

# Schlafmedizin für die Hausarztpraxis

## Teil 1: Schlaf im Alter

Heydy Lorena González

Psychiaterin und Schlafspezialistin AASM und SGSSC

# Einleitung – Warum Schlaf im Alter?

- **Ausreichender und qualitativer guter Schlaf**
  - in jedem Lebensalter wichtig für Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Lebensqualität
- **Demographische Entwicklung → Anstieg der Lebenserwartung**
  - Anstieg der Zahl der Menschen mit Multimorbidität, Demenzen, Pflegebedarf
- **normale Veränderungen der Schlafphysiologie**
- **Hohe Prävalenz klinisch relevanter Schlafstörungen**
- **Abklärungsschwierigkeiten**
  - schlafmedizinische Instrumente nicht ausreichend validiert (z.B. Epworth Sleepiness Scale, ESS)

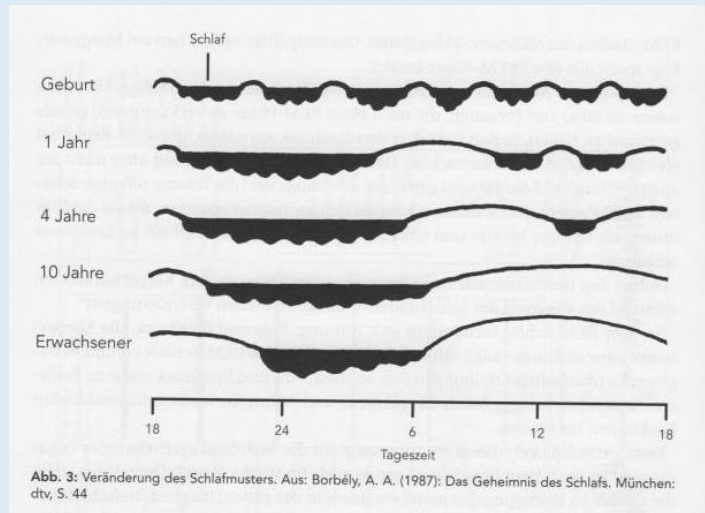
## Schlafphysiologische Veränderungen im Alter

### Individuelle Schlafdauer



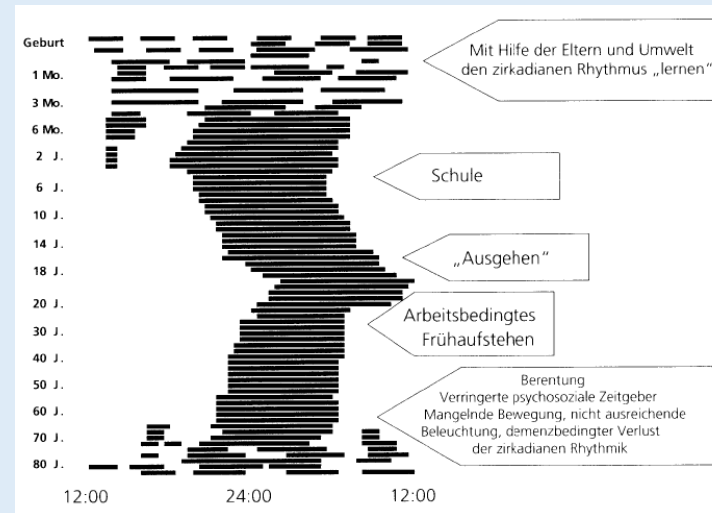
## Schlafphysiologische Veränderungen im Alter

### Schlafprofil



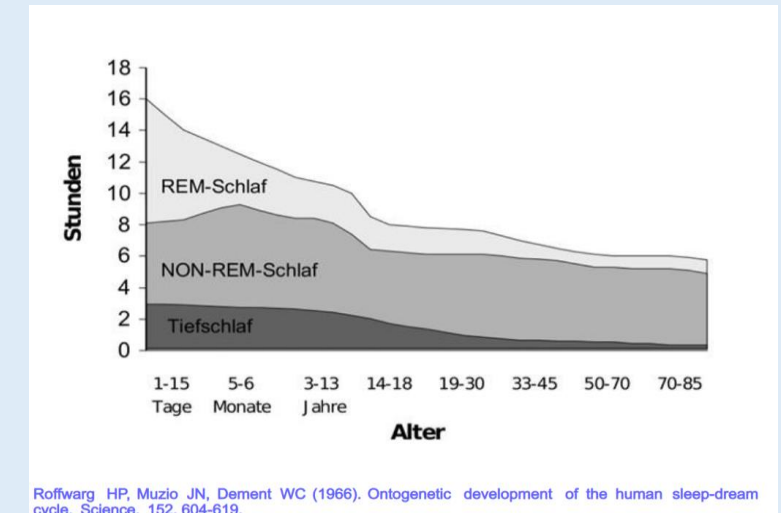
Borbély, A.A. (1987): Das Geheimnis des Schlafs.

### Schlaf-Wach-Rhythmus



Staedt & Riemann (2007). Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen.

### Schlafarchitektur

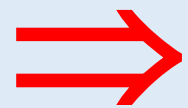


Roffwarg HP, Muzio JN, Dement WC (1966). Science, 152.

# Schlafstörungen im Alter

## Allgemein:

- Multikausal und Multifaktoriell → oft sekundär auf körperliche/ psychische Probleme
  - Schläfrigkeit und gestörter SW-Rhythmus bei Demenz
  - komplexe Schlafapnoe bei Herzinsuffizienz
- Psychopharmaka spielen oftmals eine wesentliche Rolle



Monokausale Schlafstörungen im Alter sind die Ausnahme, nicht die Regel.

# Schlafstörungen im Alter – Insomnie

## Allgemein

- Bis zu 50% der älteren Menschen davon betroffen
- Höheres Lebensalter alleine ist kein eigenständiger Risikofaktor dafür
- Auswirkungen auf die Gesellschaft und Gesundheit
  - Verursacht hohe Kosten im Gesundheitssystem
  - Folgen: u.a. Müdigkeit, kognitive und psychische Probleme, soziale Einschränkungen
  - Unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre und psychische Probleme

## Kategorisierung

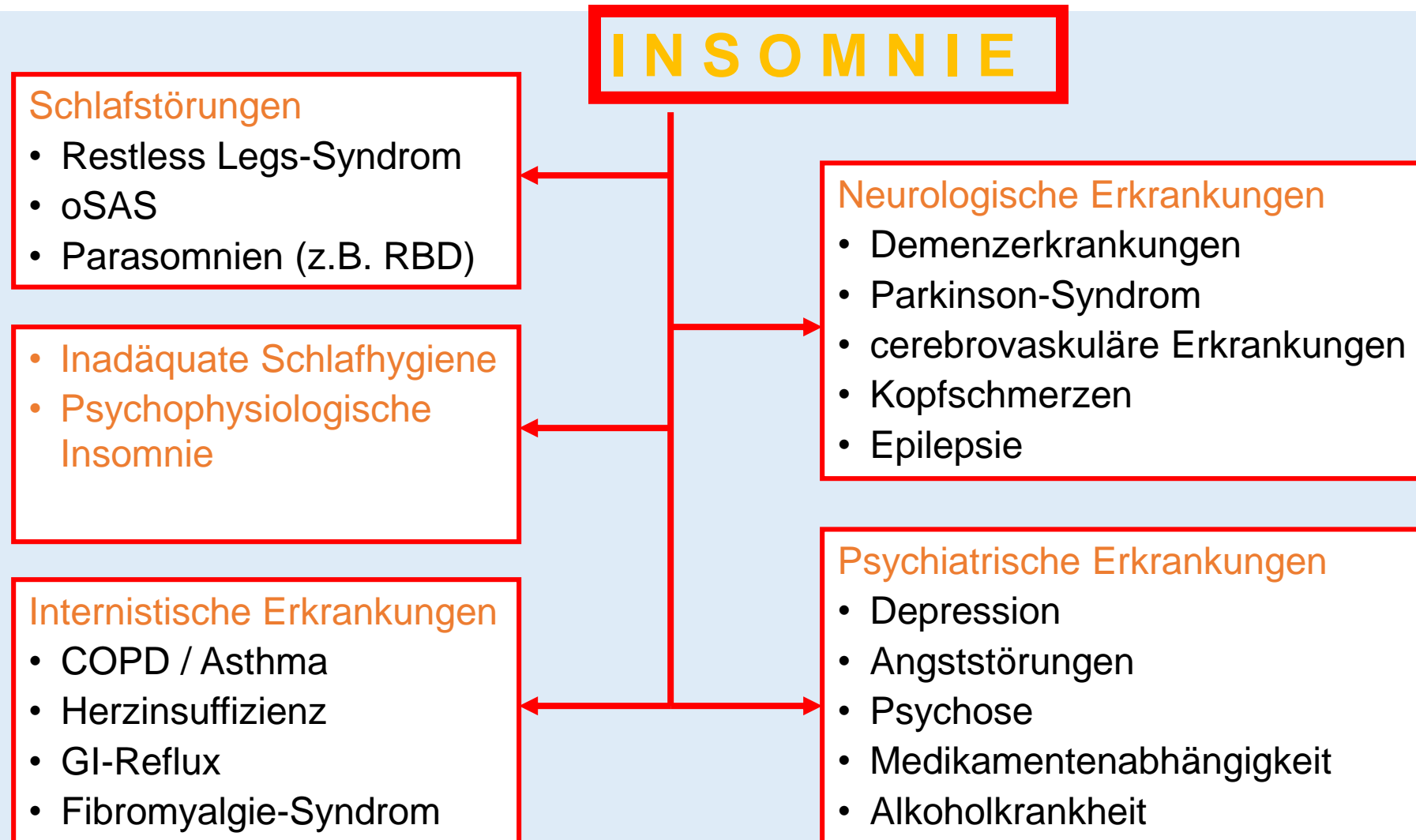
- «nicht-organische Insomnie» wg. neurobiologischen Korrelaten → nicht mehr in Anwendung
- «primäre vrs. Sekundäre Insomnie» → aufgegeben
- Aktuell: übergreifende Kategorie der Insomnie → Komorbiditätsprinzip

# Schlafstörungen im Alter – Insomnie

## Diagnostische Kriterien

- Ein-, Durchschlafstörungen, Früherwachen und/oder schlechte Schlafqualität
- mindestens dreimal in der Woche
- mindestens seit einem Monat (ICD-10) oder drei Monaten (DSM-IV, ICSD-3)
- Assoziiert mit Leidensdruck oder negativen Auswirkungen auf die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit
- Vorhandensein trotz genügender Gelegenheit zum schlafen

# Schlafstörungen im Alter – Insomnie





# Schlafstörungen im Alter – Restless Legs Syndrome

## Obligatorische diagnostische Kriterien

- Ein Drang, die Beine zu bewegen, oft verbunden mit unangenehmen Sensationen
- Eine Verstärkung in Ruhe, also in sitzender und liegender Position
- Eine eindeutige Besserung durch körperliche oder geistige Aktivität
- Eine Verstärkung der Beschwerden am Abend und während der Nacht

## Unterstützende diagnostische Kriterien

- Positive Familienanamnese
- Periodische Beinbewegungen im Schlaf (periodic limb movements of sleep PLMS) oder im Wachzustand (periodic limb movement while waking PLMW)
- Ein- und Durchschlafprobleme
- Ansprechen auf dopaminerge Medikation in tiefer Dosis

# Schlafstörungen im Alter – Restless Legs Syndrome

## Idiopathische Form

- genetische Veranlagung, positive Familienanamnese
- Beginn < 40. Lj, langsam progredient, meistens nicht schmerzhaft
- Frauen > Männer
- Häufigkeitszunahme im mittleren und höheren Alter (Gipfel bei den 70- bis 79-j)

## Sekundäre Form (= komorbide RLS)

- Beginn eher im höheren Alter, rasch progredient, oft schmerzhaft
- Tiefliegende Eisenwerte (Ferritinwerte < 75-100 µg/l)
- Niereninsuffizienz
- Diabetes (RLS ca. 3 - 4x häufiger), Rf: diabetische PNP
- Medikamente (u.a. Neuroleptika, v.a. Serotonin wirkende Antidepressiva - SSRIs, SNRIs, Trizykl., Beta- und Kalzium Blocker)

# Schlafstörungen im Alter – Restless Legs Syndrome

## Differentialdiagnose

### Periphere Nervenpolyneuropathie (PNP)

- Taubheits- oder brennendes Gefühl an den Füßen, oberflächlich in der Haut empfunden
- Keine zirkadiane Rhythmik, keine Linderung durch körperliche oder geistige Aktivität

### chron. venöse Insuffizienz

- Spannungsgefühl, Kribbeln, Schmerzen, schwere und müde Beine, oft begleitet von einem Unruhegefühl
- Symptome treten nach längerem Stehen oder Laufen auf, durch das Hochlagern der Beine gelindert
- Objektiv: Varizen, Beinödeme, Hautpigmentierung und Stauungsekzem.

### Wadenkrämpfe

- häufig nachts auftretend, stark schmerzhaft, unwillkürliches Zusammenziehen einzelne od. mehrere Muskel

### periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)

- krampfartige Schmerzen beim Gehen in den Waden, im Gesäss oder in den Oberschenkeln
- Schaufensterkrankheit: Anhalten nach kurzer Gehstrecken, Weiterlaufen erst nach einer kurzen Pause

# Schlafstörungen im Alter – Restless Legs Syndrome

## Abklärung

Laboruntersuchung zum Ausschluss sekundärer Ursachen

- Entzündungsparameter (u.a. C-reaktives Protein, CRP)
- Hämatologie (u.a. Hb, Hct)
- Eisenstatus (u.a. Ferritin, Transferrin-Sättigung)
- Schilddrüsenfunktion (TSH, FT3 und FT4)
- Leber- und Nierenfunktionsparameter
- Nüchtern-Glukose, HbA1c
- Elektrolyte (inkl. Ca, Mg), Vitamin B12 (inkl. Holo-Transcobalamin), Folsäure

Klinisch neurologische Untersuchung der unteren Extremitäten

- bei Auffälligkeiten: neurologische Abklärung

# Schlafstörungen im Alter – Schläfrigkeit

## Tagesschläfrigkeit (= erhöhte Einschlafneigung = excessive daytime sleepiness, EDS)

- erhöhte Einschlafneigung, oft ungewolltes Einnicken in ungünstigen Situationen (Sekundenschlaf)
- während körperlicher Aktivität weniger stark empfunden, lässt sich nur durch Schlaf beheben

## Müdigkeit (tiredness)

- fehlende Energie, Mangel an Initiative ABER kein erhöhter Schlafbedarf
- während körperlicher Aktivität oft verstärkt, nimmt beim Ausruhen (auch ohne Schlaf) ab

## Hypersomnie (verlängerter Schlafbedarf )

- pathologisch erhöhter Schlafbedarf (> 11 Std. / 24-Std.) oder Verlängerung des Schlafbedarfs > 2 Std. im Vergleich zu früher

## Erschöpfbarkeit (= Ermüdbarkeit, fatigue)

- subjektives Empfinden der psychischen / körperlichen «Erschöpfbarkeit» bei mentalen / körperlichen Anstrengungen

# Schlafstörungen im Alter – Schläfrigkeit

## Allgemein

- Andauernde Tagesschläfrigkeit im höheren Lebensalter **nicht normal!**
- Vielfältige zugrundeliegende (Mit-)Ursachen, oft somatische / psychische Erkrankungen
  - **Obstruktives Schlafapnoesyndrom**
  - Fortgeschrittene Demenzsyndrome
  - Depressive Episoden
  - Herzinsuffizienz
  - Blutzuckerentgleisungen
  - Hypothyreose
  - Nebenwirkungen von Psychopharmaka, Polypharmazie

# Schlafstörungen im Alter – Demenz

## Wechselbeziehung zw. Schlaf und Demenz

- strukturelle Hirnschädigung bei Demenzen → Schlafprobleme
- Schlechte Schlafqualität oder chronischer Schlafmangel → erhöhtes Risiko für Demenz

## Allgemein

- > 50% aller Demenzpatienten haben Schlafstörungen, oft > 2 Schlafstörungen, breites Spektrum
- Unterschiedliche Muster der Schlafstörungen bei unterschiedlichen Demenz-Erkrankungen
  - Alzheimer Demenz → verzögerter oder unregelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus
  - Alpha-Synucleinopathien (z.B. Lewy-Body-Demenz, Multiple-System-Atrophie)
    - → REM-Schlafverhaltensstörung (RBD)
  - Vaskuläre Demenz → Insomnie und schlafbezogene Atmungsstörungen

# Schlafstörungen im Alter – Demenz

## Beseitigung von Abfallprodukten im Gehirn

- Glymphatisches System: zur Entsorgung zellulärer Abfallstoffe im Zentralnervensystem (ZNS)
- Während des Schlafes schrumpft das intrazelluläre Volumen der Neuronen und Gliazellen
- Das Volumen des interstitiellen Raumes nimmt bis zu 60% zu → erhöhter Austausch zw. intrazellulärer und interstitieller Flüssigkeit mit Reinigung von toxischen Abfallprodukten (z.B.  $\beta$ -Amyloid und Tau)
- Abfallprodukte werden aus der interstitiellen Flüssigkeit ins perivenöse glymphatische System gespült, und von dort über das lymphatische System und die systemische Zirkulation aus dem Gehirn entfernt
- Bei wenig Schlaf fehlt diese Reinigung.  $\beta$ -Amyloid und Tau lagern sich in den Nervenzellen.



# Schlafstörungen im Alter – Depression

## Allgemein

- Häufigste psychische Erkrankung mit Behandlungsbedarf
- Prävalenz: zw. 5 – 10% (bis zu 25% wenn leichte depressive Episoden eingeschlossen)
- Traurigkeit wird oft weniger beklagt, viel mehr körperliche Beschwerden (u.a. Schlafstörungen, Globusgefühl, kardiale und kognitive Beschwerden)
- Wichtigste Differentialdiagnose → beginnende Demenz → Demenz Abklärung!!

# Schlafstörungen im Alter – Depression

## Komorbidität

- Neurodegenerative Erkrankungen
  - Alzheimer-Demenz (50%), Morbus Parkinson (25%), Chorea Huntington (75%), Multiple Sklerose (25-50%)
- Abhängigkeitserkrankungen (insb. Alkohol, erhöhter Suizidrisiko)
- Chronische Schmerzsyndrome
- gegenseitige Assoziation mit kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen
  - Depression → 1,5 – 2 - faches erhöhtes Risiko für ischämische Herzerkrankungen
  - Myokardinfarkt → 20% der Patienten zeigen eine Depression (3,5x erhöhte Mortalität in den ersten 6 Monaten)
- Medikamente (u.a. Antihypertensiva, Analgetika, Antiparkinson, Neuroleptika)

# Schlaf im Alter

Was kann ich als Hausarzt tun?

# Schlaf im Alter – Die richtige Diagnostik

## Anamnese

- Internistisch (u.a. Substanzgebrauch, Schmerzen, Medikamente)
- Psychiatrisch-psychologisch-soziale (u.a. Stimmung, Wohn- und Partnerschaftssituation)
- Neurologisch (Hinweise auf RLS, Demenz, Parkinson)

## Schlafanamnese

- Art und Vorgeschichte der Schlafstörung (u.a. Tagesschläfrigkeit vrs. Schlaflosigkeit, Schnarchen, RLS)
- Bettliege- und Ruhezeiten nachts, Schlaflatenz, Schlafqualität, Erholtsein morgens
- Lifestylefaktoren (u.a. körperliche Aktivität, Medienkonsum, Tagesstruktur)
- Tagesbefindlichkeit (Müdigkeit / Schläfrigkeit, Tagesschlaf)
- Funktionsbeeinträchtigungen (ungewolltes Einnicken, kognitive Probleme, Wesensänderung)

## Körperliche Untersuchung, allfs. Labor und Screening nach oSAS

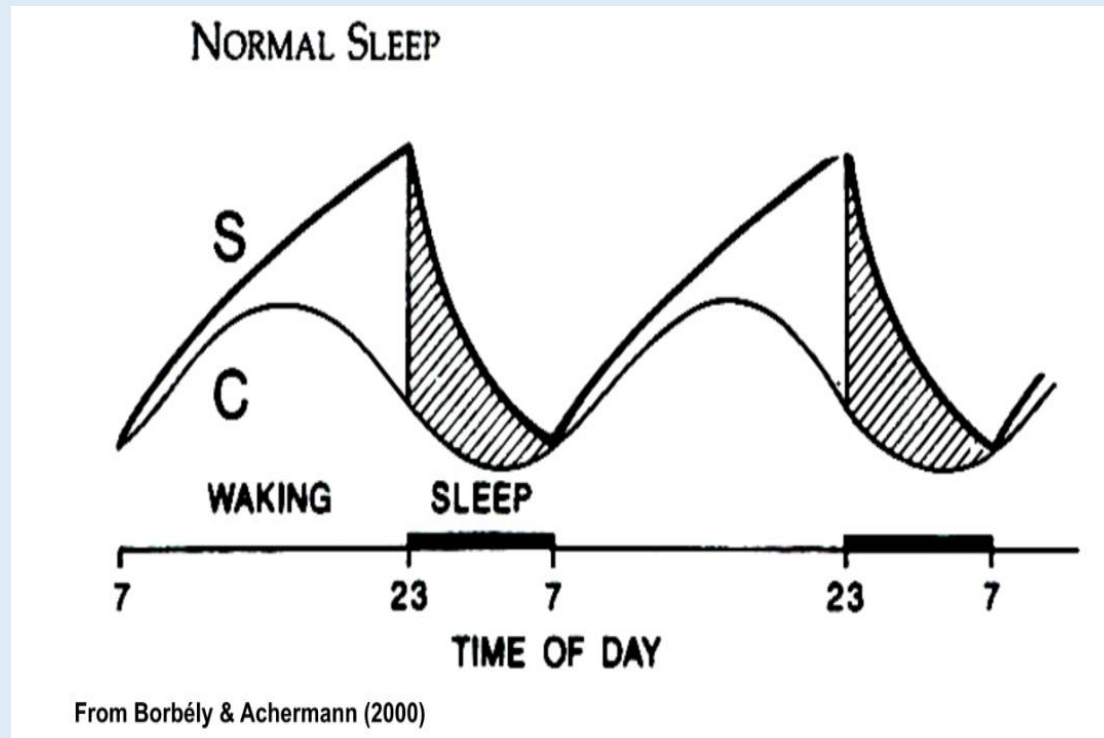
- Allgemein- und Neurostatus

# Schlaf im Alter – Behandlung

**Die Therapie richtet sich auf die (Mit-) Ursachen der jeweiligen Schlafstörung**

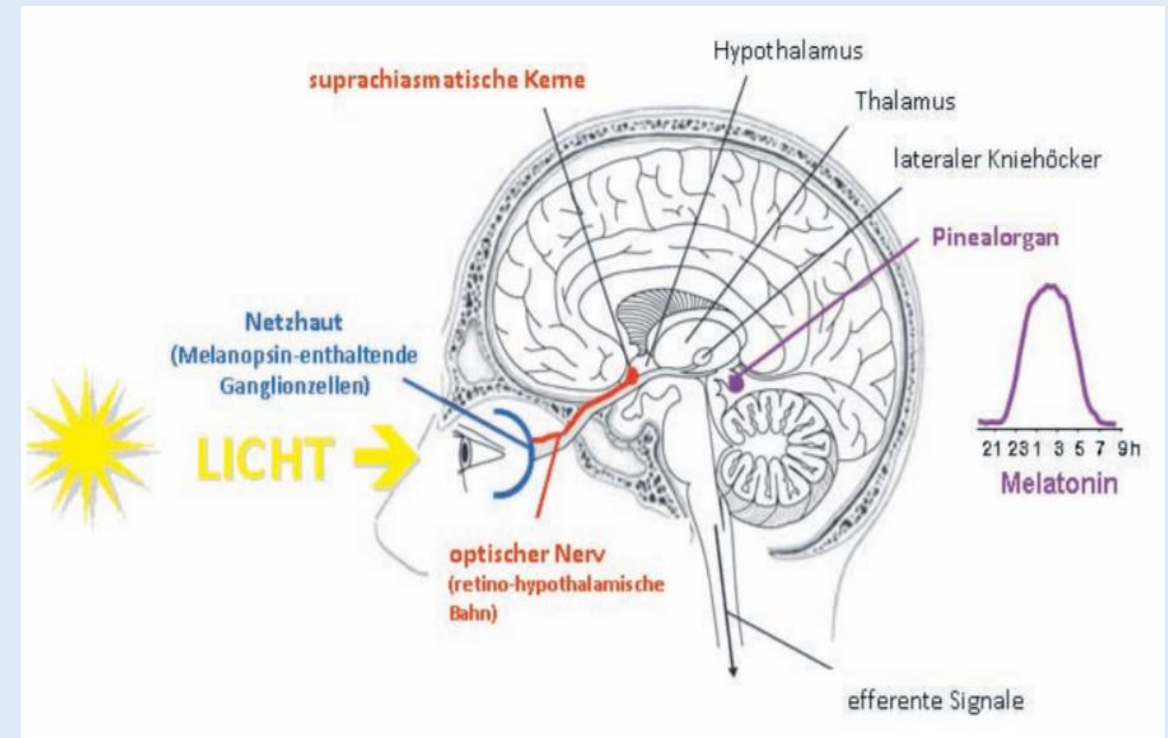
## Schlafphysiologie

### Das Zwei-Prozess-Modell der Schlafregulation



Borbély & Achermann (2000)

### Der zirkadiane Prozess



Schweiz Med. Forum 2011;11(32-33):536-541

# Schlaf im Alter – Behandlung der Insomnie

## **Insomnie**

- Kognitive Verhaltenstherapie der Insomnie (KVT-I) → Therapiemethode der ersten Wahl
- Medikamentöse Behandlung nur in seltenen Fällen!!!

# Schlaf im Alter – Behandlung der Insomnie

- KVT-I

Kombinationstherapie aus 3 Elementen	Funktion
<p>1. Psychoedukation</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vermittlung von Wissen um den Schlaf (Schlafarchitektur, Zirkadianität, Schlaf über die Lebensspanne, Schlafdauer, Schlaftypen ...)</li><li>• Schlafhygienische Regeln</li></ul>	Das Gefühl der Hilflosigkeit beseitigen; Reduktion von Angst, Unsicherheit und Resignation; konkrete Handlungsanweisungen
<p>2. Verhaltenstherapeutische Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen (PMR, Phantasiereise)</li><li>• Stimuluskontrolle, Schlafrestriktion</li></ul>	erhöhtes physiologisches, kognitives und emotionales Arousal reduzieren; adäquaten Schlaf-Wach-Rhythmus entwickeln
<p>3. Kognitive Techniken</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entspannungs- und Imaginationstraining (Ruhebild)</li><li>• Paradoxe Intervention, Gedankenstopp</li><li>• Techniken des Problemlösens (Grübelstuhl)</li><li>• Kognitive Umstrukturierung</li></ul>	Grübelkreisläufe unterbrechen; Auflösung unrealistischer Erwartungen und negativen Gedanken im Hinblick auf den Schlaf

Riemann, D., & Backhaus, J. (Eds.). (1996). *Behandlung von Schlafstörungen. Ein psychologisches Gruppenprogramm*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.



# Schlaf im Alter – Behandlung der Insomnie

## Psychoedukation und Schlafhygiene

- Vermittlung von Wissen um den Schlaf allgemein (Aufklärung)
- Einhalten von regel. Bettzeiten (v.a. Aufstehen morgens, ins Bettgehen nur bei Schläfrigkeit)
- Lichtexposition morgens und tagsüber, Vermeidung abends und nachts (inkl. elekt. Geräte)

## Bettzeitrestriktion (= Beschränkung der Bettliegezeit)

- zur Erhöhung des Schlafdruckes (→ anfänglich Schlafenzug als Folge, führt zu Konsolidierung des Nachtschlafs)

## Stimuluskontrolle

- zur Re-Assoziation des Stimulus «Bett» mit dem Verhalten «Schlaf»

# Schlaf im Alter – Behandlung des RLS

## **Nicht pharmakologische Massnahmen**

- Verzicht auf bestimmte Genussmittel (u.a. Alkohol, Nikotin, Kaffee, Schokolade)
- Verzicht auf bestimmte Medikamente (Neuroleptika, Antiemetika, Antidepressiva)

## **Gezielte Therapie der sekundären Ursachen**

- Eisensubstitution bei Ferritin-Werten  $\leq 75 \mu\text{g/L}$ 
  - Orale Eisenpräparate ( $\text{Fe}^{2+}$ ) in Kombination mit Vitamin C (100 – 200 mg)
  - intravenöse Gabe von Eisen
- Optimierung der Behandlung bei Niereninsuffizienz
  - Oft symptomatische Behandlung notwendig (wie bei der idiopathische RLS Form)
  - Nierentransplantation
- Optimierung der Behandlung bei Diabetes mellitus

# Schlaf im Alter – Behandlung des RLS

## Behandlung der idiopatischen Form

- Ziel der Langzeit-Therapie:
  - Reduktion der Beschwerden, nicht unbedingt vollständige Beseitigung!!

## Dopaminerge Präparate

- bis vor kurzem die Mittel der ersten Wahl
- Levo-DOPA Präparate und Dopaminagonisten (u.a. Pramipexol, Ropirinol, Rotigotin)
- Hauptproblem: die Augmentation!
  - Früheres Auftreten der Beschwerden am Tag, Verbreitung auf andere Körperteile (z.B. Arme)
  - Veränderung der Charakter der Beschwerden → Missempfindungen schmerzhaft empfunden
  - Gehäufte unwillkürliche Zuckungen im Wachzustand (PLMW)
- UAW: Nausea, Ödeme, nasale Obstruktion, orthostatische Hypotonie, Tagesschläfrigkeit (inkl. Sekundenschlaf am Steuer), Impulskontrollstörungen (z.B. Spielsucht, Kaufsucht oder Hypersexualität).

# Schlaf im Alter – Behandlung des RLS

## Behandlung bei der idiopatischen Form - Medikation

### Alpha-2-Delta Liganden «Off-Label»

- Gabapentin, Pregabalin
- Bei neuropathischen Schmerzen im Fall komorbide PNP
- Pregabalin: schlaffördernd, geeignet bei komorbiden Angststörungen
- Abgeraten bei Lungenkrankheiten oder in Kombination mit Opiaten (→ Atemdepression)
- UAW: Tagesschläfrigkeit, Schwindel und Gewichtszunahme

### Hypnotika (Clonazepam, Zolpidem)

### Opioide, Opioid-Agonisten (für schwere RLS Fälle)

Cannabis Produkte: keine wissenschaftliche Evidenz für eine Wirksamkeit bei RLS

# Schlaf im Alter – Behandlung Demenz

## Identifikation und Behandlung primärer Schlafstörungen

- Schlafapnoe betrifft mehr als die Hälfte aller Demenzpatienten
- RLS und REM-Schlafverhaltensstörungen (RBD)
  - Clonazepam und Melatonin sind in RBD gut wirksam
- Melatonin

## Nicht pharmakologische Strategien

- Schlafhygiene!!
- Soziale und körperliche Aktivitäten am Tag
- Genügend Lichtexposition tagsüber!!!!

# Schlaf im Alter – Medikation

## Allgemein (inkl. bei Insomnie und Depression)

- Individuelle psychosoziale Interventionen (u.a. Psychoedukation, physische Aktivierung, Rekreationstherapie mit Freizeitgestaltung, Entspannungsverfahren, Verbesserung der sozialen Kompetenz)
- Berücksichtigung der Medikamenteneigenschaften (u.a. Nebenwirkungsprofil, Gefahr von Interaktionen)
- Medikation mit möglichst niedriger Dosierung beginnen, vorsichtige Aufdosierung!!
- Vermeidung / Vorsicht bei:
  - Substanzen mit anticholinergen Eigenschaften (→ kognitive Einschränkungen, Harn- und Darmentleerungsstörung, kardialen Problemen, Delirien)
  - Blutdruck-aktiven Substanzen → Orthostase
  - Substanzen mit kardiovaskuläre Nebenwirkungen → EKG vor Therapiebeginn!!

# Schlaf im Alter – Medikation

## **Benzodiazepine (BZ) / Benzodiazepinrezeptoragonisten (BZRA)**

- Meistens kontraproduktiv!! NUR Kurzzeitbehandlung für Insomnie (3-4 Wochen)
- NW: Toleranzentwicklung, Abhängigkeit, Stürze, nächtliche Verwirrtheit, Somnolenz, erhöhte Unfallneigung.

## **Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva**

- Nie als First-Line-Medikation im Alter! (UAW: anticholinerg, Orthostase, kardiovaskulär)
- primär bei Patienten mit komorbider Depression, off-Label für Insomnien ohne komorbide Depression
- Doxepin in niedriger Dosierung zur Behandlung von Insomnien zugelassen

## **Antipsychotika (Neuroleptika)**

- bei akuten psychotischen Erkrankungen mit Schlafstörungen
- Pipamperon: für Behandlung der Insomnie zugelassen, insbesondere in der Geriatrie eingesetzt
- atypische Neuroleptika (u.a. Quetiapin, Risperidon, Olanzapin, Aripiprazol)
  - häufig bei Patienten mit Demenz eingesetzt ABER nicht gut!!
  - UAW: Probleme im Bereich Glukose- und Lipid-Stoffwechsel → erhöht kardiovaskuläres Risiko

# Schlaf im Alter – Medikation

## **Dual-Antidepressiva (DAD)**

### Mirtazapin (NaSSA, Noradrenerg und spezifisch Serotonerg wirkendes Antidepressivum)

- Bei Schlafstörungen und Schmerzen
- UAW: RLS und Gewichtszunahmen!!

### Trazodon (Serotonin Re-Uptake-Inhibitor und 5-HT<sub>2</sub>-Rezeptorantagonist)

- Keine anticholinerge Wirkung (sicher bei Glaukom und Prostatabeschwerden)
- Keine Gewichtszunahme oder sexuelle Funktionsstörungen, kein Induktion von RLS
- UAW: Schwindel, Kopfschmerzen, orthostatische Dysregulation, Herzrhythmusstörungen

### Selektive Serotonin- und Noradrenalin- Re-Uptake-Inhibitor (SNRI, z.B. Venlafaxin, Duloxetin)

## **Selektive Serotonin RE-Uptake-Inhibitoren (SSRIs)**

- belegte Wirksamkeit bei Älteren, v.a. bei komorbider Angsterkrankung
- Wichtig: Überwachung des Natriums wegen Risiko für SIADH. QTc-Zeit Verlängerung



# Schlaf im Alter – Medikation

## Melatonin

- verschreibungspflichtiges Arzneimittel (DE), rezeptfreies Nahrungsergänzungsmittel anderswo
- Das retardierte Melatonin ist in der Schweiz für > 55-jährigen für max. 3 Monate zugelassen

## Melatonin-Rezeptor-Agonisten

- Agomelatin (Valdoxan) : MT<sub>1</sub>- / MT<sub>2</sub>-Rezeptoragonist und 5HT<sub>2c</sub>-Antagonist im SCN
  - Eher antidepressive Wirkung!!
  - Günstige Nebenwirkungsprofil, Leberwerte müssen aber kontrolliert werden

Ein guter Schlaf ist die Grundlage für Wohlbefinden und Lebensqualität.



Klicken Sie auf den Button und gelangen Sie zum Online-Austausch.

## Haben Sie noch Fragen?

Zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren.

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

[www.hofklinik.ch](http://www.hofklinik.ch)

# Schlaf im Alter – Behandlung der Insomnie

## Psychoedukation und Schlafhygiene

- Vermittlung von Wissen um den Schlaf allgemein (Aufklärung)
  - über den altersbedingten physiologische Veränderungen des Schlafes
  - über pathologische Auffälligkeiten bei Schlaf im Alter (z.B. Tagesschläfrigkeit ist nicht normal)
- Einhalten von regel. Aufsteh- und Zubettgeh-Zeiten (v.a. Aufstehen morgens, Zubettgeh-Zeiten nur bei Schläfrigkeit)
- Verzicht auf Tagesschlaf. Bei Müdigkeit am Tag aktiv werden statt abzuliegen.
- Viel Lichtexposition morgens und tagsüber, Vermeidung abends und nachts (Auswirkung auf Melatonin Spiegel)
- Vermeidung von Anwendung elekt. Geräte oder geistig / körperliche aktivierende Tätigkeiten vor dem Zubettgehen
- Vermeidung von Wachphasen im Bettliegen, Selbstmedikation (inklusive mit Alkohol), Koffein 4 bis 8 Std. und Alkohol ca. 2 Std. vor dem Zubettgehen
- Schlafumgebung für die eigenen Bedürfnisse bequem gestalten

# Schlaf im Alter – Behandlung der Insomnie

## Verhaltenstherapeutischen Strategien (modifiziert für ältere Menschen)

### Bettzeitrestriktion (= Beschränkung der Bettliegezeit)

- zur Erhöhung des Schlafdruckes (→ anfänglich Schlafenzug als Folge, führt zu Konsolidierung des Nachtschlafs)
  - Verkürzung der Bettzeit (Massgebend ist die subjektive durchschnittliche Schlafdauer, nicht < 6 Std.)
  - Aufstehzeitpunkt fix, Zubettgehzeit eher variabel
  - Schlafeffizienz errechnet sich aus Schlafzeit / Bettzeit (Zielwert: 85%)
  - Nach Erreichen des Zielwertes: 15min schrittweise Verlängerung der Bettzeit bis Erholsamkeit morgens, besserer Tagesbefinden und optimale Schlafeffizienz (subjektiv 85%)

# Schlaf im Alter – Behandlung der Insomnie

## Verhaltenstherapeutischen Strategien (modifiziert für ältere Menschen)

### Stimuluskontrolle

- zur Re-Assoziation des Stimulus «Bett» mit dem Verhalten «Schlaf»
  - zu Bettgehen nur bei ausreichender Schläfrigkeit
  - Bett nur zum Schlafen (Ausnahme: sexuelle Aktivität)
  - Wenn einschlafen innerhalb von 15-20 Min nicht erfolgreich (subjektives Zeitgefühl), dann wieder aufstehen (od. aufsetzen) und einer ruhigen Tätigkeit nachgehen (z.B. Lesen)
  - Erst bei ausreichender Schläfrigkeit wieder ins Bett gehen
  - Obiges Vorgehen so oft wie nötig wiederholen
  - Aufstehen morgens trotzdem zur gleichen Zeit