

Gute Nacht – Guter Tag

Der Schlaf ist eines der wichtigsten Phänomene unseres Lebens. Wenn man davon ausgeht, daß wir im Durchschnitt acht Stunden pro Tag schlafen, dann verbringen wir ein Drittel unseres Lebens im Schlaf. Vergegenwärtigen wir es uns ganz plastisch: Ein 75-Jähriger hat 25 Jahre seines Lebens "verschlafen"!

Trotz dieses großen Stellenwertes, den der Schlaf in unserem Leben innehat, beschäftigen wir uns eigentlich erstaunlich wenig mit dem Phänomen Schlaf, zumindest solange sich der Schlaf wie "selbstverständlich" zur rechten Zeit einstellt. Wer keine Schlafstörungen hat, macht sich meist nur wenig Gedanken über den Schlaf im allgemeinen oder seinen Schlaf im besonderen. Das sieht ganz anders aus, wenn wir Schlafprobleme haben oder wenn man trotz Müdigkeit am Schlaf gehindert wird. Dann zeigt sich erst, welche ein wichtiger Faktor der Schlaf für unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit darstellt.

Der Schlaf besitzt eine enge Beziehung zu zwei anderen zum Leben gehörenden Erscheinungen, zum Tod und zur Sexualität. Nicht nur, weil Schlafen, Lieben und Sterben am häufigsten im Bett stattfinden, bezeichnen wir diese elementaren Daseinserscheinungen mit fast den gleich Wörtern: Entschlafen meint Sterben, Beschlafen oder beischlafen meint den sexuellen Akt, den Coitus.

Schlaf und Tod werden von alters her als verwandte Phänomene angesehen. "Verwandt" im wörtlichen Sinne: Man nennt den Schlaf auch den "kleinen Bruder des Todes", und in der griechischen Mythologie sind Hypnos und Thanatos, die Götter des Schlafes und des Todes, sogar Zwillingbrüder, geboren von der Nyx, der Nacht, die sich mit Erebus, dem Gott der Finsternis, vereinigte. Ein Kind des Schlafes, des Gottes Hypnos, wiederum ist Morpheus, der Gott der Träume.

In der Bibel gibt es auch ein Beispiel für die Gleichsetzung von Schlaf und Tod: In einem Drohspruch gegen die Babylonier weissagte der Prophet Jeremia "In ewigen Schlaf sollen sie sinken und nie mehr erwachen". Von daher leitet sich die Formulierung für "Tot sein" ab: "Den ewigen Schlaf schlafen".

Es ist der Zustand des Sich-seiner-Existenz-nicht-bewußt-Seins, die "Seins-Vergessenheit", die "Bewußtlosigkeit", die Tod und Schlaf einander ähnlich sein lassen. Da der Schlaf mit dem Aufwachen endet, sein Zustand also "reversibel", umkehrbar ist, während der Tod "irreversibel", endgültig erscheint, benutzen wir gern das Wort "Einschlafen" für Sterben, um dem Schrecken des Todes damit seinen Stachel zu nehmen.

Die Vorstellung, daß der Tod dem Schlaf ähnlich ist, hält beispielsweise Shakespears Hamlet vor dem schon geplanten Selbstmord zurück. In seinem berühmten Monolog "Sein oder Nichtsein" grübelt er:

Sein oder nicht Sein,
das ist hier die Frage,
ob's edler im Gemüt,
die Pfeil und Schleudern
des wütenden Geschicks erdulden
oder sich wappnend
gegen eine See von Plagen
durch Übermut sie enden.
Sterben, Schlafen.
Schlafen? Ja, da liegt's:
Was in dem Schlaf

für Träume kommen mögen,
wenn wir den Drang
des Erdschen abgeschüttelt,
das zwingt uns stillezustehn.
Das ist die Rücksicht,
die Elend läßt zu hohen Jahren kommen ...

Hamlet läßt also den Gedanken fallen, sein Leben zu beenden, aus Angst vor den Träumen, die im Zustand des Todes kommen mögen. -
Auch im Märchen sind Schlaf und Tod gelegentlich nicht klar unterschieden. In "Dornröschen" heißt es:

"Wie aber eben die elfte (Fee) ihr Geschenk gesagt hatte, trat die dreizehnte herein, recht zornig, daß sie nicht war eingeladen worden und rief: 'Weil ihr mich nicht gebeten, so sage ich euch, daß eure Tochter in ihrem fünfzehnten Jahre an einer Spindel sich stechen und todt hinfallen wird.' Die Eltern erschrecken, aber die zwölfte Fee hatte noch einen Wunsch zu thun, da sprach sie: 'Es soll aber kein Tod sein, sie soll nur hundert Jahre in einen tiefen Schlaf fallen.'"

Stellen wir uns einen hundertjährigen Schlaf einmal ganz realistisch vor: Aufzuwachen nach hundert Jahren würde bedeuten, niemanden mehr zu kennen, die Veränderungen auf der Welt nicht zu verstehen, die Zeit vor dem "Einschlafen" wäre wie ein anderes Leben. All das erinnert an eine Wiedergeburt nach dem Tod; denn wir wissen ja auch nicht, ob Dornröschen sich nach hundert Jahren Schlaf an das Leben "davor" überhaupt wird erinnern können.

In diesem Märchen geht es aber nicht nur um Tod und Schlaf, sondern unübersehbar auch um Sexualität. Auf die enge Beziehung von Schlaf und Sexualität habe ich schon hingewiesen. Aber im Dornröschen geht es zunächst um die Verhinderung von Sexualität, um den Versuch, den Verlust der kindlichen Unschuld durch einen langen Schlaf, also durch Vergessen, aufzuhalten. In ihrem 15. Lebensjahr, nämlich in der Phase der Pubertät, soll das Mädchen "sich an einer Spindel stechen". Das ist der Fluch der bösen Fee, und der König unternimmt alles, um dies zu verhindern, so wie Väter früherer Generationen mit aller Gewalt verhindern wollten, daß ihre Töchter ihre Unschuld verlieren und es, wenn die Zeit - wie im Märchen - gekommen war, doch nicht verhindern konnten.

Aber es gibt Frauen, welche die mütterlichen Warnungen vor der Sexualität so verinnerlicht haben, daß sie bei der dann doch nicht eingehaltenen Enthaltensamkeit, also nach dem "Verlust ihrer Unschuld", sich aus Scham und Schuldgefühlen umbringen oder andere, die quasi in einen Schlaf verfallen. Das heißt, sie verdrängen oder verleugnen das Erlebnis der Sexualität. Es sind dies z.B. Frauen, die zwar heiraten, aber in der Ehe "jungfräulich" bleiben.

In diesen "nicht vollzogenen Ehen" verhalten sich die Frauen "wie schlafend"; sie verdrängen die bewußte Wahrnehmung sexueller Empfindungen, und sie fürchten sich vor einem Verletztwerden beim Geschlechtsverkehr. So gibt es solche Ehen ohne sexuellen Verkehr, was der Psychotherapeut FRIEDMAN als "Dornröschen-Syndrom" bezeichnete. - Dies sind meiner Meinung nach interessante, wenn auch spekulative Gedanken zum Thema Schlaf, wie sie besonders tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten gern entwickeln.

Demgegenüber gibt es eine naturwissenschaftlich orientierte Schlafforschung in Psychologie und Medizin, die in den letzten 40 Jahren durch Experimente und Messungen eine Menge objektiver Informationen über den Schlaf gewonnen hat.

So konnte z.B. durch eine einfache Versuchsanordnung die Erholungsfunktion des Gehirnes im Schlaf gezeigt werden. Versuchspersonen mußten unter standardisierten Bedingungen sinnlose Wörter lernen (wie die Vokabeln einer fremden Sprache). Eine Gruppe mußte nach diesem Lernvorgang noch weitere Arbeiten bewältigen, die andere Gruppe von Versuchspersonen konnte unmittelbar nach dem Lernen schlafen gehen. Der Lernerfolg - gemessen nach einigen Stunden - war bei der "Schlafgruppe" wesentlich größer als bei der "Arbeitsgruppe". Das heißt, der Lernvorgang hat sich offenbar im Schlaf gefestigt und wurde nicht durch weitere Informationen gestört.

Dieser einfache Versuch aus der experimentellen Lernpsychologie ist eine Erklärung für den Erfolg der eher magischen Aktion mancher Schüler und Studenten, die sich das Buch, aus dem sie gelernt haben, unter ihr Kopfkissen legen. Das wirkt, weil die gelernten Inhalte durch den direkt sich anschließenden Schlaf besser im Gedächtnis behalten werden.

Der Schlaf hat zweifelsohne etwas zu tun mit Erholung. Ganz naiv könnten wir sagen, daß unser Gehirn im Schlaf nicht "arbeiten" muß, daß es sich von den Anstrengungen des Tages erholt, passiv sein darf; man benutzt das Bild von dem "Akku", der sich über Nacht wieder auflädt. Der Philosoph Schopenhauer sagte: "Der Schlaf ist für den ganzen Menschen, was das Aufziehen für die Uhr."

Aber diese Vergleiche führen zu der falschen Vorstellung, daß der Schlaf etwas Passives, einfach das Fehlen von Wachheit sei. Die Unmöglichkeit, Schlaf selbst wahrnehmen zu können, verleitet zu der Annahme, daß wir im Schlaf in einen Zustand der absoluten Inaktivität und Passivität verfallen.

Was ist das? fragt Leonardo da Vinci:
Der Mensch wünscht es sich,
und wenn er es hat,
lernt er es nicht kennen? - Antwort: Der Schlaf!

Deshalb war dem Schlaf - mit Ausnahme des Träumens - durch Selbstwahrnehmung, durch die Methode der Introspektion, nicht beizukommen. Man ist also auf die Fremdbeobachtung, auf die Beobachtung des Schlafes bei Mensch und Tier angewiesen. Und hier zeigte sich sehr bald, daß Schlaf nicht etwas Passives ist, also nur Abwesenheit von Wachheit, sondern daß Schlaf ein Instinktverhalten darstellt, das aktiv im Gehirn erzeugt, das produziert werden muß.

Schon im 1. Weltkrieg hatte es durch die Epidemie einer ansteckenden Gehirnentzündung (der Encephalitis lethargica) Hinweise darauf gegeben, daß Entzündungsherde im Zwischenhirn (Hypothalamus) schwere und anhaltende Störungen des Schlaf-Wach-Verhaltens zur Folge haben. Entzündliche Zerstörungen im vorderen Hypothalamus führten zu Schlaflosigkeit, im hinteren Hypothalamus zu Schlafsucht.

Dieser durch Sektion Verstorbener erhobene Befund wurde von dem Wiener Psychiater und Neurologen ECONOMO schon 1917 beschrieben. Die eigentliche Schlafforschung beginnt erst 35 Jahre später im Jahre 1953 mit der Entdeckung der sogenannten REM, der Rapid Eye Movements, das heißt "schnelle Bewegungen der Augäpfel", die in einer Nacht etwa 4 - 5 mal während des Schlafes für längere Zeit in Gruppen auftreten, mit zunehmender Dauer zwischen 9 - 36 Minuten. Es ist erstaunlich, daß dieses einfach zu beobachtende Phänomen erst so spät und fast zufällig bemerkt wurde. Wir werden im folgenden noch oft von der REM-Phase des Schlafes sprechen und wollen es deshalb noch einmal wiederholen. Es sind dies Zeiten in unserem Schlaf, in denen es zu den unter den Augenlidern sichtbaren schnellen Augenbewegungen kommt.

Eine wichtige Voraussetzung für die wissenschaftliche Schlafforschung war bereits 1924 durch den Jenaer Psychiater Hans Berger geschaffen, der nämlich das EEG, das Elektro-Enzephalo-Gramm entwickelt hat. Ähnlich wie das EKG am Herzen registriert das EEG elektrische Vorgänge an der Hirnoberfläche durch Elektroden, die an der Kopfhaut angebracht werden.

Mit dem EEG kann man bestimmte Krankheiten erkennen und kontrollieren, z.B. epileptische Anfälle oder Verletzungen und Tumoren des Gehirnes. Das EEG zeigt uns aber auch die Bewußtseinslage des Gehirnes an. Es läßt sich somit an Wellen des Hirnstrombildes erkennen, ob der Mensch hellwach ist, ob er "döst" oder ob er schläft und wie tief er schläft.

Allgemein läßt sich sagen, daß die Wellen im EEG desto größer und langsamer sind, je tiefer der Schlaf ist. Die erste EEG-Ableitung bei einem schlafenden Menschen fand erst 1937 statt. Seitdem konnte man bei einem schlafenden Menschen kontinuierlich den Zustand seines Schlafes messen und kontrollieren. Dabei hat sich die Einteilung der Schlaftiefe in vier Phasen bewährt.

- Phase 1 ist das Übergangsstadium zwischen Wachen und Schlafen, also die Einschlafphase.
- Phase 2 ist der leichte Schlaf. Er nimmt mehr als die Hälfte der gesamten Schlafzeit ein.
- Phase 3 ist der mitteltiefe Schlaf, der relativ schnell in den tiefsten Schlaf übergeht.
- Phase 4 ist das tiefste Schlafstadium. Phase 3 und 4 werden auch gemeinsam als Tiefschlaf bezeichnet.

Erkennbar sind diese Phasen an ihren jeweils charakteristischen Wellen im EEG. Nun hat sich gezeigt, daß der normale Schlaf eines gesunden Menschen ein typisches und jede Nacht sich wiederholendes Schlafmuster aufweist:

Nach einer "Schlafatenz", in der wir noch wach sind und auf das Einschlafen "warten", gleiten wir relativ schnell von der Phase 1 bis in den Tiefschlaf der Phase 4. Das kennen Sie alle von dem Zustand des "Geweckt-Werdens" kurz nach dem Einschlafen, wo wir selbst merken, daß man uns aus einem sehr tiefen Schlaf gerissen hat. Dies zeigt sich auch an der starken Entspannung unserer Muskulatur. Wir müssen uns dann ersteinmal "räkeln", das heißt, unsere Muskulatur gezielt anspannen, damit sie wieder funktionsfähig ist. Das "Strecken und Recken" übt darüberhinaus auch einen Weckreiz auf das Gehirn aus.

Aber auch wenn wir nicht geweckt werden, verbleiben wir nach dem Einschlafen nicht dauerhaft in der Phase 4 des Tiefschlafes. Sondern schon relativ bald, nach etwas 30 Minuten, flacht sich unser Schlaf wieder ab. Wir durchlaufen nun die Phase 3 und 2 bis in das Stadium 1, ohne allerdings aufzuwachen. Die für den Tiefschlaf typische Entspannung der Muskulatur bleibt dabei erhalten. Aber das EEG zeigt relativ schnelle Wellen, fast als ob wir wach wären. Und nun können erstmals in dieser Nacht die vorhin erwähnten schnellen Augenbewegungen, die REM registriert werden. Der Schläfer hat jetzt seine erste sogenannte REM-Phase. Wenn wir ihn wecken, wird er uns wahrscheinlich über einen Traum berichten können; denn der REM-Schlaf ist der typische Traum-Schlaf.

Wird man in dieser ersten REM-Phase von ca. 10 Minuten Dauer nicht geweckt und schläft weiter, dann vertieft sich der Schlaf wieder und erreicht noch einmal relativ schnell den Tiefschlaf der Stufe 4, jedoch ist diese zweite Tiefschlafphase in der Regel kürzer als die

erste; dann flacht sich die Schlaftiefe wieder ab, und man kommt in die 2. REM-Phase dieser Nacht, die schon etwas länger ist, vielleicht 15 Minuten andauert, in der wiederum lebhaft geträumt wird. Ist diese REM-Phase beendet, vertieft sich unser Schlaf wieder, aber jetzt nur noch bis zum Stadium 3, und dies auch nur kurz. Vorwiegend wird dann in der Phase 2 geschlafen, die allerdings noch zweimal unterbrochen wird von den allmählich sich verlängernden REM-Phasen.

So können wir also den normalen Schlaf einer Nacht in Phasen von REM-Schlaf und Abschnitte von NICHT-REM-Schlaf unterteilen. Der NON-REM-Schlaf entspricht den Schlafstadien 2, 3 und 4 ohne schnelle Augenbewegungen. Pro Nacht wird der Ablauf: REM-Phase, Schlafvertiefung, Schlafabflachung, nächste REM-Phase insgesamt vier bis fünfmal wiederholt, wobei Tiefschlaf nur in den ersten beiden Zyklen erreicht wird und die REM-Phasen, der Traumschlaf, im Laufe der Nacht immer länger dauern, bis zu einer halben Stunde.

Tiefschlaf und REM-Schlaf zeigen also gegensätzliche Trends im Laufe einer Nacht: zu Beginn der Schlafzeit schlafen wir tiefer, gegen Ende der Nacht träumen wir mehr. Da der Tiefschlaf für die Erholung und Regeneration am wichtigsten ist, entstand wohl die irrtümliche Vorstellung, daß der Schlaf vor Mitternacht erholsamer sei als danach. Das ist nicht richtig; denn die ersten beiden Zyklen mit Tiefschlaf werden auch dann durchlaufen, wenn wir erst nach Mitternacht ins Bett gehen.

Andererseits gilt das beschriebne Schlafmuster eben nur für gesunde Menschen und für einen Schlaf, der nicht durch Medikamente oder Drogen beeinflusst wurde. Patienten mit sogenannten endogenen Depressionen haben nicht nur typische Schlafstörungen mit insgesamt verkürzter Schlafdauer, Durchschlafstörungen und dem typischen Früherwachen, sondern ihr Schlafmuster ist gekennzeichnet durch schnelleres Auftreten der ersten REM-Phase (das nennt man "verkürzte REM-Latenz") sowie durch mehr REM-Aktivität und weniger Tiefschlaf.

Dem depressiven Patienten geht es nach so einer Nacht morgens in der Regel besonders schlecht. Interessanterweise fühlt er sich besser, wenn er gar nicht geschlafen hat. Deshalb werden bestimmte depressive Patienten gelegentlich erfolgreich mit Schlafentzug behandelt.

Abweichungen von dem beschriebenen normalen (physiologischen) Schlafmuster gibt es auch altersbedingt. So nehmen Schlafdauer und relativer REM-Anteil mit dem Älterwerden kontinuierlich ab. Der Säugling schläft noch 16 Stunden, davon ist fast die Hälfte REM-Schlaf. Beim Erwachsenen finden wir 20% REM-Schlaf und 80% NON-REM-Schlaf bei einer durchschnittlichen Schlafdauer von 8 Stunden. Der alte Mensch schläft nur noch 5 -6 Stunden, und sein REM-Anteil beträgt lediglich 15 - 13 %.

Dies sind statistische Mittelwerte und insofern objektive Angaben, aber das subjektive Schlafbedürfnis kann ganz anders aussehen. Einerseits gibt es - offenbar konstitutions- oder anlagebedingt - Menschen mit sehr geringem Schlafbedürfnis. Napoleon und Winston Churchill z.B. waren Kurzschläfer, die mit 4 bis 6 Stunden Schlaf auf Dauer auskamen. Andererseits brauchen Menschen mit großem Schlafbedarf, wie z.B. der "Langschläfer" Albert Einstein, einen Nachtschlaf von 8 - 10 Stunden, um sich wohlzufühlen.

Das Schlafbedürfnis hängt auch stark von Gewohnheitsbildungen, Einstellungen und Krankheiten ab. Das Gefühl, nicht genug Schlaf zu bekommen, nie ausgeschlafen zu sein, kann z.B. durch eine neurotische Flucht tendenz in den Zustand des Schlafes bedingt sein (z.B. "Wer schläft, der sündigt nicht"). Der manische Patient wiederum braucht fast keinen Schlaf. Er ist auf Grund seiner Manie schlafgestört, aber er leidet nicht darunter und fühlt sich außerordentlich leistungsfähig.

Damit wären wir eigentlich schon bei dem Thema "Schlafstörungen". Aber bevor wir uns dem gestörten Schlaf zuwenden, noch ein paar Worte zum Träumen, obwohl das Thema vom "Traum und seiner Be-Deutung" einen eigenen Vortrag erfordert. Wie Sie gehört haben, träumen wir bevorzugt in den REM-Phasen. Geträumt wird wohl auch während des NON-REM-Schlafes, doch sind diese Träume weniger plastisch-bildhaft, sondern eher abstrakt-gedankenartig.

Wir gehen davon aus, daß jeder Mensch träumt, unabhängig von der Fähigkeit des einzelnen, sich an seine Träume zu erinnern. Es gibt also keine "Viel- oder Wenig-Träumer", es gibt lediglich gute und schlechte "Traum-Erinnerer", wobei man das Erinnern von Träumen trainieren kann, z.B. mit dem Autogenen Training.

Das Träumen scheint für unsere seelische Gesundheit außerordentlich wichtig zu sein. Im Traum setzen wir uns offenbar mit Erlebnissen, Gefühlen und Konflikten unseres Lebens auseinander. So sinnlos Träume oft erscheinen, so sinnvoll sind sie offenbar als regelmäßige "seelische Hygiene". Der Traum bietet uns die Möglichkeit, Gefühle (Affekte) wie Liebe und Haß oder Triebimpulse wie Sexualität und Aggression abzureagieren, ohne sie real auszuleben. Das schlafende Bewußtsein und der schlaffe Muskeltonus sind Sicherungen, die uns davor bewahren, die Affekte in Handlungen umzusetzen.

Das wird dann besonders augenfällig, wenn Menschen daran gehindert werden zu träumen. Man nennt dies "selektiven Schlafentzug": Die Versuchspersonen werden jedesmal beim ersten Anzeichen einer REM-Phase (sichtbar im EEG und Elektro-Okulo-Gramm, das die Augenbewegungen aufzeichnet) geweckt, so daß sie nicht zum Träumen kommen. Dadurch entstehen schon nach kurzer Zeit erhebliche psychische Störungen bis hin zu schweren Verhaltensauffälligkeiten. So wurden Schreckhaftigkeit, depressive Verstimmungen, aggressives Verhalten, Distanzlosigkeit, Mißtrauen bis zu wahnhaften Vorstellungen, Gedächtnisstörungen sowie optische und akustische Halluzinationen beschrieben, das heißt, die Betroffenen sahen oder hörten etwas, das es in der Realität nicht gab. Es sind übrigens die gleichen Störungen, die bei totalem Schlafentzug nach einiger Zeit auftreten.

Schlaf ist für die körperlich-seelische Gesundheit, ja für unser Leben unentbehrlich. Bei tierexperimentellen Untersuchungen starben junge Hunde bereits nach 92 bis 143 Stunden Schlaflosigkeit, also bereits nach 4 bis 6 Tagen. Beim Menschen wird über einen Fall von 11 Tagen Schlafentzug berichtet. Das ist aber eine absolute Ausnahme gewesen. Die meisten Versuchspersonen geben nach 90 bis 110 Stunden ununterbrochenen Wachens auf, also nach 4 bis 5 Tagen. Danach führt ein relativ kurzer Erholungsschlaf von 11 bis 13 Stunden zum vollständigen Abklingen der seelischen und körperlichen Symptome. "Nachgeholt" wird in den ersten Erholungs Nächten übrigens der Tiefschlaf, erst später der REM-Schlaf.

Offenbar ist der Tiefschlaf für die "Erholung" der Gehirnzellen bzw. die Regeneration ihres Stoffwechsels von entscheidender Bedeutung. Dieser Befund ist auch wichtig für die Beurteilung von Schlafstörungen: Wenn man Versuchspersonen acht Tage lang jeweils nur drei Stunden pro Nacht schlafen läßt, holt sich der Körper in dieser Zeit seinen Tiefschlaf, das heißt, das Tiefschlafstadium 4 hat die gleiche Gesamtdauer wie im 8-Stunden-Schlaf.

Somit scheinen beide Schlafkomponenten für unsere Gesundheit unentbehrlich, der Tiefschlaf, wie auch der Traumschlaf. Die Träume können uns aber noch in anderer Hinsicht von Nutzen sein, denn sie sind Botschaften aus unserem Unbewußten. In seinem berühmten Werk "Die Traumdeutung" aus dem Jahre 1900 schreibt Sigmund FREUD, der Begründer der Psychoanalyse und "Entdecker" des Unbewußten, einen Satz, der auch heute noch gilt:

"Die Traumdeutung aber ist

die Via regia
zur Kenntnis des Unbewußten
im Seelenleben"

Daher werden in der Psychotherapie die Träume des Patienten benutzt, um Hinweise auf unbewußte Konflikte oder "verdrängte" Gefühlsinhalte zu bekommen. Ich kann hier nicht darauf eingehen, wie dies geschieht und was dabei beachtet werden muß. Das ist Inhalt meines Vortrages: "Sind Träume Schäume? Vom Traum und seiner Be-Deutung".

Ich möchte jetzt, nachdem Sie die wichtigsten Informationen über den "gesunden" Schlaf erfahren haben, noch auf die Schlafstörungen und ihre Behandlungsmöglichkeit zu sprechen kommen: Schlafstörungen sind ungemein häufig. Die Angaben über das Vorkommen von Schlafstörungen in der Bevölkerung schwanken zwischen 15 bis 40%! Von diesen Schlafgestörten sind 60% älter als 55 Jahre. Probleme mit dem Schlafen haben also besonders die älteren Menschen, und sie betreffen Frauen mehr als Männer. Die Häufigkeit des Symptoms "Schlafstörung" schlägt sich natürlich auch in den Kosten des Gesundheitswesens nieder: Ca. 25 Millionen Rezepte über Schlafmittel wurden jährlich in der alten Bundesrepublik ausgestellt. Ich sage "wurden", weil mir Zahlen für das vereinigte Deutschland noch nicht vorliegen und die Auswirkungen der Seehofer-Reform mit dem deutlich veränderten Ordnungsverhalten der Ärzte ebenfalls noch nicht bekannt sind.

Kommen wir zunächst auf die Feststellung zurück, daß Schlafstörungen besonders ein Problem der älteren Menschen sind, und ziehen unser inzwischen erworbenes Wissen über den normalen Schlaf hinzu, dann müssen wir die Zahlen über gestörten Schlaf im Alter kritisch betrachten. Viele alte Menschen klagen über ihren schlechten Schlaf. Fragt man einmal genauer nach, wie ihr Schlaf wirklich ist, so kann man oft feststellen, daß es sich nicht um eine Schlafstörung im Sinne eines krankhaften Symptoms handelt, sondern um den normalen Schlaf eines alten Menschen. Sie haben vorhin gehört, daß die Schlafdauer mit zunehmendem Alter abnimmt, und der Siebzigjährige normalerweise nur noch fünf bis sechs Stunden schläft. Auch die Qualität des Schlafes ändert sich im Alter: Es wird weniger geträumt, die Tiefschlafphasen sind kürzer und seltener, und es kommt häufiger während einer Nacht auch zum kurzfristigen Erwachen. Das ist normal für einen alten Menschen.

Das subjektive Gefühl, unter einem gestörten Schlaf zu leiden, beruht häufig also auf falschen Erwartungen. Der Erwartung nämlich, daß man auch mit 80 Jahren so schläft wie mit 30. Ich darf in hohem Alter nicht damit rechnen, acht Stunden ohne Erwachen durchzuschlafen zu können. Und an diese Realität muß ich auch meine Schlafgewohnheiten anpassen: Wenn der alte Mensch, weil er allein ist und keine Unterhaltung hat, um 21 Uhr schlafen geht, wird er um 3 Uhr in der Nacht "ausgeschlafen" haben. Das ist dann kein pathologisches "Früherwachen", wie wir es von bestimmten Depressionen her kennen. Es ist auch normal, wenn er in diesen 6 Stunden Schlaf mehrmals aufwacht, sofern er dann wieder einschläft. Diesem Menschen ein Schlafmittel zu verordnen, wäre ein Fehler, zumal Schlafmittel von älteren Menschen ohnehin schlecht vertragen werden.

Hier ist Aufklärung über das normale Schlafverhalten des alten Menschen die beste Medizin. Man sollte ihm raten, nicht zu früh ins Bett zu gehen, sich also möglichst bis Mitternacht wachzuhalten, z.B. durch Beschäftigung mit Hobbies oder durch Fernsehen. Für den alten Menschen, insbesondere den alleinstehenden, ist das Fernsehen meines Erachtens aus diesem Grunde eine segensreiche Einrichtung, während ich diesem Medium sonst außerordentlich kritisch gegenüberstehe, insbesondere was seine Auswirkung auf Kinder und Jugendliche betrifft. Kann sich der alte Mensch nicht so lange wach halten, muß er Überlegungen anstellen, wie er die zweite Nachthälfte, also die Zeit ab 3 Uhr, wachend verbringen kann. Wichtig ist auch, daß der vermeintlich versäumte Schlaf nicht am Tage nachgeholt wird, sonst besteht die Gefahr einer Umkehrung des Schlaf-Wach-Rhythmus, wie

wir es von alten Menschen kennen, welche die "Nacht zum Tag machen" und am Tage ständig vor sich hindösen. Das ist übrigens ein großes soziales Problem für die Familien, die ihre alten Angehörigen in der Familie behalten wollen.

Nun gibt es natürlich auch echte Schlafstörungen von Krankheitswert, die sehr quälend sein können und die Leistungsfähigkeit des Betroffenen auf Grund des realen Schlafdefizites erheblich beeinträchtigen. Bei dem Thema Schlafstörungen denken wir in der Regel ja an zu wenig Schlaf (Hyposomnien). Wir kennen allerdings auch Schlafstörungen, die durch zu viel Schlaf (Hypersomnien) gekennzeichnet sind. Auf diese selteneren Formen gestörten Schlafes will ich hier nicht eingehen. Bei den Hyposomnien unterscheiden wir drei Formen, die sich miteinander kombinieren können:

- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Aufwachstörungen (Früherwachen)

Die Art der Schlafstörung ist wesentlich abhängig von ihrer Ursache. Wir müssen uns ja klarmachen, daß Schlafstörung in der Regel keine eigenständige Krankheit ist, sondern lediglich das Symptom einer zugrundeliegenden Krankheit darstellt. Wenn der Arzt Schlafstörungen behandeln will, muß er zunächst nach der Ursache fahnden. So treten Einschlafstörungen z.B. besonders unter dem Einfluß von Konflikten und Sorgen auf ("Wie wird es weitergehen?"), während das Früherwachen nach kurzem Schlaf von drei bis vier Stunden typisch für die sogenannte endogene Depression ist.

Ursachen von Schlafstörungen können zunächst ganz einfach situative Bedingungen sein, z.B. die Bedingungen des Schlafplatzes. Das kennen Sie alle von Reisen: daß es zu laut, zu eng, zu hart, zu weich ode sonstwie ungewohnt ist, mit der Folge, daß wir "kein Auge zubekommen". Wenn man besonders weite Reisen unternimmt, z.B. Flugreisen nach Japan oder in die USA, kann die damit verbundene Zeitverschiebung zu Störungen unseres Schlaf-Wach-Rhythmus führen, was heutzutage unter dem Begriff "Jet lag" zusammengefaßt wird (Jet = schnelles Flugzeug, lag = Zeitverschiebung).

Am häufigsten sind Schlafstörungen wohl "psychoreaktiv" bedingt. Das heißt, unsere Seele reagiert auf bestimmte Belastungen unseres Lebens u.a. mit Schlafstörungen. Es gibt andere Reaktionen neben diesem Symptom, wie z.B. Depressionen, genauer "reaktive" Depressionen, oder körperliche Symptome, also "psycho-somatische Reaktionen", wie beispielsweise ein Hautausschlag oder eine Magenschleimhautentzündung. Ich stelle bei Schlafproblemen gern die Frage: "Was raubt Ihnen denn den Schlaf?" und erhalte schnell zur Antwort, daß es Belastungen gibt, die zu Ärger, Aufregung oder Angst führen und somit eine plausible Erklärung der vorliegenden Schlafstörung bieten. Lassen sich diese Belastungen abstellen, so ist die Behandlung schnell erfolgreich.

Dies ist natürlich oft nicht der Fall. Dann muß eventuell ein schlafförderndes Medikament eingesetzt werden, etwa bei massiven seelischen Erschütterungen, wie wir sie bei Unfällen oder Katastrophen mit Verlust von nahen Familienangehörigen oder bei wirtschaftlichen Zusammenbrüchen (z.B. Konkurs der eigenen Firma) nicht selten sehen. Die daraufhin einsetzende Schlaflosigkeit mit Grübeln und Katastrophenphantasien verschlechtert die psychische Situation des Betroffenen noch zusätzlich, so daß hier kurzfristige medikamentöse Hilfen durchaus sinnvoll sind, um die Entwicklung eines Teufelskreises zu verhindern.

Schwerwiegender erscheinen die Schlafstörungen im Zusammenhang mit psychiatrischen Krankheiten. Hier ist vor allem die "Endogene Depression" zu erwähnen, eine Depression, die nicht durch äußere Belastungen oder innere Konflikte bedingt ist, sondern die biologisch

durch eine Störung des Zellstoffwechsels hervorgerufen wird. Diese Krankheit geht regelmäßig mit Schlafstörungen einher, seltener mit vermehrtem Schlafbedürfnis, häufiger mit schweren Durchschlafstörungen, dem typisch "zerhackten" Schlaf der endogenen Depression und dem "Früherwachen", was bedeutet, daß der Patient jede Nacht gegen 2 oder 3 Uhr aufwacht und den Rest der Nacht grübelnd wachliegt mit seinen negativen Gedanken und depressiv-ängstlichen Gefühlen, die manchmal sogar in diesen Morgenstunden zur Suizidhandlung führen.

Doch auch andere Psychosen, wie die Schizophrenie oder hirnorganische Störungen, beispielsweise die Alzheimersche Krankheit, gehen oft mit schweren Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus einher.

Noch häufiger sind Schlafstörungen im Rahmen neurotischer Krankheitsbilder. Hier rauben uns unbewältigte Konflikte oder Schuldgefühle den Schlaf. Es bestehen fließende Übergänge zu den psycho-reaktiven Bedingtheiten, mit dem Unterschied, daß die Ursachen bei den Neurosen eher in der Persönlichkeit selbst, nicht in äußeren Ereignissen zu finden sind. So können Schuldgefühle schlafstörend wirken, die von unbewußten, aus der Kindheit stammenden Konflikten herrühren und somit als neurotisch zu bezeichnen sind.

Wenn der bedeutende deutsche Dichter Heinrich Heine in einem Gedicht davon spricht, daß ihn der Gedanke an Deutschland "um den Schlaf bringt", dann möchte man dies zunächst als eine "psycho-reaktiv" bedingte Schlafstörung interpretieren, die verursacht wird durch die "Sorge um Deutschland". So wird dieser Satz auch oft fälschlich zitiert und interpretiert. Liest man das ganze Gedicht "Nachtgedanken" von Heinrich Heine, dann wird deutlich, daß es hier nicht um politische Besorgnis geht, sondern um Schuldgefühle der Mutter in Deutschland gegenüber, die er zwölf Jahre nicht besuchte, nachdem er 1831 nach Paris auswanderte. Heinrich Heine hat offenbar sein Weggehen aus Deutschland und den Genuß französischer Lebensfreuden nie wirklich verarbeitet, hat sich offenbar nicht freimachen können von zwiespältigen Gefühlen der Mutter gegenüber und entsprechend neurotischen Schuldgefühlen, die ihm die Nachtruhe rauben:

Nachtgedanken

Denk' ich an Deutschland in der Nacht,
Dann bin ich um den Schlaf gebracht,
Ich kann nicht mehr die Augen schließen,
Und meine heißen Tränen fließen.

Die Jahr kommen und vergehn!
Seit ich die Mutter nicht gesehn,
Zwölf Jahre sind schon hingegangen;
Es wächst mein Sehnen und Verlangen.

Mein Sehnen und Verlangen wächst.
Die alte Frau hat mich behext,
Ich denke immer an die alte,
Die alte Frau, die Gott erhalte!

Die alte Frau hat mich so lieb,
Und in den Briefen, die sie schrieb,
Seh' ich, wie ihre Hand gezittert,
Wie tief das Mutterherz erschüttert.

Die Mutter liegt mir stets im Sinn.

Zwölf lange Jahre flossen hin,
Zwölf lange Jahre sind verflossen,
Seit ich sie nicht ans Herz geschlossen.

Deutschland hat ewigen Bestand,
Es ist ein kerngesundes Land;
Mit seinen Eichen, seinen Linden
Werd' ich es immer wiederfinden.

Nach Deutschland lechtz' ich nicht so sehr,
Wenn nicht die Mutter dorten wär';
Das Vaterland wird nie verderben,
Jedoch die alte Frau kann sterben.

Seit ich das Land verlassen hab',
So viele sanken dort ins Grab,
Die ich geliebt - wenn ich sie zähle,
So will verbluten meine Seele.

Und zählen muß ich - Mit der Zahl
Schwillt immer höher meine Qual,
Mir ist, als wälzten sich die Leichen
Auf meine Brust - Gottlob! sie weichen!

Gottlob! durch meine Fest bricht
Französisch heitres Tageslicht;
Es kommt mein Weib, schön wie der Morgen,
Und lächelt fort die deutschen Sorgen.

Positiv drückt der Volksmund die schlaffördernde Wirkung fehlender Schuldgefühle so aus:

"Ein gut Gewissen ist ein sanftes Ruhekissen"

Natürlich gibt es zahlreiche andere Krankheiten, die den Schlaf beeinträchtigen können. Auf dem Gebiet der Neurologie und der Orthopädie sind es neben Formen von Muskelunruhe (Myoklonien und restless legs) vor allem die vielfältigen Schmerzsyndrome, die zu quälender Schlaflosigkeit führen können. Diese ist dann also keine primäre Erkrankung, sondern nur die Folge einer mit Schmerzen einhergehenden Krankheit. Der Schmerz ist ein so intensiver Reiz, daß er den Schlafenden aufweckt bzw. den darunter Leidenden gar nicht erst zum Schlafen kommen läßt. Die Behandlung des Grundleidens mit Beseitigung der Schmerzen ist hier der Weg zu einem besseren Schlaf.

Das gilt auch für weitere Krankheiten, die den Schlaf stören, wie Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen oder Herzschmerzen, für Lungenkrankheiten wie Asthma und Emphysem, oder für Hautkrankheiten, insbesondere krankhaften Juckreiz (Pruritus), und auch für urologische Störungen, die den Nachtschlaf dadurch behindern, daß mehrmals in der Nacht die Toilette aufgesucht werden muß, um die Blase zu entleeren.

Schlafstörend können auch Drogen und Medikamente wirken, manchmal sogar ganz harmlose. Einige unter Ihnen kennen sicherlich die stimulierende Wirkung von Coffein, die zu "schlaflosen Nächten" führt, wenn man den Kaffee zu spät am Tage trinkt. Es gibt aber sicherlich unter Ihnen auch "paradox" reagierende Kaffeetrinker, die ihren Schlaf mit einer Tasse Kaffee eher fördern. Man muß hier seine individuelle Reaktionsbereitschaft kennen oder austesten.

Ich habe einmal eine fast schlaflose Nacht erlebt, nachdem ich in meiner Weinsberger Zeit von einer Stationsschwester eine schwäbische Spezialität angeboten bekommen hatte, nämlich - vergleichbar dem Zwiebelkuchen - einen Petersilien-Kuchen. Er schmeckte mir vortrefflich, so daß ich zwei oder gar drei Stücke aß, mit der Folge einer schlafgestörten Nacht. Erst als ich mich damit beschäftigte, erfuhr ich, daß Petersilie in größeren Mengen eine anregende Wirkung besitzt und deshalb von Kinderärzten mit dem Ziel einer Aktivierung therapeutisch eingesetzt wird.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, daß einige Medikamente, die gegen bestimmte Krankheiten durchaus sinnvoll eingesetzt werden, zu Schlafstörungen führen können. Bei den "Stimulantien", den "Weckaminen", wie Kaptagon oder Pervitin, ist das nicht verwunderlich, weil ihre anregende Wirkung zunächst erwünscht ist. Allerdings werden Weckamine wegen ihrer appetithemmenden Wirkung oft auch als "Appetitzügler" eingenommen mit der Folge ihrer fatalen Nebenwirkungen von Schlaflosigkeit und Suchtentwicklung. Der Arzt muß also bei dem Beklagen von Schlafstörungen immer auch nach den Medikamenten fragen, die der Patient einnimmt (z.B. Betablocker, Diuretika, oder Nootropika).

Ein besonderes Kapitel ist das Thema Alkohol und Schlaf. Alkohol entspannt und euphorisiert, das heißt, scheinbar kann man "Sorgen in ein ein Gläschen Wein schütten" und damit unbeschwert einschlafen. Diese Wirkung von Wein oder Bier kennen Sie sicherlich alle und haben sie auch schon zur Schlafförderung eingesetzt.

Die Schlafforscher stellten allerdings fest, daß diese positive Wirkung auf den Schlaf, insbesondere auf das Einschlafen, nur für kleinere Alkoholmengen in der Größenordnung von 5 - 10 Gramm zutrifft, das entspricht etwa einem Glas Wein, Bier oder einem Schnapsgläschen. Unter dem Einfluß größerer Alkoholmengen, wie etwa einer ganzen Flasche Wein, die zwischen 70 und 140 Gramm Alkohol enthalten kann, kommt es zu erheblichen Veränderungen im Schlafmuster. Diese Veränderungen der Schlafqualität können im Schlaflabor registriert werden, während der Schläfer selbst sie möglicherweise nicht bemerkt, weil er unter der Alkoholwirkung "tief und fest" schläft.

Typisch für den Alkohol sind zwei negative Auswirkungen auf den Schlaf: Verminderung der Tiefschlafphasen, die ja, wie Sie gehört haben, für den Erholungseffekt so wichtig sind, und Verkürzungen der REM-Phasen, die offenbar für unser psychisches Gleichgewicht eine große Bedeutung haben. Zwar wird nach Abklingen der Alkoholwirkung in der zweiten Nachthälfte einiges an Tiefschlaf und Traumschlaf "nachgeholt", dennoch muß man festhalten, daß Alkohol in größeren Mengen einen ähnlich schädlichen Einfluß auf die "Schlaf-Architektur" ausübt, wie die seit den 60er Jahren als Schlafmittel abgeschafften Barbiturate es taten.

Damit sind wir bei dem Thema "Schlafmedikamente", wie bei den Therapiemöglichkeiten von Schlafstörungen überhaupt. Obwohl Medikamente erst an letzter Stelle der Schlafhilfen stehen sollten, möchte ich mit diesen beginnen. Das bedeutet also keinesfalls, daß jede Schlafstörung sofort mit einem Schlafmittel "behandelt" werden muß. Doch gibt es in der ärztlichen Praxis verschiedenste Situationen, in denen die Verordnung eines Schlafmittels notwendig, gelegentlich sogar lebensrettend sein kann.

Das soll nicht heißen, daß man an Schlaflosigkeit sterben kann. Sie haben ja gehört, wie der Organismus sich auch bei sehr geringer Schlafmenge die zu seiner Erhaltung notwendige Quantität an Tiefschlaf "holt". Nein, lebensrettend können Hypnotika dadurch wirken, daß sie einen Suizid, einen Selbstmord, vermeiden helfen. Es gibt schwere Depressionen mit schwersten Schlafstörungen, bei denen der Patient zwar einschläft, aber nach wenigen Stunden aufwacht und nun voller Unruhe mit den schlimmsten Grübeleien und Negativ-

Gedanken die Nacht verbringt, ein Zustand, der so schrecklich sein kann, daß der Patient sich schließlich vor Verzweiflung suizidiert, umbringt.

Die Behandlung solch unruhiger (agitierter) Depressionen und ihrer massiven Schlafstörungen geschieht zunächst mit Medikamenten, die wir "Antidepressiva" nennen, also Mittel gegen Depressionen. Diese sollten nicht nur stimmungsaufhellend wirken, sondern auch dämpfend oder beruhigend, damit die quälende Unruhe beseitigt wird. Bewährte Antidepressiva dieser Art sind z.B. Saroten oder Aponal oder Ludiomil. Wenn man sie abends in höherer Dosis ansetzt, kann der Schlaf dadurch bereits spürbar gebessert werden. Erfreulicherweise tritt die schlaffördernde Wirkung dieser Medikamente auch sofort ein, während der antidepressive Effekt erst nach zwei bis drei Wochen zu erwarten ist.

Nicht selten aber reicht bei schweren Depressionen diese Behandlung zunächst nicht aus, das heißt, der Patient bleibt trotz der Gabe von Antidepressiva schlaflos und suizidgefährdet. In einem solchen Fall darf der Arzt nicht zögern, zusätzlich ein geeignetes Schlafmittel einzusetzen, um damit den drohenden Suizid oder andere Zuspitzungen zu verhindern.

Welche Schlafmittel stehen uns heute zur Verfügung? Vorwiegend sind es die Beruhigungsmittel, die "Tranquilizer" oder "Benzos", so genannt, weil sie sich alle von der Grundsubstanz "Benzodiazepin", dem Valium, ableiten. Nicht zu Unrecht stehen viele Menschen diesen Substanzen skeptisch bis ablehnend gegenüber, haben wir doch seit ihrer Einführung im Jahre 1960 erfahren müssen, daß sie eine hohe Abhängigkeits- und Suchtgefahr mit sich bringen.

Allerdings vergißt man dabei allzuleicht, daß diese Stoffgruppe in der Behandlung schwerer Schlaf- und Angststörungen damals einen großen Fortschritt bedeutete, weil sie die zuvor als Schlafmittel eingesetzten Barbiturate ablösten, die eine wesentlich höhere Suchtgefahr haben. Die Barbiturate erzwingen den Schlaf auf Kosten des Traumschlafes und sind mit starken Nebenwirkungen auf Leber und Kreislauf behaftet, weshalb sie bei Überdosierung z.B. in suizidaler Absicht oft tödlich wirken.

Die Benzodiazepine dagegen beeinflussen den REM-Schlaf in nur geringem Maße, sie haben praktisch keine Nebenwirkungen auf Leber und andere Organe und werden auch subjektiv sehr gut vertragen. Überdosierungen führen nicht zum Tode, wenn rechtzeitig eingegriffen werden kann. Ihr Hauptproblem ist - eben wegen der angenehmen und prompten Wirkung auf Angst und Schlaf - die Suchtgefahr, die allerdings gegenüber den alten Barbituraten geringer ist. Sie kennen sicherlich die Namen dieser "Valiumabkömmlinge", wie Tavor, Halcion, Noctamid, Rohypnol, Dalmadorm, Mogadan, Lexotanil, Tranxilium u.a.

Das Suchtpotential dieser Medikamente ist ein "Restrisiko". Man kann es vermindern, indem man sie nur kurzfristig, z.B. in Krisensituationen, einsetzt und sorgfältig der Tendenz der Dosissteigerung entgegentritt. Grundsätzlich gilt, daß man anfangs, also in den 60er Jahren das Problem der Abhängigkeit trotz oder wegen der Risikolosigkeit dieser Stoffgruppe unterschätzt hat, während man das gleiche Problem heute überschätzt. Inzwischen gibt es natürlich weitere Stoffgruppen mit guter Schlafwirkung, insbesondere mit kurzer Wirkzeit, so daß es zu keinem "Überhang" am Morgen kommt. Ich nenne hier die beiden neuen Präparate Ximovan und Stilnox. Wieweit sich auch hier Abhängigkeit entwickeln kann, vermag man heute allerdings noch nicht zu beurteilen. Ich bin eher skeptisch, daß sie uns keine Suchtprobleme machen werden.

In meiner Klinik, der Tannenwaldklinik in Bad Schwalbach, verordnen wir daher nach wie vor Präparate aus der Gruppe der Antidepressiva und der Neuroleptika, die keine Schlafmittel im engeren Sinne sind, die aber schlaffördernd wirken und nicht abhängig machen. Das gilt natürlich auch für die pflanzlichen Mittel, bei denen Baldrian und Hopfen noch immer an der

Spitze stehen. Auch Johanneskraut, das in hoher Dosierung eine nachgewiesene antidepressive Wirkung hat, kann den Schlaf fördern. Man muß allerdings bei allen Medikamenten auch über mögliche "paradoxe" Wirkungen informiert sein, das heißt, bei einem kleinen Prozentsatz von Patienten wirken sie entgegengesetzt, also z.B. aktivierend und somit nicht schlaffördernd.

Nun aber abschließend noch zu den nichtmedikamentösen Schlafhilfen, die Sie vielleicht besonders interessieren. Ich möchte einige von ihnen stichwortartig aufzählen (nach FAUST, 1985):

- "Den Tag ausklingen lassen". Schlaf ist nicht auf Knopfdruck möglich. Schlaf ist wie eine Taube: Streckt man den Arm ruhig aus, so setzt sie sich auf die Hand. Greift man nach ihr, fliegt sie davon. Zwischen einem hektischen Tag und der Nacht muß Zeit bleiben für den letzten Teil des Feierabends, für eine "Umschaltung auch des Nervensystems" von Leistung zur Muße.

- "Ermüdungslesen": Man kann die Müdigkeit und damit Einschlafbereitschaft durch Lesen erhöhen, wenn die Lektüre nicht zu an- oder aufregend ist und wirklich der Freizeitunterhaltung dient.

- Lärmvermeidung: Ein großes Problem, weil viele Störreize nicht verhindert werden können und dadurch noch zusätzlich Ärger und damit Aufregung verursachen (Schnarchen des Partners, Aktivitäten der Nachbarn, Straßenlärm, Flugverkehr). Wenn dies eine große Rolle spielt, aus dem gemeinsamen Schlafzimmer ausziehen oder mit Ohropax bzw. Hansaplast-Lärmstop schlafen.

- Lichtvermeidung: Die ausreichende Abdunkelung des Raumes ist für den Schlaf wichtig. Licht ist ein Weckreiz. Zur Not (z.B. auf Reisen) eine weiche Schlafbrille aus Stoff benutzen.

- Bettverhältnisse: Wie man sich bettet, so schläft man. Beim Bettgestell und der Matratze nicht sparen. Andere Schlafzimmerelemente sind für den Schlaf nicht sehr wichtig. Schlafzimmer der meist benutzte Raum! Feste Matratze günstiger als weiche, auch wenn zunächst ungewohnt. Besser für die Wirbelsäule.

- Temperatur: Frischluft (offenes Fenster) sicherlich günstig. Aber Schlafzimmer sollte nicht zu kalt werden. 16 Grad sind optimal. Überhitzung ist natürlich ungünstig.

- Abendmahlzeit: Hunger verscheucht den Schlaf, aber natürlich auch reichliche und scharf gewürzte Mahlzeit zu später Stunde. Normalgewichtige und leicht übergewichtige Menschen schlafen besser. Gewichtsextreme wie starkes Übergewicht und Untergewicht sind ungünstig. Abmagerungskuren führen zu vorübergehenden Schlafstörungen.

- Schlafrhythmus trainieren: Es scheint für das Einschlafen und für die Schlafqualität günstig, wenn man möglichst häufig zu gleicher Zeit zu Bett geht und zur gleichen Zeit aufsteht. Man sollte seine innere Uhr nicht ohne Not aus dem Rhythmus bringen.

- Ermüdungserscheinungen nutzen: Ermüdungserscheinungen nicht "überspielen", sondern zum Einschlafen nutzen. Wer müde ist und sich ohne zwingenden Anlaß über den "toten Punkt zu mogeln versucht", darf sich nicht wundern, wenn er später Einschlafstörungen hat. Dies steht in einem gewissen Widerspruch zum folgenden Punkt:

- Therapie des Früherwachens: Das Bett später aufsuchen, das heißt den Tag und den Tag-Nacht-Rhythmus nach und nach zurückverlegen, möglichst bis Mitternacht. Gilt besonders für alte Menschen und Kurzschläfer. (Bedeutung des Fernsehens).

- Mittagsschlaf: Zunächst gilt die Regel, daß jemand mit Schlafstörungen nicht am Tage schlafen sollte. Wenn aber (durch später ins Bett-Gehen) der Tag zu lang wird (6 Uhr bis 24 Uhr sind 18 Stunden), dann kann der Tag in zwei Hälften durch einen Mittagsschlaf aufgeteilt werden. Empfohlen wird aber eine Länge des Mittagsschlafes von maximal 1 1/2 Stunden, weil man sonst nicht mehr so recht auf die Füße kommt. Alte Menschen holen sich ihren Tagesschlaf oft durch mehrfaches "Einnicken" im Sessel.

- Einschlafstörungen. Bei Einschlafstörungen sollte man umgekehrt regelmäßig über längere Zeit versuchen, morgens früher aufzustehen. Je regelmäßiger diese Gewohnheit, desto erstaunlicher der Effekt, einschließlich Schlafqualität und Leistungsfähigkeit am Tage.

- Leistungsermüdung: Ohne körperliche Ermüdung kein befriedigender Schlaf. Geistige Aktivitäten zu später Stunde können den Schlaf stören. Man ist dann "überdreht". Anstrengende körperliche Tätigkeiten sollten ebenfalls vermieden werden.

- Bett = Schlaf: Für Schlafgestörte ist es wichtig, die Assoziation Bett = Schlaf zu erhalten. Sie sollten sich also nicht zum Lesen, Fernsehen oder gar Essen ins Bett legen. Eine befriedigende Sexualität dagegen gilt als schlaffördernd!

- Nächtliches Aufwachen: Kurzes Aufwachen in der Nacht beeinträchtigt nicht den Erholungswert des Schlafes, wenn man bald wieder einschläft. Wenn man längere Zeit wirklich wach liegt, ist es am wichtigsten, sich nicht darüber zu ärgern oder sich Sorgen zu machen. Entweder ruht man in Gelassenheit und nutzt die ungewohnte Zeit für schöne oder kreative Gedanken oder man steht einfach auf und liest ein wenig, trinkt einen Schlaftee oder etwas Milch. Wichtig ist, daß man sich nicht einbildet, am Morgen "nicht ausgeschlafen" und damit "nicht leistungsfähig" zu sein. Wir neigen dazu, die Wirkung eines Schlafdefizites zu überschätzen. Diese Sorgen sind schädlicher als der eigentliche Schlafmangel. - Das hängt auch mit unserer Erziehung zusammen, weil uns von Kindheit an eingetrichtert wurde, wie wichtig der Schlaf für die Gesundheit ist. Das frühe Ins-Bett-Gehen der Kinder ist hinsichtlich deren hohem Schlafbedarf einerseits sinnvoll, wird aber andererseits überschätzt und kommt natürlich auch dem Wunsch der Eltern entgegen, endlich Ruhe zu haben. Diese Einstellung aber kann im Erwachsenenalter Schlafstörungen fördern. Das Problem ist oft nicht die Schlafstörung an sich, sondern die Einstellung des Menschen zu seiner Schlafstörung. An dieser sollte man arbeiten.

- Entspannungsverfahren: Besonders hilfreich erweist sich das Autogene Training zur Schlafförderung, sowohl bei Einschlaf-, wie auch Durchschlafstörungen. Auch die Einstellung zu Schlafstörungen kann durch Vorsatzformeln erfolgreich verändert werden, z.B. "Schlaf ganz gleichgültig, Ruhe wichtig" u.a. Es gibt auch andere Entspannungsverfahren, wie die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder Yoga. Entscheidend ist die Herstellung einer entspannten psychischen Situation, die den Schlaf bahnt. Selbst wenn man nachts wachliegt, ist das Autogene Training hilfreich, indem man mit seiner Hilfe gelassen bleiben kann. Schlafforscher bestätigen immer wieder, daß auch das entspannte ruhige Liegen mit geschlossenen Augen einen großen Erholungswert hat. Wer das weiß und auch verinnerlicht hat, der wird mit eventuellen Schlafstörungen besser umgehen können oder erst gar keine Schlafprobleme bekommen.

Es ist nun spät geworden, und ich möchte schließen, damit Sie mir nicht einschlafen! Allerdings würden Sie, wie Sie am Anfang gelernt haben, den Inhalt meines Vortrages dann besonders gut im Gedächtnis behalten!