

## 4 Materialien

Übersicht	
M01	Explorationsschema für Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter
M02	Elternfragebogen (7. bis 13. Lebensjahr) – Fragen zum Schlafverhalten und zur Tagesbefindlichkeit
M03	Kinderfragebogen (7. bis 13. Lebensjahr) – Fragen zum Schlafen und Befinden am Tage
M04	Jugendlichenfragebogen (14. bis 18. Lebensjahr) – Fragen zum Schlafen und Befinden am Tage
M05	Schlaf-Wach-Protokoll für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern
M06	Schlafprotokoll für Eltern von Vorschul- und Grundschulkindern
M07	Schlafprotokoll für Klein- und Vorschulkinder
M08	Schlafprotokoll für Grundschul Kinder
M09	Schlafprotokoll für Jugendliche
M10	Restless-legs-Syndrom – Fragebogen für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren
M11	Elternfragebogen: Pediatric Sleep Questionnaire German Version, short (PSQ-G short)
M12	Patientenfragebogen: Ullanlinna Narcolepsy Scale (UNS)
M13	Informationsblatt für Eltern zum Thema Schlaf
M14	Informationsblatt für Eltern zu Schlafhygieneregeln für Säuglinge und Kleinkinder
M15	Informationsblatt für Eltern zu Schlafhygieneregeln für Grundschul Kinder
M16	Informationsblatt für Eltern zu Schlafhygieneregeln für Jugendliche
M17	Schlafhygieneregeln für Jugendliche
M18	Anleitung zur Rhythmusumstellung bei Jugendlichen

<b>M01 Explorationsschema für Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter</b>	
Datum:	Patient:
Beurteiler:	Adresse:
	Tel.:
<b>(A) Angaben zum Patienten</b>	
Geburtsdatum:	Alter:
Größe:	Gewicht:
Berufsausbildung der Eltern:	
Mutter: (Alter: )	Vater: (Alter: )
Geschwister (Alter):	1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) 4. ( )
Ethnischer, kultureller, religiöser Hintergrund:	
Schule:	Klasse:
Aktuelle Schulleistungen:	
Schullaufbahn (Umschulung/Klassenwiederholung):	
<b>(B) Vorstellungsanlass/spontan berichtete Probleme</b>	
<b>(C) Freizeitaktivitäten/Interessen/Kompetenzen</b>	

**(D) Freunde/Klassenkameraden**

**(E) Aktuelles Schlafverhalten und Umgebungsfaktoren**

**1. Abendaktivitäten:**

Zeitpunkt des Abendessens (Uhrzeit):

Art der aufgenommenen Nahrung und der Getränke:

Abendaktivitäten:

Schlafmedikation:

**2. Zubettgehssituation**

Zubettgehzeit (Uhrzeit):

werktags:

am Wochenende:

Licht-aus-Zeitpunkt (Uhrzeit):

Hilfen beim Zubettgehen (beteiligte Personen, Ablauf, Regelmäßigkeit):

Oppositionelle Verhaltensweisen des Kindes:

Zubettgehritual:

Ängste des Kindes (bzgl. Schlaf):

**3. Schlafumgebung**

Eigenes Zimmer/eigenes Bett/andere Personen im Zimmer:

Adäquate Schlafumgebung (Temperatur, Licht, Lärm etc.):

<b>4. Schlafsituation:</b>		
Ort des Einschlafens (Elternbett, Sofa etc.):		
Schlaflatenz:	Min.:	Häufigkeit:
	Ursachen (z. B. unruhige Beine (RLS), Ängste):	
Nächtliches Erwachen:	Häufigkeit:	Zeitpunkt:
	Ursache:	Dauer:
	Schwierigkeiten des Wiedereinschlafens (genaue Beschreibung z. B. Wechsel des Schlafortes):	
Nächtliche Aktivitäten (z. B. Toilettengang, Spielen, Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme):		
Verhaltensweisen im Schlaf oder am Schlaf-Wach-Übergang (Alpträume, Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Zähneknirschen, Sprechen im Schlaf, Einnehmen unüblicher Körperpositionen, rhythmische Bewegungen (z. B. Kopfanschlagen) etc.)		
Häufigkeit: _____ Uhrzeit: _____ Dauer: _____ (Min.)		
<i>Verhalten des Kindes:</i>		
<i>Verhalten der Eltern:</i>		
Hinweise auf <ul style="list-style-type: none"> <li>– eine atmungsgebundene Schlafstörung (z. B. Schnarchen, Atemaussetzer, Keuchen und Schnaufen während des Schlafes)</li> <li>– Restless-legs-Syndrom und/oder Periodische Bewegungen der Gliedmaßen (PLMS):</li> </ul>		
<b>5. Aufwachsituation morgens:</b>		
spontanes oder fremdinitiiertes Erwachen (zutreffendes bitte unterstreichen):		
Uhrzeit:	werktags:	am Wochenende:
Erweckbarkeit:		
Gesamtschlafzeit (Std.):	werktags:	am Wochenende:
Längstes Intervall ununterbrochenen Schlafs:		
Erholsamkeit des Nachtschlafs:		

<b>6. Tagesbefindlichkeit:</b>			
Müdigkeit und spontane Einschlafneigung:			
Schlafepisoden tagsüber:	Anzahl:	Dauer:	
	Uhrzeit:		
	In welchen Situationen (im Sitzen lesend, beim Unterhalten etc.):		
Hinweis auf eine Narkolepsie (übermäßige Schläfrigkeit, plötzliche Muskelschwäche z. B. beim Lachen (Kataplexie)):			
Konzentrations- und Leistungsfähigkeit:			
Motorische Hyperaktivität:			
Tagesablauf:			
Gemeinsame Aktivitäten in der Familie:			
<b>(F) Komorbidität</b>	Stärke: 7 = stark; 1 = gering	<b>Stärke</b>	<b>Alter (bei Beginn)</b>
Depressive Symptome (u. a. mangelndes Selbstvertrauen)			
Angst (u. a. Leistungsangst)			
Entwicklungsstörungen/Teilleistungsschwächen/Intelligenzminderung			
Hyperkinetische/oppositionelle Verhaltensweisen			
Aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen			
Enuresis:			
Andere:			

**(G) Angaben zu**

- körperlichen Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen),
- organischen Störungen (z. B. Neurodermitis),
- Medikation  
früher und heute:

**(H) Entwicklungsgeschichte des Patienten**

Schwangerschaft:

Neugeborenenzeit:

Entwicklung der Motorik, Sprache, Sauberkeit:

Temperamentsmerkmale im Säuglings- und Kleinkindesalter (Störungen der Nahrungsaufnahme, häufiges Schreien, Koliken, Unruhe; Belastungen der Eltern):

Kindergartenzeit (z. B. Trennungsverhalten):

Grundschulzeit (z. B. Lernverhalten):

Jugendlichenalter (z. B. Pubertätsentwicklung):

**(I) Belastende Lebensereignisse (Erkrankung, Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Trennungserfahrungen, neue Familienmitglieder etc.)**

<b>Alter</b>	<b>Ereignis</b>	<b>Reaktion des Kindes</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

**(J) Beginn der Schlafstörungen**

Belastungen zu diesem Zeitpunkt:

Reaktionen/Konsequenzen auf die Symptomatik:

Verlauf:

**(K) Aktuelle Belastungen in der Familie**

Psychische Probleme/Gesundheitsprobleme von Familienmitgliedern:

Eheprobleme/Probleme mit anderen Kindern in der Familie:

Probleme mit Verwandten/Freunden/Nachbarn:

Finanzielle Probleme:

Andere Probleme:

**(L) Bewältigungsversuche und ihre Erfolge; Ressourcen in der Familie**

**(M) Vorbehandlungen der Schlafstörungen**

<b>Alter (bei Beginn)</b>	<b>Intervention/Behandlung</b>	<b>Dauer (Monate)</b>	<b>Erfolg</b>
1.			
2.			

**(N) Krankheitskonzept und Therapieerwartungen**

Kausalattributionen (organische, psychische, familiäre Ursachen) der Eltern bzw. des Patienten:

Kontrollattributionen (Kind muss sich ändern, Medikament, Verminderung anderer Probleme, Veränderung in der Familie) der Eltern bzw. des Patienten:

Bemerkungen:



**M02****Elternfragebogen (7. bis 13. Lebensjahr) –  
Fragen zum Schlafverhalten und zur Tagesbefindlichkeit**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Schlafgewohnheiten und die Tagesbefindlichkeit Ihres Kindes in den letzten drei Monaten. Bitte versuchen Sie, alle Fragen durch Markieren des jeweilig zutreffenden Kästchens zu beantworten.

	nicht zutreffend	etwas oder manchmal zutreffend	genau oder häufig zutreffend
Mein Kind geht jeden Abend zur selben Zeit zu Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft mit anderen Personen im Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind weigert sich abends, ins Bett zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft in seinem eigenen Bett ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind braucht uns als Eltern im Zimmer, um einschlafen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat schlafbezogene Ängste (z. B. Angst vor der Dunkelheit, Angst allein zu schlafen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Schwierigkeiten einzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Durchschlafprobleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind kommt nachts in das elterliche Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schnarcht nachts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat nächtliche „Atemaussetzer“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind überstreckt den Kopf beim Schlaf nach hinten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft nachts sehr unruhig und wälzt sich herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind steht nachts auf und fängt z. B. an zu spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht häufig nachts kurz auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schreit nachts auf und kann sich nicht daran erinnern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schlafwandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nicht zutreffend	etwas oder manchmal zutreffend	genau oder häufig zutreffend
Mein Kind nässt nachts ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind klagt abends beim Einschlafen über unangenehme Empfindungen in den Armen oder Beinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schwitzt stark im Schlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind knirscht im Schlaf mit den Zähnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind steht jeden Morgen ungefähr zur gleichen Zeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind wacht morgens von alleine auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens ist mein Kind nur schwer erweckbar und wird nur langsam munter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind macht einen Mittagsschlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist tagsüber oft müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist tagsüber oft „überdreht“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schläft am Tage plötzlich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind ist tagsüber körperlich schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind neigt zu Infekten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat Allergiebeschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat eine schwere chronische Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie gibt es besonders viel Stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Wohnung wird geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Schlafzimmer meines Kindes bestehen Lichtbelästigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Schlafzimmer meines Kindes bestehen Lärmbelästigungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind hat in seinem Zimmer einen eigenen Fernseher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind schaut vor dem Zubettgehen noch fern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M03****Kinderfragebogen (7. bis 13. Lebensjahr) –  
Fragen zum Schlafen und Befinden am Tage**

Hallo,  
wir möchten gerne von dir erfahren, ob du nachts gut schlafen kannst und tagsüber erholt bist. Deine Angaben sind uns dabei besonders wichtig. Wir möchten dich bitten, diesen Fragebogen selbst auszufüllen. Bitte beantworte die Fragen so, wie du es in den letzten drei Monaten erlebt und empfunden hast.

	nicht zutreffend	etwas oder manchmal zutreffend	genau oder häufig zutreffend
Ich gehe jeden Abend zur selben Zeit zu Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe mit anderen Personen im Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe abends nicht gern ins Bett./Ich möchte abends nicht ins Bett gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe abends in meinem eigenen Bett ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nur einschlafen, wenn meine Eltern bei mir am Bett sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe abends Angst (z. B. Angst vor der Dunkelheit, Angst allein zu schlafen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann abends schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wache nachts auf und kann dann schlecht wieder einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe nachts zu meinen Eltern ins Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich merke, dass ich nachts unruhig schlafe und mich herumwälze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stehe nachts auf und fange z. B. an zu spielen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache nachts ins Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einschlafen muss ich meine Beine bewegen, weil sie sich unangenehm anfühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze nachts stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stehe jeden Morgen ungefähr zur gleichen Zeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wache morgens von alleine auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nicht zutreffend	etwas oder manchmal zutreffend	genau oder häufig zutreffend
Ich werde morgens schwer wach und werde nur langsam munter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache einen Mittagsschlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin tagsüber in der Schule oder beim Spielen müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe tagsüber plötzlich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich tagsüber schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft erkältet oder krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Allergie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie gibt es besonders viel Stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Wohnung wird geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schlecht einschlafen, weil es in meinem Zimmer zu hell ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schlecht einschlafen, weil es zu laut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Kinderzimmer ist ein Fernseher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gucke vor dem Zubettgehen fern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache vor dem Einschlafen noch Video- oder Computerspiele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache Sport, z. B. Schwimmen, Fußballspielen, Tanzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich spiele und tobe draußen an der frischen Luft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M04****Jugendlichenfragebogen (14. bis 18. Lebensjahr) –  
Fragen zum Schlafen und Befinden am Tage**

Hallo,  
wir möchten gerne von dir erfahren, ob du nachts gut schlafen kannst und tagsüber erholt bist. Deine Angaben sind uns dabei besonders wichtig. Wir möchten dich bitten, diesen Fragebogen selbst auszufüllen. Bitte beantworte die Fragen so, wie du es in den letzten drei Monaten erlebt und empfunden hast.

	nicht zutreffend	etwas oder manchmal zutreffend	genau oder häufig zutreffend
Ich gehe in der Woche jeden Abend zur selben Zeit zu Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Wochenende gehe ich viel später ins Bett und schlafe am nächsten Tag lange aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe mit anderen Personen im Zimmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe abends nicht gern ins Bett./Ich möchte abends nicht ins Bett gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe die ganze Nacht in meinem eigenen Bett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann abends schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe abends vermehrt Ängste (z. B. wegen des nächsten Schultages).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich grübele abends, wenn ich im Bett liege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abends im Bett oder auch schon am Tage mache ich mir Sorgen, ob ich diese Nacht gut schlafen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wache nachts auf und kann dann schlecht wieder einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich merke, dass ich nachts unruhig schlafe und mich herumwälze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stehe nachts auf, weil ich nicht schlafen kann, und beschäftige mich z. B. mit fernsehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Alpträume.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einschlafen muss ich meine Beine bewegen, weil sie sich unangenehm anfühlen oder kribbeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schwitze nachts stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich stehe in der Woche jeden Morgen ungefähr zur gleichen Zeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nicht zutreffend	etwas oder manchmal zutreffend	genau oder häufig zutreffend
Ich wache morgens von alleine auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde morgens schwer wach und werde nur langsam munter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe am Tage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin tagsüber häufig müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe tagsüber plötzlich ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich tagsüber schlapp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft erkältet oder krank.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Allergie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Familie gibt es besonders viel Stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In unserer Wohnung wird geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schlecht einschlafen, weil es in meinem Zimmer zu hell ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann schlecht einschlafen, weil es zu laut ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Zimmer ist ein Fernseher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gucke vor dem Zubettgehen fern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache vor dem Einschlafen noch Video- oder Computerspiele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache Sport, z. B. Schwimmen, Fußballspielen, Tanzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin viel draußen an der frischen Luft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M05

### Schlaf-Wach-Protokoll für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern

Name des Kindes:

Datum:

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	
ruhig mit sich beschäftigt																									
gemeinsames Spiel																									
Herumtragen, auf dem Schoß sitzen																									
Essen																									
Schlafen																									
Quengeln oder Unruhe																									
Schreien																									

Zusätzlich können folgende Punkte notiert werden:

im eigenen Bett																									
im elterlichen Bett																									
Beruhigungshilfen (z. B. Schnuller, Tee)																									

Uhrzeit des Ins-Bett-Bringens: \_\_\_\_\_

Wie haben Sie sich heute gefühlt?

Dauer des Einschlafens: \_\_\_\_\_

sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

Anzahl des nächtlichen Aufwachens: \_\_\_\_\_

Uhrzeit des morgendlichen

Wann war an diesem Tag der schönste Moment mit Ihrem Kind und wie sah er aus?

Ausgeschlafenseins: \_\_\_\_\_





Schlafprotokoll von: _____		Woche vom _____ bis _____						
Abendprotokoll	Beispiel	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
1. Wie war die Stimmung Ihres Kindes heute über den ganzen Tag? (1: sehr gut ... 6: sehr schlecht)	3							
2. Wie leicht/schwer fiel es Ihrem Kind heute, Leistungen (z.B. Konzentration bei den Hausaufgaben) zu erbringen? (1: sehr leicht ... 6: sehr schwer)	3							
3. Wie müde war Ihr Kind über den Tag verteilt? (1: gar nicht müde ... 6: sehr müde)	3							
4. Hat Ihr Kind heute tagsüber geschlafen? <i>Falls ja, geben Sie bitte an, wann und wie lange insgesamt!</i>	14:00 30 Min							
5. Wann haben Sie Ihr Kind heute zu Bett gebracht?	19:00							
6. Wann wurde das Licht gelöscht?	19:30							
7. Wie lange brauchte Ihr Kind heute Abend zum Einschlafen? (Min.)	30							
<b>Morgenprotokoll</b>	<b>Beispiel</b>	<b>Mo</b>	<b>Di</b>	<b>Mi</b>	<b>Do</b>	<b>Fr</b>	<b>Sa</b>	<b>So</b>
8. Ist Ihr Kind in der Nacht aufgewacht? Falls ja: Um wie viel Uhr? Wie oft? Wie lange war es insgesamt wach? (Min.)	1:00; 3:15 2x 30							
9. Sind bei Ihrem Kind heute Nacht nächtliche Ereignisse (z. B. Schlatwandeln, Alträume) aufgetreten? Falls ja: Wie oft? Um welche Uhrzeit? Was hat sich ereignet?	1x 03:15 Albtraum							
10. Wann ist Ihr Kind heute Morgen aufgewacht?	6:30							
11. Wann ist Ihr Kind heute Morgen aufgestanden?	6:30							
12. Haben Sie Ihr Kind heute Morgen geweckt? 1 = ja 2 = nein	1							
13. Wie lange hat Ihr Kind insgesamt geschlafen? (Angabe in Stunden:Minuten)	10:00							
14. Wie ausgeruht/munter war Ihr Kind heute Morgen? (1: sehr ausgeruht/munter ... 6: sehr müde)	2							

M07

Schlafprotokoll für Klein- und Vorschulkinder

Schlafprotokoll von: \_\_\_\_\_

Woche vom \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

**Mein Schlaf war heute Nacht ...**

Montag



Dienstag



Mittwoch



Donnerstag



Freitag



Samstag



Sonntag



**Anleitung zum Ausfüllen der Schlafprotokolle****Unbedingt vor der Erstbearbeitung lesen!**

Das Schlafprotokoll hilft uns, deinen Schlaf genau zu beobachten und Veränderungen feststellen zu können. Deshalb ist es besonders wichtig, dass du das Protokoll regelmäßig, vollständig und sorgfältig ausfüllst. Du brauchst dafür nur wenige Minuten am Abend und am Morgen. Am besten füllst du das Abendprotokoll aus, kurz bevor du ins Bett gehst. Das Morgenprotokoll kannst du zum Beispiel direkt nach oder vor dem Frühstück beantworten. Auf diese Weise gehen keine Informationen verloren.

Die Protokolle sind so aufgebaut, dass du jeweils eine ganze Woche im Überblick hast. Am besten beginnst du heute Abend, indem du die erste Spalte des Abendprotokolls (Frage 1 bis 3) für den zutreffenden Wochentag beantwortest. Am nächsten Morgen füllst du dann in der gleichen Spalte (Morgenprotokoll) die Fragen 4 bis 8 aus.

**Vielen Dank für deine Mitarbeit!**

Weitere wichtige Ereignisse in dieser Woche, kannst du hier aufschreiben:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Schlafprotokoll von: _____		Woche vom _____ bis _____						
Abendprotokoll	Beispiel	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa
1. Warst du heute fröhlich und gut gelaunt? ☺ = fröhlich und gut gelaunt ☹ = eher schlecht gelaunt	☺							
2. Konntest du dich heute in der Schule, bei den Hausaufgaben oder wenn du etwas anderes Schwieriges gemacht hast gut konzentrieren? ☺ = konnte mich gut konzentrieren ☹ = konnte mich eher schlecht konzentrieren	☹							
3. Wie müde hast du dich heute tagsüber gefühlt? ☺ = war tagsüber munter und ausgeruht ☹ = war tagsüber eher müde	☹							
<b>Morgenprotokoll</b>	<b>Beispiel</b>	<b>Mo</b>	<b>Di</b>	<b>Mi</b>	<b>Do</b>	<b>Fr</b>	<b>Sa</b>	<b>So</b>
4. Hast du gestern Abend lange zum Einschlafen gebraucht? ✓ = ja    – = nein Falls ja: Hat dich das gestört? ✓ = ja    – = nein	✓ –							
5. Bist du heute Nacht häufig aufgewacht? ✓ = ja    – = nein Falls ja: Hat dich das gestört? ✓ = ja    – = nein	✓ ✓							
6. Bist du heute Nacht lange am Stück wach gewesen? ✓ = ja    – = nein Falls ja: Hat dich das gestört? ✓ = ja    – = nein	–							
7. Wie hast du heute Nacht geträumt? ☺ = Ich habe heute Nacht nicht oder gut geträumt. ☹ = Ich hatte heute Nacht einen schlechten Traum (Albtraum).	☹							
8. Fühlst du dich heute morgen frisch und munter? ☺ = ja    ☹ = nein	☺							

**Anleitung zum Ausfüllen der Schlafprotokolle****Unbedingt vor dem ersten Ausfüllen lesen!**

Das Schlafprotokoll stellt eine wichtige Informationsquelle für den Arzt/ Psychologen dar, um Schlafprobleme genau untersuchen und behandeln zu können. Wir möchten dich daher bitten, diese Protokollbögen regelmäßig, vollständig und sorgfältig zu bearbeiten. Du brauchst dafür nur wenige Minuten am Abend und am Morgen.

Die Protokolle sind so aufgebaut, dass du jeweils zehn Tage im Überblick hast. Beginne am besten heute Abend, indem du die erste Zeile des Abendprotokolls beantwortest. Am nächsten Morgen beantwortest du dann in der gleichen Zeile die Fragen für das Morgenprotokoll. Bitte bearbeite das Abendprotokoll unmittelbar bevor du zu Bett gehst und das Morgenprotokoll direkt nach dem Aufstehen (z. B. vor oder nach dem Frühstück), damit keine Informationen verloren gehen.

Für die Fragen zur abendlichen Zu-Bett-Geh-Zeit sowie das morgendliche Aufwachen und Aufstehen brauchst du eine Uhr. Bei allen anderen Fragen interessiert uns deine subjektive Einschätzung – du brauchst hierfür also keine Uhr am Bett. Schätze z. B. wie lange du zum Einschlafen gebraucht hast.

Sollten bestimmte Fragen an einem Tag nicht auf dich zutreffen (z. B. Du hast am Tage nicht geschlafen), dann lasse das Kästchen einfach leer und gehe zur nächsten Frage über.

**Herzlichen Dank für deine Mitarbeit!**

Weitere wichtige Ereignisse/Vorkommnisse in dieser Woche, kannst du hier aufschreiben:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

ABENDPROTOKOLL (Bitte vor dem Lichtlöschen ausfüllen.)						
W O C H E N T A G	Wie fühlst du dich jetzt?	Wie war heute deine Leistungsfähigkeit insgesamt gesehen?	Hast du dich heute erschöpft gefühlt?	Hast du heute tagsüber geschlafen?	Hast du in den letzten vier Stunden Alkohol zu dir genommen?	Wann bist du zu Bett gegangen?
		1 = entspannt 2 = ziemlich entspannt 3 = eher entspannt 4 = eher angespannt 5 = ziemlich angespannt 6 = angespannt	1 = gut 2 = ziemlich gut 3 = eher gut 4 = eher schlecht 5 = ziemlich schlecht 6 = schlecht	0 = nein 1 = ein wenig 2 = ziemlich 3 = sehr	Wie lange?  Wann?	Was?  Wie viel?
<u>Beispiel</u>	<u>Beispiel</u>	<u>Beispiel</u>	<u>Beispiel</u>	<u>Beispiel</u>	<u>Beispiel</u>	<u>Beispiel</u>
Mi	5	4	2	40 Min., 15:15- 16:05	0,3l Bier	23:45 h


(modifiziert nach Hoffmann & Liendl)



**M10**

**Restless-legs-Syndrom – Fragebogen für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren \***

*Kinder unter elf Jahren brauchen die Hilfe der Eltern beim Ausfüllen!*

Dein Name: \_\_\_\_\_ Dein Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die **letzten sechs Monate**:

1. Hattest du unangenehme Empfindungen in den Armen oder Beinen (Schmerzen, Kribbeln oder andere unangenehme Gefühle), wenn du eine Zeit lang still gesessen oder gelegen hast?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| nein                  | ja, nur selten        | ja, häufig            | ja, fast jedes Mal    |
| wenn ja:              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                       | stört mich nicht      | stört mich            | stört mich sehr       |

2. Hattest du das Gefühl und den Drang „ich muss mich bewegen“, wenn du eine Zeit lang still gesessen oder gelegen hast?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| nein                  | ja, nur selten        | ja, häufig            | ja, fast jedes Mal    |
| wenn ja:              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                       | stört mich nicht      | stört mich            | stört mich sehr       |

3. Warst du unruhig und zappelig (konntest du z. B. nicht lange still sitzen oder hast du häufig mit Händen und Füßen gezappelt)?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| nein                  | ja, nur selten        | ja, häufig            | ja, fast jedes Mal    |
| wenn ja:              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|                       | stört mich nicht      | stört mich            | stört mich sehr       |

4. Hattest du Schwierigkeiten, abends einzuschlafen (lagst du abends z. B. länger als eine halbe Stunde wach im Bett)?

- |                       |                         |                            |                               |
|-----------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>         |
| nein                  | ja, nur selten          | ja, häufig                 | ja, fast jedes Mal            |
| wenn ja:              | (bis zu 3 Mal im Monat) | (1 bis 3 Mal in der Woche) | (4 Mal in der Woche u. öfter) |
|                       | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>         |
|                       | stört mich nicht        | stört mich                 | stört mich sehr               |

*Wenn du bei den Fragen 1, 2 und 3 immer „nein“ angekreuzt hast, dann brauchst du die restlichen Fragen nicht zu beantworten.*

Unangenehme Empfindungen, Bewegungsdrang oder Unruhe wurden **besser** durch

- |                            |                       |                           |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| Ruhiges Sitzen oder Liegen | Herumlaufen           | Nichts oder etwas anderes |

Unangenehme Empfindungen, Bewegungsdrang oder Unruhe wurden **schlechter** durch

- |                            |                       |                           |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     |
| Ruhiges Sitzen oder Liegen | Herumlaufen           | Nichts oder etwas anderes |

Wie verhielten sich unangenehme Empfindungen, Bewegungsdrang oder Unruhe im Tagesverlauf?

- Sie wurden meist am Abend und in der Nacht stärker.
- Sie wurden meist am Abend und in der Nacht schwächer.
- Es gab keine regelmäßigen Schwankungen.

\* Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Jörg Kinkelbur.



**M11****Elternfragebogen: Pediatric Sleep Questionnaire –  
German Version, short (PSQ-G short)\***

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wenn Ihr Kind schläft, schnarcht es dann mehr  
als 50 % der Zeit?  ja  nein  weiß nichtWacht Ihr Kind morgens unerholt auf?  ja  nein  weiß nichtHat Ihr Kind ein Problem mit Tagesschläfrigkeit?  ja  nein  weiß nichtHat ein/e Lehrer/in oder Erzieher/in Ihnen  
gegenüber jemals erwähnt, dass Ihr Kind  
tagsüber müde wirkt?  ja  nein  weiß nichtIst Ihr Kind morgens schwer erweckbar?  ja  nein  weiß nichtHört Ihr Kind oft nicht zu, wenn es  
angesprochen wird?  ja  nein  weiß nichtHat Ihr Kind Schwierigkeiten, Aufgaben und  
Aktivitäten zu planen?  ja  nein  weiß nichtIst Ihr Kind leicht durch äußere Einflüsse  
ablenkbar?  ja  nein  weiß nichtZappelt Ihr Kind oft herum oder kann nicht  
still sitzen?  ja  nein  weiß nicht

---

\* Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Georg Handwerker.

**M12 Patientenfragebogen: Ullanlinna Narcolepsy Scale (UNS)\***

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Hast du eines der folgenden Dinge schon einmal erlebt, wenn du lachen musstest, dich gefreut hast, dich geärgert hast oder aufgeregt warst?

Weichwerden der Knie	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> 1- bis 5-mal im Leben	<input type="radio"/> monatlich	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich oder fast täglich
Mund geht auf	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> 1- bis 5-mal im Leben	<input type="radio"/> monatlich	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich oder fast täglich
Kopf fällt nach vorne	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> 1- bis 5-mal im Leben	<input type="radio"/> monatlich	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich oder fast täglich
Sturz zu Boden	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> 1- bis 5-mal im Leben	<input type="radio"/> monatlich	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich oder fast täglich
Wie schnell schläfst du gewöhnlich nachts ein?					
Ich brauche bis zum Einschlafen etwa ...	<input type="radio"/> > 40 Minuten	<input type="radio"/> 31–40 Minuten	<input type="radio"/> 21–30 Minuten	<input type="radio"/> 10–20 Minuten	<input type="radio"/> < 10 Minuten
Schläfst oder schlummerst du tagsüber?					
Schlafen am Tag ...	<input type="radio"/> mag ich nicht	<input type="radio"/> mag ich zwar, kann aber nicht	<input type="radio"/> < 3-mal pro Woche	<input type="radio"/> 3- bis 5-mal pro Woche	<input type="radio"/> täglich oder fast täglich
Schläfst du tagsüber ein, obwohl du nicht willst?					
beim Lesen?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> monatlich oder seltener	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich	<input type="radio"/> mehrfach täglich
beim Bus/Straßenbahn/Zug fahren?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> monatlich oder seltener	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich	<input type="radio"/> mehrfach täglich
im Stehen?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> monatlich oder seltener	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich	<input type="radio"/> mehrfach täglich
beim Essen?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> monatlich oder seltener	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich	<input type="radio"/> mehrfach täglich
in anderen ungewöhnlichen Situationen?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> monatlich oder seltener	<input type="radio"/> wöchentlich	<input type="radio"/> täglich	<input type="radio"/> mehrfach täglich

\* Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Georg Handwerker.

## Einleitung

Das Wort „Schlaf“ ist ursprünglich altgermanisch und bedeutet soviel wie „schlapp werden“ (Borbély, 1984). Das Phänomen Schlaf interessiert den Menschen von jeher, was nicht verwunderlich ist, da jeder Mensch ungefähr ein Drittel seines Lebens im Schlaf verbringt. Früher nahm man an, der Schlaf sei ein inaktiver Zustand, der dem Tod ähnele. In den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts konnte jedoch ein Forscher namens Berger erstmals die Gehirnströme erfassen und aufzeichnen. Auf diese Weise konnte der Schlaf genauer untersucht werden. Dies führte zu der Feststellung, dass es sich beim Schlafen keineswegs um einen inaktiven Zustand handelt. Auf die Vorgänge im Schlaf wird weiter unten noch genauer eingegangen, um zu zeigen, dass der Schlaf ein Phänomen ist, das sich zusammensetzt aus einer Vielzahl von Mechanismen, die aufeinander abgestimmt sind.

Wenn man beginnt, sich mit dem Thema Schlaf genauer zu beschäftigen, so ist es wichtig zu berücksichtigen, dass der Schlaf schon immer **kulturell beeinflusst** wurde. Wir sind es z. B. gewöhnt, dass wir eine lange Nachtschlafphase haben und dass hauptsächlich Kleinkinder und ältere Menschen einen Mittagsschlaf halten. In anderen Ländern hingegen ist der Schlaf-Wach-Rhythmus der Erwachsenen nicht so starr an die Arbeitszeiten gekoppelt. So kann man z. B. in Indien beobachten, dass Menschen auf Feldern oder am Tage direkt neben ihrem Arbeitsplatz schlafen.

Die Schlafforschung ist noch eine junge Wissenschaft. Die meisten Erkenntnisse wurden in den letzten 70 Jahren herausgefunden, denn seitdem sind die technischen Möglichkeiten zur Untersuchung des Schlafes vorhanden (s. o.). In den folgenden Textabschnitten sind die wichtigsten Informationen über den Schlaf zusammengefasst. Je mehr wir über den Schlaf wissen, desto besser können wir Schlafproblemen vorbeugen und sie beheben. Außerdem kursieren in der Bevölkerung viele Schlafmythen und veraltete Ansichten über den Schlaf, die Sorgen und Ängste verursachen können. Es ist also wichtig, so gut wie möglich über den Schlaf Bescheid zu wissen.

## Der Aufbau des Schlafes

In der Einleitung wurde schon darauf hingewiesen, dass die Gehirnströme eine wichtige Rolle bei der Beurteilung des Schlafes spielen. Im Schlaflabor analysiert man den Schlaf mithilfe von drei Körpersignalen, die in der Nacht beim Schläfer aufgezeichnet werden:

1. Gehirnströme
2. Augenbewegungen
3. Muskelspannung

Während des Schlafes verändern sich alle drei Signale in ganz bestimmter Art und Weise. Die Gehirnströme werden z. B. zunächst immer langsamer, die Muskelspannung sinkt und die Augenbewegungen nehmen ab. Aufgrund dieser Veränderungen können verschiedene Schlafstadien unterschieden werden. Rechtschaffen und Kales haben 1969 Kennzeichen der einzelnen Schlafstadien festgelegt. Der Schlaf kann grob folgendermaßen eingeteilt werden:

- Leichtschlaf (Stadium 1 und 2)
- Tiefschlaf (Stadium 3 und 4)
- „Traumschlaf“ (Rapid-Eye-Movement-Schlaf: REM-Schlaf)

Der Name Rapid-Eye-Movement-Schlaf (REM-Schlaf) kam zu Stande, weil in diesem Schlafstadium schnelle Augenbewegungen des Schläfers charakteristisch sind. In der folgenden Tabelle (Tab. A) kann man sehen, durch welche Kennzeichen jedes Schlafstadium charakterisiert ist, und wie lange wir in welchem Schlafstadium in der Nacht verweilen. Die Prozentangaben beziehen sich auf Erwachsene. Auf die Unterschiede bei Kindern wird später noch näher eingegangen.

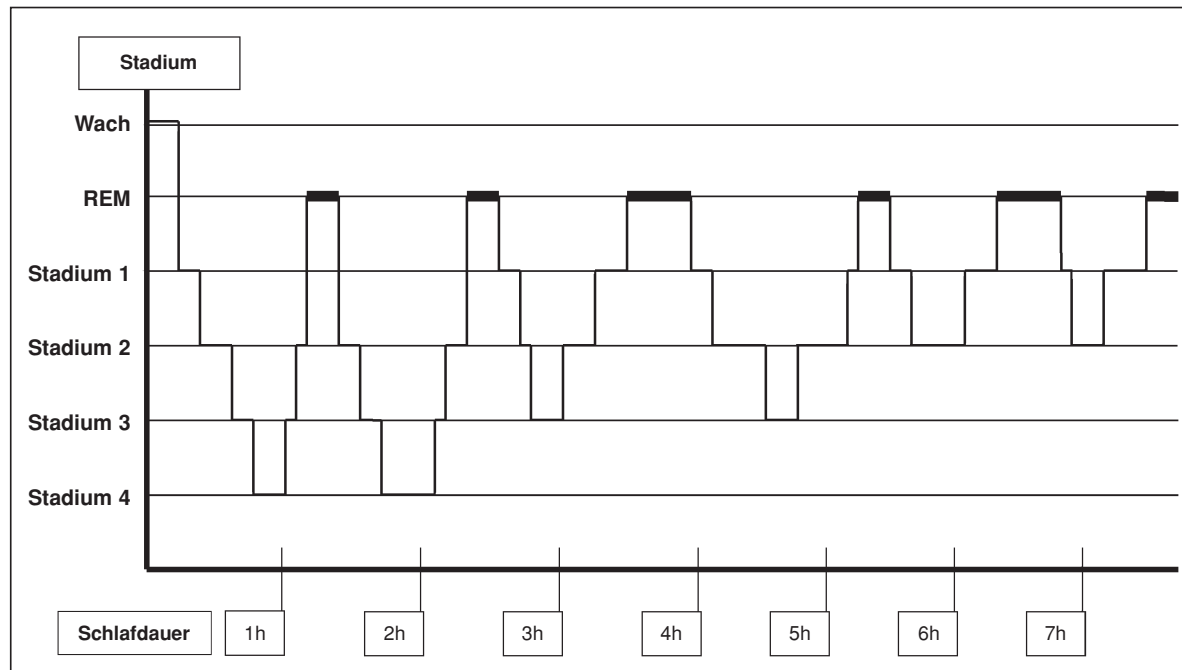
**Tabelle A:** Kennzeichen der verschiedenen Schlafstadien (aus Fricke & Lehmkuhl, 2006, S. 67)

Schlafstadium	Kennzeichen	Anteil
<b>Leichtschlaf</b>		
Stadium 1:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einschlafstadium</li> <li>– Übergangsstadium zwischen Wachen und Schlafen</li> <li>– wird subjektiv häufig als „Dösen“ bezeichnet</li> </ul>	<b>10 %</b>
Stadium 2:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wird als der eigentliche Schlafbeginn angesehen</li> <li>– Schläfer ist noch leicht erweckbar</li> <li>– tagtraumähnliche Gedanken</li> </ul>	<b>50 %</b>
<b>Tiefschlaf</b>		
Stadium 3 und 4:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „leichterer“ und „tieferer“ Tiefschlaf</li> <li>– körperliche Erholung</li> <li>– Schläfer ist schwer erweckbar, aber bedeutsame Signale von außen können zum Erwachen führen (Bsp.: Ammenschlafphänomen)</li> </ul>	<b>20 %</b>
<b>„Traumschlaf“/ Stadium REM (Rapid Eye Movement)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– „psychische“ Erholung</li> <li>– bizarre Träume</li> <li>– starke Erschlaffung der Muskulatur (Muskelatonie)</li> </ul>	<b>20 %</b>

Neue Forschungsergebnisse der letzten Jahre zeigen die Bedeutung des Schlafes für das Lernen auf. Die Studien verdeutlichen, dass der Schlaf auch dazu dient, frisch Gelerntes im Gedächtnis zu festigen. Es konnte festgestellt werden, dass das prozedurale Lernen (d. h. das Erlernen von Fertigkeiten wie das Einprägen von Bewegungsmustern und körperlichen Abläufen wie z. B. beim Radfahren) vor allem im REM-Schlaf stattfindet. Das deklarative Gedächtnis (d. h. das Erinnern von Fakten und Episoden) hingegen profitiert vom Delta-Schlaf (Tiefschlaf).

In der Nacht durchlaufen wir die eben beschriebenen Schlafstadien. Wichtig ist aber nicht nur, dass wir eine bestimmte Zeit in jedem Schlafstadium verweilen, sondern auch, in welcher Reihenfolge die Schlafstadien vorkommen. Wir nennen die Abfolge der verschiedenen Schlafstadien Schlafprofil (siehe Abb. A).

Man kann sich die Abfolge der Schlafstadien wie eine Treppe vorstellen: Zunächst geht die Treppe nach unten. Beim Einschlafen gehen wir die erste Treppenstufe hinunter mit dem Stadium 1, dann folgt eine Treppenstufe tiefer das Stadium 2. Danach gehen wir die Treppe noch tiefer hinunter (Stadium 3 und 4). Im Tiefschlaf verweilen wir ein bisschen, und danach gehen wir die Treppe wieder hinauf, denn nun wird das Gehirn sehr aktiv: Die erste Traumphase tritt auf. Sie wird in der folgenden Grafik als schwarzer Balken dargestellt. Die Zeit vom Einschlafen bis zum Ende der ersten Traumphase dauert beim Jugendlichen und Erwachsenen ungefähr 90 Minuten und stellt einen Zyklus dar. Danach folgen nach dem gleichen Schema weitere Zyklen, bis wir am Morgen wieder erwachen. Folgendes ist jedoch zu beachten: Am Anfang der Nacht ist der Anteil an Tiefschlaf in den Schlafzyklen (ungefähr die ersten drei Zyklen) höher. Danach nimmt der Anteil an Tiefschlaf in den einzelnen Zyklen ab. Stattdessen werden die Traumphasen in jedem Zyklus länger. In der folgenden Grafik (Abb. A) ist das Schlafprofil eines Erwachsenen idealisiert dargestellt.



**Abbildung A:** Idealisierte Darstellung des Schlafprofils eines gesunden Erwachsenen (aus Fricke & Lehmkuhl, 2006, S. 68)

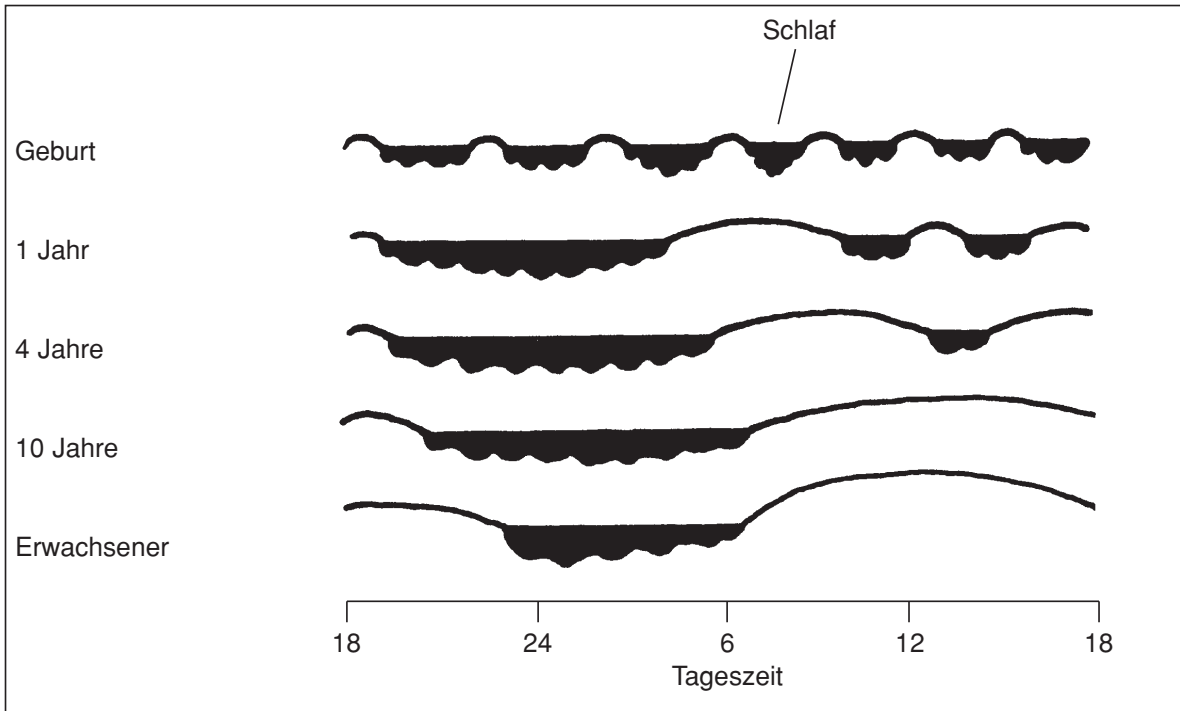
Wir haben eben von einem „idealisierten“ Schlafprofil gesprochen. Der Schlaf eines Menschen verläuft nämlich nicht so gradlinig wie dargestellt. Wir wechseln häufig zwischen den einzelnen Schlafstadien hin und her, und ab und zu wachen wir kurz auf (daran können wir uns jedoch meist nicht mehr erinnern). Der Gesamtverlauf ähnelt jedoch dem dargestellten Schlafprofil.

### Veränderungen des Schlafes mit dem Lebensalter

Das Schlafprofil, das wir gerade erklärt haben, bezieht sich auf Erwachsene. Da sich der Schlaf mit dem Alter verändert, sieht das Schlafprofil bei Kindern und bei älteren Menschen etwas unterschiedlich aus.

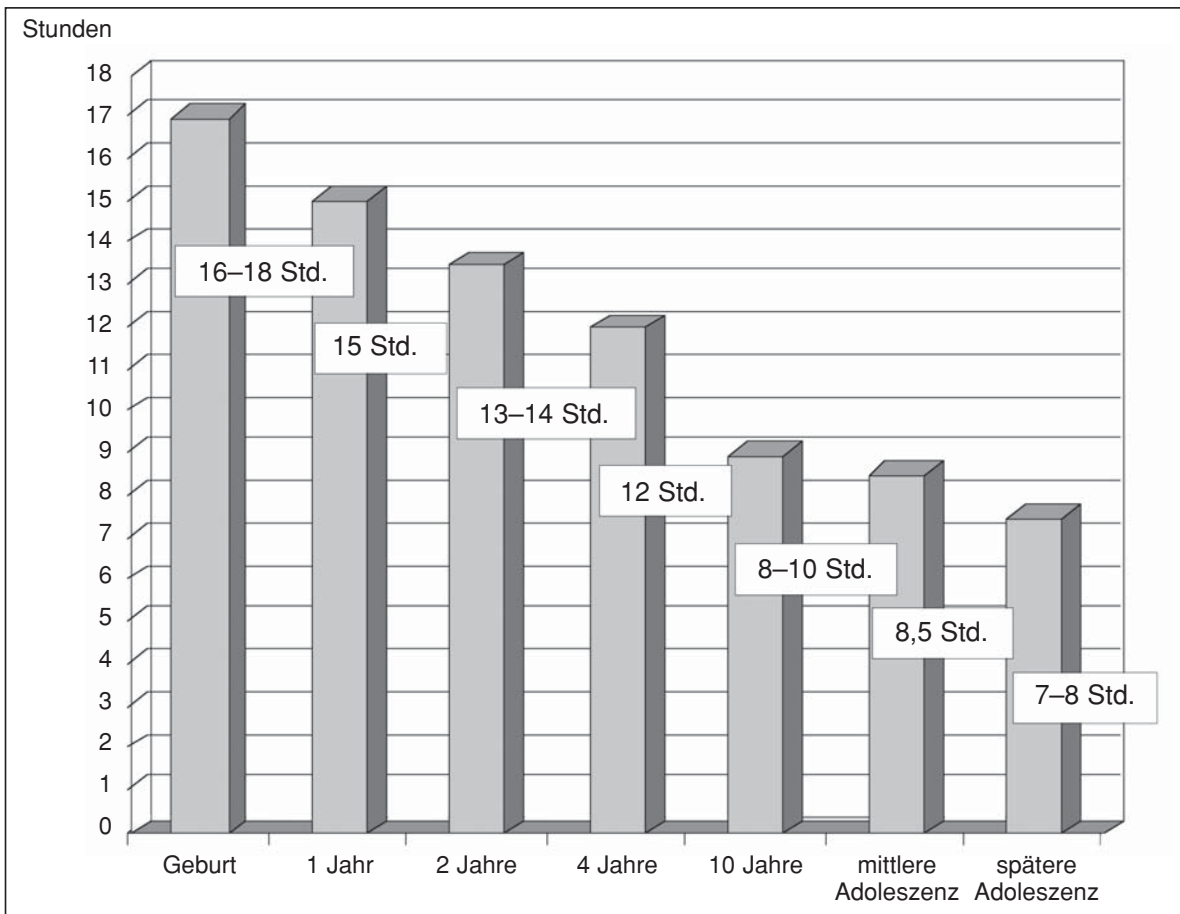
In den ersten drei Monaten des Säuglingsalters sind die Schlaf- und Wachzeiten noch nicht am Tag-Nacht-Rhythmus orientiert. Im Alter von vier bis sechs Monaten schlafen aber schon viele Säuglinge nachts bereits sechs bis acht Stunden am Stück durch. Mit ungefähr einem Jahr schläft das Kleinkind hauptsächlich in der Nacht, macht aber noch zwei Tagesschläfchen. Mit ungefähr vier Jahren machen Kinder nur noch einen Tagesschlaf und in der Grundschulzeit schlafen Kinder meist nicht mehr tagsüber. In der Abbildung B kann man diese Entwicklung des Schlaf-Wach-Rhythmus nochmals bildlich sehen.

Es gibt noch mehr Unterschiede im Schlafverhalten bei Kindern und Erwachsenen. Kinder verbringen viel mehr Schlafzeit im REM-Schlaf (Traumschlaf). Der REM-Schlafanteil am Gesamtschlaf nimmt von ca. 50% bei Säuglingen bis auf ca. 13% bei älteren Menschen ab. Außerdem tritt bei Kindern der Tiefschlaf nicht nur in den ersten Schlafzyklen, sondern auch in den Morgenstunden, d. h. in jedem Schlafzyklus, auf. Bei älteren Menschen hingegen ist der Anteil an Tiefschlaf in der gesamten Nacht reduziert. Sie haben am Anfang der Nacht nur noch wenig bis gar keinen Tiefschlaf. Der richtig tiefe Tiefschlaf (Stadium 4) kommt bei älteren Menschen häufig gar nicht mehr vor. Stattdessen haben ältere Menschen nachts mehr Leichtschlaf (Stadium 1 und 2).



**Abbildung B:** Anzahl der Schlafphasen im Laufe der Entwicklung (aus Borbély, 1984, S. 52)

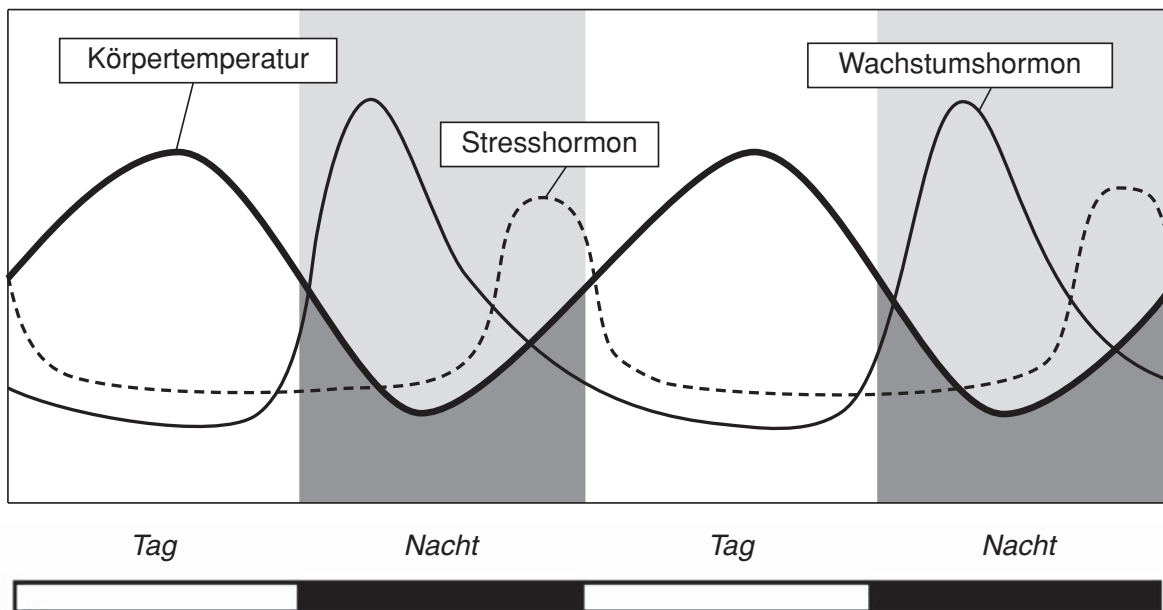
**Tabelle B:** Durchschnittliche Schlafzeiten von Kindern in verschiedenen Altersstufen (Stores & Wiggs, 2001)



Auch das **Schlafbedürfnis** verändert sich. Je älter Kinder werden, desto weniger Schlaf brauchen sie. In der Tabelle B kann man ablesen, wie viel Schlaf Kinder in welchem Alter im Durchschnitt benötigen. Die dargestellten Werte sind aber nur eine Richtlinie. Manche Kinder brauchen weniger oder mehr Schlaf als angegeben. Abweichungen von ein bis zwei Stunden sind durchaus als normal anzusehen. Um herauszufinden, ob ein Kind ein Kurz- oder Langschläfer ist, ist es sinnvoll, über längere Zeit ein Schlafprotokoll zu führen. Daran kann man erkennen, wie viel Schlaf das Kind benötigt, um am Tage ausgeruht und leistungsfähig zu sein.

### Der Schlaf-Wach-Rhythmus

Unser Körper besitzt eine innere Uhr, die unseren 24-Stunden-Tag/Nacht-Rhythmus beeinflusst. Diese innere Uhr setzt sich aus vielen verschiedenen „biologischen Rhythmen“ zusammen, die fein aufeinander abgestimmt sind. In der Abbildung C sind drei „biologische Rhythmen“ als Beispiel dargestellt. Unsere Körpertemperatur schwankt (es handelt sich hierbei um ganz kleine Veränderungen) im 24-Stunden-Takt. Zur Nacht hin sinkt sie leicht ab, und zum Morgen grauen steigt sie wieder leicht an. Das Wachstumshormon wird am Anfang der Nacht (im Tiefschlaf) ausgeschüttet, im Unterschied dazu schüttet der Körper zum Morgen hin – als Vorbereitung auf den Tag – Stresshormone aus. Wie aus der Abbildung C zu ersehen ist, sind die Rhythmen genau aufeinander abgestimmt.



**Abbildung C:** Circadianer Rhythmus am Beispiel von drei „biologischen Rhythmen“ (aus Müller & Paterok, 1999, S. 87)

Wenn unser Rhythmus durcheinander gerät (z. B. durch einen Jet-lag/eine Zeitverschiebung) bekommen wir leicht Schlafstörungen. Aus diesem Grund ist es wichtig, regelmäßige Schlaf- und Wachzeiten einzuhalten, denn so können wir unseren inneren Rhythmus unterstützen.

Nicht jeder Mensch hat genau den gleichen Rhythmus. Es gibt „Lerchen“ und „Eulen“ (Morgen-, Abendmenschen). Bei Morgenmenschen ist der Rhythmus etwas nach vorne verschoben, d. h. sie können z. B. besonders gut am Vormittag arbeiten. Dafür sind sie am Abend schnell müde

und gehen gerne früh ins Bett. Abendmenschen hingegen haben einen Rhythmus, der nach hinten verschoben ist. Sie haben ihr „Hoch“ am Nachmittag und Abend, am Vormittag sind sie meist nicht so produktiv.

### Zusammenfassung

- Unser Schlaf setzt sich aus verschiedenen *Schlafstadien* zusammen, die für den Körper bestimmte Funktionen haben und in einer bestimmten Reihenfolge während des Schlafes auftreten.
- Mit zunehmendem Alter verändert sich der Schlaf. Jeder Mensch hat ein *individuelles Schlafbedürfnis*. Mit Hilfe eines Schlafprotokolls können Sie feststellen, wie viel Schlaf Ihr Kind braucht, um sich tagsüber gut zu fühlen.
- Unser *Schlaf-Wach-Rhythmus* wird von unserer inneren Uhr gesteuert. Sie verläuft im 24-Stunden-Takt und besteht aus vielen verschiedenen „biologischen Rhythmen“, die aufeinander abgestimmt sind. Gerät die Synchronizität durcheinander, neigen Menschen dazu, Schlafstörungen zu entwickeln. Aus diesem Grund ist es wichtig, regelmäßige Schlaf- und Wachzeiten einzuhalten, denn so können wir unsere innere Uhr unterstützen.



**Säuglinge**

In den ersten drei Monaten ist der Schlaf-Wach-Rhythmus des Säuglings noch nicht am Tag-Nacht-Rhythmus orientiert. In dieser Zeit kann die Mutter jedoch bereits festlegen, dass der Säugling seine Hauptmahlzeit zu einer festen Zeit bekommt. Hier bietet sich der Zeitpunkt an, zu dem die Mutter sich selber zum Schlafen ins Bett legen möchte, d.h. wahrscheinlich zwischen 21:00 und 00:00 Uhr. Dieses Vorgehen fördert die Entwicklung eines regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus.

Wenn Ihr Kind nachts wach wird, bedeutet dies nicht, dass Ihr Kind immer Hunger hat. Warten Sie kurz ab und versuchen Sie Ihr Kind zunächst durch Streicheln oder ruhiges Reden zu beruhigen.

Sie sollten beachten, dass das Babybett in dieser Zeit am besten im Elternschlafzimmer steht und eine feste Matratze hat, d.h. keine Fellunterlage, kein Kissen etc. Im Bettchen sollten keine Stofftiere oder anderen Spielmaterialien liegen. Ihr Kind schläft am besten in einem Babyschlafsack ohne zusätzliche Bettdecke. Außerdem sollten Sie auf Folgendes achten:

***Am sichersten schläft Ihr Kind auf dem Rücken in seinem eigenen Bettchen  
und in rauchfreier Umgebung!***

**Kleinkinder**

Ermitteln Sie mithilfe eines Schlafprotokolls die benötigte Gesamtschlafzeit für einen Tag bei Ihrem Kind und legen Sie die Schlafzeiten entsprechend dem Schlafbedürfnis Ihres Kindes fest. Versuchen Sie regelmäßige Zubettgeh- und Aufstehzeiten einzuhalten. Die Zeit, die Ihr Kind am Tage schläft, ziehen Sie von der Gesamtschlafzeit in der Nacht ab.

Achten Sie darauf, dass der Mittagsschlaf nicht zu nah an der Nachtschlafphase liegt, damit Ihr Kind auch ausreichend müde ist, wenn es abends ins Bett geht.

Wenn ein Kind am Tage gelernt hat, allein einzuschlafen, so wird ihm dies auch am Abend oder in der Nacht leichter fallen. Helfen Sie Ihrem Kind, allein wieder in den Schlaf zu finden. Einschlafen bedeutet für Kinder, dass sie sich von den Eltern trennen. Wenn Ihr Kind gelernt hat, sich für gewisse Zeitabschnitte am Tage zu trennen (d.h. sich trennen und wiedervereinen), dann fällt es ihm auch am Abend leichter.

**Folgende Regeln helfen Ihrem Säugling/Kleinkind zusätzlich, ein gesundes  
Schlafverhalten auszubilden:**

- Eine ruhige Phase vor dem Schlafengehen, in der ein Schlafritual von den Eltern durchgeführt wird, hilft Ihrem Kind beim Einschlafen.
- Schaffen Sie im Kinderschlafzimmer ein adäquates „Schlafambiente“. Störende Licht- und Lärmquellen sollten ausgeschaltet und extreme Temperaturen vermieden werden.
- Achten Sie darauf, dass Ihr Kind einen geregelten Tagesablauf hat. Hierdurch unterstützen Sie den Schlaf-Wach-Rhythmus Ihres Kindes positiv.
- Schlafen oder Zubettgehen sollte nicht als Strafe verwendet werden.
- Rauchen Sie nie im Kinderschlafzimmer.

Im Folgenden sind Regeln für eine gute Schlafhygiene beschrieben. Diese Regeln helfen, das Schlafverhalten und die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes zu verbessern.

- Ermitteln Sie mithilfe eines Schlafprotokolls die benötigte Gesamtschlafzeit Ihres Kindes und legen Sie entsprechend dem ermittelten Schlafbedürfnis Ihres Kindes die Zubettgeh- und Aufstehzeiten fest. Falls Sie einen Mittagsschlaf einplanen, ziehen Sie diese Schlafzeit von der Gesamtschlafzeit in der Nacht ab.
- Sollte Ihr Kind einen Mittagsschlaf machen, achten Sie darauf, dass der Mittagsschlaf vor 15 Uhr liegt.
- Schaffen Sie im Kinderschlafzimmer ein adäquates „Schlafambiente“. Störende Licht- und Lärmquellen sollten ausgeschaltet und extreme Temperaturen vermieden werden.
- Legen Sie ein Schlafritual fest (nicht länger als 30 Minuten).
- Achten Sie darauf, dass Ihr Kind vor dem Schlafengehen keine Medikamente, die den Schlaf „stören“ können, einnimmt.
- Das Abendessen sollte nicht direkt vor dem Schlafengehen stattfinden. Es ist jedoch auch wichtig, dass Ihr Kind nicht hungrig ins Bett geht. Ein Glas Milch oder eine Banane vor dem Schlafengehen können hier helfen.
- Achten Sie darauf, dass Ihr Kind nachmittags keine koffeinhaltigen oder teeinhaltigen Getränke (z. B. Cola) zu sich nimmt.
- Planen Sie zwischen Alltag und Zubettgehen Zeit zum Ausklingen des Tages ein. Vermeiden Sie, dass Ihr Kind sich kurz vor dem Schlafengehen mit körperlich oder geistig (z. B. Krimi im Fernsehen, Comic) anstrengenden Tätigkeiten beschäftigt.
- Nächtliches Essen sollte vermieden werden.
- Helles Licht ist ein „Wachmacher“. Achten Sie darauf, dass sich Ihr Kind nachts keinem hellen Licht aussetzt.
- Am Tage sollte sich Ihr Kind ausreichend bewegen.
- Morgens sind wir besonders empfindsam für Licht. Für den Schlaf-Wach-Rhythmus Ihres Kindes ist es deshalb günstig, sich morgens ungefähr eine halbe Stunde dem Tageslicht auszusetzen.
- Achten Sie darauf, dass Ihr Kind einen geregelten Tagesablauf hat zum Beispiel mit regelmäßigen (möglichst gemeinsamen) Essenszeiten. Hierdurch unterstützen Sie den Schlaf-Wach-Rhythmus Ihres Kindes positiv.
- Das Bett ist zum Schlafen da und nicht zum Fernsehen, Computerspielen oder Lesen.
- Schlafen oder Zubettgehen sollte nicht als Strafe verwendet werden.
- Rauchen Sie nie im Kinderschlafzimmer.

## M16 Informationsblatt für Eltern zu Schlafhygieneregeln für Jugendliche

Im Folgenden sind Regeln für eine gute Schlafhygiene beschrieben. Diese Regeln helfen, das Schlafverhalten und die Schlafgewohnheiten von Jugendlichen zu verbessern.

- Lassen Sie den Jugendlichen für mindestens zwei Wochen ein Schlafprotokoll führen und ermitteln Sie auf diese Weise die durchschnittliche Gesamtschlafzeit einer Nacht. Legen Sie gemeinsam entsprechend dem ermittelten Schlafbedürfnis regelmäßige Zubettgeh- und Aufstehzeiten (möglichst auch am Wochenende) fest.
- Falls regelmäßige Schlafzeiten am Wochenende oder auch in der Woche nicht umsetzbar sind, kann einem möglichen Schlafmangel auf folgende Weise begegnet werden:
  - Machen Sie ein oder zwei Abende in der Woche aus, an denen der Jugendliche vor 22 Uhr ins Bett geht.
  - oder**
  - Entsprechend unserem circadianen Rhythmus treten bei jedem Menschen ca. alle vier Stunden Phasen erhöhter Müdigkeit auf. Diese Phasen (z. B. 9 bis 10 Uhr, 13 bis 14 Uhr, 17 bis 18 Uhr und 21 bis 22 Uhr) können für kurze Naps oder zumindest für eine Ruhephase von 20 bis 30 Minuten Dauer genutzt werden. Auf jeden Fall sollten in diesen Phasen die Müdigkeit nicht durch Coffein, Nikotin oder andere Drogen bekämpft werden.
- Falls der Jugendliche am Tage schläft, sollte er darauf achten, dass er nur kurz schläft (maximal 30 Minuten) und die Schlafphase nicht zu nah an der Nachtschlafphase liegt. Ansonsten kann sich das Einschlafen auf Grund fehlender Müdigkeit verschlechtern.
- Alkohol verbessert zwar anfangs das Einschlafen, das Durchschlafen wird jedoch verschlechtert. Nicht nur aus diesem Grund sollte Alkoholkonsum möglichst vermieden werden!
- Schaffen Sie im Schlafzimmer des Jugendlichen ein adäquates „Schlafambiente“. Störende Licht- und Lärmquellen sollten ausgeschaltet und extreme Temperaturen vermieden werden.
- Ein Ritual vor dem Schlafengehen, das zwischen 15 und 30 Minuten dauern kann (z. B. Sichbettfertig-Machen, den Eltern Gute-Nacht-Sagen, Lesen), hilft uns, zur Ruhe zu kommen, wenn es regelmäßig jeden Abend durchgeführt wird.
- Achten Sie darauf, dass der Jugendliche vor dem Schlafengehen keine Medikamente (und auch keinen Alkohol), die den Schlaf „stören“ können, einnimmt.
- Das Abendessen sollte nicht direkt vor dem Schlafengehen stattfinden. Es ist jedoch auch wichtig, dass der Jugendliche nicht hungrig ins Bett geht. Ein Joghurt oder eine Banane vor dem Schlafengehen können hier helfen.
- Achten Sie darauf, dass der Jugendliche nachmittags keine koffeinhaltigen oder teehaltigen Getränke (z. B. Cola) zu sich nimmt. Auch Nikotin beeinflusst den Schlaf negativ.
- Planen Sie mit dem Jugendlichen zwischen Alltag und Zubettgehen Zeit zum Ausklingen des Tages ein. Der Jugendliche sollte vermeiden, dass er sich kurz vor dem Schlafengehen mit körperlich oder geistig (z. B. Krimi im Fernsehen, Comic, Schulaufgaben) anstrengenden Tätigkeiten beschäftigt.
- Nächtliches Essen sollte vermieden werden.
- Helles Licht ist ein „Wachmacher“. Der Jugendliche sollte darauf achten, dass er sich nachts keinem hellen Licht aussetzt.
- Am Tage sollte sich der Jugendliche ausreichend bewegen.

- Morgens sind wir besonders empfindsam für Licht. Für den Schlaf-Wach-Rhythmus des Jugendlichen ist es deshalb günstig, sich morgens ungefähr eine halbe Stunde dem Tageslicht auszusetzen z. B. indem er zu Fuß zur Schule geht.
- Achten Sie darauf, dass der Jugendliche einen geregelten Tagesablauf hat zum Beispiel mit regelmäßigen (möglichst gemeinsamen) Essenszeiten. Hierdurch unterstützen Sie den Schlaf-Wach-Rhythmus des Jugendlichen positiv.
- Das Bett ist zum Schlafen da und nicht zum Fernsehen, Computerspielen oder Lesen.
- Schlafen oder Zubettgehen sollte nicht als Strafe verwendet werden.
- Im Schlafzimmer des Jugendlichen sollte nicht geraucht werden.

Der Schlaf ist nicht nur wichtig, um sich am Tage ausgeruht und fit zu fühlen, sondern auch um sich gut konzentrieren zu können und leistungsfähig zu sein. Die folgenden Tips helfen dir, dein Schlafverhalten zu verbessern und dich somit auch am Tage besser zu fühlen.

- Am besten führst du für zwei Wochen lang ein Schlafprotokoll, in dem du einträgst, wie du jede Nacht geschlafen hast. Auf diese Weise kannst du feststellen, wie viele Stunden du durchschnittlich pro Nacht in einer Woche (d. h. werktags und am Wochenende) schläfst. Versuche entsprechend deinem Schlafbedürfnis regelmäßige Zubettgeh- und Aufstehzeiten, die möglichst auch am Wochenende gelten, festzulegen. Die Zeiten sollten am Wochenende (d. h. freitags und samstags) nicht mehr als eine Stunde von den Zubettgeh- und Aufstehzeiten an Schultagen abweichen.
- Falls regelmäßige Schlafzeiten am Wochenende oder auch in der Woche für dich nicht umsetzbar sind, kannst du einem möglichen Schlafmangel auf folgende Weise begegnen:
  - Gehe an einem oder an zwei Abenden in der Woche vor 22 Uhr ins Bett.  
**oder**
  - Entsprechend unserem circadianen Rhythmus treten bei jedem Menschen ca. alle vier Stunden Phasen erhöhter Müdigkeit auf. Diese Phasen (z. B. 9 bis 10 Uhr, 13 bis 14 Uhr, 17 bis 18 Uhr und 21 bis 22 Uhr) kannst du für kurze Naps oder zumindest für Ruhephasen von 20 bis 30 Minuten Dauer nutzen. Auf jeden Fall solltest du in diesen Phasen die Müdigkeit nicht durch Kaffee, Cola, Tee, Nikotin oder andere Drogen bekämpfen.
- Falls du am Tage schläfst, solltest du darauf achten, dass du nur kurze Naps (maximal 30 Minuten) machst und die Schlafphase nicht zu nah an der Nachtschlafphase liegt. Ansonsten kann sich das Einschlafen auf Grund fehlender Müdigkeit verschlechtern.
- Alkohol verbessert zwar anfangs das Einschlafen, das Durchschlafen wird jedoch verschlechtert. Nicht nur aus diesem Grund solltest du Alkoholkonsum vermeiden!
- Um gut schlafen zu können, ist auch das Schlafumfeld wichtig. Dazu gehört auch, dass störende Licht- und Lärmquellen ausgeschaltet und extreme Temperaturen vermieden werden.
- Ein Ritual vor dem Schlafengehen, das zwischen 15 und 30 Minuten dauern kann (z. B. Sichbettfertig-Machen, den Eltern Gute-Nacht-Sagen, Lesen), hilft dir, zur Ruhe zu kommen, wenn es regelmäßig jeden Abend durchgeführt wird.
- Achte darauf, dass du vor dem Schlafengehen keine Medikamente (und auch keinen Alkohol), die den Schlaf „stören“ können, einnimmst.
- Du solltest nicht direkt vor dem Schlafengehen abendessen. Mit Hunger solltest du jedoch auch nicht ins Bett gehen. Ein Joghurt oder eine Banane vor dem Schlafengehen können hier helfen.
- Achte darauf, dass du nachmittags keine koffeinhaltigen oder teeinhaltigen Getränke (z. B. Cola) trinkst. Auch Nikotin beeinflusst den Schlaf negativ.
- Zwischen dem Alltag und dem Zubettgehen solltest du Zeit zum Ausklingen des Tages einplanen. Beschäftige dich kurz vor dem Schlafengehen nicht mit körperlich (z. B. Sport) oder geistig (z. B. Krimi im Fernsehen, Comic, Schulaufgaben) anstrengenden Tätigkeiten.
- Nächtliches Essen solltest du vermeiden.
- Helles Licht ist ein „Wachmacher“. Achte darauf, dass du nachts kein helles Licht anmachst, wenn du nicht einschlafen kannst. Dadurch kannst du erst recht wach werden.
- Am Tage solltest du dich ausreichend bewegen, z. B. indem du Sport machst oder an der frischen Luft bist.

- 
- Morgens sind wir besonders empfindsam für Licht. Für den Schlaf-Wach-Rhythmus ist es deshalb günstig, sich morgens ungefähr eine halbe Stunde dem Tageslicht auszusetzen z. B. indem du zu Fuß zur Schule gehst.
  - Achte darauf, dass du einen geregelten Tagesablauf hast, zum Beispiel mit regelmäßigen gemeinsamen Essenszeiten mit deinen Eltern. Hierdurch unterstützt du deinen Schlaf-Wach-Rhythmus positiv.
  - Das Bett ist zum Schlafen da und nicht zum Fernsehen oder Computerspielen.
  - In deinem Schlafzimmer sollte nicht geraucht werden!

**Verschiebung der Schlafphasen:**

Schieben Sie die Zubettgehzeit sukzessive für 15 Minuten nach vorne. Wenn der Jugendliche zum Beispiel gewöhnlich um 00:30 Uhr einschläft, dann legen Sie die Zubettgehzeit für ein bis zwei Tage auf 00:15 Uhr, ein oder zwei Tage auf 00:00 Uhr und etc. fest.

**Chronotherapie:**

Wenn der Jugendliche eine Zubettgehzeit hat, die mehr als drei Stunden später liegt als die gewünschte Zubettgehzeit, so wird bei der Chronotherapie die Zubettgehzeit jede Nacht für zwei bis drei Stunden nach hinten verschoben. Wenn ein Jugendlicher zum Beispiel erst um 2:30 Uhr einschlafen kann, dann wird die Zubettgehzeit in der ersten Nacht auf 4:30 Uhr verschoben. In der zweiten Nacht geht der Jugendliche dann um 6:30 Uhr ins Bett. Dies wird solange fortgeführt, bis die gewünschte Zubettgehzeit (z. B. 22:30 Uhr) erreicht worden ist. Für den Körper ist es nämlich einfacher, sich an eine spätere Schlafenszeit als an eine vorgezogene Schlafenszeit zu gewöhnen.

Es ist sehr wichtig, dass der Jugendliche sich nach der Rhythmusumstellung konsequent an die neuen Schlafenszeiten hält. Schon eine Nacht mit einer späteren Zubettgehzeit kann dazu führen, dass sich die innere Uhr wieder nach hinten verschiebt. Nach mehreren Monaten kann jedoch die Zubettgehzeit wieder etwas flexibler gehandhabt werden.