

Zeitschrift: Palliative.ch : Zeitschrift der schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung = revue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs = rivista della Società svizzera di medicina e cure palliative

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: - (2003)

Heft: 1

Artikel: Schlafstörungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen = L'insomnie chez le patient avec des douleurs chroniques (Résumé) = L'insonnia nel paziente con dolori cronici (Riassunto)

Autor: Stagno, D. / Stiefel, F.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091842>

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: 25.04.2026

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

Schlafstörungen sind eine häufige Klage von Patienten mit chronischen Schmerzen. In diesem Artikel werden das diagnostische Vorgehen, die Beziehung zwischen Schlaflosigkeit und chronischen Schmerzen und die im klinischen Alltag anwendbaren Interventionen vorgestellt. Die psychopharmakologische Behandlung und Aspekte der Arzt-Patient Beziehung werden ebenfalls besprochen.

D. Stagno und F. Stiefel *

Schlafstörungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen



*Prof. F. Stiefel, Service de Psychiatrie de Liaison und Division des Soins Palliatifs, CHUV, Lausanne

Dr. D. Stagno, Psychiatry Service Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA

Schlafstörungen werden in zwei verschiedenen Klassifikationssystemen aufgeführt: in der Internationalen Klassifikation der Schlafstörungen (ICSD) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual der psychischen Störungen (DSM). Während die ICSD über 40 verschiedene Kategorien definiert, ist das DSM weniger detailliert und für den Nicht-Spezialisten geeigneter.

Definitionen

Die primären Schlafstörungen werden als „endogen“ betrachtet, wobei auch Umgebungs-Faktoren von Bedeutung sein können. Die sekundären Schlafstörungen, die durch eine psychische Störung, eine körperliche Erkrankung oder eine Substanz (Medikamente, Alkohol etc) verursacht werden, haben verschiedene Ursachen. Dieser Artikel behandelt die Schlafstörungen, die durch eine von chronischen Schmerzen begleitete körperliche Krankheit verursacht werden.

Schmerz wird als eine sensorische und emotionale Erfahrung definiert, die mit einer Schädigung oder potentiellen Schädigung von Gewebe einhergeht, oder in solchen Begriffen mitgeteilt wird. Diese Definition der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (IASP) beschränkt sich nicht auf das körperliche Empfinden, sondern berücksichtigt auch die psychologischen Dimensionen. Zudem betont sie den subjektiven Charakter und umfasst psychogene Schmerzen, mit denen psychisches Leiden ausgedrückt wird). Schmerzen werden als chronisch bezeichnet, wenn sie länger als die für eine bestimmte Erkrankung übliche Genesungszeit anhalten.

Schlafstörungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen

Schlafstörungen und chronische Schmerzen treten oft gleichzeitig auf. Es ist bekannt, dass 27% der Patienten, die einen Hausarzt konsultieren, an Schlafstörungen leiden; bei Patienten mit Schmerzen werden Schlafstörungen zwischen 51% (Rückenschmerzen) und 70% (Patienten in Schmerzkliniken) beobachtet. Studien lassen vermuten, dass Schlafstörungen oft chronifizieren). Dies heisst nicht, dass es sich dabei um eine unausweichliche Entwicklung handelt; diese Studien berichten von diagnostischen und therapeutischen Mängeln: die Patienten berichten, dass Stressoren wie Schmerzen der Schlafstörung vorausgegangen sind und dass die begleitenden affektiven und kognitiven Veränderungen und die Veränderungen im Verhalten die Schlafstörung chronifiziert haben). Das frühzeitige Erkennen und Behandeln von Schlafstörungen und deren Ursachen könnte somit eine Chronifizierung verhindern.

Primäre Schlafstörungen

- | | |
|---------------------|--|
| Dyssomnien: | – Primäre Insomnie
– Narkolepsie
– Schlafstörung mit Störung des Zirkadianen Rhythmus
– Nicht näher bezeichnete Dyssomnie |
| Parasomnien: | – Schlafstörung mit Alpträumen
– Pavor nocturnus
– Schlafstörung mit Schlafwandeln
– Nicht näher bezeichnete Parasomnie |

Schlafstörungen im Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung

- | | |
|--------------------------------|--|
| Andere Schlafstörungen: | – Schlafstörung aufgrund von körperlichen Erkrankungen
– Substanzinduzierte Schlafstörung |
|--------------------------------|--|

Beziehungen zwischen Schlafstörungen und chronischen Schmerzen

Man könnte vermuten, dass die Beziehung zwischen Schlafstörung und Schmerzen einfach ist: Schmerz verursacht eine erhöhte Wachsamkeit, und diese behindert das Ein- und Durchschlafen. Die wenigen Arbeiten, die dieses Thema behandeln, berichten von einer signifikanten Beziehung zwischen der Stärke der Schmerzen und dem Entstehen einer Schlafstörung. Es wurde aber auch die Hypothese einer komplexeren Beziehung aufgestellt: die mit Schmerzen einhergehende erhöhte Wachsamkeit sei von der erhöhten Wachsamkeit bei Schlafstörungen zu unterscheiden. Eine der am besten erforschten Mediatoren zwischen Schmerzen und Schlaflosigkeit ist die depressive Verstimmung, die selbst oft Schlafstörungen verursacht. Patienten mit chronischen Schmerzen und Depressionen haben eine grosse Wahrscheinlichkeit, eine Schlafstörung zu entwickeln. Es wurde beispielsweise festgestellt, dass über 80% der Patienten mit chronischen Schmerzen auch an einer depressiven Verstimmung leiden und dass die Schlafstörung mehr durch die Intensität der depressiven Verstimmung als durch die Stärke der Schmerzen beeinflusst wird. Die Beziehungen zwischen chronischen Schmerzen, Schlafstörungen und psychischen Leiden sind somit vielschichtig. Der Kliniker hat daher darauf zu achten, dass sowohl die psychischen als auch die körperlichen Leiden erkannt und behandelt werden.

Diagnostisches Vorgehen bei Schlafstörungen und chronischen Schmerzen

Allein die polysomnographische Untersuchung kann eine Schlafstörung objektivieren; diese ist allerdings im klinischen Alltag nicht durchführbar. Das Vorgehen stützt sich somit auf die Mitteilungen des Patienten. Die Schlafstörung wird als ein gestörter oder unbefriedigender Schlaf definiert; die Diagnose stützt sich wie beim Schmerz auf das subjektive Erleben des Patienten. Die Klagen des Patienten betreffen Schwierigkeiten beim Einschlafen, wiederholtes nächtliches Aufwachen, ungenügende Schlafzeit, schlechte Schlafqualität oder Beeinträchtigungen während des Tages durch Schläfrigkeit, Energieverlust, kognitive und affektive Veränderungen und Störungen im Verhalten.

Eine fatalistische Haltung des Patienten und der Behandelnden sind wichtige Hindernisse bei der Diagnose und Behandlung von Schlafstörungen, besonders bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Ein mitfühlendes und systematisches Vorgehen sind Grundbedingungen der Behandlung und in sich therapeu-

tisch. Tabelle 2 fasst die verschiedenen Schritte der Behandlung zusammen.

Behandlung von Schlafstörungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen

- Vermeiden Sie eine fatalistische Haltung, die zum vor-schnellen Verschreiben von Hypnotika und längerfristig zu Problemen führt
- Klären Sie die Klagen sorgfältig ab und versuchen Sie, auslösende Faktoren und inadäquate Reaktionen auf die Schlafstörung zu identifizieren
- Versichern Sie sich, dass Symptome während des Tages bestehen
- Beachten Sie Zusammenhänge zwischen den körperlichen Erkrankungen, der Schlafstörung und dem psychischen Zustand des Patienten
- Untersuchen und behandeln Sie die Grundkrankheit und gleichzeitig bestehende psychische Störungen
- Erklären Sie dem Patienten den Sinn der schlafhygienischen Massnahmen und geben Sie ihm diese in schriftlicher Form mit
- Wenden Sie Ihnen vertraute nicht-medikamentöse Interventionen an
- Denken Sie an medikamentöse Behandlungen, wenn die obgenannten Massnahmen nicht zum Erfolg führen
- Erwägen Sie Alternativen zu den Benzodiazepinen
- Folgen Sie den Empfehlungen für den Gebrauch von Benzodiazepinen bei körperlich Kranken
- Kontrollieren Sie die Behandlung regelmässig und denken Sie über die Arzt-Patient-Beziehung und deren Einfluss auf die Behandlung nach

Patienten mit chronischen Schmerzen, die über Schlaflosigkeit klagen, müssen sorgfältig abgeklärt werden. Da diese Aussage als Banalität betrachtet werden kann, muss daran erinnert werden, dass über 50% der Ärzte bei der Abklärung älterer Patienten keine Fragen zur Schlafqualität stellen. Ein sorgfältiges Vorgehen befasst sich mit den Symptomen der Schlafstörung, den auslösenden Faktoren und den Auswirkungen auf das affektive und kognitive Erleben und auf das Verhalten, sowie die inadäquaten Reaktionen auf die Schlafstörung. Bevor die Diagnose gestellt wird, bewährt es sich, Informationen über den normalen und gestörten Schlaf zu sammeln und mit dem Patienten ein Schema des gewohnten Schlaf-Wach-Zyklus zu erstellen. Auch die Fremd-Anamnese des Partners, die Familienanamnese und Angaben zu früheren Behandlungen von Schlafstörungen müssen erhoben werden. Klagen über eine schlechte Schlafqualität ohne Einfluss auf das Erleben am Tag spricht gegen die

Diagnose einer Schlafstörung. Schlafstörungen erzeugen eine spürbare Veränderung des körperlichen und psychischen Gleichgewichts; dazu gehören Müdigkeit oder Lethargie, psychomotorische Verlangsamung und affektive und kognitive Beeinträchtigungen (Konzentration, Erinnerungsvermögen), sowie verschiedene unspezifische körperliche Symptome. Schlaflosigkeit beeinflusst auch den psychosozialen Bereich, die Beziehungen und die berufliche Kompetenz. Für den klinischen Gebrauch gibt es verschiedene strukturierte Erfassungsinstrumente.

Bei Patienten, deren Schlafstörung sekundär durch ein körperliches oder psychisches Leiden (Angst, Depression, somatoforme Störungen) verursacht wird, ist es wichtig, dass diese fachgerecht zu behandeln, bis die Schlafstörung wie eine primäre Schlafstörung behandelt werden kann. Oft bleibt es schwierig zu entscheiden, ob ein körperliches oder psychisches Leiden oder ein Medikament für das Auftreten der Schlafstörung verantwortlich ist.

Nicht-medikamentöse Behandlungen

Die Bedeutung von psychologischen Faktoren bei Schlafstörungen hat zur Entwicklung von wirksamen nicht-medikamentösen Interventionen geführt, die einfach, aber oft unbekannt sind und im klinischen Alltag wenig angewandt werden. Die schlafhygienischen Massnahmen sind dabei am wichtigsten und sollten immer eingesetzt werden. Sie fügen sich problemlos in die Behandlung ein und können dem Patienten auch schriftlich mitgegeben werden.

A) Schlafhygienische Massnahmen

- Vermindern der Aktivitäten während der zweiten Hälfte des Abends. Sich während 60–90 Minuten vor dem Schlafen von den Tätigkeiten des Tages lösen, Diskussionen und widerstrebende Tätigkeiten vermeiden.
- Eine Routine (Ritual) vor dem Schlafen einführen.
- Entspannungsübungen am Tag und vor dem Schlafen anwenden.
- Die körperliche Kondition soweit wie möglich erhalten.
- Vermeiden von schweren Mahlzeiten und stimulierenden Getränken wie Kaffee, Tee oder Alkohol (der nicht in den 3 Stunden vor dem Schlafen getrunken werden sollte).
- Rauchen einstellen (zumindest am Abend).
- Eine schlaffördernde Umgebung gestalten (Bett, Matratzen, Lärmisolation, Temperatur).

- Regelmässige Zeiten des Zubettgehen haben, das Bett nur fürs Schlafen oder für sexuelle Beziehungen benutzen. Vermeiden, wach im Bett zu bleiben.
- Zu regelmässigen Zeiten aufstehen (unabhängig von der Schlafqualität).

B) Verhaltenstherapeutische Interventionen

Die Amerikanische Akademie der Schlafmedizin empfiehlt eine Liste von nicht-medikamentösen Interventionen, die gemäss ihrer wissenschaftlichen Evidenz klassifiziert wurden. Wir stellen nur diejenigen Interventionen vor, die ohne Aufwand von Nicht-Spezialisten angewendet werden können. Die Beschreibung anderer, spezialisierterer Behandlungen wie Biofeedback, paradoxe und kognitive Interventionen sprengen den Rahmen dieses Artikels.

- «Stimulus Control» versucht den Schlaf behinderndes Verhalten zu bekämpfen und die Zeit, die der Patient wach im Bett liegt, zu verkürzen. «Stimulus control» basiert auf dem Gedanken, dass der Patient Vorstellungen entwickelt hat, die das Schlafzimmer mit einer schlechten Schlafqualität verbinden. Es soll dem Patienten geholfen werden, dass er das Schlafzimmer mit einem normalen Schlaf in Verbindung bringt. Der Kern dieser Interventionen deckt sich mit den oben beschriebenen schlafhygienischen Massnahmen. Die Patienten sind sich oft der die Schlafstörung unterhaltenden (konditionierenden) Phänomene nicht bewusst, können aber die einfachen Instruktionen gut verstehen und anwenden:

- Legen Sie sich nur ins Bett, wenn sie das Bedürfnis haben zu schlafen.
- Benutzen Sie Ihr Bett nur zum Schlafen.
- Wenn es Ihnen unmöglich ist zu schlafen, stehen Sie auf und verlassen Sie das Zimmer. Kehren Sie erst zurück, wenn Sie wieder das Bedürfnis haben zu schlafen.
- Wenn Sie im Bett liegen und innert 10 Minuten nicht einschlafen, wiederholen Sie die vorhin erwähnten Schritte.

- Die Schlafeinschränkung hat das Ziel:
 - Langsam die Zeit im Bett zu verkürzen, bis diese der effektiven Schlafzeit entspricht. Es handelt sich dabei um eine Einschränkung der im Bett verbrachten Zeit.

- Aufgrund der Anamnese wird mit dem Patienten eine Zeit vereinbart, die der effektiven Schlafzeit zu Beginn der Behandlung entspricht.
- Was immer geschieht, der Patient darf während der ersten Woche nicht mehr als diese Zeit im Bett verbringen.
- Diese Zeit wird in der folgenden Woche um 15 Minuten pro Nacht erhöht, sofern der Patient einen befriedigenden Schlaf hatte. Die Wachzeit im Bett darf dabei 10% der Bettverweilzeit nicht überschreiten.
- Die maximale Einschränkung beträgt 4 Stunden pro Nacht.

■ Die mentale Imagerie lädt den Patienten ein, sich vor dem Schlafen auf neutrale oder positive Bilder zu konzentrieren; es handelt sich um eine Entspannungsübung, die leicht durchführbar ist. Patienten mit wenig Phantasie werden eingeladen, sich angenehme Momente ihrer Vergangenheit vorzustellen.

■ Die progressive Muskelentspannung bewirkt ebenfalls eine Entspannung durch das abwechselnde Anspannen und Entspannen verschiedener Muskelgruppen. Es handelt sich um eine einfache Übung, die speziell bei Patienten mit chronischen Schmerzen nützlich ist, da diese oft an einer erhöhten Muskelreizbarkeit leiden.

Pharmakologische Behandlungen

Bei der Untersuchung von Schlafstörungen verschreiben über 45% der Ärzte bereits eine Medikament, nachdem sie lediglich 2–3 Fragen gestellt haben. Für den Nutzen der Benzodiazepine bei der Behandlung von Schlafstörungen gibt es bis anhin keine Beweise; dennoch werden Hypnotika regelmässig ohne Rücksicht auf wissenschaftliche Erkenntnisse eingesetzt. Man kann davon ausgehen, dass Benzodiazepine mit Risiken verbunden sind. Der Einsatz von Benzodiazepinen sollte nicht erwogen werden, bevor nicht schlafhygienische Massnahmen oder andere nicht-medikamentöse Behandlungen ausprobiert wurden. Zwei unter dem Patronat des National Institut of Health (NIH) abgehaltene Konferenzen kamen zu folgendem Konsens: der kurzfristige Gebrauch von Benzodiazepinen kann bei akuter und auf Umgebungsfaktoren beruhender Schlafstörung nützlich sein, eine längerfristige Verschreibung bleibt jedoch umstritten. Eine Meta-Analyse verschiedener Studien hat eine ver-

gleichbare kurzfristige Wirksamkeit der medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungen bei andauernden Schlafstörung ergeben.

Benzodiazepine

Mehr als die Hälfte der Patienten, die an Schlafstörungen leiden und Hypnotika konsumieren, haben lediglich einen mittelmässigen subjektiven Nutzen; dennoch fahren sie fort, diese Medikamente während Jahren einzunehmen. Schlafstörungen bei Patienten mit Schmerzen sind meist die Folge einer ungenügenden Behandlung der Grundkrankheit oder der psychischen Leiden wie Anpassungsstörungen, depressive Verstimmungen, Missbrauch von Substanzen oder Verwirrheitszustände. Daher ist es sinnvoll, zuerst die Ursache der Schlaflosigkeit zu behandeln oder alternative, nicht-medikamentöse Behandlungen zu versuchen. Falls Benzodiazepine eingesetzt werden, so muss deren Indikation genau überprüft, eine minimale Dosierung angestrebt und deren Nebenwirkungen überwacht werden. Benzodiazepine mit kurzen Halbwertszeiten sind bei Patienten mit Einschlafstörungen zu bevorzugen, während Benzodiazepine mit mittleren Halbwertszeiten (wie Lorazepam, Oxazepam oder Alprazolam) für Patienten mit Durchschlafstörungen geeignet sind. Wichtige pharmakokinetische Aspekte der Benzodiazepine sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Relevante pharmakokinetische Eigenschaften von Benzodiazepinen

- Grosse interindividuelle Variation (bis 10-fach)
- Das Alter, Tabakmissbrauch, Lebererkrankungen, andere körperliche Erkrankungen, das Geschlecht und andere Substanzen beeinflussen die Verteilung und Ausscheidung
- Benzodiazepine mit langen Halbwertszeiten führen eher zu Nebenwirkungen während des Tages. Benzodiazepine mit kurzen Halbwertszeiten führen eher zu Rebound- und Entzugssymptomen.
- Die Mehrheit der Benzodiazepine werden über die Oxidation metabolisiert; diese wird durch Krankheiten, insbesondere Leberschäden und die Einnahme anderer Medikamente verändert. Eine Minderheit wird über Konjugation metabolisiert. Viele Benzodiazepine haben aktive Metaboliten.
- Aus diesen Gründen sind Benzodiazepine wie Lorazepam oder Oxazepam bei körperlich Kranken mit Schlafstörungen und chronischen Schmerzen zu bevorzugen.

Diese Tabelle zeigt, dass grosse inter-individuelle pharmakokinetische Unterschiede bestehen und dass bei

hepatischer Insuffizienz oder Malabsorption Veränderungen der Verteilung und Ausscheidung entstehen. Substanzen mit langen Halbwertszeiten (wie Diazepam, Nitrazepam oder Flurazepam) können zu Benommenheit, Schwindel und Katerstimmung während des Tages führen, aber auch lang anhaltende Sedation verursachen, insbesondere bei älteren Menschen und bei Patienten mit körperlichen Krankheiten. Diese Nebenwirkungen sind bei Benzodiazepinen mit mittleren Halbwertszeiten weniger ausgeprägt; es kommt auch weniger zu einer Akkumulation dieser Substanzen. Benzodiazepine mit mittlerer Halbwertszeit, die konjugiert werden und keine aktiven Metaboliten bilden (wie Lorazepam und Oxazepam) sind daher zu bevorzugen bei der Behandlung von körperlich Kranken. Benzodiazepine mit kurzen Halbwertszeiten können von Schlafstörungen in der zweiten Hälfte der Nacht und von Angstzuständen während des Tages begleitet sein. Sie führen auch öfters zu Rebound- und Entzugssymptomen.

Es lohnt sich, das Risiko und den Nutzen von Benzodiazepinen vor ihrem Einsatz abzuwägen. Das Problem der Benzodiazepine bei der Behandlung der Schlafstörungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen ist nicht das Risiko des Missbrauchs, der Entzugssymptome oder der medikamentösen Interaktionen, sondern vielmehr das kritiklose Verschreiben. Diese Medikamente sind schädlich, wenn man sie ohne klare Indikationen und mit der Absicht verabreicht, so schnell wie möglich die Erwartungen eines Patienten zu befriedigen; dies verhindert, dass die Situation durchdacht und dem Patienten wirklich geholfen wird. Oft sind nicht die pharmakokinetischen Interaktionen der Benzodiazepine problematisch, sondern die Interaktionen zwischen Arzt und Patient.

Andere Psychopharmaka

Sedative Antidepressiva (wie Amitriptyline, Trimipramin, Doxepin, Mianserin, Mirtazepin, Nefazodone und Trazodon) können bei depressiven Patienten mit Schlafstörungen nützlich sein. Gleichzeitig haben Antidepressiva auch adjuvante analgetische Wirkungen, die sich unabhängig von ihrer antidepressiven Wirkung entfalten. Unbehandelte depressive Verstimmungen und andere Symptome wie Müdigkeit, Angst und Schlaflosigkeit verstärken aber die Wahrnehmung der Schmerzen. Vor allem den trizyklischen Substanzen konnte eine analgetische Wirkung nachgewiesen werden. Die analgetische Wirkung von Amitriptyline bei chronischen Schmerzen wurde beispielsweise sehr gut belegt: die Dosierung beginnt mit 10–25mg am

Abend und wird um 10–25mg alle 4 Tage erhöht bis ein Erfolg festgestellt wird. Wirksame Dosierungen werden zwischen 50–150 mg beobachtet. Mögliche anticholinergere Nebenwirkungen, welche sich als unwillkürliche Bewegungen während des Schlafes und als Verwirrheitszustände manifestieren können, müssen überwacht werden.

Sedierende Neuroleptika (wie Chlorprothixen oder Levopromazin) können wegen der blutdrucksenkenden Wirkung gefährlich sein. Levopromazin verursacht unerwünschte kardiovaskuläre Nebenwirkungen, selbst bei jungen Patienten. Neuroleptika können hilfreich sein, wenn Benzodiazepine kontra-indiziert sind; beispielsweise wenn ältere Menschen durch die muskelrelaxierenden Wirkungen beeinträchtigt werden, paradox reagieren oder unter Verwirrheitszuständen leiden. Bei dementen Patienten mit andauernden Schlafstörungen kann Pipamperon nützlich sein.

Substanzen wie Zolpidem für Einschlafschwierigkeiten und Zopiclone für Durchschlafstörungen haben ähnliche Nebenwirkungen wie Benzodiazepine und müssen mit denselben Vorsichtsmassnahmen eingesetzt werden. Chlormethiazole, ursprünglich zum Alkohol-Entzug eingeführt, können bei der Behandlung der agitierten Schlaflosigkeit bei Patienten mit kognitiven Störungen hilfreich sein.

Allgemeine Überlegungen

Die Behandlung des Patienten mit chronischen Schmerzen und Schlafstörungen stützt sich auf ein Krankheitsverständnis, das psychosoziale Faktoren berücksichtigt, die sowohl die Schlaflosigkeit als auch die Schmerzen beeinflussen. Dabei ist die Qualität der Beziehung von Bedeutung, die Patienten mit chronischen Krankheiten und begrenzten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten angeboten wird. Eine konstante und einfühlsame Begleitung kann die Patienten vor Gefühlen des Aufgegeben-werdens verschonen, mit denen sie oft zu kämpfen haben. Die Patienten akzeptieren so die therapeutischen Grenzen leichter, und es kann ein häufiges Wechseln des Arztes, das sowohl für die Patienten als auch für deren Angehörige schädlich ist, vermieden werden. Trotz des Fortschritts der Medizin bleibt das „Verschreiben von sich selbst“ (Beziehungs-Medizin), gerade in palliativen Situationen, ein Grundpfeiler der Behandlung.

Die Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen und Schlafstörungen ist eine Herausforderung. Sie umfasst eine sorgfältige Abklärung, diagnostische Fähigkeiten und Kenntnisse der nicht-medikamentösen und medikamentösen Behandlungen.

gen. Ausserdem erfordert sie eine einfühlsame und überlegte Begleitung dieser Patienten, die oft verärgert und traurig sind und einen schnellen Behandlungserfolg wünschen. Das vorschnelle Verschreiben von Benzodiazepinen ist somit verständlich; man erreicht damit eine sofortige Abnahme der zwischen dem Arzt und Patienten herrschenden Spannung. Die Erfahrung zeigt aber, dass eine solches Vorgehen längerfristig

kontraproduktiv ist. Wir möchten die «schnellen Verschreiber» dazu einladen, die erwähnten diagnostischen und therapeutischen Strategien anzuwenden. Selbst wenn nur eine kleiner Teil der Patienten mit chronischen Schmerzen und Schlaflosigkeit von diesem Vorgehen profitiert, kann dies als ein Behandlungserfolg bei einer per definitionem schwierigen Patientengruppe betrachtet werden.

D. Stagno et F. Stiefel *

L'insomnie chez le patient avec des douleurs chroniques (Résumé)

L'insomnie est une plainte fréquente chez le patient avec des douleurs chroniques. Les troubles du sommeil touchent 27% de la population consultant en soins généraux. Au près de patients avec des douleurs, les troubles du sommeil couvrent une fourchette allant de 51% à à plus de 85% s'ils souffrent en plus d'une dépression. L'anamnèse de ces patients suggère que l'insomnie est souvent précédée d'un événement stressant, tel que le surgissement de la douleur. Ce dernier induit des modifications affectives, cognitives et comportementales favorisant la chronification du trouble. L'identification précoce de l'insomnie et son traitement pourraient par conséquent prévenir l'évolution vers la chronicité.

Diagnostic

Les attitudes, fataliste du patient et démissionnaire du praticien constituent un obstacle majeur au diagnostic et au traitement de l'insomnie. Une évaluation soignée implique la reconnaissance des symptômes, l'identification de facteurs précipitants et des conséquences sur les plans affectif, cognitif et comportemental. La mention d'une mauvaise qualité de sommeil en l'absence de conséquences diurnes ne permet pas de retenir un diagnostic d'insomnie. En effet l'insomnie produit des déséquilibres tangibles

tels que la fatigue, le ralentissement psychomoteur, les troubles de l'humeur, etc. Chez les patients souffrant d'une insomnie secondaire à une affection somatique ou psychiatrique (anxiété, dépression, trouble somatoforme), il convient de s'assurer que cette dernière est adéquatément prise en charge.

Traitement non pharmacologique

La reconnaissance de facteurs psychologiques de l'insomnie a mené au développement d'interventions non pharmacologiques efficaces, telles que:

- Diminuer les activités dans la seconde partie de la soirée. Eviter les discussions et les activités contraignantes.
- Introduire une routine (rituel) avant le coucher.
- Pratiquer une technique de relaxation (p.ex l'imagerie mentale ou la relaxation musculaire progressive) durant la journée et avant le coucher.
- Eviter les dîners copieux et les boissons stimulantes, telles que le café, le thé, l'alcool (qui ne devrait pas être consommé dans les trois heures qui précèdent le coucher).
- Avoir des heures de coucher régulières. N'utiliser le lit que pour dormir.
- S'il est impossible de dormir, se lever et quitter la chambre. Ne revenir que lorsque le besoin de dormir réapparaît.
- Sur la base de l'anamnèse, on convient avec le patient, d'un temps initial, correspondant au temps estimé de sommeil effectif au début du traitement. Durant la première semaine, le patient ne devra passer que ce temps-là au lit. Ce temps est augmenté de quinze minutes par nuit, la semaine suivante, pour autant que le patient ait pu bénéficier d'un sommeil satisfaisant durant cette période.

* Dr. D. Stagno, Psychiatry Service, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA - Prof. F. Stiefel, Service de Psychiatrie de Liaison et Division des Soins Palliatifs, CHUV, Lausanne

Traitement pharmacologique

L'utilisation des benzodiazépines ne devrait pas entrer en ligne de compte avant que soient proposées les interventions non-pharmacologiques. La prescription d'hypnotiques à court terme peut s'avérer utile dans les insomnies aiguës et contextuelles, mais leur prescription à long terme demeure sujet à controverse. Les benzodiazépines à demi-vie intermédiaire, métabolisées par oxydation et sans métabolites actifs (comme le lorazépam ou l'oxazépam) sont de premier choix chez des patients en soins palliatifs. Les antidépresseurs sédatifs peuvent être utiles chez le patient déprimé présentant une insomnie. Ils ont en outre une fonction analgésique adjuvante. Les neuroleptiques entrent en ligne de compte lorsqu'il existe une contre-indication aux benzodiazépines.

Considérations générales

La prise en charge de l'insomnie chez les patients avec des douleurs chroniques est un défi. Elle implique une évaluation soigneuse, des aptitudes diagnostiques, une familiarité avec les interventions non pharmacologiques et une bonne connaissance de la pharmacothérapie. De plus, elle requiert une attitude empathique et réfléchie envers ces patients souvent irrités ou attristés. La prescription intempestive d'hypnotiques est compréhensible dans une telle situation. On assiste à une diminution instantanée de la tension entre le patient et son médecin. L'expérience montre toutefois que cette attitude est contre-productive à long terme.

On peut accéder à la version intégrale de cet article et à la bibliographie sous www.med-pal.ch à partir de milieu avril.

D. Stagno e F. Stiefel *

L'insonnia nel paziente con dolori cronici (Riassunto)

Il paziente sofferente di dolori cronici lamenta spesso insonnia. Le turbe del sonno riguardano il 27% dei malati che ricorrono ad una consultazione di medicina generale. Nei pazienti con dolori, le turbe del sonno sono comprese in una forchetta che va dal 51% a più dell'85% se contemporaneamente soffrono di depressione. L'anamnesi di questi malati mostra che l'insonnia è spesso preceduta da un'evenienza stressante quale l'insorgenza del dolore. Quest'ultimo induce modificazioni affettive, cognitive e comportamentali che favoriscono la cronicizzazione del disturbo. Di conseguenza, l'identificazione precoce dell'insonnia ed il suo trattamento potrebbero prevenire l'evoluzione verso la cronicità.

Diagnosi

Gli atteggiamenti, fatalistico del malato e rinunciatario del medico, costituiscono un ostacolo maggiore alla diagnosi ed al trattamento dell'insonnia. Una

valutazione accurata implica il riconoscimento dei sintomi, l'identificazione dei fattori scatenanti e delle conseguenze sui piani affettivo, cognitivo e comportamentale. L'affermazione di cattiva qualità del sonno in assenza di conseguenze diurne non consente di porre diagnosi d'insonnia. In effetti, l'insonnia provoca squilibri tangibili quali l'affaticamento, il rallentamento psicomotorio, le turbe dell'umore, ecc. Nei malati sofferenti di insonnia secondaria ad un'affezione somatica o psichiatrica (ansia, depressione, disturbo somatoforme) conviene accertarsi che quest'ultima sia adeguatamente curata.

Trattamento non farmacologico

Il riconoscimento di fattori psicologici nell'insonnia ha portato allo sviluppo d'interventi non farmacologici efficaci quali:

- Diminuire le attività nella seconda parte della serata. Evitare le discussioni e le attività impegnative.
- Introdurre una routine (rituale) prima di coricarsi.
- Praticare una tecnica di rilassamento (per es. l'immaginazione mentale o il rilassamento muscolare progressivo) durante la giornata e prima di coricarsi.
- Evitare i pasti copiosi e le bevande stimolanti quali caffè, tè, alcolici (il cui consumo dovrebbe cessare tre ore prima di coricarsi).

* Dr. D. Stagno, Psychiatry Service, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA - Prof. F. Stiefel, Service de Psychiatrie de Liaison et Division des Soins Palliatifs, CHUV, Lausanne



Die Herausforderungen bestimmen die Massnahmen

> PainControlling™ bei chronischem Schmerz

 oxycontin®
The PainController™

> kassenzulässig

OXYCONTIN® Tabletten retard: Opioid-Analgetikum mit Langzeitwirkung (ca. 12 Std.).

Darreichungsformen: Oxycodoni hydrochloridum, Tablette retard zu 10, 20, 40 bzw. 80 mg **Belegte Indikationen:** Mittelstarke bis starke prolongierte Schmerzen bzw. bei ungenügender Wirksamkeit nichtopioider Analgetika. **Dosierung/Anwendung:** Anfangsdosierung: 10 mg alle 12 Stunden, individuell dosieren. **Kontraindikationen:** Bekannte Oxycodonüberempfindlichkeit, akute Lebererkrankungen, Atemdepression, chronisch obstruktive Erkrankungen der Atemwege, akutes und schweres Bronchialasthma, Hyperkapnie, paralytischer Ileus, akutes Abdomen, verzögerte Magenentleerung, Schädel-Hirn-Trauma, Koma, Schwangerschaft. Während der Anwendung und bis zwei Wochen nach Absetzen eines MAO-Inhibitors. **Vorsichtsmassnahmen:** Bei geschwächten Patienten, Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Schilddrüsen- und Nebennierenrindensuffizienz, Prostatahypertrophie, Schock, eingeschränkter Atmung, Hypotension, Hypovolämie, Gallenwegserkrankungen, Pankreatitis, entzündlichen Darmerkrankungen, erhöhtem intrakraniellen Druck, konvulsiven Störungen, opioidabhängigen Patienten, oder akutem Alkoholismus. Bei Verdacht auf paralytischen Ileus oder bei Auftreten während der Behandlung muss OXYCONTIN® sofort abgesetzt werden. Patienten, die sich einer Chordotomie oder einem anderen schmerzlösenden Eingriff unterziehen müssen, dürfen während 24 Stunden vor der Operation kein OXYCONTIN® erhalten. Wie mit allen Opioiden ist nach operativen Eingriffen Vorsicht geboten.

Vor Wiedereinsetzen der normalen Darmfunktion sollte OXYCONTIN® nicht angewendet werden. Oxycodon kann auch bei bestimmungsgemässen Gebrauch das Reaktionsvermögen verändern. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Schwangerschaftskategorie C.

Unerwünschte Wirkungen: Häufig: Obstipation, Nausea, Schwindel, Pruritus, Erbrechen, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, Schwitzen, Somnolenz, Asthenie. Gelegentlich: Anorexie, Nervosität, Insomnie, Fieber, Verwirrung, Diarrhö, Bauchschmerzen, Vasodilatation, Dyspepsie, Parästhesien, Hautausschlag, Angst, Euphorie, Depression, Dyspno, posturale Hypotonie, Schüttelfrost, unangenehme Träume, Denkstörungen, Schluckauf, Zuckungen, Gastritis, Urtikaria. Selten: Vertigo, Desorientiertheit, Gesichtsrötung, Stimmungsveränderungen, Palpitationen, Halluzinationen, Bronchospasmen, und Koliken. Störungen der Blasenentleerung, Spasmen der Gallen- oder Harnwege, Atemdepression, Bradykardie, Hypotonie sind möglich. Bei falscher oder missbräuchlicher Anwendung besteht das Risiko einer psychischen Abhängigkeit. Bei korrekter Anwendung wurde dies nur in sehr wenigen Einzelfällen beobachtet. **Hinweise:** Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. Untersteht dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe, Liste A+.

Stand der Information: Dezember 2000, © OXYCONTIN ist eine registrierte Marke. TM: PainControlling und The PainController sind Marken.



Mundipharma Medical Company
Hamilton/Bermuda
Zweigniederlassung Basel
St. Alban-Rheinweg 74
CH-4006 Basel
T +41 61 205 11 11
F +41 61 205 11 87
www.mundipharma.ch
www.oxycontin.ch

- Coricarsi ad ore regolari. Utilizzare il letto solo per dormire.
- Se non si può dormire, alzarsi e lasciare la camera. Ritornarvi solo quando si prova nuovamente bisogno di dormire.
- Sulla base dell'anamnesi, si conviene con il malato un tempo iniziale corrispondente al tempo presunto di sonno effettivo all'inizio del trattamento. Nella prima settimana, il malato dovrà trascorrere a letto solo quel periodo. Si aumenta il periodo di quindici minuti per notte nella settimana seguente, sempre che il malato abbia potuto beneficiare di un sonno soddisfacente in quel periodo.

Terapia farmacologica

L'impiego di benzodiazepine non dovrebbe entrare in linea di conto prima di avere sperimentato gli interventi non farmacologici. La prescrizione di ipnotici a breve termine può rivelarsi utile nelle insonnie acute e contestuali, ma il loro impiego a lungo termine rimane controverso. Le benzodiazepine ad emivita media, metabolizzate per ossidazione e senza metaboliti attivi (quali il lorazepam o l'oxazepam) sono farmaci di prima scelta nei pazienti di cure palliative. Gli antidepressivi sedativi possono rivelarsi utili nel malato depresso con insonnia. Essi posseggono inoltre un effetto coanalgesico. I neurolettici entrano in linea di conto se sussiste una controindicazione alle benzodiazepine.

Considerazioni generali

La presa a carico dell'insonnia nei malati doloranti cronici è una sfida. Essa implica una valutazione accurata, capacità diagnostiche, familiarità con gli interventi non farmacologici ed una buona conoscenza della farmacoterapia. Inoltre richiede un atteggiamento empatico e riflessivo nei confronti di questi malati sovente irritati o rattristati. La prescrizione intempestiva di ipnotici è comprensibile in questa situazione. Si assiste al calo istantaneo della tensione fra il malato ed il suo medico. Tuttavia, l'esperienza dimostra che questo atteggiamento è controproducente a lungo termine.

Si può accedere alla versione integrale di questo testo ed alla bibliografia sotto www.med-pal.ch.
A partire dal 15 aprile