



Gesprächsleitfaden: Schlafhygienische Maßnahmen bei Autismus und ADHS

Diskussionsgrundlage mit Reflexionsfragen

1. Einleitung: Warum Schlafhygiene auch bei neurologischen Besonderheiten hilft

Die im ersten Teil geschilderten neurologischen und physiologischen Ursachen für Schlafprobleme bei Autismus und ADHS sind komplex und tief verankert. Dennoch zeigen Studien, dass gezielte schlafhygienische Maßnahmen in Kombination mit anderen Interventionen signifikante Verbesserungen bewirken können. Die Amerikanische Akademie für Neurologie (AAN) empfiehlt in ihren Leitlinien von 2020 einen gestuften Ansatz, der mit individuellen Verhaltensinterventionen beginnt, bevor medikamentöse Optionen wie Melatonin in Betracht gezogen werden.

Wichtig ist dabei: Schlafhygiene ist kein Allheilmittel. Bei neurodivergenten Menschen müssen Standardmaßnahmen an das jeweilige sensorische Profil, die kognitive Struktur und die familiäre Situation angepasst werden. Was für eine Person funktioniert, muss für eine andere nicht passen. Genau hier setzt diese Diskussion an – um gemeinsam zu erforschen, welche Elemente sinnvoll sein könnten.

2. Zentrale Säulen der Schlafhygiene bei Autismus und ADHS

2.1 Konsistente Schlaf-Wach-Routinen

Ein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus ist grundlegend, besonders weil die zirkadianen Systeme bei beiden Bedingungen oft destabilisiert sind. Für Menschen mit ADHS bedeutet dies konkret: Feste Zubettgehzeiten auch am Wochenende helfen, die verzögerte Melatonin-Ausschüttung nicht noch weiter zu verschieben. Bei Autismus sind visuelle Zeitpläne, Countdown-Timer oder Social Stories oft hilfreich, um den Übergang ins Bett vorhersehbar zu gestalten.

Die „Sleeping Sound“-Studie (Papadopoulos et al., 2022) zeigte, dass ein strukturiertes Verhaltenstraining für Eltern autistischer Kinder die Schlafprobleme nachhaltig reduzierte (Effektstärke $\approx -0,4$), wobei die Wirkung mindestens 12 Monate anhielt. Besonders stark war die Verbesserung bei Kindern, die bereits Schlafmedikation erhielten, deren Eltern weniger psychischen Stress erlebten und bei denen der Autismus schwerer ausgeprägt war.

2.2 Umwelanpassungen und sensorische Optimierung

Viele autistische Menschen sind sensorisch überempfindlich. Licht, Geräusche, Textilbeschaffenheit oder Raumtemperatur können den Schlafbeginn blockieren, selbst wenn die Müdigkeit da ist. Empfohlen werden daher:

- **Lichtreduktion:** Kein Blaulicht von Bildschirmen 1–2 Stunden vor dem Schlaf; gegebenenfalls Blaulichtfilterbrillen; gedimmtes Abendlicht; Rotlicht statt weißes Nachtlicht.
- **Geräuschkontrolle:** Ohrstöpsel, weiße Geräusche (White Noise) oder beruhigende Musik, falls Geräuschempfindlichkeit besteht. Umgekehrt kann bei Unterempfindlichkeit leise Hintergrundmusik helfen.
- **Textilien:** Schwere Decken (Weighted Blankets) können bei einigen beruhigend wirken – jedoch erst nach Rücksprache mit Fachleuten, da sie bei bestimmten motorischen oder respiratorischen Problemen kontraindiziert sein können.
- **Temperatur:** Kühle Raumtemperaturen (16–19 °C) fördern den Tiefschlaf; viele autistische Personen benötigen jedoch individuell angepasste Temperaturen.

2.3 Schlafumgebung als „Schlaf-Zone“

Das Bett sollte primär zum Schlafen genutzt werden – nicht zum Arbeiten, Lernen, Spielen oder Konsumieren digitaler Medien. Dies stärkt die psychologische Verknüpfung zwischen Bett und Schlaf. Besonders wichtig bei ADHS, wo das Bett oft zum Rückzugsort für alles Mögliche wird. Die American Academy of Sleep Medicine empfiehlt, die Schlafzimmerumgebung „schlaffreundlich“ zu halten: dunkel, ruhig, kühl und frei von störenden visuellen Reizen.

2.4 Tagesstruktur und Aktivitätsmanagement

Regelmäßige Bewegung am Tag verbessert die Nachtruhe – jedoch nicht unmittelbar vor dem Schlafengehen, da dies die Körpertemperatur und den Sympathikus aktiviert. Bei ADHS hilft strukturierte körperliche Aktivität am Vormittag oder frühen Nachmittag, die innere Unruhe zu kanalisieren.

Auch die Nahrungsaufnahme spielt eine Rolle: Schwere Mahlzeiten, Koffein oder zuckerhaltige Getränke sollten 4–6 Stunden vor dem Schlafen vermieden werden. Alkohol fördert zwar das Einschlafen, verschlechtert jedoch die Schlafarchitektur (weniger Tiefschlaf, mehr nächtliches Erwachen).

2.5 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (CBT-I adaptiert)

Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) gilt bei Erwachsenen als Goldstandard. Für neurodivergente Jugendliche und Kinder wurden angepasste Versionen entwickelt, die folgende Elemente enthalten:

- **Kognitive Umstrukturierung:** Irrationale Schlafängste („Ich schaffe nie Einschlafen“) identifizieren und korrigieren.
- **Stimuluskontrolle:** Nur ins Bett gehen, wenn müde; bei längerem Wachliegen (>20 Min.) aufstehen und ruhige Tätigkeit ausüben.
- **Schlafrestriktion:** Vorübergehende Verkürzung der Zeit im Bett, um den Schlafdruck zu erhöhen – nur unter professioneller Anleitung.
- **Entspannungstechniken:** Progressive Muskelentspannung, Atemübungen, Achtsamkeitspraxis – angepasst an individuelle sensorische Präferenzen.

Wichtig: CBT-I allein reicht oft nicht; laut aktuellen Reviews ist eine Kombination mit Melatonin (wenn indiziert) und an die Bedürfnisse angepassten Verhaltensstrategien am effektivsten.

2.6 Melatonin-Unterstützung (nach ärztlicher Abklärung)

Bei vielen autistischen und ADHS-Personen ist die endogene Melatoninproduktion gestört. Meta-Analysen belegen, dass orale Melatoningabe die Einschlafzeit signifikant verkürzt und die Gesamtschlafdauer erhöht. Wichtig ist jedoch:

- Dosierung variiert stark (0,5 mg bis 10 mg); niedrig beginnend steigern.
- Langzeitwirkungen sind noch nicht vollständig untersucht.
- Sollte immer mit behandelnden Ärzt:innen besprochen werden – insbesondere bei komorbiden Erkrankungen oder Medikamenteneinnahme.
- Chronotherapie (Lichttherapie morgens + Melatonin abends) kann die zirkadiane Verschiebung bei ADHS zusätzlich korrigieren.

2.7 Eltern- und Angehörigenschulung

Bei Kindern und Jugendlichen ist die Mitwirkung der Familie entscheidend. Eltern werden in Schlafhygiene geschult, unterstützen konsistente Routinen und dokumentieren Schlafmuster. Studien zeigen, dass elterlicher psychologischer Stress die Wirksamkeit von Schlafinterventionen mindern kann – daher ist die Entlastung der Bezugspersonen Teil des Gesamtansatzes.

3. Besondere Herausforderungen und Anpassungsbedarf

Herausforderung	Anpassung
Sensorische Überlastung	Individuelle Sensorik-Assessment; Anpassung von Licht, Geräuschen, Textilien
Rigidität im Autismus	Schrittweise Einführung neuer Routinen; Visualisierung; Geduld bei Widerstand
Impulsivität bei ADHS	Strukturelle Hilfen (Timer, Checklisten); kurze Intervalle; Belohnungssysteme
Angst und Grübeln	Entspannungstechniken; kognitive Umstrukturierung; ggf. therapeutische Unterstützung
Medikamente	Einnahmezeiten optimieren; Wechselwirkungen prüfen; mit Ärzt:in absprechen
Elternstress	Psychoedukation für Familie; Entlastung anbieten; externe Unterstützung bei Bedarf

4. Grenzen der Schlafhygiene

Es ist wichtig, realistisch zu bleiben: Schlafhygiene allein löst nicht alle Probleme. Bei schweren Formen von Schlafapnoe, neurologischen Grundstörungen oder komplexen psychiatrischen Komorbiditäten sind medizinische und psychotherapeutische Interventionen notwendig. Zudem zeigt sich in der Forschung: Nicht jede Maßnahme wirkt bei jeder Person. Ein individueller, trial-and-error-basierter Ansatz unter professioneller Begleitung ist meist nötig.

Was Schlafhygiene leistet, ist die Schaffung einer optimierten Grundlage, auf der weitere Behandlungen besser wirken können. Sie ist ein Baustein im Gesamtkonzept, kein Ersatz für notwendige medizinische Diagnostik.

5. Reflexionsfragen für die Gruppenarbeit

Die folgenden Fragen sollen dazu dienen, das eigene Schlafverhalten und die Schlafbedingungen in der Gruppe gemeinsam zu reflektieren und konkrete Ansatzpunkte zu identifizieren.

Für alle Teilnehmenden:

1. **Wie sieht deine aktuelle Schlafroutine aus?** Gibt es feste Zeiten für Zubettgehen und Aufstehen – auch am Wochenende? Wenn nicht, welche Hindernisse stehen einem festen Rhythmus im Weg?
2. **Welche Umgebungsfaktoren beeinflussen deinen Schlaf?** Licht, Geräusche, Temperatur, Textilien – was hilft dir wirklich, und was stresst dich unbewusst? Hast du schon einmal versucht, diese bewusst zu ändern?
3. **Welche digitalen Gewohnheiten hast du am Abend?** Wie lange nutzt du Bildschirme vor dem Schlafen? Welche Wirkung beobachtest du daraufhin?
4. **Wie ist dein Umgang mit nächtlichem Wachliegen?** Bleibst du im Bett und grübelst du, oder stehst du auf? Welche Strategie funktioniert bei dir besser?
5. **Erinnerst du dich an Tage mit besserem Schlaf?** Was war anders an diesen Tagen? Welche Faktoren kannst du identifizieren, die damals geholfen haben?

Spezifisch für Menschen mit Autismus:

6. **Welche sensorischen Reize belasten dich nachts?** Sind es Geräusche von außen, Lichtquellen, das Gefühl von Kleidung oder Decken, Raumgerüche? Hast du Strategien entwickelt, damit umzugehen?
7. **Wie wichtig ist dir Vorhersehbarkeit beim Zubettgehen?** Gibt es Rituale, die dir Sicherheit geben? Wie könnte man diese weiter stabilisieren?
8. **Grübelst du nachts über bestimmte Themen?** Gibt es Methoden, diesen Gedankenkreislauf zu unterbrechen (z. B. Journaling, Entspannungsübungen, Audio-Support)?

Spezifisch für Menschen mit ADHS:

9. **Hast du ein „abendliches Hochfahren“?** Fühlst du dich abends oft aktiver und kreativer, während du morgens müder bist? Wie wirkt sich das auf deine Schlafzeiten?
10. **Wie gut gelingt dir die Trennung zwischen Bett und anderen Aktivitäten?** Wird dein Bett zum Ort für Arbeit, Handy, Essen? Was würde helfen, die Assoziation mit Schlaf zu stärken?
11. **Welche Rolle spielen Impulse im Bett?** Stehst du nachts nochmal auf, um etwas zu erledigen, was dir eingfallen ist? Wie könnte man solche Impulse besser abfangen?

Für alle – Zukunftsperspektive:

12. **Wenn du eine Veränderung deinem Schlaf gegenüber versuchen könntest: Was wäre das erste kleine Experiment?** Etwas, das machbar ist ohne großen Aufwand – z. B. 30 Minuten früher Bildschirme ausschalten, Raumtemperatur senken, festes Ritual einführen.
13. **Wer oder was könnte dich dabei unterstützen?** Brauchst du jemanden, der dich erinnert? Benötigst du technische Hilfsmittel (Apps, Timer)? Oder einfach Verständnis vom Umfeld?
14. **Was ist das größte Hindernis für besseren Schlaf in deinem Alltag?** Ist es Zeitmangel, Stress, Ungewissheit, äußere Bedingungen? Wie könnte man dieses Hindernis Schritt für Schritt angehen?
15. **Welche Unterstützung brauchst du von der Gruppe oder Professionellen?** Wo siehst du Lücken in deiner aktuellen Versorgung? Welche Informationen fehlen dir noch?

6. Literaturverzeichnis

1. Papadopoulos, N. et al. (2022). *Randomised Controlled Trial of a Behavioural Sleep Intervention, 'Sleeping Sound', for Autistic Children: 12-Month Outcomes and Moderators of Treatment*. PMC9684935. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9684935>
2. American Academy of Neurology (2020). *Practice guideline: Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder*. Neurology, 94(15). <https://www.aan.com/Guidelines/home/GuidelineDetail/988>
3. Huang, Y.S. et al. (2020). *Efficacy and Safety of Melatonin Treatment in Children with Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder—A Review of the Literature*. Brain Sciences, 10(4), 219. <https://www.mdpi.com/2076-3425/10/4/219>
4. Cortese, S. et al. (2025). *Behavioral Sleep Interventions for Neurodivergent Youth: A Narrative Review*. Current Sleep Medicine Reports. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40675-026-00379-7>
5. Edinger, J.D. et al. (2021). *Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults*. Journal of Clinical Sleep Medicine. <https://aasm.org/new-guideline-supports-behavioral-psychological-treatments-for-insomnia>
6. van der Heijden, K.B. et al. (2025). *ADHD as a circadian rhythm disorder: evidence and implications for chronotherapy*. Frontiers in Psychiatry, 16:1697900. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2025.1697900/full>
7. Owens, J.A. et al. (2020). *Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder*. Neurology.org. <https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000009033>
8. National Sleep Foundation. *Children and Sleep*. <https://www.sleepfoundation.org/children-and-sleep>
9. American Academy of Sleep Medicine. *Clinical Practice Guidelines for Behavioral Treatments of Insomnia*. https://aasm.org/resources/practiceparameters/behavioral_insomnia_adults.pdf
10. Double Cara ABA Blog. *Autism and the Role of Sleep Hygiene in Behavior*. <https://doublecareaba.com/post/autism-and-the-role-of-sleep-hygiene-in-behavior>

Dieses Material dient als Gesprächsvorbereitung und ersetzt keine medizinische Diagnose oder Behandlung. Bei klinisch relevanten Schlafproblemen wenden Sie sich bitte an eine Fachperson für Schlafmedizin oder Neuropsychologie.

Die Inhalte dieses Beitrags sind weder medizinisch noch psychotherapeutisch oder pädagogisch verwertbar. Sie geben nur meine subjektiven persönlichen Erlebnisse oder Erfahrungen wider. Für Diagnostik und Therapie suchen Sie bitte fachlich geeignete Personen auf. Fragen Sie dort Erfahrungen im Bereich Autismus und ADHS nach.