Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 71 (2000)
Heft: 11

Artikel: Wenn der Schlaf nicht kommt
Autor: Zulley, Jürgen
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-812105

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 18.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

WENN DER SCHLAF NICHT KOMMT*

Von Dr. Jürgen Zulley, Deutsche Akademie für Gesundheit und Schlaf (DAGS)

Chronisch gestörter Schlaf sollte nicht unterschätzt werden, vor allem wegen der Langzeitfolgen. So sind Schlafstörungen verbunden mit erhöhter Tagesmüdigkeit und dies bedeutet ein vierfach höheres Risiko, eine depressive Erkrankung oder eine Angststörung zu entwickeln. Patienten mit diesen Schlafstörungen werden mehr als doppelt so häufig wegen einer organischen Erkrankung behandelt. Doppelt so viele Personen mit Tagesmüdigkeit verursachen Unfälle im Vergleich zu Personen, die nicht unter Tagesmüdigkeit leiden. Einschlafen am Steuer ist die häufigste Ursache für schwere Verkehrsunfälle auf Autobahnen.

Schlafstörungen sind häufiger als angenommen und nur eine Minderheit der Betroffenen sucht den Arzt auf. In einer grossangelegten Repräsentativstudie der deutschen Allgemeinbevölkerung konnte bei sechs Prozent der Gesamtstichprobe Ein- und Durchschlafstörungen festgestellt werden. Nur ein Drittel dieser Personen hatten einen Arzt wegen ihrer behandlungsbedürftigen Schlafstörung aufgesucht. Mithin eine erhebliche Unterversorgung der Patienten mit schweren Schlafstörungen. Bezogen auf alle Formen von Schlafstörungen ist mit insgesamt 15 bis 20 Prozent an behandlungsbedürftigen Schlafstörungen in der Bevölkerung zu rechnen. Nur ein Bruchteil dieser Schlafstörungen wird angemessen diagnostiziert und behandelt. So entstehen jährlich indirekte Kosten in Milliardenhöhe, die durch eine angemessene schlafmedizinische Versorgung vermieden werden könnten. Bei Männern finden sich häufiger Schlafstörungen, Frauen sind jedoch eher bereit einen Arzt aufzusuchen. Werden die Patienten in hausärztlichen Praxen befragt, so geben bis zu 20 Prozent Schlafstörungen an, wobei jeder Zweite seit mehr als fünf Jahren darunter leidet.

Klassifikation

Schlafstörungen weisen kein einheitliches Kranheitsbild auf! So werden in der Schlafmedizin weit über 80 verschiedene Formen gegeneinander abgegrenzt. Die Störungen des Schlafs lassen sich grob in vier Gruppen einteilen.

- **Ein- und Durchschlafstörungen** (Insomnie)
- **Übermässige Tagesmüdigkeit** (Hypersomnie)
- **Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus**
- **Schlafgebundene Störungen** (Parasomnie)

Ein- und Durchschlafstörungen

Bei den Ein- und Durchschlafstörungen liegt oftmals eine psychische Belastung als Auslöser vor, die dann durch ungünstige Schlafgewohnheiten und schlafbehindernde Gedanken aufrechterhalten werden. Der Betreffende versucht, trotz erhöhter innerer Anspannung zur Ruhe zu kommen, welches häufig zu einem Teufelskreis des Nicht-Schlafen-Könnens führt. Nicht selten finden sich auch die Insomnie im Zusammenhang mit psychischen oder körperlichen Erkrankungen.

Übermässige Tagesmüdigkeit

Häufig kommen Patienten mit dem Symptom der Tagesmüdigkeit zum Arzt, obwohl sie ausreichend und für ihr Gefühl auch gut schlafen. Manchmal kommt es sogar vor, dass diese Patienten während der Arbeit oder sogar im Strassenverkehr ungewollt einnicken. Meist findet sich eine körperliche Ursache, die dazu führt, dass der Schlaf wiederholt kurz unterbrochen wird. Diese kurzen Unterbrechungen werden vom Schläfer nicht wahrgenommen, sie sorgen aber dadür, dass kein Tiefschlaf auftreten kann und der Schlaf deshalb nicht erholsam ist. Hauptursache hierfür sind meist die sogenannten *Schlaf-Apnoen*. Darunter versteht man wiederholte, kurze Atemaussetzer während des Schlafes. Die Schlafapnoe nimmt mit vier Prozent den zweiten Platz in der Liste der häufigsten Schlafstörungen in der Allgemeinbevölkerung ein. Nicht selten sind aber auch unwillkürliche Beinbewegungen im Schlaf die Ursache für die Müdigkeit am Tage. Schliesslich kann ebenso die Schlaf-Wach-Regulierung im Gehirn selbst gestört sein, wie dies bei der *Narkolepsie* («Schlummersucht») der Fall ist.

Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus

Ist der Schlaf an sich zwar in Ordnung, tritt aber zur falschen Zeit auf, spricht man von einer *Schlaf-Wach-Rhythmusstörung*. So bringen zum Beispiel Langstreckenflüge den normalen Schlaf-Wach-Rhythmus durcheinander «*Jetlag*». Auch bei *Schichtarbeit* kommt es zu Verschiebungen der Schlafphase, die oft eine Behandlung notwendig machen. Dies trifft auch auf weitere Störungen der «inneren Uhr» zu, so kann es bei *Morgen- oder Abendtypen* zu deutlicher morgendlicher oder abendlicher Müdigkeit kommen.

Schlafgebundene Störungen

Unter dem Begriff *Parasomnie* werden alle Erkrankungen zusammengefasst, bei denen während des Schlafes oder beim Übergang vom Schlafen zum Wachsein eine Störung auftritt. Am bekanntesten ist das *Schlafwandeln*, das seine Ursache in einem unvollständigen Erwachen hat. Andere typische Begleitstörungen des Schlafes sind nächtliches Aufschrecken, Zähneknirschen oder Alpträume.

Diagnose

Diagnostisch ist der Einsatz eines Schlaftagebuches zu empfehlen um Angaben über das tatsächliche Ausmass der Schlafstörung zu erhalten. Fragen nach dem Konsum von Hypnotika oder Alkohol sind erforderlich, ebenso wie natürlich nach den Schlafgewohnheiten. Bedeutsam sind Fragen nach der Tagesmüdigkeit und nach lautem Schnarchen bzw. Atemaussetzern. Ist der Fall nicht zu klären, sollte nach dem Stufenkonzept der Diagnostik der Patient zum Facharzt überwiesen werden. Hier käme je nach Symptomatik ein Psychiater/Neurologe oder ein Internist bzw. Lun-

*Mit freundlicher Genehmigung aus «News Letter», Aktuelle interdisziplinäre Informationen, Aktion Gesunder Rücken e.V., Juli 2000.

Bei der Behandlung der Schlafstörungen ist zunächst einmal der Patient selber gefordert. Erstaunlicherweise bringen bereits Informationen über den gesunden und gestörten Schlaf dem Patienten erstaunliche Fortschritte. Geeignet hierzu ist der Hinweis auf geeignete Lektüre.

genfacharzt in Frage. Falls auch hier die notwendige Diagnostik nicht durchgeführt werden kann, sollte der Patient an ein akkreditiertes Schlafmedizinisches Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) überwiesen werden.

Therapie der Insomnie

Nur ein Drittel der Patienten mit behandlungsbedürftigen Ein- und Durchschlafstörungen werden als solche erkannt und von diesen erfährt nur ein Teil eine angemessene Behandlung. So erhalten nur zehn Prozent der Patienten die als notwendig erachtete verhaltenstherapeutische Hilfe. Wenn gleichzeitig bekannt ist, dass die Schlafmittel bei nur 50 Prozent der Patienten helfen, so ist einsehbar, dass ein Umdenken in der Behandlung der Schlafstörungen zwingend erforderlich ist. Neue Formen der Behandlung der Ein- und Durchschlafstörung sollen hier vorgestellt werden.

Die Grundannahme ist, dass Ein- und Durchschlafstörungen durch Belastungen ausgelöst werden und durch eine erhöhte Anspannung charakterisiert sind. Das folgende Therapieschema (Information – schlafhygienische Massnahmen – Verhaltenstherapie – Schlafmittel) ist hierarchisch geordnet und sollte bis zum jeweiligen Ansprechen aufsteigend durchlaufen werden.

Verhaltenstherapie

Da nach Beendigung des belastenden Lebensereignisses, welches eine Schlafstörung verursachte, der Patient häufig weiterhin unter dieser Störung leidet, gilt als gesichert, dass Konditionierungsprozesse bei der Aufrechterhaltung einer Schlafstörung eine wesentliche Rolle spielen. Hier sind verhaltenstherapeutische Techniken geeignet, den Teufelskreis von «Schlafenwollen-Anspannung-Schlafstörung» zu durchbrechen. An erster Stelle gehören Entspannungstechniken, Schlafrestriktion (zielt darauf ab, den Aufenthalt in Bett möglichst kurz zu halten) und Stimuluskontrolle (das Bett nur zum Schlafen benutzen) zu den Massnahmen. Bestimmte Techniken zielen darauf ab, die nächtlichen beunruhigenden Gedanken zu unterbinden. Die verhaltenstherapeutischen Strategien können in Form von Gruppentherapien durchgeführt werden.

Schlafmittel

Falls die bisherigen Therapieschritte nicht geholfen haben, sollte eine Behandlung mit Schlafmittel erwogen werden. Schlafmittel sollten nicht verteufelt werden, im Gegenteil, ihr rechtzeitiger Einsatz kann eine Chronifizierung verhindern. Streng indiziert und zeitlich befristet eingesetzt, vermögen vor allem die «Nicht-Benzodiazepin-Hypnotika» wie Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon eine wertvolle Hilfe für den Schlafgestörten darzustellen. Diese haben gegenüber den leider noch immer am häufigsten verschriebenen Benzodiazepin-Hypnotika den Vorteil der geringeren unerwünschten Nebenwirkungen. Bei der möglichst zu vermeidenden Langzeiteinnahme soll eine intermitierende Tabletteneinnahme durchgeführt werden. Nach etwa drei Wochen Medikamenteneinnahme ist eine ebenso lange Pause erforderlich. Beachtet werden soll hierbei, dass nur bei klarer Indikationsstellung, und über eine kürzest mögliche Behandlungszeit das Hypnotikum eingesetzt wird. Die medikamentöse Behandlung sollte aber immer begleitet werden von schlafhygienischen und verhaltenstherapeutischen Massnahmen. Die Kombination von medikamentöser und verhaltenstherapeutischer Therapie verspricht den besten Erfolg.

Zeigt sich kein Ansprechen auf die durchgeführten Massnahmen, sollte der Patient an ein schlafmedizinisches Zentrum überwiesen werden.

Spezielle Massnahmen der Schlafhygiene und bestimmte Regeln zur Schlaf-Wach-Strukturierung können zu einem ruhigeren Nachtschlaf verhelfen. Geachtet wird hier auf ungünstige Schlafgewohnheiten, Tagesaktivität und Zeitpunkt von schlafen gehen und aufstehen. Aber auch die Schlafumgebung sollte mit einbezogen werden. Möglicherweise finden sich bisher nicht entdeckte Störquellen für einen gesunden Schlaf.

Zum Autor:

Der Autor, PD Dr. Dr. Jürgen Zulley ist Leiter des Schlafmedizinischen Zentrums der Psychiatrischen Klinik der Universität Regensburg und Vorstandsmitglied nationaler und internationaler Schlafforschungsgesellschaften. Er ist auch Verfasser des Buches «Unsere Innere Uhr», Herder, Freiburg 2000.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der
Deutschen Akademie
für Gesundheit und Schlaf (DAGS)
Tel. 0941/9428271 oder unter
www.schlafmedizin.de.

Leserbrief

9/2000: «AM ARSCH VERBII», DAPPLES-TAGUNG

Sehr geehrte Damen und Herren,

«auch Jugendliche sind Menschen», schliesst fett gedruckt der Vorspann. Doch im weiteren Verlauf zeigt sich: Auch wenn «einfühlende Identifikation» gefragt war, letztlich war es doch wieder nur eine «differenzierte Auseinandersetzung der Erwachsenen über die Jugendlichen». Betrachtet wurden «sie» wie immer: wie Wesen von einem anderen Stern. Dabei steht es doch im Vorspann: «Jugendliche» sind Menschen: Susi, Jonas, Emanuel und Franziska (oder wie immer sie heissen). Ja, sie sind auch «typisch männlich» (oder weiblich), «typisch irgendwas» und vielleicht auch «typisch jugendlich». Aber obwohl wir als Männer Frauen möglicherweise nie ganz verstehen können (in den Anteilen nämlich, in denen sie sich «typisch weiblich» verhalten) und umgekehrt: Jugendlich waren wir alle einmal – und sind es irgendwo noch immer. Was am Beispiel Omnipotenz gezeigt worden ist, gilt ja allgemein für «typisch jugendliche» Denk-, Empfindungs- und Verhaltensweisen: Es ist «psychisches Entwicklungsgeschehen, das in der Adoleszenz lediglich einen Höhepunkt erfährt, aber eigentlich in allen Lebensphasen wirksam ist und bleibt». In uns «Erwachsenen» können wir «den Jugendlichen» finden, nur da. Nicht indem wir auf sie hinblicken wie auf befremdliche Exoten, die mit uns und mit denen wir nichts mehr zu tun haben. Dazu dürfen wir aber keine Angst haben, als «unreif» zu gelten, als Menschen, die sich weigern erwachsen zu werden und welche «die Grenzen zwischen Erwachsenen und Jugendlichen verwischen» wollen. Grenzen zwischen Menschen sind immer künstlich. Deshalb schlage ich vor, das nächste Mal keine Tagung über, sondern eine Tagung mit jungen Menschen zu veranstalten. In Fleisch und Blut, nicht nur auf der Leinwand. Das wäre konsequent.

Liebe Grüsse

Jürg Undeutsch, Bern