

SCHLAFSTÖRUNGEN BEI PARKINSON-SYNDROM

Ich gehe gerade meine früheren Beiträge durch, korrigiere Schreibfehler und bringe ein bisschen Struktur hinein. Diesmal ist ein Schwerpunktthema dran: Schlafstörungen – denn das ist bei uns Parkis leider häufig. Bei mir auch. Ich war auch eine Weile lang ein richtiger Nachtarbeiter.

Ihr kennt meinen Glaubenssatz: Je besser ich selbst mich auskenne, desto besser kann mir auch mein/e Arzt/Ärztin helfen. Heute soll es nur um die Ursachen gehen – das ist schon viel genug! Die richtige Therapie müsst Ihr mit Eure@ Neurolog@ besprechen. Zur Behandlung möchte ich mich raushalten.

Bei diesem Thema bekommen wir die Ursache vielleicht gut raus durch SELBSTBEOBACHTUNG.

1. Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus:

EINE URSACHE hängt – ganz logisch – mit der Art und Weise zusammen, wie der das Parkinson-Syndrom vermutlich entsteht: Wer dies noch einmal nachlesen will, findet das unter anderem in meinen Beiträgen

- 06 Entstehung des Parkinson-Syndroms
- 08 Der natürliche Verlauf des Idiopathischen Parkinson-Syndroms

erklärt.

Hier die Kurzform:

- **Braak-Stadium 3:** Bevor die Substantia nigra mit dem Dopamin und den Parkinson-typischen Symptomen dran ist und der Parkinson auch erst diagnostiziert wird...
- **Braak-Stadium 1:** ...sind die Nervenzellen des Riech- und des Magen-Darm-Nerven betroffen...
- **Braak-Stadium 2:** ... und dann ein Zentrum („Locus coeruleus“ = „blaue Region“) geschädigt, in dem Tag-Nacht-Rhythmus geregelt ist.

Der Zeitabstand von Stadium 1 zu 2 zu 3 ist jeweils 3 – 5 Jahre.

So ging es mir schon 5 oder 6 Jahre, bevor bei mir die Diagnose Parkinson klar war: ich wachte um 3 Uhr morgens auf, aber mit dem besten Gefühl, es sei schon 8 Uhr und jetzt seien Kaffee und Frühstück dran. Ein anderes Mal empfand ich 7 Uhr morgens unerträglich früh.

Manche haben einen „fragmentierten Schlaf“, d.h. schlafen mehrfach für jeweils 2 – 2,5 Stunden.

2. REM-SCHLAF-DISORDER (RSD) oder REM-Schlaf-Störung:

Davon weißt du selbst vermutlich wenig, sehr wohl aber Dein/e Bettgenosse/in.

Wir wissen alle: vereinfacht gibt es zwei Schlafphasen:

- **Non-REM** – da schlafen wir einfach, und
- **REM** – da träumen wir (Schönes oder weniger Schönes).

(Die Abkürzung **REM** steht für **R**apid **E**ye **M**ovements = schnelle Augenbewegungen).

Das typische beim gesunden Menschen: Während der Traumphasen sind zwar die Augen sehr beweglich (REM), aber die Körpermuskulatur maximal entspannt. Das heißt: auch die wildesten

Träume sieht man dem Schläfer höchstens an seinen Augenbewegungen (bei geschlossenen Augenlidern) an, er liegt aber ganz entspannt da.

Beim Parkinson-Syndrom ab Braak-Stadium II (s.o.) wird unter anderem der Locus coeruleus im Stammhirn geschädigt. Dabei gehen die Nervenbahnen kaputt, die auf Umwegen die Entspannung der Körpermuskulatur sicherstellt. Die Folge: die Muskulatur macht die Träume mit, d.h. wir bewegen uns, lachen, sprechen, stoßen, schlagen, würgen... Am nächsten Morgen wachen wir unschuldig und gut ausgeschlafen auf, aber unser(e) Partner(in)...

So geht es (ich bekomme ja davon nichts mit, aber meine Frau) bei uns häufiger zu. So hätte ich vor kurzem beim Schlafen etwas gewimmert. Meine Frau fragte mich, ob ich Angstträume hätte, und ich hätte ihr die Antwort gegeben: „Der Wind steht auf Nord-Ost.“ (O Wunder des Unterbewussten – ich bin schon seit Jahren nicht mehr auf einem Segelboot gesessen.) Darauf meine Frau: „Ja dann kannst Du mal eine Wende machen.“ Gehorsam hätte ich mich von rechts nach links gedreht, so dass mein Gezappel von ihr weg geht und sie nicht mehr beim Schlafen stört. Am nächsten Morgen wusste ich von alledem nichts – meine Frau aber zeigte leichte Zeichen des Schlafmangels.

So ist das bei uns häufiger: ich wache erholt auf, aber meine Frau erzählt mir von Arien, Fachgesprächen, Gedichten... usw. und zieht dann selbst ins Gästebett um.

Also fragt mal Euren Schlafgenossen oder Bettnachbarin, was bei Euch so los ist. Wie gesagt, diese Störung ist Parkinson-typisch.

3. MEDIKAMENTE:

Keines unserer typischen Parkinson-Medikamente wirkt bei uns allen wie ein starker Kaffee. Aber ausgeschlossen ist es nicht, dass eines davon beim einen oder der anderen vielleicht doch stimulierend wirkt. Die Medikamente nenne ich Euch jetzt nicht – damit Ihr nicht dem Nocebo-Effekt erliegt (das ist das Gegenteil von Placebo-Effekt – „ich lese eine Nebenwirkung, also bekomme ich sie“).

Also mit de@ Neurolog@ sprechen, ob man die Medis mal umverteilen kann.

4. END-OF-DOSE:

Es kann jedoch auch das Gegenteil sein: dass wir nachts zu wenig Medikamente haben.

Tagsüber brauchen wir in fortgeschrittenen Stadien unseres Parkinson-Tabletten im 3 – 4 – 5-Stunden-Takt. Und nachts? Da geht uns dann die Wirkung aus – der Dopaminspiegel sinkt zu tief ab. Dopaminmangel – das kann bedeuten:

- Hypokinese: wir drehen uns nicht mehr so von rechts nach links.
- Rigor: wir bekommen nachts schmerzhafte Muskelkrämpfe (Fußsohlen!).
- Akinese: oder richtige Bewegungsstarre.
- dopaminmangelbedingte depressive Zustände
- dopaminmangelbedingte Missempfindungen
- dopaminmangelbedingtes Restless-legs-Syndrom

Was tun?

- mit de@ Neurolog@ sprechen, ob man die Medis mal umverteilen kann, z.B.
- nach Absprache z.B. vor dem Schlafengehen ein Depot-Präparat (z.B. Madopar Depot Hartkapseln a 100 µg)

- Wecker auf 2 Uhr nachts stellen und kleine Menge einnehmen
- Notfall-Medikament auf dem Nachttisch, wenn man mit einer Bewegungsstarre morgens aufwacht (schnell wirkendes L-Dopa-Präparat in Wasser auflösen)

5. RESTLESS-LEGS-SYNDROM (RLS):

Das ist eine sehr häufige Diagnose: Früher hielt man das Zappelbeine-Syndrom für parkinson-typisch. Heute meint man eher, dass viele Parkis das als unabhängige Zweitdiagnose haben. Denn das RLS kommt bei 10 % aller Menschen und auch bei 10 % von uns Parkis vor. Das spricht für unabhängige Zweiterkrankung.

Aber: Das RLS wird durch Dopaminagonisten und Levo-Dopa besser und bei Dopa(min)-Magel schlechter. Dazu kommt noch: auch manche andere unserer Medikamente haben einen Einfluss: so verschlechtert z.B. das Antidepressivum Mirtazapin die Symptomatik.

Also: die Zappelbeine hängen auch mit einem Dopaminmangel zusammen (häufiger end-of-dose – beim Abklingen der letzten L-Dopa-Tablette). Dazu kommt eine ganz und gar typische Tag-Nacht-Rhythmik:

- Tags gar nicht
- schlimm 22 Uhr – 3 Uhr
- danach besser

Symptome: du liegst im Bett, bist eigentlich hundemüde, aber die Beine fühlen sich blöd an, zappeln rum und wollen unbedingt gelaufen werden.

Behandlung: Der Parkinson-Spezialist weiß Rat. Nach Absprache zum Beispiel: abends Pramipexol 0,26 mg = in recht niedriger Dosierung, Ersatz für Mirtazapin und andere verschlechternde Mittel, keinen nächtlichen Dopamin-Mangel (s.o.). Und tagsüber täglich einen schönen großen Spaziergang, wenn das geht.

6. SCHLAF-APNOE-SYNDROM:

das haben eine Störung, die vom Parkinson unabhängig ist. Typisches Symptom: nächtliche Atemaussetzer, Atempausen bis zu 30 Sekunden Dauer, dann mit einer fast alarmartigen oft kräftig schnarchenden Begleitmusik Wiederaufnahme des regelmäßigen Atmens. Das Ganze mehrere hundert Mal pro Nacht. Dann ist nicht nur der Schlaf des Partners gestört, sondern die Atempausen werden unterbewusst als Erstickungsgefühl gewertet und von kräftiger Adrenalinausschüttung begleitet. Eine mögliche Folge: Bluthochdruck!!

Also: Partner(in) fragen, Hausarzt fragen, Schlaflabor und dann bekommt Ihr den richtigen Rat.

7. BEI FRAUEN: WECHSELJAHRE?

Um die 45 – 58 Jahre sind die Eierstöcke „fertig“ und können nicht mehr. Daraufhin fallen die Östrogenspiegel steil ab. Die Wechseljahrsbeschwerden sind Entzugssymptome auf Östrogen. Den Hormonabfall haben alle Frauen, aber 1/3 hat gar keine Beschwerden, 1/3 leichte und 1/3 stärkere: Typisch sind aus völliger Ruhe, vor allem aus dem Schlaf heraus auftretende kurze heftige 20 – 40 Sekunden dauernde Attacken von Hitzewallungen und Schweißausbrüchen. Manchmal kommen auch tagsüber Gereiztheit und eine leichte Wendung zum Depressiven dazu.

Was tun? Nur wenn Beschwerden: Gynäkologen fragen und ggf. Hormone. Hormonmangel führt auch öfters mal zur Reizblase, manchmal bis hin zur

8. HARNINKONTINENZ:

Diese ist bei Frauen häufiger als bei Männern. Gehäufte Harndrang kann sich so auswirken:

- man muss häufiger (auch nachts) auf Toilette, und die Urinmengen, die dazu zwingen, sind manchmal gar nicht groß. → Das dürfte am ehesten an Harnblase oder Harnröhre liegen. Also zum Gynäkologen bzw. Urologen. Es gibt gute Möglichkeiten! Oder:

9. NÄCHTLICHES WASSERLASSEN:

- Tagsüber besteht das Problem nicht, aber nachts muss man / frau häufiger raus, die Urinmengen sind jeweils groß. Das liegt dann eher an Herz oder Niere.

Ganz bewusst habe ich hier keine Behandlungsvorschläge hingeschrieben. Denn die müsst Ihr Euch bei Eurem Neurologin holen.

Ich hoffe, diese kurze Übersicht ist hilfreich für Euch!

Einen Gruß an alle von

Johannes.