

Veränderungen des Schlafes im Alter: Ein häufiges Problem in der Praxis

Schlafstörungen werden im Alter zunehmend häufig beklagt. Neben den primären oder sekundären Erkrankungen des Schlafes führt vor allem die Verringerung der zirkadianen Amplitude zu Beschwerden. Chronobiologische Verhaltensempfehlungen und Therapieverfahren wie Lichttherapie oder Melatonin können hier helfen.

Schlafstörungen gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Beschwerden älterer Menschen. So klagen mehr als 50% der über 65-Jährigen über Störungen beim Ein- oder Durchschlafen, über Früherwachen oder Müdigkeit am Tage. Etwa 30% der Betroffenen nehmen verschreibungspflichtige Schlafmittel ein.

Die Schlafqualität, die sich vor allem durch die Schlafdauer und die Schlafstruktur (Menge und Verteilung der Schlafstadien) bestimmt, ist bereits bei

gesunden älteren Probanden ohne Schlafstörungen verändert. Die Anteile von Tief- und REM (Traum)-Schlaf vermindern sich im Alter zugunsten von Leichtschlafstadien. Die Schlafzeit wird nicht selten auf eine zweite Hauptschlafphase (Mittagsschlaf) verteilt, wodurch sich der Nachtschlaf reduziert. Durch eine verlängerte Einschlafzeit und häufigere nächtliche Wachphasen wird der Schlaf als „zu leicht“ oder „gestört“ wahrgenommen und führt so zu weiteren Beschwerden. Das Schlafbedürfnis hingegen ist im Alter nicht oder nur wenig reduziert.

Primäre Erkrankungen des Schlafes wie z. B. das Restless-Legs-Syndrom (RLS) oder das Schlaf-Apnoe-Syndrom treten im Alter häufiger auf. Bei RLS tritt eine schwer charakterisierbare Schmerzqualität in der Tiefe der Waden typischerweise nach dem abendlichen Zubettgehen auf und hindert die Betroffenen über Stunden am Einschlafen. Die Sensationen führen zu dem unwiderstehlichen Drang, die Beine (willkürlich!) zu bewegen. Oft setzt sich die Symptomatik nach dem Einschlafen als „periodische Bewegungen der Gliedmaßen im Schlaf“ fort. Die Schlafdauer wird hierdurch vermindert, die Schlafstruktur zerstört. Es kommt zu einer schnellen Erschöpfbarkeit und Einschlafneigung am Tage. Das RLS ist häufig (5% der Bevölkerung), leicht zu erkennen und meistens mit Dopaminagonisten gut zu behandeln. Trotzdem wird es oft übersehen. Die amerikanische Restless-Legs Gesellschaft (www.rls.org) redet von der „häufigsten Erkrankung, von der Sie noch nie gehört haben“.

Die Prävalenz des Schlaf-Apnoe-Syndroms wird bei über 65-Jährigen auf 30 bis 60% geschätzt. Im Rahmen des physiologischen Muskeltonusverlustes während des Schlafes kommt es hierbei zu einer Verlegung der oberen Atemwege und in der Folge zu einem Absinken der Sauerstoffsättigung. Klinisch macht sich das Schlaf-Apnoe-Syndrom durch unregelmäßiges, lautes Schnarchen mit Atemaussetzern bemerkbar. Neben der Tagesmüdigkeit kann es zu erheblichen kognitiven Einschränkungen kommen, die bei älteren

URSACHEN V. SCHLAFSTÖRUNGEN

1. Primäre Schlafstörungen

- Restless-Legs-Syndrom, Periodische Bewegungen der Gliedmaßen im Schlaf
- Schlaf-Apnoe-Syndrom

2. Sekundäre Schlafstörungen

- kardio-pulmonale Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Schmerzen
- psychiatrische Erkrankungen
- Nebenwirkung internistisch-psychiatrischer Medikation

3. Inadäquates Aktivität-Ruhe-Schema

- reduzierte Tagesaktivität
- Abbau des Schlafdrucks durch Mittagsschlaf

4. Reduzierte zirkadiane Amplitude

- Störungen im visuellen System
- Degeneration im Nucleus supra-chiasmaticus
- inadäquate Melatoninsekretion
- ungenügende Tageslichtexposition
- verminderte soziale Zeitgeber

■ PRIMÄRE UND SEKUNDÄRE SCHLAFSTÖRUNGEN

Die Ursache für einen gestörten Schlaf im Alter liegt zunächst in der höheren Morbidität älterer Menschen. Kardiale, respiratorische oder renale Störungen sowie Schmerzsyndrome haben häufig sekundäre Schlafstörungen zur Folge. Häufige Ursache sind außerdem depressive Erkrankungen, die im Alter durchaus erstmalig und mit einer atypischen Symptomatik auftreten können. Nicht selten stehen bei älteren depressiven Patienten vegetative Beschwerden mit Schlaf- und Appetitstörungen sowie Schmerzerleben im Vordergrund.

Auch die medikamentöse Therapie internistischer oder psychiatrischer Erkrankungen kann Schlafstörungen zur Folge haben. Hier sind insbesondere Beta-Blocker, nicht-steroidale Antiphlogistika oder zur falschen Tageszeit verordnete Diuretika zu nennen.

Menschen häufig als beginnende Demenzerkrankung fehlgedeutet werden.

■ LEBENSGEWOHNHEITEN UND ZIRKADIANES SYSTEM

Für die weite Verbreitung von Schlafstörungen im Alter sind zwei wichtige Faktoren verantwortlich: Die Veränderung von Lebensgewohnheiten und die Abschwächung der Amplitude des zirkadianen Systems.

Die Fähigkeit, einschlafen zu können, und die Dauer des einsetzenden Tiefschlafs sind abhängig von der vorangegangenen Wachzeit und der geistigen und körperlichen Aktivität in dieser Zeit. Der Tagesablauf älterer Menschen ist durch eine reduzierte Aktivität und vermehrte Ruhephasen gekennzeichnet. So kann ein ausgiebiger Mittagsschlaf den abendlichen Schlafdruck beseitigen und zu Einschlafstörungen führen.

Schwerer wiegt jedoch die Beeinträchtigung des zirkadianen Systems. Der natürliche Ablauf von Schlafen und Wachen wird – wie fast alle physiologischen Vorgänge – durch den Takt der inneren Uhr moduliert. Die endogene Schlafbereitschaft wird in bestimmten Zeitfenstern hochgefahren, z. B. von 3.00 bis 6.00 Uhr morgens. Dies ermöglicht eine Fortsetzung des Schlafes auch in der zweiten Nachthälfte, nachdem der Schlafdruck bereits abgebaut ist. Hierdurch ist eine kontinuierliche Nachtschlafphase während der gesamten Dunkelperiode möglich. Die Amplitude des zirkadianen Systems und damit die Stärke des chronobiologischen Einflusses nimmt im Alter stetig ab. Die beteiligten Strukturen unterliegen organischen Veränderungen wie Störungen des visuellen Systems oder der Degeneration des Nucleus suprachiasmaticus als Sitz der inneren Uhr. Bereits im frühen Erwachsenenalter beginnt die Kalzifikation des Corpus pineale mit nachfolgend reduzierter Ausschüttung von Melatonin, dem Signalmolekül für den Hell-Dunkel-Rhythmus. Mit der häufig ungenügenden Exposition zu

natürlichem Tageslicht fällt ein wichtiger externer Zeitgeber weg. Soziale Zeitgeber haben ebenfalls einen Einfluss auf die innere Uhr und verringern sich im Alter durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben und die Verringerung verbindlicher familiärer Tagesstrukturen.

■ VORGEHEN IN DER THERAPIE

Primäre Erkrankungen des Schlafes (obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Restless-Legs-Syndrom, periodische Bewegungen der Gliedmaßen im Schlaf etc.) können oft spezifisch behandelt werden. Das gleiche gilt für psychiatrische, neurologische oder internistische Erkrankungen (Depressionen, pulmonale oder kardiale Erkrankungen, Nierenerkrankungen, etc.).

Bei Schlafstörungen, die sich nicht der obigen Gruppe zuordnen lassen, ist folgendes Therapieschema angezeigt:

* Schlafhygienische Maßnahmen:

Wie auch bei Erwachsenen mittleren Lebensalters ist oft eine schlechte Schlafhygiene Ursache für Beschwerden. Unter Berücksichtigung der besonderen Problemlage muss bei älteren Menschen vor allem auf die Einhaltung fester Tagesstrukturen gedrängt werden. Mit den Betroffenen sollten Maßnahmen zur Steigerung der Tagesaktivität erörtert werden.

Bei einem Aktivitätsschwerpunkt in den Vormittagsstunden können am Nachmittag ruhigere Aktivitäten aufgenommen werden. Frühe Zubettgehzeiten führen zu morgendlichem Früherwachen. Bei einem individuellen Schlafbedürfnis von z. B. 8 Stunden und einer Zubettgehzeit von 21.00 Uhr ist das morgendliche Aufwachen um 5.00 Uhr ein physiologischer Vorgang!

* Chronobiologische Therapie:

Sollten zirkadiane Symptome im Vordergrund der Beschwerden stehen (z. B. Vorverlagerung der Schlafphase), kann Lichttherapie (3.000 bis 8.000 Lux über 30 Minuten morgens) oder Melatonin 3 mg um 21.00 Uhr eingesetzt werden. Generell sind Spaziergänge im Freien

THERAPIE V. SCHLAFSTÖRUNGEN

1. Behandlung der Grunderkrankung oder der primären Schlafstörung

2. Schlafhygiene

- Aktivität-Ruhe-Schema
- Verzicht auf Mittagsschlaf
- Zu-Bett-Geh-Zeiten

3. Chronobiologische Therapie

- morgendliche Spaziergänge im Freien
- Lichttherapie 3.000-8.000 Lux, 30 min. morgens
- Melatonin 3 mg, 21.00 Uhr (+/-15 min.)

4. Medikamentöse Therapie

- pflanzliche Kombinationspräparate (z. B. Baldrian, Hopfen, Melisse)
- Zolpidem, Zopiclon
- Benzodiazepine und klassische Neuroleptika vermeiden

am Vormittag zu empfehlen. Selbst an einem bedeckten Wintertag liegt die dadurch aufgenommene Lichtmenge um ein vielfaches über den lichtstärksten Therapielampen.

* Medikamentöse Therapie:

Sollte eine medikamentöse Therapie der Schlafstörung nötig werden, sind Benzodiazepine (Sturzgefahr, Hangover) oder klassische Neuroleptika (Dyskinesien) zu vermeiden. Häufig helfen bereits freiverkäufliche pflanzliche Präparate (z. B. Kombinationen aus Baldrian, Hopfen und Melisse). Wirksamer und ebenfalls gut verträglich, jedoch mit leichtem Suchtpotential, sind die Benzodiazepinagonisten Zolpidem und Zopiclon.

Bei unklarer Genese von Schlafstörungen sollte vor dem Einsatz potenterer Medikation eine diagnostische Abklärung in einer Schlafambulanz erfolgen. Adressen sind bei der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin www.dgsm.de zu erfahren.

■ Dr. med. Richard Mahlberg,
Psychiatrische Universitätsklinik der
Charité im St. Hedwig Krankenhaus