

## Unruhige Nächte bei Betagten

# Konsequente Ursachenforschung ermöglicht gezielte Interventionen

**BASEL – Mit der Qualität und Quantität des Schlafs sind nur wenige Senioren zufrieden: trotz der schon früh am Abend einsetzenden Müdigkeit sind viele ältere Menschen nicht in der Lage, rasch einschlafen und bis zum Morgen durchzuschlafen zu können. Der häufig leichte Schlaf wird immer wieder unterbrochen, der Erholungswert bleibt oft aus. Wer bisher angenommen hat, dass man im Alter einfach mit weniger Schlaf auskommt, der hat es sich offensichtlich zu einfach gemacht: dies zeigten die Vorträge rund um den Schlaf anlässlich des Geriatrich-Psychiatrischen Meetings für Ärzte in der Praxis im Kantonsspital Basel.**

### Schlaf im Alter – was ist anders?

In jüngeren Jahren sorgt die innere Uhr dafür, dass sich ein regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus einstellt – mit einer Schlafphase üblicherweise zwischen 23 h und 7 h. Mehr als die Hälfte der Patienten über 65 Jahren, die sich in einer Allgemeinpraxis vorstellen, klagen jedoch über Schlafstörungen, wobei der drastisch verminderte Tiefschlaf und die vermehrten Aufwachzeiten während der Nacht als besonders störend empfunden werden. Professor Dr. Anna Wirz-Justice, Psychiatrische Universitätsklinik, Basel, wies darauf hin, dass es mit zunehmendem Alter zu Veränderungen bei der inneren Uhr kommt, indem diese „vorgeht“. Folge ist die gut bekannte senile Bettflucht: Senioren werden zeitiger müde und wachen nach unerquicklichem Schlaf vorzeitig auf. Wichtige äussere Zeitgeber wie Aufenthalt im hellen Tageslicht (Augenprobleme), körperliche Aktivität, Mahlzeiten und soziale Informationen verändern sich im Alter oder verlieren an Bedeutung und tragen ebenfalls zur Verschlechterung der Schlafqualität bei. Da mit

zunehmendem Lebensalter auch vermehrt thermoregulatorische Probleme auftreten, was sich beispielsweise durch kalte Füsse äussert, propagierte Prof. Wirz-Justice als erste Massnahme ein einfaches Konzept für schlafgestörte Senioren:

- ausreichender Aufenthalt im Freien (alternativ: adäquate Lichttherapie)
- angemessene körperliche Aktivität
- soziale Kontakte pflegen
- Bettsocken oder Wärmflasche, wenn kalte Füsse am Einschlafen hindern.

### Depression nicht unterschätzen

Professor Dr. Edith Holsboer-Trachsler, Psychiatrische Universitätsklinik, Basel, erläuterte die komplexen Zusammenhänge zwischen Schlafstörung und Depression. Untersuchungen haben klar gezeigt, dass die Insomnie signifikant mit Depressionen assoziiert ist – dementsprechend fand man im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung, dass etwa die Hälfte der Schlafgestörten mindestens einmal mit einer Depression konfrontiert

war. Weiterhin, so Prof. Holsboer-Trachsler, kann man bei 90 % der Patienten mit akuter Depression die Schlafstörungen mit Hilfe der Schlafpolygraphie objektivieren. Zu den Möglichkeiten der therapeutischen Intervention erläuterte die Referentin, dass Schlafstörungen bei Vorliegen einer typischen Depression kausal mit schlaffördernden Antidepressiva behandelt werden sollten. Als Medikamente mit positiver (Begleit-)Wirkung auf den Schlaf empfahl sie Substanzen wie Trimipramin, Doxepin, Amitriptylin, Trazodon, Mianserin, Nefazodon oder Mirtazapin; zu einer Verschlechterung von Schlaf-

kontinuität und Schlaftiefe kann es hingegen unter Tranylcypromin, Clomipramin und fast allen neuen selektiven Präparaten kommen.

### Restless legs als Schlafkiller

Als häufigste nicht-psychiatrische Ursache der Insomnie erwähnte Professor Dr. Claudio Bassetti, Neurologische Poliklinik, Universitätsspital Zürich, das Restless Legs Syndrom (RLS). Bei etwa 10 % der chronischen Insomnie-Patienten muss von einer solchen Störung ausgegangen werden, mit klarer Prävalenzzunahme im Senium. Das RLS

ist charakterisiert durch unangenehme, schmerzhaft Missemphindungen in den Extremitäten – in erster Linie in den Beinen – die mit einem imperativen Bewegungsdrang einhergehen. Auffällig ist die Zunahme der Beschwerden in Ruhe, mit maximaler Beschwerdeintensität abends und in der Nacht. Dies führt zur Insomnie mit teilweise exzessiver Tagesschläfrigkeit.

Da man neurochemisch von einer Beteiligung des Dopamin- und Opiat-Systems ausgehen muss, hat man entsprechende therapeutische Ansätze gewählt. Für die Behandlung eines mittelschweren bis schweren RLS haben sich Dopaminagonisten wie Pramipexol (Sifrol®) bewährt, während L-Dopa nur für leichte Fälle in niedriger Dosis empfohlen werden kann. Pramipexol hat den Vorteil, dass die Dosis rasch bis zum Eintreten der erwünschten Wirkung gesteigert werden kann, und dass man ohne antiemetische Begleitmedikation auskommt, erklärte Prof. Bassetti.

## Demenz und Delirium

# Eine Konstellation, die besonderer Aufmerksamkeit bedarf

**BASEL – Bei betagten Patienten muss das Delirium einerseits differentialdiagnostisch sorgfältig gegen eine Demenz abgegrenzt werden, andererseits nimmt die Inzidenz des Deliriums mit zunehmendem Alter und mit dem Ausmass der kognitiven Beeinträchtigung rasch zu. Die Häufigkeitsangaben schwanken zwischen 13 bis 20 % für medizinische Kliniken und bis zu 60 % in geriatrischen Institutionen.**

dem Delirium ist der gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus. Als unabhängige Risikofaktoren nannte Prof. Seiler ein Alter > 80 Jahre, ein Mini Mental State (MMS) von < 24/30, den Schweregrad der Begleiterkrankungen, das Ausmass der Dehydratation und die Einnahme anticholinergender Medikamente.

Für die medikamentöse Therapie (Tabelle) hat sich die kurzfristige Gabe von Haloperidol bewährt; kurzwirkende Benzodiazepine kommen zur Sedierung in Frage, bei extrem aggressivem Verlauf auch Promazin 25 mg i.m. Zum Ausgleich des cholinergen Defizits können Cholinesterasehemmer eingesetzt werden, die die cholinerge Transmission verbessern. Diese empfiehlt Prof. Seiler neben allgemeinen Massnahmen auch zur Prophylaxe des Deliriums.

### Demenz als Ursache für den gestörten Schlaf

Das Schlafverhalten bei Demenz ist keineswegs einheitlich: einerseits kann die Demenz allein für die Schlafstörung verantwortlich sein, andererseits dürfen zusätzliche Ursachen wie Herzinsuffizienz, Depression, Arthroschmerzen oder das Schlafapnoe-Syndrom nicht übersehen werden. Professor Dr. Hannes Staehelin, Geriatrie Universitätsklinik, Basel, ging auf die Folgen der gestörten Schlafarchitektur ein und hob die Bedeu-

tung des chronischen Acetylcholinmangels bei Alzheimer-Patienten hervor.



Prof. Dr. Hannes Staehelin

Als Folge der Demenzerkrankung sind REM-Schlaf und Tiefschlaf vermindert; zusammen mit dem Acetylcholinmangel führt das zu einer starken Beeinträchtigung der Lern- und Erinnerungsfähigkeit. Ein weiteres, oft unterschätztes Problem ist die bei Senioren während der Nacht erhöhte Urinproduktion, die den Schlaf aufgrund von Harndrang unterbricht. Prof. Staehelin verwies diesbezüglich auf günstige Resultate mit Desmopressin.

Bei der Behandlung von Patienten mit Demenz und Schlafstörungen stehen für den Basler Geriater die milieutherapeutischen Massnahmen im Vordergrund – mit pharmakotherapeutischer Unterstützung, abhängig von den Erfordernissen des Einzelfalles.

**Idee und Konzeption:**  
INTER MEDICAL, Urs Graf-Strasse 8,  
Postfach 368, 4020 Basel  
Information: Boehringer Ingelheim  
Redaktion: Dr. Renate Weber, Winfried Powollik  
Layout: Patrik Brunner  
Produktion: Patricia Stachniss  
© Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

## Therapie bei Patienten mit Delirium

Kausaltherapie	Vorgehen	Ziel
	Behandlung von Krankheiten	CRP normalisieren (Zytokinreduktion!)
	Medikamente prüfen	Keine anticholinergen Medikamente
	Benzodiazepine prüfen Umgebungsgestaltung	Kein abruptes Absetzen Ruhige Umgebung
Medikamentöse Therapie	1. Haloperidol (2 mg/ml) kurzfristig!	Dosierung: Tropfen 5–5–10 (2 Tage) dann 0–0–10 (2 Tage)
	2. Benzodiazepine kurzwirkende	Sedierung beim hyperalerten-aggressiven Delirium
	3. Promazin/ Prazin® 25 mg i.m	Sedierung bei extrem aggressiver Variante
	4. Cholinesterasehemmer z.B. Exelon 3 x 1,5 mg	Verbessern der cholinergen Transmission



Prof. Dr. Walter Seiler

Im Gegensatz zur Demenz handelt es sich beim Delirium um eine plötzlich auftretende Verwirrtheit, um ein transientes, fast immer reversibles organisch mentales Syndrom mit akutem Beginn. Vigilanzstörungen, kognitive Störungen, vermindertes Bewusstsein sowie verstärkte oder auch verminderte psychomotorische Aktivität begleiten die Erscheinung, so die Definition von Professor Dr. Walter Seiler, Geriatrie Universitätsklinik, Basel. Ein weiteres wichtiges Phänomen im Zusammenhang mit