

Schlafstörungen bei alten Menschen

Was kann man tun?

Schlafstörungen sind im Alter sehr häufig. Das liegt zum einen an der veränderten Schlafphysiologie, zum anderen aber auch an begleitenden Erkrankungen, die den Schlaf beeinträchtigen können. Worauf man bei älteren Patienten achten sollte und was man therapeutisch tun kann, skizziert eine Arbeit im «Canadian Medical Association Journal».

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL

Das Altern ist mit einer Reihe von Veränderungen im Schlafzyklus verbunden. Viele Senioren schlafen früh am Abend ein und wachen dann in den Morgenstunden vorzeitig auf, oder der Schlaf ist mehrfach unterbrochen. Insgesamt sind sowohl die Schlafzeit als auch die Tiefschlafphasen verkürzt.

Oft sind Erkrankungen, die im Alter gehäuft vorkommen, Ursache der Schlafstörung. Diese gilt es nach Möglichkeit so zu behandeln, dass sich auch der Schlaf verbessert. Recht häufig sind dabei Schmerzen im Muskel-Skelett-System, einschliesslich der Arthritis. Bei diesen Patienten kann es hilfreich sein, wenn sie neben den oft verordneten NSAR, zur Nacht Paracetamol einnehmen.

Schlafunterbrechungen kommen zwangsläufig bei Patienten mit Nykturie vor. Das nächtliche Aufstehen in schlaftrunkenem Zustand ist übrigens eine häufige Ursache für Stürze im Alter. Bei Patienten mit Nykturie sollte regelmässig an Schlafapnoe, Diabetes, bei Männern auch an ein Prostataadenom, bei Frauen an einen Blasenprolaps gedacht werden.

Menschen mit einer obstruktiven Lungenkrankheit können von der Einnahme lang wirksamer Betaagonisten vor dem Zubettgehen profitieren, um die Dyspnoe nachts einzudämmen. Gastrointestinaler Reflux kann Menschen aus dem Schlaf reissen, weshalb die Gabe von Protonenpumpenhemmern ebenso

Merksätze

- Bei Schlafstörungen ist es wichtig, eine mögliche ursächliche Erkrankung zu behandeln.
- Benzodiazepine sind bei alten Menschen mit grosser Zurückhaltung einzusetzen.
- Neuere Nichtbenzodiazepine wie Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon haben ein günstigeres Wirkungs-/Nebenwirkungsprofil.
- Gute Schlafhygiene ist wichtig, ganz besonders bei Menschen mit Narkolepsie.
- Bei Schlafapnoe ist die CPAP sehr hilfreich. Allerdings können sich viele alte Menschen mit der Handhabung nicht anfreunden. Gute Unterweisung ist hier gefragt.

sinnvoll sein kann wie die Hochlagerung des Oberkörpers. Die Behandlung einer Herzinsuffizienz kann auch die Schlafqualität verbessern, wenn die Symptome Dyspnoe und Orthopnoe gelindert werden.

Insomnie tritt oft bei beginnender Demenz auf, und sie kann als Symptom einer Depression in Erscheinung treten. Gerade eine antidepressive Therapie verbessert oft auch den Schlaf. Bei Demenzkranken, die spät abends oder nachts agitiert sind, ist es wichtig, für Beruhigung und eine entspannte Umgebung zu sorgen, wobei die Räume nicht vollständig abgedunkelt sein sollten. Zuletzt sind aber bei diesen Patienten doch oft Medikamente erforderlich.

Wichtig ist auch eine Medikamentenanamnese (Tabelle 1). In keiner anderen Lebensphase werden normalerweise so viele Substanzen eingenommen wie im Alter – wobei auch OTC-Präparate im Spiel sind. Bei Menschen mit Schlafstörungen sollte nach Möglichkeit versucht werden, entsprechende Substanzen abzusetzen beziehungsweise durch andere zu ersetzen.

Die primäre Insomnie

Sie tritt definitionsgemäss ohne erkennbare äussere Ursache

Tabelle 1: **Medikamente und andere Substanzen, die bei älteren Menschen auf den Schlaf wirken**

Substanz	Effekte/Ratschläge
Alkohol	zunächst Schlafinduktion, später Schlafunterbrechung
Cholinesterasehemmer	Insomnie/schwere Träume
Betablocker	veränderte Schlafphysiologie/Alpträume möglich
Koffein	stimulierend/Ratschlag: Abends keinen Kaffee trinken!
Carbadopa, Levodopa	Alpträume/Insomnie
Kortikosteroide	stimulierende Effekte/kann Agitiertheit bewirken/ die geringstmögliche Dosis verschreiben!
Diuretika	Nykturie/möglichst keine späte Einnahme
Phenytoin	oft Insomnie
SSRI	oft Insomnie
Theophyllin	stimulierend/durch inhalative Bronchodilatoren ersetzen
Thyroidhormone	Kontrolle der Schilddrüsenfunktion
Nikotin	zur Rauchabstinenz motivieren

Tabelle 2: **Grundlegende Verhaltensregeln für eine gute Schlafhygiene**

Was tun?	Was vermeiden?
Benutzen Sie das Schlafzimmer nur zum Schlafen und für sexuelle Aktivitäten <input type="checkbox"/> Wenn Sie nicht schlafen können, verlassen Sie das Bett und lesen Sie oder machen andere entspannende Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> Nickerchen, besonders in der zweiten Tageshälfte <input type="checkbox"/> Zu frühes Insbettgehen
Machen Sie die Schlafqualität zu einer zentralen Angelegenheit <input type="checkbox"/> Gehen Sie jeden Tag etwa zur gleichen Zeit ins Bett <input type="checkbox"/> Schaffen Sie eine ruhige Atmosphäre: ein komfortables Bett in einem kühlen, gut gelüfteten Raum <input type="checkbox"/> Schützen Sie sich vor zu viel Licht und Lärm	Vor der Bettzeit: <input type="checkbox"/> schweres Essen <input type="checkbox"/> Kaffee und Alkohol <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> körperliche Aktivitäten (am Tag sind diese erwünscht)
Entwickeln Sie bestimmte Rituale beim Zubettgehen, z.B.: <input type="checkbox"/> Bereiten Sie sich auf den Schlaf durch 20–30 min Entspannungsübungen vor (Yoga, Meditation, ruhige Musik, Atemübungen) <input type="checkbox"/> Nehmen Sie ein warmes Bad <input type="checkbox"/> Nehmen Sie einen leichten Snack ein mit warmer Milch, tryptophanreichen Nahrungsmitteln wie Bananen <input type="checkbox"/> Bevorzugen Sie zur Nacht kohlenhydrat- statt proteinreiche Nahrung	Während Sie in den Schlaf fallen: <input type="checkbox"/> Nachdenken über Probleme des Tages

oder eine zugrunde liegende Erkrankung auf. Zunächst sollten immer Verhaltensmodifikationen ins Auge gefasst werden (Tabelle 2). Ein interessanter nichtmedikamentöser Ansatz ist die Fototherapie. Eine Fototherapie mit kurzweiligem Licht am Abend kann die Schlafzeit verlängern, darunter auch die REM-Schlafphasen und den «slowwave»-Schlaf. Die Lichttherapie kann auch früher am Tag eingesetzt werden, etwa um die Mittagszeit. Selbst bei manchen Alzheimer-Patienten lässt sich der gestörte Schlaf-Wach-Zyklus so verbessern, wobei die Lichttherapie am Abend eingesetzt wird.

Warum diese Behandlung wirkt, ist bislang nicht ganz klar. Allerdings sind die Erfolge, speziell bei Menschen in Heimen, offenkundig. Unter den Medikamenten sind Benzodiazepine vielfach noch die am häufigsten verschriebenen Schlafmittel. Sie können die Schlaf latenz verringern und nächtliches Erwachen verhindern. Allerdings sind gerade diese Medikamente bei älteren Menschen mit grosser Zurückhaltung einzusetzen, weil sie empfindlicher darauf reagieren und die Nebenwirkungen zahlreicher durchschlagen. Wenn man Benzodiazepine dennoch verschreibt, dann gilt immer der Grundsatz: Start low and go slow. Man sollte also mit der Hälfte der Maximaldosis beginnen und die Dosis langsam steigern. Die Therapie ist aber, wenn überhaupt, nur für kurze Zeit gedacht, das heisst also, sie sollte nicht länger als zwei bis drei Wochen dauern. Bei längerem Einsatz entwickeln sich Toleranz, Abhängigkeit und Entzugssymptome. Auch ist zu bedenken, dass Probleme mit der Mobilität auftreten können, die motorische Koordination leidet und die Sturzgefahr steigt. Zudem sind die Patienten am Tage nicht so leistungsfähig. Bei längerem Einsatz ist beobachtet worden, dass alte Menschen unter Benzodiazepinen nach einer Operation verwirrt sind.

Zu beachten ist auch, dass Benzodiazepine zu einer Atemwegsobstruktion der oberen Luftwege beitragen können. Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe sollen sie nicht einnehmen. Manche Autoren halten das Nutzen-Risiko-Profil allerdings bei alten Menschen grundsätzlich für zu schlecht und raten generell von der Einnahme ab, lang wirksame Benzodiazepine werden wohl von allen Experten abgelehnt.

Die neueren Nichtbenzodiazepine wie Zolpidem (z.B. Stilnox®), Zopiclon (Imovane®)

und Zaleplon (Sonata®) zerstören die normale Schlafarchitektur weniger stark und erfreuen sich deshalb in den letzten Jahren grösserer Beliebtheit. Sie haben zudem eine kurze Halbwertszeit und führen zu weniger Sedierung tagsüber.

Manche Ärzte verschreiben offenbar auch gern (off-label) geringe Dosen von Trazodon (Trittico®). Studien, die den Einsatz rechtfertigen würden, gibt es aber nach Auskunft der Autoren nicht. Antihistaminika mit sedierender Wirkung, die gelegentlich bei jüngeren Menschen hilfreich sind, sollten wegen lang anhaltender Effekte bei alten Menschen nicht eingesetzt werden.

Als «natürlichere» Alternative wird manchmal Melatonin angepriesen. Allerdings zeigen Metaanalysen, dass der Nutzen wohl doch eher begrenzt ist. Immerhin ist die Therapie sicher. Die Autoren meinen, dass allenfalls bei Patienten, die oft erst sehr spät einschlafen können, ein Versuch gerechtfertigt sein könne. Darüber hinaus gebe es aber kaum verlässliche Daten, die für einen breiten Einsatz sprächen.

Narkolepsie und Kataplexie

Eine angemessene Schlafhygiene ist besonders bei Narkolepsie wichtig. Ein Regime, das sieben bis acht Stunden Schlaf in der Nacht und genau terminierte Nickerchen am Tag vorsieht, vermag die Symptome zu verbessern. Medikamentös können am ehesten zentrale Stimulanzien wie Methylphenidat (Ritalin®) eingesetzt werden. Trizyklische Antidepressiva sind wirksam, wenn es darum geht, die Häufigkeit von Kataplexien zu reduzieren. Andererseits werden Nebenwirkungen wie trockener Mund, Obstipation oder orthostatische Hypotonie gerade von älteren Menschen nicht gut toleriert. SSRI sind eine mögliche Wahl in Kombination mit Stimulanzien bei Patienten mit Narkolepsie und Kataplexie.

Bewegungsstörungen

Die Behandlung von Bewegungsstörungen wie dem Restless-Legs-Syndrom (RLS) zielt auf die Linderung der Symptome. Dabei geht es zunächst darum, schädliche Einflüsse zu meiden. Dazu gehören etwa koffeinhaltige Nahrungsmittel, auch sollten bestimmte Medikamente wie etwa Kalziumantagonisten, Antihistaminika, Phenytoin oder SSRI wenn möglich vermieden werden.

Bei RLS und anderen Bewegungsstörungen werden oft dopaminerge Substanzen eingesetzt. Die Symptomkontrolle gelingt dabei in niedrigeren Dosierungen, als sie bei Parkinson zum Einsatz kommen. Levodopa-Carbidopa beispielsweise wird zur Bettzeit in einer Anfangsdosis von 100 mg/25 mg verabreicht und bei Bedarf langsam erhöht. Bei Abfall der Konzentration kann es zum Rebound kommen, sodass mitten in der Nacht eine weitere Einnahme erforderlich wird. Verzögert freigesetzte Präparate sind deshalb zu bevorzugen. Allerdings kann es zu einer Verschiebung der Symptome in die früheren Morgenstunden kommen oder am Nachmittag statt in der Nacht. Ältere Menschen leiden oft unter Tagesschläfrigkeit, die den Einsatz limitieren. Wenn Toleranz entsteht, muss die Dosis erhöht werden. Mitunter ist eine mehrmonatige Therapiepause angeraten, anschliessend ist Levodopa meist wieder wirksam. Patienten

mit Demenz oder Parkinson haben in der Nacht ein erhöhtes Halluzinationsrisiko bei hohen Dopaminosierungen.

Klinische Studien zeigen, dass die neueren Dopaminagonisten wie Pramipexol (Sifrol®) und Ropinirol (Requib®) beim RLS eingesetzt werden können. Beide Substanzen scheinen auch bei älteren Patienten sicher zu sein und sind insbesondere bei Menschen angezeigt, die auf Levodopa mit Nebenwirkungen reagiert haben. Mit Toleranzentwicklung ist unter den neueren Substanzen weniger zu rechnen. Tagesschläfrigkeit kann aber insbesondere bei älteren Parkinson-Patienten auftreten.

Die ältesten RLS-Medikamente sind Opioide, die aber gerade bei alten Menschen weniger geeignet sind wegen der auftretenden Nebenwirkungen wie Konfusion, Obstipation und Sedierung. Sie sind ansonsten therapierefraktären Patienten vorbehalten.

Schnarchen und obstruktive Schlafapnoe

In der Laienpresse kursieren zahlreiche Medikamente, die beim Schnarchen helfen sollen. Die meisten sind wissenschaftlich nicht bewiesen. Allgemeine Massnahmen wie Nikotinabstinenz, Gewichtsreduktion und Alkoholabstinenz werden empfohlen. Schnarchen tritt meist in Rückenlage auf, sodass Betroffenen geraten wird, auf der Seite zu schlafen. Im Allgemeinen sind Operationen, die sich heute grossen Zulaufs erfreuen, bei älteren Menschen weniger geeignet. Gelegentlich können Abnormalitäten wie Septumdeviation, vergrösserte Tonsillen, nasale Polypen operiert werden und Entlastung bringen. Ein Verfahren ist die Uvulopalatopharyngoplastie, mit dem die Luftwege geöffnet werden können; gegen die obstruktive Schlafapnoe taugt die Methode nicht. Grundsätzlich ist die postoperative Morbidität bei alten Menschen relativ hoch.

Als wirklich wirksam hat sich die CPAP-Therapie (continuous positive airway pressure) erwiesen. Bei richtiger Anwendung sind die Erfolge hinsichtlich Schlaf, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität gut. Der Haken an der Sache: Gerade viele alte Menschen haben Schwierigkeiten, sich an das nächtliche Ritual zu gewöhnen. Ältere Männer mit BPH und Nykturie finden es oft sehr lästig, die Maske nach dem Wasserlassen erneut anzulegen, und geben diese Behandlung bald auf. Eine sorgsame Unterweisung in der richtigen Anwendung der Technik kann aber helfen, die Compliance zu verbessern. ■

Norman Wolkove et al.: Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. CMAJ 2007; 176 (9): 1299-1304.

Norman Wolkove et al.: Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. CMAJ 2007; 176 (9): 1449-1454.

Interessenlage: Die Autoren geben an, keine Interessenkonflikte zu haben.

Uwe Beise