

Schlaf – Der unterschätzte Wachstumsfaktor – Teil 2

15. März 2012 | Von [Holger Gugg](#) | Kategorie: [Aktuelles](#), [Blogger: Holger Gugg](#), [Hormone](#)

[Gefällt mir](#)

8 Personen gefällt das. Zeige deinen Freunden, dass dir das gefällt.

1



Liebe BLOG-Leserinnen und -Leser, Liebe PEAK-Kundinnen und -Kunden,

in **Schlaf – Der unterschätzte Wachstumsfaktor Teil 1** habe ich aufgezeigt, dass Schlaf eines der Puzzleteile ist, aus denen sich unser Ur-Rhythmus zusammensetzt. Er erfüllt weitreichende Funktionen, die uns sowohl psychisch als auch physisch gesund halten. Auch die benötigte Schlafdauer und die Abläufe beim Einschlafen habe ich thematisiert.

Heute soll es um die verschiedenen Phasen gehen, die wir im Schlaf durchlaufen. Im Anschluss daran möchte ich mich mit dem Thema Schlafmangel und auch mit Schlafstörungen befassen, die leider viele von uns quälen. Im Weiteren Verlauf meiner Ausführungen werde ich Zusammenhänge zwischen Schlaf und Sport darlegen und abschließend praxisrelevante TIPPps für einen guten erholsamen Schlaf geben.

Ich wünsche Ihnen liebe Leserinnen und Leser viel Freude bei meinen Ausführungen und hoffe, dass Sie eine gehörige Menge Wissensdurst mitbringen.

Schlafzyklus

Während wir schlafen, leitet unser Gehirn körperliche und geistige Veränderungen ein. Dies geschieht in mehreren Phasen, die sich im Laufe der Nacht zyklisch wiederholen.

Entspannter Wachzustand

Bevor wir in Stadium 1 des Schlafens fallen verweilen die meisten Menschen in einem Zustand des entspannten Wachseins für bis zu 10 Minuten. Diese Phase wird noch bewusst wahrgenommen und gilt noch nicht als tatsächlicher Schlaf.

Stadium 1: Einschlafphase – Somnolenz

In dieser auch als „schläfriger Zustand“ bezeichneten Phase dämmern wir leicht ein, können aber auch leicht wieder geweckt werden. Die Augen bewegen sich langsam, die Muskelaktivität reduziert sich. Weckt man Menschen aus diesem Stadium auf, haben sie einen Teil der verbrachten Zeit noch bildhaft in Erinnerung. Typisch für diese Phase ist das Miterleben von Muskelzuckungen (Einschlafmyoklonie). In Stadium 1 verweilen wir etwa 5-10 Minuten.

Stadium 2: Leichtschlafphase

In Phase 2 hören die Augenbewegungen auf. Unsere Hirnstromwellen (elektrische Aktivität des Gehirns) werden prinzipiell langsamer, dennoch treten gelegentlich Ausbrüche auf, die als Schlafspindeln bezeichnet werden. Man verliert in dieser Phase zunehmend das Bewusstsein für die Außenwelt. Stadium 2 gilt als eigentlicher Zeitpunkt für Schlafbeginn. Der Übergang von Stadium 1 in Stadium 2 wird als sog Schlaflatenz bezeichnet und dauert im Normalfall etwa 10-20 Minuten.

Stadium 3 – 4: Tiefschlaf

Im Tiefschlaf produziert unser Gehirn sog. Deltawellen. Die Phasen 3 und 4 unterscheiden sich lediglich in der Menge der gebildeten Deltawellen. Was es damit auf sich hat, werden wir später noch genauer erfahren.

Werden wir aus diesem Zustand geweckt, brauchen wir einen kurzen Moment, um uns zu orientieren. Wir fühlen uns sprichwörtlich „wie gerädert“. In Stadien 3 und 4 Schlafwandeln Menschen am häufigsten oder empfinden die sog. Nachtangst.

Tiefschlaf hilft uns Energie für den Tag zu konservieren, indem in dieser Phase Adenosin (Vorläufer von ATP) vom Extrazellulärraum in den Intrazellulärraum befördert wird.

Im Tiefschlaf wird Wachstumshormon ausgeschüttet, Cortisol und ACTH werden gehemmt. Besonders Wachstumshormon ist neben dem Wachstum von Gewebsstrukturen auch am Wachstum und der Verbindung von Nervenzellen beteiligt. Es leistet damit einen Beitrag zur kognitiven Entwicklung. (Lernfähigkeit). Stress und andauernder Schlafmangel stören nachweislich die Produktion.

REM-Schlaf („rapid eye movement“ – Traumschlaf – paradoxer Schlaf)

Etwa nach 70-90 Minuten des ersten Schlafzyklus treten wir in den REM-Schlaf ein. In dieser Schlafphase treten physiologische Zustände auf, die dem Wachsein ähneln. Wie der Name schon sagt, kommt es hier zu schnellen ruckartigen Augenbewegungen. Daneben steigen sowohl Atemfrequenz als auch Blutdrucks sowie weitere kardiorespiratorischer Parameter.

Ausgenommen von der „aktiven“ Schlafphase ist die Muskulatur, sie ist im REM-Schlaf blockiert (Schlafparalyse).

Interessant:

Untersuchungen belegen, dass wir im REM-Schlaf unsere Umwelt wahrnehmen und darauf reagieren.

Träumen

Der REM-Schlaf ist die Schlafphase, in der wir am häufigsten träumen. Wir erleben Träume zwar, leben sie aber motorisch nicht aus. Träume in REM-Phasen sind oftmals aktiv-handelnd und emotional, während Träume in anderen Phasen meist abstrakt-gedanklich geträumt werden.

Exkurs: Traum

Es gibt Studien, die aufzeigen, dass im Traum negative Emotionen überwiegen und wir tagsüber eher positive Gefühlsregungen im Verhältnis 11:1 erleben. Wir Träumen deshalb schlecht, da wir hier bereits anstehende für uns bedrohlich erscheinende Situationen simulieren, die uns helfen die Alltagssituation besser zu meistern. Die Tatsache, dass wir in der heutigen Zeit im Gegensatz zur Uhrzeit keine wirklich lebensbedrohlichen Situationen mehr verarbeiten müssen, lässt es zu, dass wir abstrakt träumen. Der Traum wäre damit die Urform des mentalen Trainings.

Dauer REM-Phasen

Wie lange die REM-Perioden in den jeweiligen Schlafzyklen ausfallen, hängt davon ab, wie lange die Nachtruhe bereits andauert. In den ersten Schlafzyklen einer Nacht sind die REM-Perioden relativ kurz, dafür haben wir lange Tiefschlafphasen. Im weiteren Verlauf des Schlafs werden REM-Phasen länger und die Tiefschlafphasen verkürzen sich. Gegen Morgen schlafen wir beinahe ausschließlich in den Stadien 1,2 sowie im REM-Schlaf.

Interessant:

Alle Schlafphasen außer dem REM.Schlaf werden auch als NREM-Schlaf (non rapid eye moment) bezeichnet.

TABELLE 1

Physiologie innerhalb des NREM und REM Schlafs

SCHLAF PHASE/MERKMALE

NREM	Person reagiert nicht, wacht aber leicht auf
	Atmung ist stabilisiert und vertieft
	Verringerung von Herzfrequenz und Blutdruck
	Gesamtverringerung der Körpertemperatur
	Verringerung der Muskelaktivität
	Wachstumshormon-Anstieg und -Gipfelung
	Cortisolwerte sinken
	Reduktion der Schilddrüsenleistung (Stoffwechsel)
REM	Person ist normal schwierig zu wecken
	80 % des Träumens tritt hier auf
	Steigerung der Herzfrequenz und des Blutdrucks
	Atemmuster variabel
	Gesamtanstieg der Körpertemperatur
	Cortisolwerte stabilisiert, steigen zum Morgen an
	Spitzen-Prolactinfreisetzung
	Testosteronwerte steigen schnell
	Erhöhte Schilddrüsenleistung (Stoffwechsel)

REM-Schlaf und Nahrung

Die Nahrungsaufnahme bzw. Ernährungszustand nimmt Einfluss auf die Dauer des REM-Schlafs. Adipositas erhöht den Anteil, Anorexie (Magersucht) reduziert den Anteil. Extremes Fasten oder Hungern unterdrückt REM-Phasen und maximiert Wachphasen. Dies stammt aus dem urzeitlichen Gedanken heraus, eine Futtersuche eher zu ermöglichen. Aus diesem Zweck wird auch die Aktivität des Oerxin-Systems erhöht. Orexin ist mit unter verantwortlich für Wachheit.

Im stark hypokalorischen Zustand sinkt unser Schlafbedürfnis, im stark hyperkalorischen Zustand nimmt es zu!

REM-Schlaf und Gedächtnis

Der REM-Schlaf befähigt uns zur Einprägung und Wiedergabe von Gelerntem, steht also in Beziehung zu unserem Gedächtnis. Während des REM-Schlafs findet die Synthese von RNA und DNA statt. Bei ausbleibenden REM-Phasen sind diese Synthesevorgänge reduziert.

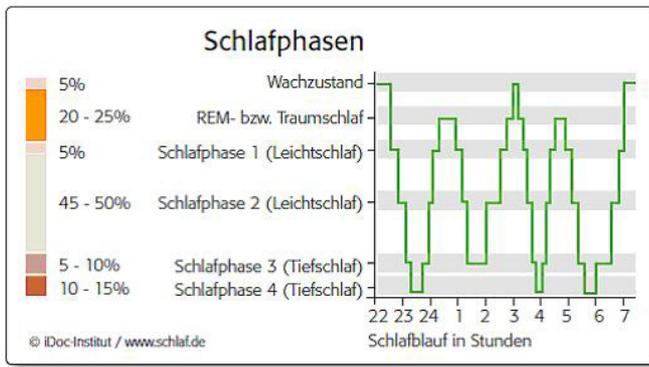
Im Säuglings- und Kindesalter kann es so zur Hemmung kongitiver Funktionen sowie einer Hemmung des Körper- und Gehirnwachstums kommen.

Interessant:

Mit Übergang vom ersten Tiefschlaf in den REM-Schlaf ist der erste Schlafzyklus abgeschlossen.

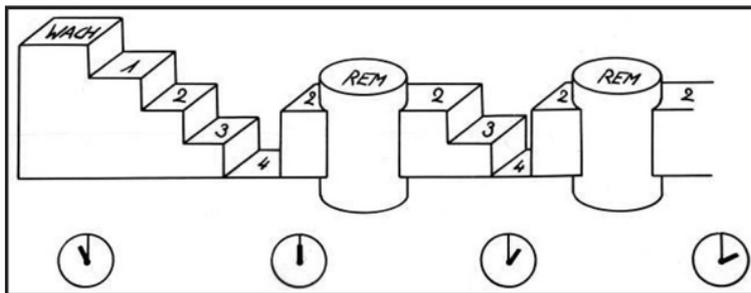
Interessant:

Innerhalb eines Schlafzyklus erhöht sich die Weckschwelle (Reaktion auf meist äußerliche Reize zum Erwachen) bis zu 60 Minuten. Dort erreicht sie ihren Spitzenpunkt und nimmt danach wieder ab.



Darstellung: Schlafphasen 1

Abbildung 2 verdeutlicht die Abfolge der Schlafphasen noch etwas besser.



Darstellung: Schlafphasen 2

Bedeutung von Schlafphasen

Den gesamten Schlafzyklus durchleben wir im Regelfall etwa 4-5x mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten. Dies würde eine Schlafdauer von 6-7,5 Stunden bedeuten, was mit der Zahl korreliert, die statistisch die höchste Lebenserwartung mit sich bringt (siehe Teil 1).

Kernschlaf

Als essentiell werden 2-3 REM und Tiefschlafphasen pro Nacht angesehen. Sie werden als Kernschlaf bezeichnet.

REM-Schlaf und Tiefschlaf scheinen die lebenswichtigsten Schlafphasen zu sein. Unter Schlafentzug versucht unser Gehirn genau diese beiden Schlafphasen beim nächsten Schlaf nachzuholen. In den auf Schlafentzug folgenden Nächten kommt es zu ausgedehnten REM- und Tiefschlafphasen. Tiefschlafphasen werden dabei versucht zu 100% zu ersetzen, da dies für das körperinterne Gleichgewicht (Homöostase) von besonderer Bedeutung zu haben scheint. REM-Schlaf wird in der Regel zu etwa 50% nachgeholt.

Fazit:

Der Kernschlaf sieht 2-3 REM und Tiefschlafphasen vor. Diese beiden Phasen sind für den Körper von besonderer Bedeutung.

Untersuchung des Schlafs

Wer sich der Quantität und Qualität seines tatsächlichen Schlafs nicht bewusst ist und erste Anzeichen von Schlafmangel oder Schlafstörungen verspürt, hat die Möglichkeit, sein Schlafverhalten testen zu lassen.

Bei der sog. Polysomnographie (PSG) werden meist im Schlaflabor alle körperlichen Funktionen und Veränderungen im Laufe der Nacht aufgezeichnet. Gemessen werden die Gehirnaktivität, Augenbewegungen, Blutdruck und der Herzschlag sowie die Sauerstoffsättigung des Blutes und Atmungsveränderungen. Anhand der PSG ist es möglich, Auffälligkeiten wie Schlafapnoe, Narkolepsie, Parasomnien, Schlafwandeln oder schlafbezogene Anfallsenerkrankungen zu diagnostizieren. Was genau sich hinter diesen Begriffen verbirgt, erfahren wir später noch genauer.

Die MSLT prüft, wie schnell und effektiv man einschläft. Der Test wird untertags durchgeführt und findet meist nach einer Nacht im Schlaflabor statt. Gemessen wird hier die Gehirnaktivität in Ruhe für eine Dauer von 30 Minuten und das meist über 3-4 Läufe, da Einschlafen von Tageszeit zu Tageszeit unterschiedlich leicht oder schwer fällt.

Mit der MSLT kann man Narkolepsie, Störungen des zirkadianen Rhythmus oder idiopathische Hypersomnie (übermäßiges Schlafbedürfnis) nachweisen.

Fazit:

Es gibt gute Möglichkeiten, das individuelle Schlafverhalten zu überprüfen.

Schlafstörungen (Insomnie)

Definition

Hat eine Person mindestens 3x wöchentlich über mindestens einen Monat Probleme beim Einschlafen (länger als 30 Minuten bis zum Einschlafen) oder Durchschlafen (mehr als 30 Minuten bis man nach nächtlichem wach werden wieder einschläft) so spricht man von einer Schlafstörung.

Verbreitung

Jeder zweite Frau und jeder vierte Mann hat mit Schlafstörungen zu kämpfen. Frauen klagen häufiger über Schlafstörungen als Männer.

Ältere Menschen klagen häufiger über Schlafstörungen als junge Menschen, wobei gesunde alte Menschen nicht häufiger oder weniger oft über Schlafstörungen klagen, wie dies bei jungen Menschen der Fall ist. Hier könnten Faktoren wie Bewegungsmangel oder fehlender Sozialkontakt eine Rolle spielen. Ältere Menschen schlafen zudem etwas leichter und sind daher etwas anfälliger, aus dem Schlaf geweckt zu werden. Sie haben zudem öfter mit schmerzhaften Erkrankungen zu kämpfen, welche sie wach halten.

Bildung, Einkommen, Familienstand und Größe des Schlafzimmers haben keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Schlaf.



Fazit:

Altern ist an sich kein Risikofaktor für Schlafstörungen, sondern die damit auftretenden sozialen, psychischen und physiologischen Begleiterscheinungen.

Gruppen

Schlafstörungen werden unterteilt in 4 Gruppen:

Bei der **primären Schlaflosigkeit** liegt körperliche oder geistige Anspannung vor. Betroffene liegen im Bett und machen sich Gedanken über Sorgen. Sie assoziieren die Nacht bereits mit Schlaflosigkeit und so entsteht ein Teufelskreis. Ursachen können gesundheitliche Probleme sein. Aber auch familiäre oder berufliche Probleme, Stress, Belastungs- und Angststörungen, Depressionen oder der persönliche Lebenswandel können diese Schlafstörung hervorrufen. Substanzmissbrauch z.B. bei Alkohol ist genauso als Ursache anzuführen wie Übergewicht oder Diabetes, da es hier zu Störungen der nächtlichen Hormonerzeugung kommt. Letztlich können sogar überzogene Vorstellungen an das individuelle Schlafbedürfnis Schlafstörungen hervorrufen.

Eine Störung des Schlaf-Wachrhythmus wird als **Narkolepsie** bezeichnet. Betroffene nicken tagsüber bei eintönigen Tätigkeiten oder vor dem Fernseher ein, wachen dafür nachts aber immer wieder auf.

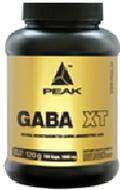
Eine unangenehme Sache ist das „**Restless-legs-Syndrom**“. Betroffene haben das Gefühl, die Beine immer in Bewegung halten zu müssen, ganz besonders nachts.

Das **Schlafapnoe-Syndrom** bezeichnet einen nächtlichen Zustand, bei dem es zu Atemstillständen über 10 Sekunden und somit zu Sauerstoffmangel im Blut und den vom Blut zu versorgenden Einrichtungen kommt.

Nächtliches Wachwerden oder Alpträume (Primäre Schlaflosigkeit)

Ein Teil der primären Schlaflosigkeit ist es, nachts mehrmals aufzuwachen. Meist ist dies ein Zeichen für Stress und unbewältigte Probleme. Das Gehirn kommt nicht zur Ruhe und beschäftigt sich auf Hochtouren mit dem Alltag. Einen Teil dieser Wachphasen nehmen wir wahr, vergessen sie jedoch wieder und schlafen auch sehr schnell wieder ein. Zur Belastung wird das Ganze, wenn man das Wachsein bewusst wahrnimmt und sich darüber anfängt zu ärgern.

Auch das Erwachen aus einem Alptraum zählt zu diesen Erlebnissen. Hier hat man die Möglichkeit, das sog. luzide Träumen anzutrainieren. Man denkt sich ein gutes Ende für einen Traum aus und ruft sich dieses immer wieder in Erinnerung, bis das Gehirn lernt, dadurch die Spannung abzubauen. Der Schlaf wird so wieder ruhiger.



Eigene kleine Therapie

Wer tagsüber mit Problemen und Stress zu kämpfen hat, sollte versuchen, sich bereits in der zweiten Tageshälfte mit den Geschehnissen des jeweiligen Tages und mit den Geschehnissen des folgenden Tages zu beschäftigen. Dies hilft dabei, abends mit einem freien Geist ins Bett zu gehen. Probleme sollten nicht mit ins Schlafzimmer genommen werden.

Fazit:

Primäre Schlaflosigkeit resultiert oftmals aus alltäglichen Belastungen und Problemen. Hier kann man sich in gewisser Weise selbst therapieren.

Narkolepsie

Begriff

Narkolepsie, auch Schlafkrankheit bzw. Schlummersucht genannt, ist eine neurologische Erkrankung des Schlaf-Wach-Rhythmus. Es kommt dabei zu Schlafattacken während des Tages mit Verlust der Muskelspannung und teilweise sogar vollständigem Tonusverlust. Betroffene fallen von einer auf die andere Sekunde in einen REM-Schlaf.

Die Anfälle können zwischen wenigen Sekunden und bis zu 30 Minuten andauern. Es besteht Verletzungsgefahr.

Ursachen

Ursachen für Narkolepsie sind bis dato nicht hinreichend geklärt. Als mögliche Erklärung wird in Expertenkreisen eine Autoimmunerkrankung vermutet.

Symptome

Die Symptome der Narkolepsie sind sowohl in ihrem Auftreten als auch in ihrer Ausprägung individuell verschieden. Dies erschwert eine eindeutige Diagnose.

Viele Betroffene leiden unter Schlafzwang, einer ganztätig erhöhten Schläfrigkeit, oder aber auch dem sog. imperativen Schlaf, der nur in bestimmten Situationen ausgelöst wird.

Dazu kommt es häufig zur sog. Kataplexie, dem vorübergehenden Verlust der Kontrolle über bestimmte Muskelgruppen im wachen Zustand. Diese treten häufig in Verbindung mit starken Emotionsausbrüchen wie Freude, Scham, Lachen, Begeisterung, Ärger oder Schreck auf.

Ein abnormer Schlafrhythmus stellt das dritte Symptom dar. Es kommt zu verschobenen vorzeitigen REM-Phasen (Sleep-Onset-REM), die traumlosen Schlafphasen vorausgehen. Der nächtliche Schlaf ist deutlich gestört. Übliche Schlafzyklen lassen sich im Schlaflabor nur noch kaum erkennen. Betroffene fühlen sich zwangsläufig unausgeschlafen.

Letztlich kann es auch zur Schlafähmung (Schlafparalyse) kommen. Zu Schlafbeginn oder beim Aufwachen tritt eine Lähmung der Skelettmuskulatur ein. Betroffene sind wach können sich jedoch nicht bewegen. Durch berühren des Körpers können Schlafparalysen anders als Kataplexien jedoch unterbrochen werden.

Behandlung

Narkolepsie ist nach heutigem Wissensstand eine unheilbare Krankheit. Nicht medikamentös wird versucht, verschiedene Bewältigungsstrategien auszuarbeiten, die es ermöglichen, Anfälle zu vermeiden. Dazu zählen auch angepasste Tagschlafperioden sowie eine gute Schlafhygiene. Medikamentös wird Narkolepsie mit Wirkstoffen wie Modafinil oder Methylphenidat behandelt. Sie mildern die Tagesmüdigkeit. Auch Antidepressiva, sprich Serotonin-Wiederaufnahmehemmer kommen zum Einsatz.

Fazit:

Das Krankheitsbild der Narkolepsie bedarf in jedem Falle ärztlicher Aufsicht und darf nicht als einfache Schlafstörung abgetan werden.

Schlafapnoe-Syndrom

Beim Schlafapnoe-Syndrom kommt es pro Nacht zu mehreren (50 bis mehrere hundert) Atempausen. Dies führt zu Sauerstoffmangel im Blut und damit zu verminderter körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit, Bluthochdruck, Stimmungsveränderungen bis hin zur Depression und einer Belastung des Herz-Kreislaufsystems.

Ältere Studien bringen Schlafapnoe sogar mit vorzeitigem Eintritt von Demenz im Alter in Verbindung, wenn die nächtlichen Atempausen vom Betroffenen nicht bemerkt werden und somit auch nicht zum erwachen führen.

Wie genau Schlafapnoe entsteht ist nicht genau bekannt. Man vermutet eine genetische Prädisposition, da die Krankheit innerhalb einer Familie oft gehäuft vorkommt. Fest steht, dass Männer häufiger unter Schlafapnoe leiden als Frauen. Erblieh bedingt kann es auch zu einer

Schwäche der Rachenmuskulatur kommen die möglicherweise für die Entwicklung der Schlafapnoe verantwortlich ist. Hier versperren schlaffe Rachenmuskeln und Weichteile die Atemwege und verursachen die für Schlafapnoe typischen Atempausen.

Zusätzlich sind einige Risikofaktoren für die Entwicklung einer Schlafapnoe definiert. Adipositas, Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum vor allem am Abend, regelmäßiger Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, aber auch Verengungen im Nasen- und Rachenraum können die Entstehung fördern.

Was die Symptomatik anbelangt, kann man starkes unregelmäßiges Schnarchen oder chronische Müdigkeit mit schlechter Konzentrationsfähigkeit unter Tags, Kopfschmerzen, sexuelle Funktionsstörungen bis hin zu Impotenz oder Depressionen anführen.

ACHTUNG

Nicht automatisch hat jeder „Schnarcher“ Schlafapnoe!

Für die Diagnose ist eine Schlafuntersuchung notwendig.

Fazit:

Schlafapnoe stellt eine teilweise therapierbare Schlafstörung dar. Unbehandelt kann sie neben den sonstigen Auswirkungen zu einer deutlich schlechteren Regeneration in Verbindung mit Sport führen.

Folgen

Wie bereits teilweise bei den einzelnen Gruppen angeführt, haben langfristige Schlafstörungen einen erheblichen Einfluss auf unsere Gesundheit.

Das Risiko für Depressionen und Infarkte steigt deutlich. Durch gestörte Sekretionsmuster von Melatonin und Leptin kommt es außerdem zu einer Fehlregulation des Stoffwechsels (siehe Schlaf, Adipositas und Diabetes). Auch das Wohlbefinden am nächsten Tag sowie die Leistungsfähigkeit sind eingeschränkt, da sich unser Gehirn kaum regenerieren kann.

Fazit:

Schlafstörungen bringen uns aus dem Rhythmus und belasten gänzlich unsere Gesundheit.

Therapiemöglichkeiten

Stimulus-Kontrolltherapie

Bei dieser Therapiemöglichkeit wird versucht, dass bei vielen schlafgestörten Menschen negativ behaftete „zu Bett gehen“ wieder mit positiven Gedanken und auch Erfahrungen zu verbinden. Eine negative Einstellung zum „sich schlafen legen“ kann zu einer Art Automatismus führen, der zu vollständiger Wachheit führt.

Die Therapie sieht vor, nur dann ins Bett zu gehen, wenn man wirklich müde ist. Das Bett wird ausschließlich zum Schlafen und evtl. noch für sexuelle Handlungen verwendet. Kommt es zu Einschlafproblemen soll nach einer definierten Zeit das Bett wieder verlassen und erst nach erneuter Müdigkeit wieder aufgesucht werden. Morgens sollte man unabhängig von der tatsächlichen Schlafdauer immer zur selben Zeit aufstehen, um so in einen bestimmten Rhythmus zu verfallen.

Schlafrestriktionstherapie

Bei dieser Art der Therapie gibt es Vorgaben, die einer Verknappung des Schlafes entsprechen. Patienten dürfen nur eine bestimmte Zeit schlafen und sehnen sich so nach kurzer Zeit danach, endlich schlafen gehen zu dürfen.

Das Schlafzeitfenster wird anhand eines vorher geführten Schlaftagebuchs und den Lebensgewohnheiten der einzelnen Person festgelegt. Der Patient muss immer zur selben Zeit aufstehen und zur selben ins Bett gehen, egal wie sein Tag sich gestaltet. Die Schlafzeit liegt meist nur um 5 Stunden, soll aber auch nicht weniger als 4,5 Stunden betragen

Ziel der Therapie ist es, ein sich mit lang andauernden Schlafstörungen einschleichendes Fehlverhalten zu korrigieren. Es soll aufgezeigt werden, wie viel der Patient vor der Therapie im Bett verbracht hat, ohne zu schlafen. Letztlich soll die innere Uhr neu programmiert werden, indem der Körper gezwungen wird, sich an das neue Schlafmuster zu gewöhnen.

Interessant:

Auch mit Entspannungsverfahren wie z.B. die progressiver Muskelrelaxation nach Jacobsen oder dem Ruhebild-Verfahren können Schlafstörungen teilweise therapiert werden.

Umgang mit Schlafmitteln

Schlafmittel sind wie Kopfschmerztabletten. Sie lösen zwar oberflächlich das Problem, packen es aber nicht an der Wurzel, was zur Folge hat, dass es sich immer wieder neu ergeben kann. Zudem besteht bei einigen Schlafmitteln immer noch Suchtpotential. Es kann zur Einstellung kommen, ohne Pille am Abend nicht schlafen zu können und so können sich neue Schlafstörungen ergeben. Ein Teufelskreis entsteht.

Interessant:

Suchtgefahr geht nicht nur von synthetischen Schlafmitteln, sondern auch von Naturpräparaten wie Baldrian, Zitronenmelisse oder Hopfen aus.

Tückisch ist bei Schlafmitteln zudem, dass sich beim Absetzen neben einer gewissen Entzugssymptomatik auch eine Art Absetz-Schlaflosigkeit einstellt. Man nennt dies auch den sog. Rebound-Effekt. Direkt nach dem Absetzen treten Schlafstörungen anfänglich noch extremer auf als vor dem Einsatz der Medikamente.

Schlafmittel erzwingen entweder den Schlaf oder bahnen ihn auf eine gewisse Weise an, so dass das Einschlafen leichter fällt. Sie greifen in die natürliche Schlafchemie ein und drosseln beispielsweise die Gehirnaktivität über die Stimulation von GABA.

Derartige chemische Eingriffe in den Schlaf können zur Veränderung der Schlafrhythmik führen und so REM und Tiefschlafphasen verkürzen. Die Folge daraus wäre, dass sich der Betroffene am nächsten Morgen schläfrig fühlt und sich nicht richtig konzentrieren kann.

Fazit:

Der Einsatz von Schlafmitteln ist in jeder Hinsicht mit Vorsicht zu genießen und sollte nur für Ausnahmefälle vorgesehen werden.

Zusammenfassung

In Teil 2 habe ich den gesamten Schlaf in seine verschiedenen zyklisch wiederkehrenden Schlafphasen unterteilt. Besonders REM- und Tiefschlafphasen haben entscheidenden Einfluss auf unser Wohlbefinden, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

Eine Vielzahl an Menschen leidet unter Schlafstörungen. Teilweise entstehen diese aus dem modernen Alltag mit seinen steigenden Anforderungen, teilweise treten sie aber auch aufgrund vorausgehender Erkrankungen hervor. Schlafstörungen können im Falle der Sarkopenie oder der Narkolepsie auch eigenständig Krankheitsbilder darstellen, bei denen wir teilweise immer noch im dunklen tappen, wenn es um die Ursachenforschung geht.

Wer eine Schlafstörung befürchtet, hat verschiedene Möglichkeiten, dies in Schlaflabors untersuchen zu lassen. Auch ausgearbeitete Therapiemodelle werden praktiziert.

In Teil 3 werde ich mich noch einmal genauer mit den Folgen eines Schlafmangels befassen. Auch möchte ich Schlaf und seine Zusammenhänge mit der Lebenserwartung oder Volkskrankheiten wie Diabetes oder Adipositas thematisieren. Sehr interessant sind auch meine Ausführungen zum Thema Schlaf und Sport sowie praktische TIPP's für einen erholsamen guten Schlaf.

Ich wünsche Ihnen liebe Leserinnen und Leser eine erholsame Betruhe und freue mich gemeinsam mit Ihnen auf den nächsten und letzten Teil meines BLOGs.



Sportliche Grüße

Ihr

Holger Gugg

www.body-coaches.de

Bewerten Sie diesen Beitrag

Rating: 5.7/6 (3 votes cast)



Print



PDF



Drucken

Tags: [REM](#), [Schlafzyklus](#), [Tiefschlaf](#)

Schreibe einen Kommentar

Du musst [eingelogggt sein](#) um einen Kommentar zu schreiben