Psychiatrie für die Praxis

Vom Komitee für Prophylaxe und Therapie Psychischer Erkrankungen P.T.P.

Mitglieder des Komitees: H.-J. Möller, München; V. Arolt, Münster; A. Barocka, Oberursel; M. Berger, Freiburg; P. Falkai, Göttingen; M. Gastpar, Berlin; W. Greil, Kilchberg; H. Häfner, Mannheim; U. Hegerl, Leipzig; A. Heinz, Berlin; F. Hohagen, Lübeck; H.-P. Kapfhammer, Graz; K. Lieb, Mainz; M. Linden, Teltow; D. Naber, Hamburg; G. Nissen, Würzburg; A. Zacher, Regensburg.

Schwerpunkt Schläfrig zur Unzeit

31_ Tagesmüdigkeit bei psychischen Störungen

35_ Schlaf-/Wach-Rhythmus und Narkolepsie

Störungen der Wachheitsregulation

Dösig bei der Kletterpartie, hellwach in der Nacht

— Begriffe wie Wachheit, Vigilanz, Alertness, Aufmerksamkeit, Arousal bezeichnen oft sehr Unterschiedliches. Deshalb ist es nötig, jeweils anzugeben, auf welchen der drei Beobachtungsbereiche sie sich beziehen: auf die Physiologie, insbesondere die Hirnfunktion, auf das Verhalten oder auf introspektive Beobachtungen. Im Rahmen der Schlafforschung sind die überwiegend anhand des EEGs definierten Schlafstadien sowie deren Übergänge besonders gut untersucht. Weniger weiß man dagegen über unterschiedliche Hirnfunktionszustände beim Übergang vom aktiven Wachzustand zu Beginn des Leichtschlafes. Diese oft als subvigile Vigilanzstadien bezeichneten Hirnfunktionszustände gehen mit unterschiedlichen testpsychologischen Leistungen (z.B. Reaktionszeiten) und introspektiv mit unterschiedlichen Graden der Wachheit und Schläfrigkeit einher.

Gibt es ein vigilanzstabilisierendes Verhalten?

Die Vigilanz muss präzise reguliert werden. Ein Vigilanzabfall, einhergehend mit Dösigkeit während einer Kletterpartie im Hochgebirge wäre ebenso dysfunktional wie anhaltend hohe Vigilanz, wenn man sich eine mittägliche Entspannungsphase oder gar einen aus der Mode gekommenen Mittagsschlaf gönnen möchte. Es ist offensichtlich, dass das Vigilanzniveau der jeweiligen Umweltsituation angepasst werden muss. Weniger bedacht wird aber, dass wir auch durch unser Verhalten eine mehr oder weniger stimulierende Umwelt schaffen können, d.h. dass wir über unser Verhalten auch die Vigilanz beeinflussen können. So beobachten wir bei Kindern, bei denen der richtige Augenblick, um sie ins Bett zu bringen, versäumt wurde, oft ein hyperaktives „Sensation-seeking-Verhalten“. Es dient offensichtlich dazu, dem drohenden Vigilanzabfall durch vermehrte Außenstimulation entgegenzusteuern. Bisher nicht systematisch untersucht ist die Frage, ob derartige autoregulatorische Mechanismen auch eine pathogenetische Rolle

Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig

bei der Entstehung von manischen Syndromen oder Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätssyndromen spielen (Hegerl et al., 2008). Erwähnt sei hier nur, dass beide Erkrankungen mit einer instabilen Vigilanzregulation, d.h. der Neigung zu raschen Vigilanzabfällen unter Ruhebedingungen einhergehen. Die therapeutische Wirkung vigilanzstabilisierender Medikamente ist nicht nur bei ADHS gut belegt, sondern im Sinne von „paradoxen“ Reaktion auch bei manischen Patienten beschrieben.

Tagesmüdigkeit und Narkolepsie

Die Forschung zu den neurobiologischen, die Wachheit regulierenden Faktoren hat in den letzten zehn Jahren an Dynamik deutlich zugelegt. Bedingt war dies durch die überraschende Entdeckung der herausragenden Stellung des Orexins in der Pathogenese der Narkolepsie sowie der Zulassung der vigilanzstabilisierenden Substanz Modafinil zur Behandlung der Narkolepsie, aber auch der Tagesmüdigkeit bei Schichtarbeit. Der nachfolgende Beitrag beschäftigt sich mit der Differenzialdiagnose bei ausgeprägter Tagesmüdigkeit. Ein zweiter Beitrag stellt den gegenwärtigen Wissensstand zur Narkolepsie dar.

Ich wünsche bei der Lektüre ein der Sache angemessenes Vigilanzniveau, eventuell gestützt durch die am weitesten verbreiteten Vigilanzstabilisierer: Kaffee, Tee oder Nikotin.