bei der folgenden Darstellung der Literaturübersicht zu beachten. Für den Kliniker ist es dennoch wichtig, die unterschiedliche Bedeutung dieser Begriffe zu kennen und bei der Befunderhebung zu berücksichtigen sowie zu wissen, dass sich Müdigkeit bei Kindern und Jugendlichen oft in Form von Hyperaktivität und Unruhe äussert.

### Wechselwirkungen zwischen Psyche und Schlaf

Die *Tabelle* bietet eine Übersicht über verschiedene schlafassoziierte Beschwerden sowie deren Beeinflussung durch psychische Erkrankungen.

**Angststörungen:** Angststörungen sind von Anspannung begleitet, die mit einer Beeinträchtigung der Schlaf-tiefe sowie Ein- und Durchschlafstörungen einhergehen kann, was in Müdigkeit resultiert. Alpträume treten nicht nur bei PTBS, sondern auch bei Angsterkrankungen oder Depressionen auf. Sie können zu einer Beeinträchtigung der Schlafqualität sowie zu Ein- und Durchschlafstörungen und Schlafangst mit Vermeidung des Schlafens oder Schlafens nur bei Licht führen, was wiederum die Schlaf-tiefe vermindert. Auch eine vermehrte Schreckhaftigkeit beeinträchtigt die Schlafqualität und -quantität und führt zu Erschöpfung.

Müdigkeit kann als Vermeidungsstrategie bei Angststörungen oder PTBS geäussert werden. Kinder und Jugendliche, die Müdigkeit als Vermeidungsstrategie einsetzen, sind in anderen Situationen nicht müde.

**Pavor nocturnus und Somnambulismus:** Bei Kindern, die eine Veranlagung zu nächtlichem Schreien (Pavor nocturnus) oder Schlafwandeln (Somnambulismus) haben, können psychische Störungen häufigere nächtliche Ereignisse triggern und zu Tagesmüdigkeit führen. Entsprechend findet sich bei Jugendlichen mit Pavor und Somnambulismus eine höhere Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen. Insbesondere wenn Pavor und Somnambulismus im Jugendalter persistiert, sollte sowohl nach somatischen und anderen schlafmedizinischen, als auch nach psychischen Faktoren gesucht werden (6).

**Emotionsregulation und Kognition:** Es besteht eine reziproke Wechselwirkung zwischen Beeinträchtigung des Schlafes und der jeweiligen psychischen Störung, weil ein schlechterer Schlaf Emotionsregulationsstörungen wie Stimmungsschwankungen, Ängstlichkeit, Impulsivität, Reizbarkeit, ein gesteigertes Risikoverhalten und kognitive Defizite begünstigt (7, 8). Zwei kürzlich erschienene Längsschnittstudien zeigten eine prospektive Assoziation zwischen Schlafproblemen in der Kindheit (Alpträume und kürzere Schlafdauer) und emotional instabiler Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz (8).

**ADHS und Autismus:** Gemäss eigener klinischer Erfahrung ist es wichtig, primär müdigkeitsbedingte kognitive Defizite nicht als ADHS zu diagnostizieren. Bei ADHS finden sich häufiger ein abendlicher Chronotyp, Einschlafstörungen, RLS, Zähneknirschen (Bruxismus), Alpträume, Parasomnien und Einnässen (Enuresis nocturna), was wiederum die ADHS-Symptomatik verstärkt (9).

Daneben können eine inadäquate Schlafhygiene, vermehrter Medienkonsum, eine andere psychische Störung wie Ängste, Depressionen und Substanzkonsum sowie Langeweile in reizarmen Situationen in dieser Population Tagesmüdigkeit hervorrufen. Im Zusammenhang mit einem im Jugendalter physiologischen späten Chronotyp, inadäquater Schlafhygiene und insomnischen Beschwerden kann es zu einer Schlafrythmusverschiebung mit Tagschlaf kommen. Bei autistischen Kindern finden sich darüber hinaus häufiger irreguläre Schlafmuster, was sich als Tagesschläfrigkeit oder -müdigkeit äussern kann (9).

**Depressionen:** Es ist wichtig, bei einer depressiven Störung zu beachten, dass der Rückzug ins Bett oft nicht mit vermehrtem Schlafen einhergeht, weil für die depressive Störung Ein- und Durchschlafstörungen sowie das frühe Erwachen typisch sind, was zu Tagesmüdigkeit führen

kann. Daneben finden sich Antriebsstörung, Insuffizienz-erleben, Interessen- und Initiativmangel, die diesen Rückzug begünstigen. Zusätzliche Anhaltspunkte wären eine tageszeitliche Schwankung der Stimmung, Vorherrschen des Stimmungstiefs, Appetitmangel, Interessenverlust, Unruhe und Konzentrationsstörungen, deren Ausmass über das durch die Müdigkeit Verursachte hinausgehen, sowie Entscheidungsunfähigkeit und Lebensüberdruss-gedanken bis hin zur Suizidalität. Zahlen zu atypischer Depression im Kindesalter, die im Gegensatz zur typischen Depression mit Hyperphagie, Hypersomnie und Gliederschwere einhergeht, sind zwar nicht bekannt, aber man weiss, dass im Rahmen depressiver Beschwerden von Jugendlichen oft Hypersomnie oder Fatigue angegeben werden und genauerer Einordnung bedürfen (10). In einer kürzlich in England durchgeführten Longitudinalstudie konnte zudem gezeigt werden, dass vor allem mütterliche Depression und Ängstlichkeit eine Voraussagekraft bezüglich chronischer Müdigkeit bei Jugendlichen hatte (11).

**Suizidalität:** In der Erwachsenenpsychiatrie häufen sich in den letzten Jahren die Studien, die Schlafstörungen als unabhängigen Risikofaktor für Suizidalität identifizieren. Dies findet sich auch in Studien zu Kindern (12).

Ausserdem wurde gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen vorangegangenen Trauma und späterer Suizidalität bei Jugendlichen durch Schlafstörungen vermittelt ist (13). In der Schweiz hat sich die Suizidrate in den letzten 30 Jahren gemäss nationalem Gesundheitsreport mehr als halbiert (1). 2017 haben sich 87 Kinder und Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene das Leben genommen. Obwohl die Suizidrate rückläufig ist, gehören Suizide aber immer noch zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

**Zwangsstörungen:** Zwangsstörungen können bei Kindern und Jugendlichen durch den Aufwand am Tag zur Nichtteilnahme am Alltagsleben oder durch Anspannung und abendliches Hyperarousal zu Insomnie, Schlafmangel und Tagesmüdigkeit führen (14).

**Essstörungen:** Patienten mit Anorexie weisen eine Beeinträchtigung der Schlafkontinuität mit häufigerem nächtlichen Aufwachen, längeren Phasen des Wachseins und vermehrtem Leichtschlaf sowie weniger Tiefschlaf auf. Schlafstörungen sind mit schweren Krankheitszuständen assoziiert und der Eating-Purging-Subtyp (mit Ess- und Brechanfällen) geht häufiger mit einem chronobiologischen Abendtyp einher (15).

**Suchtverhalten:** Obwohl der Konsum von Cannabis und Alkohol per se zu Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit oder Motivationslosigkeit führen kann, wurde auch umgekehrt gezeigt, dass bei Jugendlichen ein höherer Konsum von Cannabis und Alkohol mit einem späten Chronotyp und Schlafproblemen assoziiert ist, zum Teil als Selbsttherapie (16). Blaues Bildschirmlicht vor dem Zubettgehen kann das Einschlafen verzögern. Die intensive Nutzung von Mobiltelefonen sowie insbesondere eingehende Anrufe oder Nachrichten während der Nacht stören den Schlaf und können zu Tagesmüdigkeit führen. Häufiger digitaler Medienkonsum geht zudem oft mit Bewegungsmangel und Übergewicht einher, beides Faktoren, welche die Schlafqualität beeinträchtigen können. Spiel- oder Onlinesucht in Verbindung mit dem im Jugendalter physiologischen späten Chronotyp sowie

**Es besteht eine hohe Komorbidität zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen.**

Schulvermeidung können zu extremen Verschiebungen des Chronotyps oder irregulären Schlafmustern führen.

**Schizophrenie:** Bei Schizophrenie sind Schlafstörungen auch in der Kindheit und Jugend ein Indiz für die Krankheitsschwere, und sie können als Frühwarnzeichen interpretiert werden. Einerseits kommt den im Schlaf vermindert auftretenden Schlafspindeln und Schlafstörungen eine pathogenetische Bedeutung bei kognitiven Symptomen der Schizophrenie zu, andererseits kann Müdigkeit ein Zeichen der für Schizophrenie typischen Negativsymptomatik mit sozialem Rückzug und Initiativmangel sowie Ambivalenz sein. Typischerweise findet sich dann meist keine Hypersomnie. Produktiv psychotische Symptome, wie Halluzinationen und paranoide Befürchtungen, können zur Vermeidung von Alltagsaktivitäten, aber auch zu nächtlichen Ängsten und insomnischen Beschwerden sowie Alpträumen führen (17).

**Psychopharmaka:** Antidepressiva haben im Allgemeinen die Nebenwirkung, dass sie entweder schlaffördernd (Hangover am Morgen) oder aktivierend sind und dadurch Ein- und Durchschlafstörungen begünstigen können. In der Schweiz ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die Psychopharmaka (inklusive Stimulanzien) einnehmen, gering (< 1%) mit leicht steigender Tendenz (1). In bestimmten Populationen kann der Anteil der Kinder mit ADHS-Medikamenten deutlich höher sein (z. B. Jungen im Grundschulalter). Zu beachten ist, dass ein frühzeitiger Wirkungsverlust im Tagesverlauf bei Stimulanzien mit kurzer Halbwertszeit auch zu einem Überdrehsein am Abend (sundowning) und Einschlafstörungen führen kann. Sowohl Antidepressiva als auch Antipsychotika können Symptome eines RLS verursachen, was zu Tagesmüdigkeit/-schläfrigkeit durch Ein- und Durchschlafstörungen oder unerholsamen Schlaf führt. Sedierende, schlaffördernde Psychopharmaka können ein Schlafapnoesyndrom auslösen oder verstärken, indirekt oft zusätzlich durch Gewichtszunahme. Daneben können Psychopharmaka Verhaltensauffälligkeiten im Schlaf und Alpträume auslösen.

### Somatische Ursachen und Komorbidität mit psychischen Erkrankungen

Eine Arbeit aus den Niederlanden zeigte, dass chronische Fatigue bei 21 bis 37 Prozent der 2 bis 18 Jahre alten Kinder und Jugendlichen mit einer chronischen körperlichen Erkrankung (autoimmune Erkrankungen, zystische Fibrose, nach Krebs) vorhanden war. Dies ist etwa 2- bis 3-mal so häufig als in der Durchschnittsbevölkerung gleichen Alters, und vor allem Mädchen in höherem Alter sind davon betroffen (18).

Da chronische körperliche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter die regelrechte Entwicklung besonders stark beeinträchtigen und psychische Erkrankungen nicht selten sind, besteht eine hohe Komorbidität zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen. Je früher die chronische somatische Erkrankung beginnt, umso mehr finden sich externalisierende Störungen (Aggression und Delinquenz), je später sie beginnt, umso mehr bestehen internalisierende Störungen (somatische Beschwerden, Depression oder Ängstlichkeit) (19).

Ein sich gegenseitig verstärkender Effekt zwischen Müdigkeit, psychischer und somatischer Erkrankung liegt nahe, obwohl diese Zusammenhänge noch nicht ausreichend untersucht sind. Bei Erwachsenen wurde gezeigt,

dass ein Grossteil der Varianz von Fatigue bei chronischer somatischer Erkrankung durch einen transdiagnostischen Ansatz, der auch Schlafstörungen und psychische Faktoren berücksichtigt, erklärt werden kann (20). Die Behandlung chronischer somatischer Erkrankungen sollte deshalb immer interdisziplinär ausgerichtet sein. Dies wird durch die ungenügende Versorgungslage für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in der Schweiz erschwert. Schätzungsweise kommen nur 10 bis 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Kontakt mit psychiatrischen Einrichtungen (1).

**Chronisches Fatigue-Syndrom:** Beim chronischen Fatigue-Syndrom (CFS), bei dem es sich vermutlich um eine eher seltene neuroimmunologische Erkrankung (ca. 1% der Bevölkerung) handelt, die mit gesteigerter Ermüdbarkeit nach körperlicher Belastung einhergeht, besteht eine hohe Komorbidität mit Angststörungen und Depression bei bis zu einem Drittel der Patienten. Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten leiden oft an einem höheren CFS-Schweregrad, und es gibt Hinweise für deren schlechtere Prognose, wobei eindeutige Daten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, fehlen (21). Daneben haben von CFS betroffene Kinder mit höherer Wahrscheinlichkeit ein Trauma erlebt (22). Die Bedeutung psychischer Faktoren zeigt sich auch dadurch, dass 60 bis 80 Prozent der Jugendlichen mit CFS durch kognitive Verhaltenstherapie eine Besserung erleben (21).

**Schlafapnoesyndrom:** Ursache von Verhaltensauffälligkeiten und ADHS-Symptomen am Tag kann besonders bei übergewichtigen Kindern eine durch ein obstruktives Schlafapnoesyndrom verursachte Schläfrigkeit sein, unter der zirka 1 bis 5 Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden (23).

**Nächtliches Einnässen:** Dem nächtlichen Einnässen (Enuresis nocturna) liegt zwar nach heutigem Kenntnisstand eine somatische Ursache zugrunde, aber es ist häufiger mit ADHS und depressiver Störung vergesellschaftet, und es geht mit Angst vor dem Schlafen, insomnischen Beschwerden und Tagesmüdigkeit einher. Man muss spezifisch danach fragen, weil die Symptome meist verschwiegen werden (24).

**RLS:** Die Autoren eines 2017 erschienenen Übersichtsartikels weisen darauf hin, dass ein RLS im Kindesalter auftreten kann (weltweite Prävalenz ca. 2–3%) und dass sich bei diesen Kindern nicht nur eine erhöhte ADHS-Prävalenz findet, sondern auch depressive Störungen und Angststörungen häufiger sind. Es konnte gezeigt werden, dass Schlafstörungen bei diesen Kindern die Entstehung depressiver Symptome vermitteln (25). Obwohl die klinische Relevanz eines RLS, insbesondere wenn es komorbid mit ADHS auftritt, und damit auch die Behandlungsbedürftigkeit umstritten ist, ist es dennoch sinnvoll, ein RLS als Ursache von Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit abzuklären, um gegebenenfalls Eisen zu substituieren oder kritisch zu prüfen, ob die Symptome eines RLS im individuellen Fall durch Psychopharmaka verursacht oder verstärkt sein könnte.

**Narkolepsie:** Die Narkolepsie ist eine seltene neurologische Erkrankung mit einem meist autoimmun bedingten Mangel an Hypocretin/Orexin im Hypothalamus, was zu

**Psychische Symptome werden durch Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Fatigue verstärkt.**



einer unschärferen Abgrenzung von Schlaf- und Wachzuständen führt. Dies geht zum einen mit schlafgebundenen Halluzinationen, Schlafähmung, Ein- und Durchschlafstörungen einher und zum anderen mit imperativen Einschlafattacken und plötzlichem Muskeltonusverlust (sog. Kataplexien) am Tag. In einer Studie aus Lyon wurden bei 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Narkolepsie klinisch relevante depressive Symptome gefunden, wiederum vor allem bei Mädchen über 10 Jahren (26). Entsprechend der Beeinträchtigung fanden sich auch vermehrt Selbstwertprobleme, emotionale Labilität, manchmal Irritabilität und Aggressivität. Auch Ängste, zum Beispiel soziale Phobien und Panikattacken, können bei Kindern mit Narkolepsie vermehrt auftreten. Inwiefern neben Depressionen und Ängsten auch ADHS und Schizophrenie häufiger bei Narkolepsie auftreten, wird kontrovers diskutiert (27). ADHS ist wegen der überlappenden Symptomatik schwer abgrenzbar und bisher ist diese Komorbidität zu wenig untersucht. Pathognomonische Schizophreniesymptome, wie kommentierende und dialogisierende Stimmen, Wahnwahrnehmungen und Ich-Störungen, sind von narkolepsiebedingten, oft optischen Halluzinationen klar zu unterscheiden.

**Kleine-Levin-Syndrom:** Das Kleine-Levin-Syndrom ist eine sehr seltene (ca. 1,5 Fälle auf 1 Million Einwohner) neurologische Erkrankung unklarer Ursache, meist getriggert durch einen Infekt, die vor allem, aber nicht nur männliche Jugendliche betrifft und gekennzeichnet ist von episodisch wiederkehrenden hypersomnischen Phasen, die zu über 50 Prozent mit Hyperphagie und vor allem bei Jungen mit Hypersexualität einhergehen. Daneben werden in diesen Episoden kognitive Beeinträchtigungen, Apathie und psychotische Symptome wie Halluzinationen beobachtet. Entsprechend wird diese Störung oft als depressive, bipolare, psychotische Störung, Epilepsie oder Intoxikation fehlinterpretiert, wobei sich im Krankheitsverlauf Ängste und Depressionen entwickeln können (28).

### Fazit

- Psychische Erkrankungen (meist Ängste, Depressionen, ADHS und Onlinesüchte) sind bei Kindern und Jugendlichen häufig, und sie sind häufig auch Ursache von Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Fatigue. Die psychischen Symptome werden durch Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Fatigue verstärkt.
- Körperliche Erkrankungen im Allgemeinen und solche, die explizit mit Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Fatigue einhergehen, werden ausserdem häufig von psychischen Erkrankungen begleitet. Sie verstärken sich gegenseitig, sodass eine interdisziplinäre Behandlung sinnvoll ist.
- Da Psychopharmakotherapie in diesem Alter relativ selten ist, sind Psychopharmaka im Vergleich mit psychischen Erkrankungen nur selten die Ursache von Müdigkeit, Schläfrigkeit oder Fatigue.

Korrespondenzadresse:

Dr. med Helen Christina Slawik, Oberärztin und Leiterin des Standorts UPK  
des interdisziplinären Schlaf- und Chronomedizinischen Zentrums der Basler Universitätskliniken  
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK),  
Zentrum für Affektive, Stress- und Schlafstörungen (ZASS)  
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel  
E-Mail: helenchristina.slawik@upk.ch

Literatur:

1. Claudio P et al.: Gesundheit in der Schweiz — Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Nationaler Gesundheitsbericht 2020, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Hogrefe Verlag, <https://www.gesundheitsbericht.ch/de>.
2. Krebs G et al.: Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2015;100(5):495-499.
3. Derevensky JL et al.: Behavioral Addictions: Excessive Gambling, Gaming, Internet, and Smartphone Use Among Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2019;66(6):1163-1182.
4. Haug S et al.: Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Behav Addict*. 2015;4(4):299-307.
5. Jauhar S et al.: Schizophrenia. *Lancet*. 2022;399:473-486.
6. Gau SF et al.: Psychiatric comorbidity of adolescents with sleep terrors or sleepwalking: a case-control study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33(5):734-739.
7. Alfano CA et al.: The Role of Sleep in Childhood Psychiatric Disorders. *Child Youth Care Forum*. 2009;38(6):327-340.
8. Morales-Muñoz I et al.: Understanding the Relationship Between Sleep Problems in Early Childhood and Borderline Personality Disorder: A Narrative Review. *Nat Sci Sleep*. 2021;13:2175-2202.
9. Singh K et al.: Sleep in Autism Spectrum Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Semin Pediatr Neurol*. 2015;22(2):113-125.
10. U Hagenah: Sleep disorders and child and adolescent psychiatric illnesses. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2002;30(3):185-198.
11. Collin SM et al.: Maternal and childhood psychological factors predict chronic disabling fatigue at age 13 years. *J Adolesc Health*. 2015;56(2):181-187.
12. Hoyniak CP et al.: Early childhood sleep problems predict increased risk for the later development of suicidal thoughts. *J Psychopathol Clin Sci*. 2023;132(1):13-25.
13. King CD et al.: Fear of sleep and sleep quality mediate the relationship between trauma exposure and suicide attempt in adolescents. *J Psychiatr Res*. 2021;135:243-247.
14. Segal SC, Carmona NE: A systematic review of sleep problems in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2022;90:102591.
15. Bat-Pitault F et al.: Sleep disturbances in anorexia nervosa subtypes in adolescence. *Eat Weight Disord*. 2021;26(6).
16. Troxel WM et al.: Longitudinal associations of sleep problems with alcohol and cannabis use from adolescence to emerging adulthood. *Sleep*. 2021;44(10):zsab102.
17. Mattai AA et al.: Sleep disturbances in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res*. 2006;86(1-3):123-129.
18. Nap-van der Vlist MM et al.: Fatigue in childhood chronic disease. *Arch Dis Child*. 2019;104(11):1090-1095.
19. Määttä H et al.: Childhood chronic condition and subsequent self-reported internalizing and externalizing problems in adolescence: a birth cohort study. *Eur J Pediatr*. 2022;181(9):3377-3387.
20. Menting J et al.: Is fatigue a disease-specific or generic symptom in chronic medical conditions? *Health Psychol*. 2018;37(6):530-543.
21. Loades ME et al.: Paediatric chronic fatigue syndrome: 25 year perspective. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2021;26(1):8-17.
22. Taylor RR et al.: Sexual abuse, physical abuse, chronic fatigue, and chronic fatigue syndrome: a community-based study. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(10):709-715.
23. Constantin E et al.: Association Between Childhood Sleep-Disordered Breathing and Disruptive Behavior Disorders in Childhood and Adolescence. *Behav Sleep Med*. 2015;13(6):442-454.
24. Kiddoo DA. Nocturnal enuresis. *CMAJ*. 2012;184(8):908-911.
25. Angriman M et al.: Somatic and neuropsychiatric comorbidities in pediatric restless legs syndrome: A systematic review of the literature. *Sleep Med Rev*. 2017;34:34-45.
26. Inocente CO et al.: Depressive feelings in children with narcolepsy. *Sleep Med*. 2014;15(3):309-314.
27. Postiglione E et al.: The clinical spectrum of childhood narcolepsy. *Sleep Med Rev*. 2018;38:70-85.
28. Arnulf I et al.: Diagnosis, disease course, and management of patients with Kleine-Levin syndrome. *Lancet Neurol*. 2012;11(10):918-928.

Interessenlage: Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel bestehen.