

Schlafstörungen

Fallbeispiel....

Ein nichtorganischen Insomnie...Ein 46jähriger Mann berichtet, dass er abends zwar gut einschläft, in der Nacht aber oft aufwacht und dann lange nicht mehr einschlafen kann.

In dieser Zeit beschäftigen ihn oft Sorgen, die mit seiner Arbeit als selbständiger Unternehmer, aber auch mit Konflikten in der Ehe zu tun haben. Morgens steht er relativ spät auf, schläft in den

Morgenstunden aber unruhig, weil er sich durch Lärm im Haus gestört fühlt. Abends trinkt der 46-Jährige oft noch ein Glas Wein, weil er meint, dass er so besser abschalten kann.

ICD-10

nicht organische Insomnie F51.0

- Klagen über Einschlaf-, Durchschlafstörungen oder schlechte Schlafqualität
- Leidensdruck oder Störung der Leistungsfähigkeit

Dauer: wenigstens 3-mal pro Woche für mindestens 1 Monat

nicht organische Hypersomnie F51.1

- übermäßige Schlafneigung oder Schlafanfälle während des Tages (nicht durch unzureichende Schlafdauer erklärbar)
- Leidensdruck oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit

Dauer: täglich, mindestens 1 Monat oder in wiederkehrenden Perioden kürzerer Dauer

Ausschluss: Narkolepsie, Schlafapnoe, symptomatische (neurologische, internistische) Ursache(n)

Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus F51.2

- individuelles Schlaf-Wach-Muster nicht synchron mit gesellschaftlich erwünschtem Schlaf-Wach-Rhythmus
- Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode, Hypersomnie während der Wachperiode

DSM-5

Insomnie

- Unzufriedenheit mit der Schlafquantität oder -qualität:
 - Einschlafschwierigkeit
 - Durchschlafstörung
 - morgendliches Früherwachen
- Die Schlafstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Schlafstörung tritt mindestens 3 Nächte pro Woche auf

Dauer: besteht seit mindestens 3 Monaten

Hypersomnie

- übermäßige Schläfrigkeit trotz einer Hauptschlafphase von mindestens 7 Stunden
- tritt mindestens 3-mal pro Woche für mindestens 3 Monate auf
- verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen, schulischen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Dauer:

- **akut:** Dauer von weniger als 1 Monat
- **subakut:** Dauer 1–3 Monate
- **andauernd:** Dauer von mehr als 3 Monaten

Schweregrad:

- **leicht:** 1–2 Tage pro Woche
- **mittel:** 3–4 Tage pro Woche
- **schwer:** 5–7 Tage pro Woche

Zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen

- Schlafstörung, die vorwiegend durch eine Veränderung des zirkadianen Systems bedingt ist oder durch Verschiebung zwischen dem endogenen zirkadianen Rhythmus und dem Schlaf-Wach-Plan einer Person
- führt zu übermäßiger Tagesschläfrigkeit und/oder Schlaflosigkeit

ICD-10

Schlafwandeln (Somnambulismus)

- Verlassen des Bettes während des Schlafes und Umhergehen meist während des ersten Drittels der Nacht
- leerer, starrer Gesichtsausdruck, erhöhte Reagibilität, schwer weckbar
- Amnesie nach Erwachen
- meist keine Beeinträchtigung unmittelbar nach dem Aufwachen
- kein Hinweis für organbedingte psychische Störung wie Demenz oder körperliche Störung wie Epilepsie

Pavor nocturnus

- Erwachen aus dem Schlaf mit Panikschrei, heftiger Angst, Körperbewegungen und vegetativer Übererregbarkeit
- Dauer der Episoden 1 bis 10 Minuten zumeist während des ersten Drittels der Nacht
- relative Unzugänglichkeit, zumindest einige Minuten Desorientiertheit und perseverierende Bewegungen
- (partielle) Amnesie
- kein Hinweis für körperliche Erkrankung wie Hirntumor oder Epilepsie

Albträume (Angstträume)

- Aufwachen mit lebhafter Erinnerung an heftige Angstträume, meistens mit Bedrohung; typischerweise während der zweiten Schlafhälfte
- nach Aufwachen rasch orientiert und munter
- deutlicher Leidensdruck

DSM-IV

- wiederkehrende Episoden, in denen das Bett verlassen und umhergewandelt wird, gewöhnlich im ersten Drittel der Nacht
- ausdrucksloses, starres Gesicht, weitgehende Reaktionslosigkeit nur mit Mühe weckbar
- Amnesie nach Erwachen
- meist keine Beeinträchtigung unmittelbar nach dem Aufwachen
- die Störung verursacht Leiden oder Beeinträchtigungen
- kein Hinweis für organischen Faktor (z. B. Epilepsie)

- 1 bis 10 Minuten dauernde Episoden plötzlichen Hochschrecken aus dem Schlaf, gewöhnlich im ersten Drittel der Nacht, mit Panikschrei beginnend
- starke Angst und Zeichen autonomer Erregung
- durch andere kaum beruhigbar
- ohne detaillierte Traumerinnerung
- kein Hinweis auf organischen Faktor (z. B. Gehirntumor)

- wiederholtes Erwachen mit detaillierter Erinnerung an stark ängstigende Träume, gewöhnlich Bedrohungen beinhaltend; im Allgemeinen während der zweiten Schlafhälfte
- nach Erwachen rasch orientiert und wach
- bedeutsame Beeinträchtigungen verursachend

Fragen

Tage: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Wann sind Sie letzte Nacht schlafen gegangen?

Wie lange brauchten Sie, um einzuschlafen?

Wie oft sind Sie während der vergangenen Nacht aufgewacht?

Wie lange haben Sie insgesamt geschlafen?

Wann sind Sie morgens (zuletzt) aufgewacht?

Wie haben Sie sich beim Aufwachen gefühlt?

- sehr ausgeruht
- ziemlich ausgeruht
- müde

Wie oft sind Sie während des Tages eingenickt?

Haben Sie während des Tages eine von diesen Substanzen eingenommen?

- Koffein (6 h vor dem Zubettgehen)
- Alkohol (1 h vor dem Zubettgehen)
- Medikamente: _____

Wie würden Sie auf einer Skala von 1–5 Ihre Tagesstimmung und Ihre Leistungsfähigkeit einschätzen?

- 5 positiv und tatkräftig
- 4
- 3
- 2
- 1 depressiv und lethargisch

Wichtige Punkte der schlafbezogenen Exploration

- **Art der Schlafstörung:** Insomnie mit Einschlaf-, Durchschlafstörung und/oder morgendlichem Früherwachen, Hypersomnie mit übermäßiger Schlafneigung oder Schlafanfällen
- **Dauer, Verlauf und Rhythmus** der Schlafstörung, Schlaf-Wach-Rhythmus
- **Schlafverhalten und schlafbeeinflussende Lebensumstände:** Zeit im Bett, Abendgestaltung, Einschlafgewohnheiten
- **Umgebungseinflüsse:** Lärm, Temperatur
- **Vorbehandlung:** medikamentös, nichtmedikamentös
- **Symptomatik während der Schlafperiode:** Gedankenkreisen, Grübeln, Anspannung, Atemstörungen, unruhige Beine, Albträume
- **Tagesbefindlichkeit:** Leistungsfähigkeit, Tagesrestwirkung von Medikamenten, Aktivität

Beispiele für Ursachen von Schlafstörungen

- situativ
 - Umgebung, Zeitverschiebung
- psychoreaktiv
 - Ärger, Aufregung, Angst
- psychiatrisch
 - (endogene) Depression, Psychose, organisches Psychosyndrom, Neurose
- neurologisch
 - Myoklonus, Restless legs, Schmerzsyndrom
- internistisch
 - kardial, pulmonal (Schlafapnoe), Pruritus, Inkontinenz
- pharmakogen
 - Alkohol, Drogen, Betablocker, Diuretika, Stimulanzien, Nootropika

► **Patientensicht.** Restless-Legs-Syndrom

Eine 58-jährige Frau berichtet: „Ich bin seelisch und körperlich total erschöpft. Abends und vor allem nachts verspüre ich ein Ziehen in den Beinen, das mir den Schlaf raubt. Durch Aufstehen wird es deutlich besser und deshalb wandere ich nachts durch die Wohnung. Tagsüber bin ich dann total übermüdet, ja wie gerädert. Ich besuche aus Angst schon gar keine Abendveranstaltungen wie Theater oder Konzerte mehr.“

Einige Familienmitglieder hätten ähnliche Beschwerden. Außer eines früheren Eisenmangels seien ihr keine Erkrankungen bekannt.

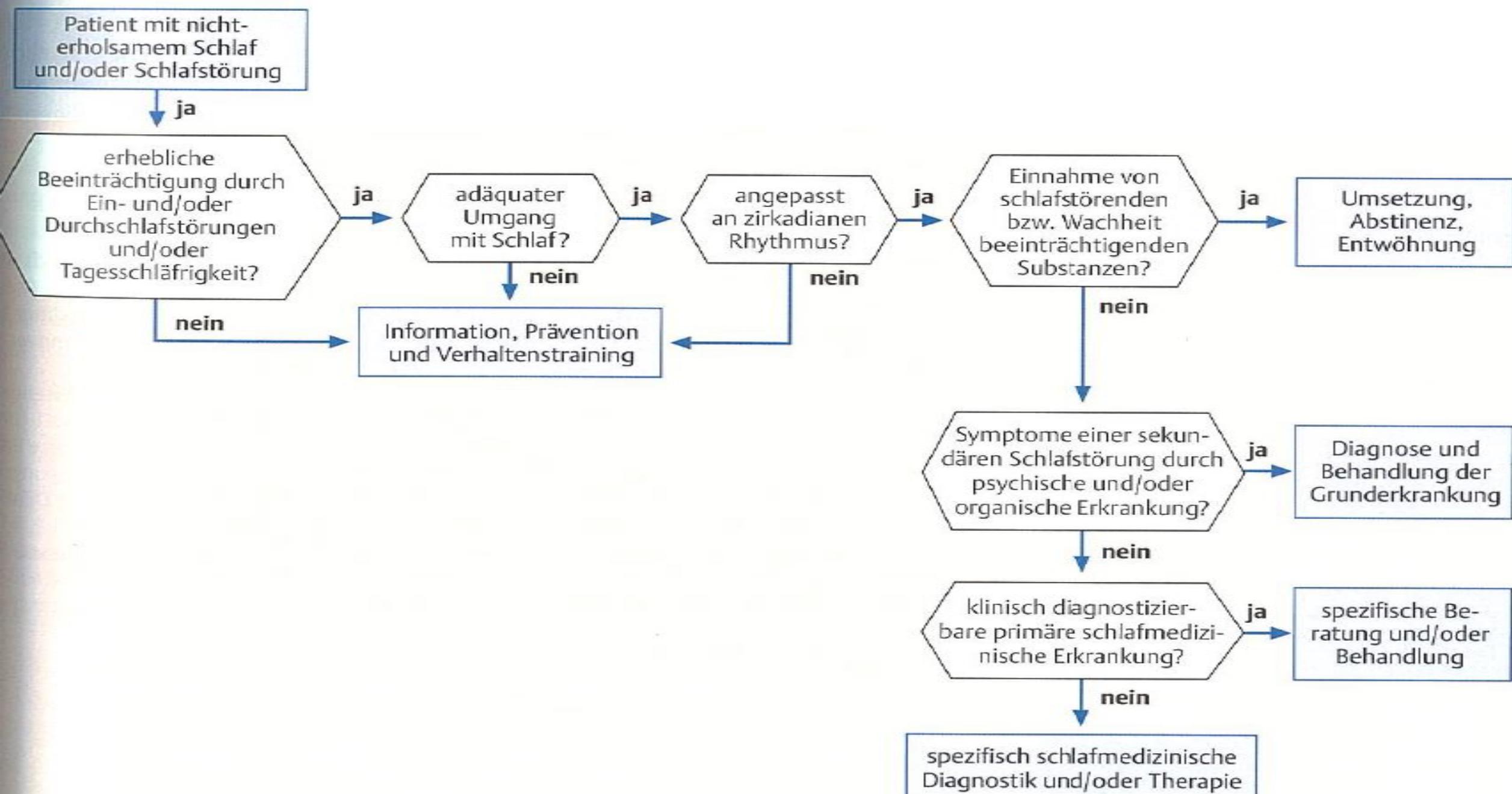
Die Patientin weist die typische Konstellation für ein Restless-Legs-Syndrom auf: ältere Frau, genetischer Faktor, Eisenmangel, nächtliche Missempfindungen der Beine mit Bewegungsdrang, Verschlechterung in Ruhe, Besserung durch körperliche Aktivität. Sozialer Rückzug, Denken auf Schlafstörung fixiert, depressiv-ängstliche Verstimmung.

Therapie des Dopamin-(und ggf. Eisen-)Mangels mit Dopamin-Agonisten (Pramipexol, Ropinirol, L-Dopa).

13.2.6 Schlafbezogene Bewegungsstörungen

Für Psychiatrie und Psychosomatik ist das Restless-Legs-Syndrom (RLS) am wichtigsten, es tritt bei psychiatrischen Patienten (z. B. Depressiven) häufiger auf und kann durch Psychopharmaka (z. B. Mirtazapin) induziert werden. In Ruhe (vor allem abends/nachts) tritt ein Bewegungsdrang der Beine auf, der zu gestörtem (Ein-)Schlafen führt. Periodische Gliedmaßenbewegungen im Schlaf (**periodische Bewegungsstörung der Gliedmaßen, PLMD**) treten auch außerhalb eines RLS auf. Nächtliches Zähneknirschen wird als **Bruxismus** bezeichnet.





das Verhalten des Betroffenen (mangelnde Schlafhygiene), eine fehlende Anpassung an den zirkadianen Rhythmus oder Einnahme von schlafstörenden Substanzen (Alkohol)

Untersuchung im Schlaflabor erforderlich. Zur Therapie können kurzfristig und vorübergehend schlafinduzierende Substanzen (z.B. Benzodiazepine) verwandt werden, wegen der Abhängigkeitsgefahr aber nicht länger als 3–4 Wochen. Wirksam ist auch eine kognitive Verhaltenstherapie von 4 bis 6 Sitzungen

Schlafstörungen – schlafhygiene und Therapiemöglichkeiten

Schlafhygiene: Grundsätzlich sollten eine Aufklärung über Grundlagen des Schlafes u eine Beratung über Schlafhygiene erfolgen. Hierzu gehören z. B.

- regelmäßige Zeiten des Zubettgehens
- abendliche Alkohol-, Kofein- und Nikotin karenz
- Beseitigung schlafstörender Faktoren (Lärm, Hitze)
- kein Lesen oder Arbeiten im Bett.

Schlafhygiene: Grundsätzlich sollte eine Aufklärung über die Grundlagen des Schlafes (z. B. physiologische Schlafdauer; insbesondere bei älteren Menschen) und eine Beratung über Schlafhygiene erfolgen.

Hierzu gehören folgende Empfehlungen:

- nicht länger im Bett bleiben als unbedingt notwendig
- regelmäßige Zeiten des Zubettgehens
- leicht verdauliches Abendessen
- abendliche Alkohol-, Koffein- und Nikotinkarenz
- Das Bett nur zum (nächtlichen) Schlafen benutzen, um die Konditionierung „Bett = Schlaf“ nicht zu löschen.
- Soweit möglich schlafstörende Faktoren wie Lärm, Hitze (optimale Schlafzimmertemperatur ca. 16 °C) oder unbequemes Bett beseitigen.
- Den Tag ausklingen lassen, also die physiologische Umschaltung von Spannung auf Entspannung ermöglichen.
- Persönliches Einschlafritual entwickeln
- kein Lesen oder Arbeiten im Bett.

Der Patient sollte keine **Schlaferwartungsangst** aufkommen und sich nicht durch physiologisch auftretende Veränderungen im Schlaf (z. B. Einschlafzuckungen, Körperbewegungen) verunsichern lassen. Bei anhaltenden Schlafstörungen sollte er nicht passiv bleiben und sich unruhig im Bett wälzen, sondern Aufstehen und sich aktiv beschäftigen, bis Müdigkeit einsetzt.

Besonders bei **alten Menschen** sollte für ausreichende körperliche Aktivität und eine Begrenzung des Schlafes am Tage gesorgt werden, um eine „natürliche Erschöpfung“ am Abend zu ermöglichen.

Erfahrung:
Schlafstörungen
treten ohne er-
kennbaren Grund,
unvorhersehbar auf

Gedanke:
Bestimmt kann
ich heute wieder
nicht schlafen

Gefühl:
Ärger, Wut,
Hilflosigkeit,
Resignation

Körperliche
Reaktion:
Anspannung,
Wachheit bzw.
Schlaflosigkeit

nicht medikamentöse Behandlung

- Vermittlung von Grundlagen
 - Regeln zur Schlafhygiene (individuell angepasst)
 - Schlaf- und Traumtagebücher
 - Entspannungstechniken
- verhaltenstherapeutische Ansätze:
- Schlafrestriktion
 - paradoxe Intention
 - Einstellungsveränderung
 - Stimuluskontrolle
 - Gedankenstopp-Training
 - kognitive Fokussierung

- Dauer und Tiefe des Schlafes, Schlafrhythmus, Schlafstruktur, Erholungsfunktion
- Einhalten regelmäßiger Schlafzeiten, Erzeugen angenehmer Schlafbedingungen, Verzicht auf Koffein, Alkohol und Nikotin, körperliche Bewegung, ausgewogene Ernährung
- Patient soll zur Selbstbeobachtung angeregt werden („Patient wird zum Kotherapeuten“)
- progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Yoga
- Begrenzung der Zeit, in der der Patient im Bett liegt mit schrittweiser Verlängerung
- Patient liegt entspannt im Bett, versucht bewusst die Augen offen zu halten und wach zu bleiben – führt zu schnellerem Einschlafen
- Durch die Bearbeitung von Konflikten und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien soll der Schlaf aus dem Lebensmittelpunkt verschoben werden.
- Mit dem Einschlafen verbundene, negative Konditionierungen sollen aufgehoben werden, therapeutisches Prinzip ist die systematische Desensibilisierung.
- Technik zur Behandlung nächtlichen Grübelns (S. 576)
- Konzentration auf beruhigende und angenehme Gedanken

medikamentöse Therapie

- Hypnotika (im engeren Sinne) (S. 522)
- andere Substanzen

- Benzodiazepine (z. B. Lormetazepam 0,5–2 mg z.N.)
- Non-Benzodiazepine (z. B. Zolpidem 5–10 mg oder Zopiclon 7,5 mg z.N.)
- Chloralhydrat
- Melatonin
- sedierende Antidepressiva (z. B. Trimipramin 25–100 mg, Mirtazapin 15 mg; Agomelatin 25–50 mg z.N.)
- niedrigpotente/-dosierte Antipsychotika (z. B. Pipamperon 40–80 mg od. Quetiapin 25–100 mg z. N.)



Entspannung ist eine wesentliche Voraussetzung für gesunden Schlaf.

Entspannung ist das biologische Gegenprogramm zu den Aktivitäten des Tages. Im Zustand der Entspannung schüttet der Körper das beruhigende Wohlfühl-Hormon Serotonin aus, das in der Zirbeldrüse in das Schlaf- und Nachthormon Melatonin umgewandelt wird.

Stresshormone wie Adrenalin hingegen werden abgebaut.

Schlafstörungen - Therapie

A/ benzodiazepine: clonazepam, nitrazepam /long acting vs midazolam, triazolam (short acting)

B/ selectiv non-BZD hypnotika (zolpidem, zopiclon
zaleplon)

C/ antidepressiva: mirtazapin (Remeron)

CAVE: meprobamat: Andaxin (addictive!)

glutethimid: Noxyron (addictive!)

barbiturates (Novopan, Dorlotyn, Tardyl); Heminevrin
Sevenal, Hypnoval

benzodiazepines and benzodiazepine-like medications

Benzodiazepine	FDA-approved psychiatric indication(s)	Duration of action	Active metabolite	Recommended usual dosage range, mg/day
Diazepam (Valium) ^b	Anxiety, alcohol withdrawal	Long	Yes	2–40
Clorazepate (Tranxene) ^b	Anxiety, alcohol withdrawal	Long	Yes	7.5–60
Triazolam (Halcion)	Insomnia	Short	No	0.125–0.25
Temazepam (Restoril)	Insomnia	Medium–long	No	15–30
Flurazepam (Dalmane) ^b	Insomnia	Long	Yes	15–30
Estazolam (Prosom)	Insomnia	Short	No	1–2
Zaleplon (Sonata) ^c	Insomnia	Short	No	5–20
Zolpidem (Ambien) ^c	Insomnia	Short	No	5–10

Bei leichten Einschlafstörungen kann zunächst ein Versuch mit Baldrian-Extrakt gemacht werden (Cave: Mischpräparate, Alkoholgehalt!). Schlafstörungen im Rahmen depressiver Erkrankungen können mit sedierenden Antidepressiva wie Trimipramin, Doxepin, Agomelatin oder Mirtazapin behandelt werden. Niedrigpotente Antipsychotika wie Promethazin, Pipamperon sowie niedrigdosiertes Quetiapin haben einen ausgeprägten sedierenden Effekt, im Vergleich zu Benzodiazepin-Hypnotika aber gravierendere Nebenwirkungen (Blutdrucksenkung, anticholinerge Effekte). Bei Jetlag und Alterspatienten kann Melatonin eingenommen werden. Die Narcolepsie wird mit vigilanzsteigernden Präparaten wie Modafinil und Natriumoxybat, evtl. auch REM-Schlaf supprimierenden Antidepressiva (z. B. Clomipramin) behandelt, Parasomnien mit Clonazepam (0,5 mg bei Erwachsenen).



- Um den **Schlaf-Wach-Rhythmus** zu verändern, können auch Medikamente verwendet werden.
- So wird das **Hormon Melatonin** eingesetzt, um die innere Uhr nach vorne oder nach hinten zu verschieben.
- Soll der Schlaf-Wach-Rhythmus nach hinten verschoben werden (frühere Schlafenszeit), sollte Melatonin abends eingenommen werden, da es müde macht und so eine frühere Schlafenszeit begünstigt...

Die 10 häufigsten Irrtümer über guten Schlaf

1. Irrtum: Wer früh zu Bett geht, schläft besser

Schlaf vor Mitternacht ist – so will es die Mehrheit wissen – der beste Schlaf. Das stimmt so aber nicht. Tatsächlich sind die ersten 3 bis 4 Stunden des Schlafes – unabhängig vom Zeitpunkt des Einschlafens - am erholsamsten, da es in dieser Zeit zu den meisten Tiefschlafphasen kommt. Denn diese Schlafphase ist für guten Schlaf besonders wertvoll. Allerdings gibt es einen Begriff der Mitternacht, der sehr wohl mit gutem Schlaf zusammenhängt. Denn jeder Mensch hat seine ganz eigene biologische Mitternacht. Und die liegt etwa 4 Stunden nach dem Einschlafen. Wer also um 22 Uhr ins Bett geht, erlebt die biologische Mitternacht gegen 2 Uhr. Wer als Bäcker beispielsweise schon um 20 Uhr schlafen geht, schläft tatsächlich vor Mitternacht am besten.

2. Irrtum: 8 Stunden Schlaf müssen sein

Die Schlafdauer ist von Mensch zu Mensch ausgesprochen unterschiedlich. Etliche Studien über gesunden Schlaf belegen, dass wir mit unterschiedlich viel Schlaf sehr gesund leben. Kurzschläfern reichen etwa 5 Stunden, die meisten Langschläfer kommen auf bis zu 9 Stunden. **3. Irrtum: Mit dem Alter schlafen wir kürzer**

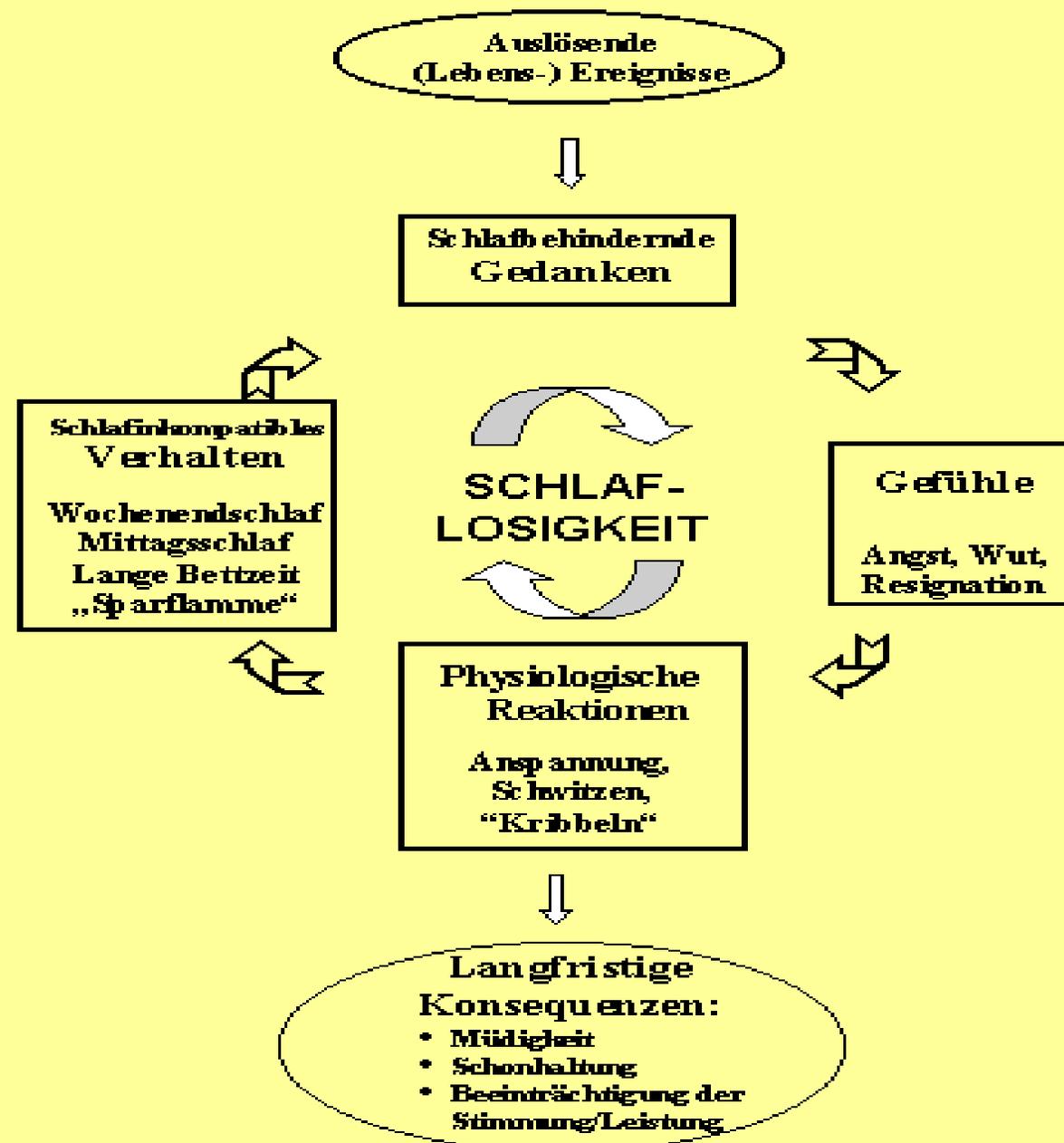
Der Irrtum von den kurz schlafenden Älteren hält sich hartnäckig. Die durchschnittliche Nachtschlafdauer liegt bei 70jährigen nur noch bei etwa 5 bis 6 Stunden. Rechnet man aber die Tagesnickerchen und den Mittagsschlaf dazu, kommen auch ältere Menschen wieder auf die normale durchschnittliche Schlafenszeit erwachsener Menschen. Richtig ist allerdings, dass sich der Schlafrythmus bei älteren Menschen etwas verschiebt – und die Schlafqualität insgesamt ab dem 30. Lebensjahr leicht abnimmt.

4. Irrtum: Gut schlafen heißt durchschlafen

Sie haben vergangene Nacht gut geschlafen? Wenn Sie nachts aufwachen, und das bemerken, ist das auch nicht Ungewöhnliches. Am besten drehen Sie sich einfach um. Das ist der beste Weg, gleich wieder einzuschlafen.

5. Irrtum: Nur bei offenem Fenster schläft es sich gut

Richtig ist, dass unser Körper in der Nacht viel Sauerstoff braucht. Deshalb empfiehlt es sich, vor dem Schlafengehen zu lüften. Etwa 18 Grad empfehlen Schlafexperten. Wenn Sie kälteempfindlich sind: Gerade im Winter tut eine Wärmflasche gute Dienste. Heizdecken hingegen sorgen schnell für Überhitzung. Auch das behindert den guten Schlaf.



6. Irrtum: Im Schlaf ruhen Körper und Geist

Wir sprechen von der Nachtruhe. Die bezieht sich aber nur auf unser bewusstes Erleben. Tatsächlich ist der gesamte Organismus Nacht für Nacht im Dauerbetrieb. In der Nacht räumt der Organismus auf – und bereitet uns auf die Anforderungen des Tages vor. Etwa ein Drittel des Energiebedarfs verbrauchen wir in der Nacht. Das Gehirn ist zeitweise sogar aktiver als Tag. Im REM-Schlaf, einer der Schlafphasen, verbrennt es mehr Energie pro Minute als am Tag. Und das Gehirn ordnet die Eindrücke. Die Beiträge "Schlaf – viel mehr als eine Zeit der Ruhe" und "Das Gehirn – nachts häufig aktiver als am Tag" nennen Einzelheiten über die Aktivitäten im Schlaf.

7. Irrtum: Besser schlafen mit einem Gläschen am Abend

Viele Menschen schwören darauf – und der viel zitierte Schlummertrunk belegt es vermeintlich: Ein Gläschen Alkohol am Abend fördert den Schlaf. Auch tauchen immer wieder Studien auf, die die Schlaf fördernde Wirkung eines Gläschens Rotwein oder Bier belegen wollen. Richtig ist daran nur, dass Alkohol das Einschlafen fördern kann. Guten Schlaf bringt er indessen nicht. Alkohol stört den gesunden Schlaf. Er belastet den Organismus bei seinem Aufräumarbeiten – und fördert Durchschlafstörungen.

8. Irrtum: Gesunder Schlaf durch abendliche Höchstleistung

Wer sich so richtig austobt, wird auch gut schlafen. Was sich bei Kindern bewährt, erweist sich bei Erwachsenen als Irrtum über gesunden Schlaf. Wir brauchen etwa 2 Stunden Ruhe am Abend, damit Körper und Seele abschalten und dann in einen erholsamen Schlaf finden können. Geistige oder körperliche Leistungen hingegen kurbeln den Kreislauf an – und erschweren den gesunden Schlaf. Unter Schlafrituale finden Sie Anregungen, wie Sie gut in den Schlaf finden.

9. Irrtum: Der Fernseher als Sandmännchen

Mit einiger Wahrscheinlichkeit sind Sie schon einmal vor dem Fernseher eingeschlafen. Und wenn Sie sich dann an Traumfetzen erinnern: Haben die etwas mit dem Fernsehprogramm zu tun? Oft lässt sich diese Frage mit Ja beantworten. Auch im Schlaf, vor allem in der Leichtschlafphase, nehmen wir äußere Sinnesreize auf – und im Falle des Fernsehens mit seinem flackernden Licht und den wechselnden Lautstärken – stören diese den guten Schlaf.

10. Irrtum: Kein guter Schlaf bei Vollmond

BREATHING RELATED SLEEP DISORDER

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROM

Snorking, gasping snorting sounds, excessive body movements,
night sweats

Daytime excessive sleepiness or sleep attacks, irritability
Cognitive symptoms, inattention, memory impairment

Bei dieser Erkrankung kommt es zu **Atemstillständen** während des Schlafes.

Dadurch kommt es zu einer **geringeren Versorgung mit Sauerstoff während der Nacht** und gleichzeitig zu wiederholten, kurzen Weckreaktionen, die die Betroffenen meist nicht wahrnehmen.

Beide Faktoren führen zu einer **ausgeprägten Müdigkeit am Tag** und oft auch zu wiederholtem, kurzzeitigen Einschlafen.

Durch den **gestörten Schlaf und die Unterversorgung mit Sauerstoff kann** es zu weiteren Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel und Konzentrationsproblemen

Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden:

- Beatmungstherapie (CPAP-Therapie – nasale Überdruckbeatmung mittels Nasenmaske),
- Reduktion des Körpergewichtes,
- Verhaltensänderung (z.B. Vermeiden von Schlafmittelmissbrauch)