VOM AUFSTEHEN BIS ZUM ZUBETTGEHEN

1. GUTEN MORGEN! SIND SIE GUT AUFGESTANDEN?

Eine derartige Morgenbegrüßung ist realistischer als die zu Lande übliche: Haben Sie gut geschlafen? oder Haben Sie ausgeschlafen? Eigentlich kann das niemand richtig beantworten. Wohl aber die Frage, ob man gut aufgestanden ist, denn das erlebt man bewusst und davon hängt der Ablauf des Tages ab.

1.1. AUF DAS AUFSTEHEN KOMMT ES AN!

Gewöhnlich legen wir auf das Einschlafen großen Wert. Wir leiten es häufig mit einem Ritus von Handlungen und Tätigkeiten ein. Das ist gut und auch richtig. Beim Aufstehen gehen wir häufig gar nicht zimperlich mit uns um. Da wird keine Rücksicht darauf genommen, in welcher Schlafphase man sich augenblicklich befindet. Der Wecker klingelt um sechs Uhr und da steht man eben auf. Das Aufwachen ist aber ein allmählicher Vorgang, der bis zu 2 Stunden dauern kann.

Der Idealzustand wäre gegeben, wenn wir spontan aufwachen würden. Das entspricht dem natürlichen Wesen des Menschen und seinem Schlaf-Wach-Rhythmus. Da der Mensch auch sonst wenig natürlich lebt, kann er kaum noch spontan aufwachen. Er stellt sich am Abend den Wecker und dieser reißt ihn morgens aus dem Schlaf heraus.

Wenn das Schrillen des Weckers den Menschen aus dem REM-Schlaf (Traumschlaf) herausreißt, fühlt er sich infolge der Muskeler schlaffung in dieser Schlafphase müde und zerschlagen, ähnlich wie nach einer überstandenen Grippe. Trifft das Weckerschrillen die Phase des Tiefschlafs, dann muss man sich erst eine Zeitlang besinnen, wo man sich befindet. Wer in derartigen Zuständen die Qualität seines Schlafs beurteilen will, begeht einen großen Fehler und steuert sich dadurch in die Unzufriedenheit über seinen Nachtschlaf. Das natürliche Aufwachen vollzieht sich gewöhnlich über den oberflächlichen Schlaf und einem Übergangszustand vom Schlafen zum Wachen. Wir können Glück haben, dass uns diese Schlafphase beim Weckerklingeln zufällig „erwischt“. Dann erleben wir ein natürliches „Erwachen“. Wer regelmäßig zu Bett geht und regelmäßig aufsteht, der kann es mit großer Wahrscheinlichkeit schaffen, dass er in dieser günstigen Phase aufwacht. Häufig ist bei diesen Menschen der Wecker nur ein Symbol. Sie erwachen bereits wenige Minuten, bevor er klingelt. Das ist gut so. Es gibt aber auch Menschen, die wachen ohne Wecker zu einer von ihnen am Abend vorbestimmten Zeit am nächsten Morgen auf. Sie programmieren mit ihrem Willen den natürlichen Schlafverlauf und den Zeitpunkt des Aufstehens.

Wenn der Wecker uns aus dem Traum- oder Tiefschlaf herausreißt, so haben wir Probleme aufzuwachen und aufzustehen. Besonders schwer haben es aber die Menschen, die am Abend Schlaftabletten oder Alkohol zu sich genommen haben. Sie erwachen gewöhnlich aus einem narkoseähnlichen Zustand und benötigen lange Zeit, bevor sie richtig wach sind. Schwer in Gang zu kommen kennen auch die Menschen, die einen niedrigen Blutdruck haben.

1.2. WIE STEHT MAN RICHTIG AUF?

Das Aufstehen soll etwa fünf Minuten dauern. Nach dem Erwachen ist es ratsam, sich zuerst im Bett liegend zu recken und zu strecken, dann erheben und kurze Zeit auf dem Bettrand sitzen bleiben. Danach wieder erheben, im Stehen dann noch einmal recken und strecken. Leichte gymnastische Übungen sind angebracht, möglichst bei offenem Fenster und mit aufmunternder Musik. Auch Atemübungen helfen beim völlig Wachwerden. Alle nachfolgenden Handlungen sollen in Ruhe und nicht in Hektik erfolgen. Das wären z. B.

- Wechsel-Warm-Kalt-Dusche
- in Ruhe ankleiden (dazu fröhliche Musik hören)
- 20-30 Minuten in Ruhe frühstücken und danach kann der Tag beginnen

Es ist besser, etwas früher aufzustehen und den Tag ruhig zu beginnen. Ein altes Sprichwort lautet: „Nimm dir Zeit und Ruhe am Morgen, dann hast du am Tage weniger Sorgen“. Hierbei sollte das Wort Sorgen durch das Wort Stress ersetzt werden. Dieses ruhige, nicht hektische Aufstehen ist besonders für Menschen mit Herz- und Kreislaufstörungen bzw. Herz- und Kreislaufkrankungen wichtig. Wenn Patienten mit diesen Leiden abrupt aufstehen und hektisch den Tag beginnen, beladen sie sich mit dem Risiko eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls. Die Spitzenzeit der Herzinfarkte und anderer Herz-Kreislaufkrankungen ist am Tage gegen 09:00 Uhr. Diese Spitzenzeit ist nicht zufällig, sondern durch unsachgemäßes Aufstehen und Starten in den Tag bedingt.

1.3. WARUM GIBT ES „MORGENMUFFEL“?

Nicht jedem gelingt morgens ein fröhliches, frisches Aufstehen. Manche kommen sehr schwer aus dem Bett und haben eine lange Tagesanlaufzeit. Motivation und Stimmung sind auf niedrigem Niveau. Antworten auf Fragen sind sparsam, muffelig, brummig oder es werden keine Antworten gegeben. Viele dieser Morgenmuffel kommen erst gegen Mittag in Schwung. Die Ursachen der Morgenmuffeligkeit sind u. a. folgende

- niedriger Blutdruck (sehr häufig)
- Abendtyp (Eule), der früh aufstehen muss
- Schlafapnoe (infolge des zerhackten Schlafs)
- Alkoholzeche am Abend zuvor
- Schlaftabletten

Die Zahl der Menschen mit niedrigem Blutdruck haben einen großen Anteil an den „Morgenmuffeln“. Sie wachen gewöhnlich zerschlagen auf, können sehr schwer aus dem Bett, fühlen sich schlapp und motivationslos. Der Start in den Morgen fällt ihnen sehr schwer, häufig benötigen sie mehrere Stunden, bevor sie ihr Leistungsniveau erreicht haben. Dann sind sie aber meistens hochleistungsfähig. Da der niedrige Blutdruck von den Medizinern als „Stiefkind“ behandelt wird, fühlen sich viele dieser

Menschen unverstanden. Dies konnte ich immer wieder in Gesprächen mit solchen Patienten feststellen.

Was können sie gegen diesen schweren Start in den Morgen unternehmen? Grundsätzlich sollten sie ein intensives Kreislauftraining anstreben. Morgens sind Wechselduschen zu empfehlen. Die Bettzeit sollte auf keinen Fall verlängert werden! Weil die Hypotoniker sich zerschlagen fühlen, bleiben sie gerne länger im Bett, weil sie glauben, sie haben nicht „ausgeschlafen“. Doch durch das lange Liegen wird ihr Zustand aber noch schlimmer. Aktivität, Physiotherapie, Sport helfen über dieses Morgentief hinweg.

2. WIE SIE SCHLAFEN

2.1. EIN EHEPAAR MIT ECHTEN SCHLAFPROBLEMEN

Neidvoll und manchmal auch wütend blickt Helga (52) auf ihren Mann Thomas (52). Soeben hat er sich ins Bett gelegt, schon schläft und schnarcht er. „Wo er liegt, steht oder sitzt, schläft er“, resümiert sie, denn auch am Tag hat er kurzzeitige Schlafanfälle. Sie dagegen ist hellwach, obgleich die Mitternachtsstunde bereits vorüber ist. Jede Schnarchperiode ihres Manns und Geräusche von einer Lautstärke um 80 Dezibel versetzen sie in einen gesteigerten Wachzustand, manchmal auch in sorgenvolle Erregung. Sie beobachtet Nacht für Nacht, dass plötzlich seine Atmung für 30 bis 50 Sekunden Dauer ausbleibt. Ein tiefer, lautstarker, röchelnder Atemzug beendet die „Atempause“, dann wird zur nächsten Schnarchperiode übergegangen.

Dieser Rhythmus Schnarchen-Atmungsunterbrechung-Schnarchen beherrscht das Schlafzimmer während der gesamten Nacht. Inzwischen ist es zwei Stunden nach Mitternacht geworden und Helga schläft immer noch nicht. Sie flüchtet, wie schon so oft, in das Nebenzimmer und legt sich auf die Couch. Aber auch hier verfolgen sie die Schnarchgeräusche ihres Manns und viele Gedanken quälen sie. „Wie werde ich den heutigen Tag überstehen?“ fragt sie sich besorgt. Endlich schleicht sich Müdigkeit heran und schließlich tritt auch der Schlaf ein. Der Wecker zeigt inzwischen 03:15 Uhr an. 06:00 Uhr wird Helga durch das laute Wecksignal, das zum Aufstehen auffordert, aus dem Schlaf gerissen. Müde und wenig erholt verlässt sie das Bett oder die Couch, denn sie will und muss pünktlich an ihrem Arbeitsplatz sein. Voller Angst denkt sie an den neuen Tag. Wie wird ein Schlafmediziner diese beiden Menschen beurteilen?

Helga hat offensichtlich ihren Erregungszenit gegen Mitternacht und kann erst gegen drei Uhr einschlafen. Hinzu kommt das schlaf störende Schnarchen des Ehemanns. Es ist mit großer Sicherheit anzunehmen, dass bei Helga eine Schlafstörung infolge der Störung der inneren Uhr vorliegt, d. h. das Syndrom der verzögerten Schlafphase. Dennoch muss der Schnarcheinfluss des Ehemanns mit in Betracht gezogen werden, denn dem Arzt ist bekannt, dass die Partnerin eines Schnarchers häufig an einer „Insomnie (Schlaflosigkeit) infolge äußerer Einflüsse“ leidet. Um eine richtige Diagnose zu stellen, ist zunächst die Anamnese (Vorgeschichte des Kranken) mit heranzuziehen. Dabei stellt sich heraus, dass Helga lange Jahre Nachtschichtarbeit ausführte. Die Untersuchung verschiedener Körperfunktionen mit Messungen in kurzen Zeitintervallen (Körpertemperatur, Blutdruck und Hautwiderstand) zeigen dann in der Tat den Tageserregungsgipfel gegen Mitternacht. In diesem Fall dürfen keine Schlaftabletten verordnet werden. Es muss vielmehr versucht werden, einen normalen Tagesrhythmus wieder anzubahnen, z. B. regelmäßig aufstehen, regelmäßig essen, regelmäßig Pausen während der Arbeit einlegen und regelmäßig zu Bett gehen. Der Arzt kann auch eine Lichttherapie (5.000-10.000 Lux

für die Dauer von einigen Stunden zu festgelegten Tageszeiten) verordnen, die den Tagesrhythmus wieder in einen normalen Bereich bringt.

Sollten alle diese Maßnahmen nicht helfen, weil sich diese Schlafphasenverschiebung schon fest ausgebildet hat, bleibt nur eine Arbeitszeitverlagerung um drei bis vier Stunden oder auf die Spätschicht übrig, damit das Schlafdefizit nicht zu groß wird. Derjenige, der - aus welchen Gründen auch immer - nicht im Arbeitsprozess steht, sollte sich einen Lebensrhythmus auf der Basis der verschobenen Schlafphasen aufbauen. Thomas zeigt die typischen Symptome einer Schlafapnoe: Episoden von Atemstillstand, Schnarchen sowie Schläfrigkeit am Tage. Er **muss** sich schnellstens an ein Schlaflabor wenden. Dort beginnt eine Schlafdiagnostik zum Nachweis der vorliegenden Art der Schlafapnoe und die Verordnung von entsprechenden Behandlungsverfahren. Größtenteils kann mit der Behandlung der Schlafapnoe auch das Schnarchen mit beseitigt werden, wodurch auch Helga von einem weiteren schlafstörenden Faktor befreit werden wird. Es ist übrigens immer empfehlenswert, wenn die Partnerin eines Schnarchers sofort mit zum Schlafmediziner geht, denn erfahrungsgemäß hat diese eine Insomnie. Bei Thomas ist grundsätzlich zu beachten, dass er unbedingt Alkohol meidet und absolut keine Schlaftabletten einnehmen darf. Andernfalls kann er sich in Lebensgefahr bringen.

2.2. ZWEI EXTREME AUFSTEHER

Olaf (41) erwacht jeden Morgen um vier Uhr nach sechsständigem Schlaf ohne Wecker und fühlt sich gut erholt. Er möchte eigentlich aufstehen. Verschlafen rügt ihn seine Frau Alice (39): „Musst du mich immer stören? Kannst du nicht ruhig liegen bleiben und ausschlafen! Zwei Stunden sind es noch bis zum Aufstehen.“

Olaf verhält sich krampfhaft ruhig. Einschlafen klappt nicht mehr richtig. Manchmal verfällt er für eine kurze Zeit in einen Schlaf-Wach-Zustand oder in einen oberflächlichen Schlaf. Als endlich der Wecker klingelt, verlässt er sofort das Bett und stellt fest, dass er um vier Uhr eigentlich erholt war als jetzt um sechs Uhr.

Seine Frau Alice dagegen hat große Schwierigkeiten, aus dem Bett zu kommen. Als sie aufsteht, wird ihr schwindlig. Leicht schwankend geht sie in das Badezimmer. Keine Tätigkeit geht ihr richtig von der Hand. Sie fühlt sich müde und zerschlagen, obgleich sie neun Stunden im Bett gelegen und bis auf einige Aufwachzeiten durchgeschlafen hat. Eine Tasse Kaffee mindert etwas die morgendlichen Startschwierigkeiten. Aber so richtig in Gang kommt sie erst gegen elf Uhr. „Wenn ich nur einmal das Bett frisch und erholt verlassen könnte“, stöhnt sie jeden Morgen.

Was sagt der Schlafmediziner dazu?

Bei Olaf ist festzustellen, ob er ein Kurzschläfer ist oder ob eine Schlafstörung infolge frühen Erwachens vorliegt. Alle seine Symptome sprechen für den Typ eines Kurzschläfers: Frühes Aufwachen und sich dabei erholt fühlen, froh sein, endlich das Bett verlassen zu können, wenn der Wecker das Signal gibt, keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit am Tage. Für ihn wäre ein getrenntes Schlafzimmer eine günstige Lösung. Dann könnte er früher aufstehen, ohne seine Partnerin zu stören.

Auch bei Alice muss man differenzieren. Man muss erst einmal die Frage stellen: Ist sie ein Abendtyp („Eule“) oder leidet sie an einem zu niedrigen Blutdruck? Um ersteres festzustellen, ist der im Kapitel 8 dieses Buchs befindliche Fragebogen auszufüllen und zu analysieren. Letzteres lässt sich mit mehreren Kontrolluntersuchungen am Tage über den Zeitraum einer Woche bald feststellen. In der Tat, Alice zeigt Blutdruckwerte um 100/60 mmHg. Im Schlaf ist der Blutdruck erfahrungsgemäß noch niedriger. Daraus ergeben sich eine schlechte Schlafqualität und längere Wach-Phasen in der Nacht. Gegen den Abendtyp spricht auch die Tatsache, dass sie neun Stunden im Bett gelegen hat, um „auszuschlafen“. Das war für sie ein falsches Verhalten, denn

langes Liegen belastet den Kreislauf des Hypotonikers besonders stark. Sie sollte immer, wenn sie wach wird und 30 Minuten nach dem Erwachen noch nicht wieder eingeschlafen ist, aufstehen. Eine leichte Gymnastik an frischer Luft und die Einnahme von Traubenzucker können den Schlaf verbessern. Das „schwere Aufstehen“ am Morgen und die Startschwierigkeiten in den Tag hinein sind mit einer Tasse Kaffee, mit einer leichten Morgengymnastik und mit kalten Duschen zu erleichtern.

Generell müsste aber der niedrige Blutdruck behandelt werden. Das beste Mittel dagegen sind regelmäßiger Sport und physiotherapeutische Maßnahmen. Blutdrucksteigernde Mittel helfen nur wenig oder nur vorübergehend. Menschen mit niedrigem Blutdruck haben oft depressive Stimmungen. Eine entsprechende Untersuchung beim Psychiater ist angeraten. Schlaftabletten darf Alice keinesfalls einnehmen.

2.3. ZWEI EXTREME TRÄUMER

Egon (32) hat einen stressigen Tag gehabt. Abends hat er noch einen aufregenden Fernsehfilm gesehen. Er freut sich auf die wohlverdiente Ruhe. Beim Einschlafen durchzuckt es seinen ganzen Körper und dabei hat er das Gefühl, in die Tiefe zu fallen. Gleichzeitig sieht er, wie im Traum, schemenhafte Gestalten durch das Zimmer huschen. „Träume ich, wache ich oder habe ich Wahnvorstellungen?“ fragt er sich.

Nachdem er sich beruhigt hat, setzt er ein zweites Mal zum Einschlafen an und wieder treten dieses Zucken, Fallen und sonderbare Träume ein. Alles vollzieht sich in Bruchteilen von Sekunden. Egon grübelt und entschließt sich, in der nächsten Zeit einen Arzt aufzusuchen. „Womöglich ist das der Anfang von Wahnvorstellungen?“ sagt er sich. Schließlich schläft er ohne weitere besorgniserregende Erscheinung ein.

Nach einigen Stunden wird er durch einen lauten Aufschrei seiner Frau Renate (29) geweckt. Sie zittert am ganzen Körper, befindet sich in einer sehr starken Erregung. Sie atmet stoßweise und ihr Herzschlag jagt. Schweiß steht auf ihrer Stirn. Sie starrt ängstlich und völlig desorientiert im Zimmer umher. Nach einiger Zeit erzählt sie, dass zwei Monster ihr die Leber herausreißen wollten. Es dauert lang, bevor sie wieder einschläft. „Wir sollten doch keine Horrorfilme vor dem Schlafengehen ansehen“, sagt sie mehrmals.

Auch Egon benötigt eine längere Zeit zum Einschlafen. Wieder stören ihn die Zuckungen, Mikro- und Fallträume dabei. Die Meinung des Schlafmediziners.

Egon hat keine Schlafstörungen, sondern er erlebt eine natürliche „Vorschlaf“-Erscheinung, die als Hypnagoge (= zum Schlaf hinführend) bezeichnet wird. Diese ist durch drei Symptome gekennzeichnet: Muskelzuckungen, Fallträume und Mikroträume. Bei Egon waren alle drei Symptome vorhanden. Manchmal kann auch nur ein Symptom auftreten oder zwei. Die Hypnagogen sind Ausdruck einer Zustand sübergangsphase vom Wachsein zum Schlaf. Unter bestimmten Bedingungen, z. B. bei Stress, psychischer Belastung oder Konflikten, werden sie stärker und häufiger beobachtet. Das ist Ausdruck einer Kompensationsreaktion (Regulationsausgleich gegen den Stress) unseres Körpers. Das häufigere Auftreten der Hypnagogen an jenem beschriebenen Abend hätte sich Egon ersparen können, wenn er auf den Horrorfilm verzichtet hätte. Menschen mit einem schwachen Nervensystem sollten sowieso von derartigen Formen der „Unterhaltung“ Abstand nehmen. Um zur richtigen Diagnostik zu kommen, müssen wir weiter differenzieren. Bei Menschen mit einer Schlummersucht (Narkolepsie) dauern die Hypnagogen, vor allem die Mikroträume, längere Zeit an. Das war bei Egon nicht der Fall. Der Arzt muss aber bei seiner Diagnostik daran denken.

Bei Renate gilt es zwei Erscheinungen ins Auge zu nehmen. Sie könnte einen Alptraum gehabt haben, aber auch das nächtliche Aufschrecken muss man bei der

Diagnose mit berücksichtigen. In der Tat, bei dieser Erscheinung trifft letzteres zu. Der laute Panikschrei, die vorübergehende Desorientierung, die schreckliche Angst sind Symptome, die für das nächtliche Aufschrecken sprechen. Die Ursache liegt in diesem Fall klar auf der Hand: der vorausgegangene Horrorfilm. Nicht immer lassen sich die Diagnose und die Ursache der Schlafstörung so einfach herausfinden. Bei einem vierjährigen Kind hätte man z. B. größere Mühe, um zu dieser Diagnose Paniktraum und zu den wahren Ursachen zu gelangen. Der Vollständigkeit halber soll noch darauf verwiesen werden, dass Alpträume häufiger auftreten, als allgemein angenommen wird. Deren Ursache ist u. a. in folgenden Faktoren zu suchen: Vorangegangene Krimis oder andere aufregende Ereignisse kurz vor dem Schlafengehen, ein unangenehmes Tageserlebnis, Stress, Konflikte verschiedener Natur, Krankheiten unterschiedlichster Art, Druck auf ein Organ, z. B. auf das Herz oder auf die Leber oder ungünstige Schlaflage.

Was ist zu tun? Zuerst muss man bekannte oder mögliche Ursachen beseitigen. Wenn sich dadurch nichts ändert, sollte ein Arzt konsultiert werden. Auf keinen Fall ist der Griff zu Beruhigungsmitteln zu empfehlen.

2.4. EINE LERCHE UND EINE EULE

„Aufstehen, Werner, es ist sechs Uhr. Abends nicht ins Bett und morgens nicht raus“, ruft Michaela (22) aus der Küche nun schon zum fünften Mal. Endlich erhebt sich Werner (25) schwerfällig und knurrt Michaela an: „Du gehst mit den Hühnern ins Bett und stehst natürlich auch mit dem ersten Hahnenschrei auf. Wenn ich abends etwas von dir will, bist du müde und schläfst bald ein.“ Nach diesem schon alltäglichen Wortwechsel verlassen beide nach dem Frühstück ihre Wohnung in Richtung ihrer jeweiligen Arbeitsstelle. Michaela ist sofort in Hochform, bewältigt an ihrem Computer ihre vielseitigen Aufgaben, ist ausgeglichen und spürt erst am Abend Müdigkeit. Werner dagegen schleppt sich müde in sein Institut. Er kommt wieder einmal zu spät zur Arbeit und es trifft ihn der strafende Blick seines Chefs. Gegen elf Uhr ist Werner erst in Startform. Gegen 13 Uhr beginnt seine Hochform und die geht nun bis Mitternacht. Das erkennt schließlich auch sein Chef. Er schlägt ihm eine Arbeitszeitverlagerung von 13 bis 21 Uhr vor. „Sie sind ein Eulentyp“, meint er verständnisvoll, „und Sie bedürfen einer Arbeitszeit, in der Sie hochleistungsfähig sind.“ Dieser Chef hat die Situation richtig erkannt. Aber infolge dieser veränderten Arbeitszeit von Werner wird sein Verhältnis zu Michaela kritischer, die als Lerchentyp charakterisiert werden kann. Wie lange wird das noch gut gehen? Passen „Lerchen“ und „Eulen“ überhaupt in einer Partnerschaft zusammen? Der Schlafmediziner meint:

Die „Lerche“ Michaela und die „Eule“ Werner haben zwar keine Schlafstörungen, aber ihre Verschiedenheiten im Schlafverhalten könnten tief in ihre persönliche Sphäre eindringen, Konflikte provozieren und indirekt über diese zu Störungen des Schlafs führen. Möglicherweise hat die Arbeitszeitverlagerung Werner in eine zufriedenere Position gebracht, wodurch eventuell der Ausgleich in der Partnerschaft wiederhergestellt werden kann. Einfach ist ein Zusammenleben einer „Lerche“ und einer „Eule“ keinesfalls. In den USA werden bei Scheidungsprozessen diese extremen Typen des Schlaf-Wach-Verhaltens in Begründungen von Urteilen mit einbezogen. Ob man eine „Lerche“ oder eine „Eule“ oder ein Indifferenztyp ist, lässt sich durch Ausfüllen eines Fragebogens beantworten.

2.5. DAS IDEALE SCHLAFPAAR

Viola (20) und Jürgen (21) liegen glücklich umarmt. Die erfüllte Liebe hat die Alltagsorgen vergessen lassen. Nun sind sie völlig entspannt und liegen harmonisch aneinandergeschmiegt im Bett. Bald setzt für beide ein erholsamer Schlaf ein.

Viola und Jürgen gehören zu den etwa 70 % aller Erwachsenen, die gewöhnlich einen guten und erholsamen Schlaf haben. Vielleicht könnten viele Menschen besser Schlafen, wenn sie sich ihre Liebe dauerhaft erhalten würden. Nicht umsonst lautet ein Sprichwort: "Wie man sich bettet, so schläft man."

Würden wir sie beide in einem Schlaflabor beobachten, könnten wir feststellen, dass die Rhythmik ihres Schlafs synchron ist. Wenn Jürgen in den Tiefschlaf eintritt, geht Viola gleichermaßen in diese Schlafphase über. Wenn sie in den Traumschlaf hinübergeht, ist auch er in dieser Schlafphase und sie haben auch die gleichen synchronen Lageveränderungen im Schlaf. Stets werden die Harmonielinien der Liegenden sichtbar. Morgens stehen sie beide frisch und erholt auf. Würden alle Paare sich so gut verstehen, gäbe es weniger Schlafstörungen. Das trifft auf alle Partnerschaften, gleich welchen Alters, zu.

Das Schlafverhalten eines idealen Paares möchten wir noch ein bisschen unter die Lupe nehmen.

Die von T. J. Allan Hobson durchgeführten Untersuchungen zeigten folgende interessanten Ergebnisse: Wenn beide Partner, eng aneinanderliegend, zur gleichen Zeit einschliefen, dann durchliefen sie die NONREM-Zyklen synchron, woraus sich auch eine Bewegungssynchronisation ergab. Nun kam es vor, dass einer der beiden bereits eingeschlafen war und der andere noch wach lag. In diesen Fällen wird ein Partner zum stärksten Reiz für den anderen. Das heißt, wenn der eine eingeschlafen ist und der andere sich herumwälzt, dann wird der Schlafende wieder geweckt. Das Wecken des anderen kann willkürlich, aber auch unwillkürlich erfolgen. Wenn nun beide wieder wach sind, dann ist für sie quasi der NONREM-REM-Verlauf wieder in die Nullposition zurückgestellt und beginnt von neuem. Finden beide den Schlaf, dann wird die Synchronisation eingeschaltet. Nunmehr verlaufen die Zyklen NONREM-REM-Schlaf, die Veränderungen der Lagepositionen und bewegungslose Phasen in einer relativen Kooperation, d. h. in einer harmonischen Abstimmung.

Dieses Zusammenspiel von zwei Menschen während des Schlafs fördert die Erholung. Solch ein Schlafsynchronisation von Paaren scheint aber nur dann vorzuliegen, wenn diese auch am Tage harmonieren. Wir haben in zwei verschiedenen Räumen unseres Schlaflabors der Charité 1983 ein junges Ehepaar untersucht. Hierbei stellten wir fest, dass bei der Bewegung des einen Partners beim anderen Partner „arousal-reactions“ (Aktivierungsreaktionen) im Schlafpolygramm registriert wurden. Gleichzeitig registrierten wir eine relative Koordination der Verläufe der NONREM-REM-Zyklen. Das Zusammenspiel der beiden Partner im Schlafverhalten war offensichtlich so stark ausgeprägt, dass dieses auch durch räumliche Trennung mittels einer dünnen Wand erhalten blieb. Bei einem älteren, sehr zerstritten lebenden Ehepaar konnte keine Synchronisation im Schlafverhalten nachgewiesen werden.

Bei zerstrittenen Paaren sind, wenn sie gemeinsam im Bett liegen, Aversionslinien nachweisbar, sie haben auch eine schlechte Schlafqualität. Einer ärgert sich über den anderen. Ihre Nebennieren schütten Stresshormone ins Blut, die den Schlaf hemmen oder dessen Qualität mindern sowie das Wachsein stimulieren. Leider konnten wir damals diese Untersuchungen nicht fortführen.

Durch Partneruntersuchungen in Schlaflabors eröffnen sich neue Möglichkeiten, die psychophysische Harmonie von Ehepaaren oder anderen Partnerschaften zu testen. Das ist zwar ein teurer, aber könnte doch ein relativ sicherer Test.