

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ALPTRÄUME

Alpträume sind nicht selten, aber man spricht ungern darüber. Doch was sollte man wissen, denn ohne entsprechende Kenntnisse und ggf. Hilfe können Alpträume auch zu erheblichen psychosozialen Konsequenzen führen – und damit zu einer schweren Last im wachen Alltag werden. Nachfolgend deshalb eine kurzgefasste Übersicht zu folgenden Themen: Begriff, Definition, physiologische Aspekte des Schlafes, Häufigkeit, Geschlecht, Alter, Beruf, Verlauf, Heilungsaussichten, seelische und körperliche Krankheiten, die Alpträume bahnen können usw. Dazu die Frage: Was könnte es sonst noch sein. Beispiele: Pavor nocturnus, Schlafwandeln, Schlaf-Verhaltensstörungen, atemungsgebundene Schlafstörungen, Narkolepsie, substanz-induzierte Schlafstörungen, also Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente u. a.

Schließlich diagnostische Verfahren, psychologische, neurophysiologische Theorien und sonstige Störungs-Modelle: Traumatisierung, Persönlichkeitsfaktoren, Stressbelastung.

Und nicht zuletzt die Behandlung von Alpträumen: psychotherapeutisch (spezifische Verfahren wie die Imagery Rehearsal-Therapie), Expositions-Behandlung, Hypnotherapie, luzides Träumen usf. Oder pharmakologische Therapiemöglichkeiten (Antidepressiva, Beruhigungsmittel, Neuroleptika, ggf. spezifische Substanzen). Zum Schluss: Was sollte man über Alpträume und Schlafhygiene wissen?

Erwähnte Fachbegriffe:

Alpträume – Albträume – Angstträume – Parasomnien – Schlafstörungen – Angstattacken – Verfolgungs-Träume – Bedrohungs-Träume – Krankheits-Träume – Schlafwandeln – Pavor nocturnus – furcht-erregende Träume – beängstigende Traum-Erfahrungen – idiopathische Alpträume – Alpträume und Schlafphasen – Häufigkeit von Alpträumen – Alpträume und Geschlecht – Alp-

träume und Beruf – Alpträume und körperliche Erkrankung – Alpträume und seelische Erkrankung: Alkoholismus, Rauschdrogen-Konsum, Medikamenten-Abhängigkeit, Depressionen, manisch-depressive Erkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, – Schizophrenie u. a. – Alpträume und Alter – Alpträume im Kindes-Alter – Alpträume im Erwachsenen-Alter – Heilungsaussichten von Alpträumen – Ko-Morbidität und Alpträume – Alpträume und Suizid-Risiko – Differentialdiagnose der Alpträume: Pavor nocturnus, Schlafwandeln (Somnambulismus), REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, Schlafparalyse, atmungs-gebundene Schlafstörung (Schlaf-Apnoe), Narkolepsie, substanz-induzierte Schlafstörung u. a. – diagnostische Verfahren bei Alpträumen: Selbst-Beobachtung, Selbstbericht, störungs-spezifische Fragebögen oder Tests, apparative Verfahren – psychologische Erklärungsmodelle für Alpträume: psychoanalytische Theorien, kognitiv-behaviorale Theorien (Kontinuitäts-Hypothese, Kompensations-Hypothese), Mastery-Hypothese – neurobiologische Theorien – weitere Störungsmodelle: Traumatisierung, Persönlichkeitsfaktoren (Neurotizismus, Ängstlichkeit, Suggestibilität, „dünne Grenzen“) – Stress-Belastung – Alpträume durch Medikamente – Alpträume durch Rauschdrogen – Diagnose von Alpträumen – Alpträume und Schlaflabor – Behandlung von Alpträumen: Imagery Rehearsal-Therapie, Expositions-Behandlung, Hypnotherapie, luzides Träumen u. a. – Pharmakotherapie: Antidepressiva, Beruhigungsmittel, Neuroleptika, synthetische Cannabinoide – spezifische(?) Alpträum-Medikamente – u.a.m.

Alpträume – wer kennt sie nicht. Nicht nur „schlecht geträumt“, sondern so richtige Angstträume mit Bedrohung von Selbstwertgefühl, Sicherheit oder gar Leben, furcht-erregend nach dem erschreckten Aufwachen schweiß-gebadet, innerlich bebend, äußerlich zitternd, froh, dass es nur ein Traum war – aber bitte schön: „nie wieder“.

Alpträume sind nicht selten, aber man spricht ungern darüber. Die anderen könnten an Schwäche, unverarbeitete Probleme, „dünnem Nervenkostüm“ usw. denken. Also: was sollte man wissen, was sollte man tun oder lassen? Nachfolgend deshalb eine allgemein-verständliche Übersicht aus der Schlaf-forschung und weiterer wissenschaftlicher Gebiete, die sich mit diesen so genannten Parasomnien (s. u.) befassen, wissenschaftlich, diagnostisch und mit konkreten therapeutischen und präventiven Vorschlägen. Grundlage sind die empfehlenswerten Fachbücher:

Reinhard Pietrowsky:

ALPTRÄUME

Hogrefe-Verlag, Göttingen 2011 aus der Reihe *Fortschritte der Psychotherapie – Manuale für die Praxis*. 85 S., € 39;95.

ISBN 978-3-8017-2315-6

Johanna Thünker – Reinhard Pietrowsky:

ALPTRÄUME

Ein Therapiemanual mit CD-ROM

Hogrefe-Verlag, Göttingen 2011, 106 S., Großformat, € 39,95.

ISBN 978-3-8017-2297-5

ALLGEMEINE ASPEKTE

Wie Dr. Reinhard Pietrowsky, Professor für Klinische Psychologie und Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Düsseldorf und Frau Diplom-Psychologin Dr. Johanna Thünker von der gleichen Universität, als Wissenschaftler und Verhaltenstherapeuten mit diesem Thema vertraut, gleich zu Beginn ihrer lesenswerten Bücher ausführen, sind Alpträume eine durchaus häufige Schlafstörung.

Man zählt sie – wie erwähnt – zu den Parasomnien, d. h. Schlafstörungen, die durch ungewöhnliche Ereignisse während des Nachtschlafes charakterisiert sind – und zu entsprechenden seelischen Belastungen, körperlichen Beeinträchtigungen und psychosozialen Konsequenzen führen können. Und dies mitunter sogar längere Zeit: So macht man sich Sorgen, was das für Hintergründe habe und ob sich der Traum vielleicht sogar erfüllen könnte und ist zumindest noch eine zeitlang verunsichert, verängstigt oder gar verstimmt. Und einige entwickeln eine störende bis belastende Angst vor dem Schlafen, weitere Alpträume befürchtend.

Wenn das nur selten ist, wird man damit am ehesten fertig. Wenn es immer wieder vorkommt, wird es zu einer Störung von Krankheitswert, einer „Schlafstörung mit Alpträumen“. Manche Betroffene sind sich keiner Ursache bewusst, andere leiden – bewusst oder unbewusst – an einer so genannten Posttraumatischen Belastungsstörung (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie). Dann wird – so die Experten – die tatsächlich erlebte belastende Situation (wissenschaftlich als Trauma bezeichnet) im Traum immer wieder beängstigend und leidvoll durchlebt. Was also muss man wissen?

Historische Gesichtspunkte

Alpträume sind so alt wie die Menschheit. Davon kann man wohl ausgehen. Deshalb wird man auch seit jeher versucht haben, solche beängstigenden Phänomene zu deuten oder gar zu erklären.

In der griechischen Antike wurden Alpträume von dem Hirtengott Pan geschickt, der durch seine Bocks-Gestalt erschreckte (und weibliche Betroffene durch seine ungestümen Beischlaf-Wünsche schockierte). Kurz: Von der Antike bis zur Neuzeit galten Alpträume als Überfall von Dämonen, die unter dem Deckmantel sexueller Verführung Unheil bringen sollten.

Später dachte man vor allem an körperliche Ursachen. Beispiele: Falsche oder zu viel Nahrung, generelle Diätfehler, Magen-Darm-Störungen, bestimmte Schlafpositionen oder Bett-Unterlagen u.a.m. Aber auch der Glaube an Geister, die nächtlich in den Körper eindringen und Angstattacken oder gar Alpträume verursachen, ist noch immer in so manchen Kulturen lebendig, bis heute.

Das beginnt sich erst langsam zu ändern, vor etwa hundert Jahren mit den Erkenntnissen der Psychoanalyse und seit etwa einem halben Jahrhundert durch die technisch immer versierter werdend naturwissenschaftliche Schlaforschung. Einzelheiten dazu siehe später.

Begriff

Der *Begriff* Alptraum oder auch Albtraum geht auf das Althochdeutsche „alp“ oder „alb“ zurück, etymologisch mit dem Wort *elfen* verwandt. Das waren im germanischen Volksglauben kleine, unterirdisch lebende Erdgeister, die später im Christentum als böse Dämonen und Gespenster abgewertet wurden.

Alp war deshalb schon im Mittelalter auch die Bezeichnung des so genannten „Nachtmahrs“, eines bösen Geistes, der sich nachts auf die Brust setzt und die Luft abdrückt. Dadurch entstehen angstbesetzte Träume, nämlich das Alpdrücken oder die Alpträume (im englischen auch als „night mare“ erhalten).

Heute spricht man in der Allgemeinheit und Wissenschaft vom Alptraum (häufiger mit p als b) und gelegentlich gleich bedeutend mit Angsttraum. Wissenschaftlich macht man allerdings einen Unterschied zwischen beiden (s. später).

Definition

Definiert sind Alpträume als ein „Traum-Erleben voller Angst und Furcht mit einer sehr detaillierten Erinnerung an den Trauminhalt“.

Typische Traum-Themen sind: Verfolgung, Angriff oder Verletzung durch Menschen oder Tiere, Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens anderer bis hin zur Tötung; ferner schwere Krankheiten oder auch die eigene Täterschaft an anderen Personen.

In den beiden internationalen ton-angebenden Institutionen ICD-10 und DSM-IV-TR finden sich folgende Definitionen:

– In der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)* werden Alpträume unter den Parasomnien geführt, also abnormen Episoden, die während des Schlafes auftreten (wozu beispielsweise auch Schlafwandeln und Pavor nocturnus zählen). Dazu gehören folgende klinische Merkmale: 1. Aufwachen aus dem Nachtschlaf oder nach kurzem Schlafen mit detaillierter und lebhafter Erinnerung an heftige Angstträume, zumeist mit Bedrohung des Lebens, der Sicherheit oder des Selbstwertgefühls. Das Aufwachen erfolgt dazu zeit-unabhängig, typischerweise aber während der zweiten Hälfte des Nachtschlafes. – 2. Nach dem Aufwachen aus ängstigenden Träumen wird die betroffene Person rasch wieder orientiert und munter. – 3. Das Traum-Erlebnis und die Schlafstörung, die aus dem Aufwachen in Verbindung mit diesen Episoden resultiert, verursachen einen deutlichen Leidensdruck.

– Im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)* heißt es:

- A. Wiederholtes Erwachen aus der Haupt-Schlafphase oder aus einem „Nickerchen“ mit detaillierter Erinnerung an ausgedehnte und extrem furchterregende Träume, die üblicherweise eine Bedrohung des Überlebens, der Sicherheit oder des Selbstwertes beinhalten. Im Allgemeinen bei Erwachsenen in der zweiten Hälfte der Schlafperiode.
- B. Die Person ist bei dem Erwachen aus dem furchterregenden Traum rasch wieder orientiert und wach.
- C. Die Traum-Erfahrung oder die durch das Erwachen bedingte Schlafstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Alpträume treten nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung auf (z. B. Delir, Drogen, Medikamente u. a.).

Kurz und für beide Kriterien-Vorschläge gemeinsam: Alpträume führen 1. zu einem Erwachen aus dem Schlaf, gehen 2. mit einer detaillierten und lebhaften Erinnerung an den bedrohlichen Traum einher, wobei 3. nach dem Erwachen die Orientierung wieder rasch eintritt und 4. das Traum-Erleben bzw. die daraus resultierende Schlafstörung mit einem deutlichen Leiden einher zu gehen pflegt.

– Natürlich gilt es in der Wissenschaft doch *spezifische Aspekte* zu beachten. Dazu gehört beispielsweise das sehr differenzierte Klassifikationssystem der *American Sleep Disorders Association* mit ihren so genannten polysomnographischen Hinweisen (z. B. Schlaf-EEG, Augenbewegungen, Muskelaktivität, Atmung u. a.).

Außerdem – rein definitorisch gesehen –, die Differenzierung zwischen Angst- und Alpträumen. Beispiel: Ausgeprägt angst-besetzte Träume ohne das schockierende Erwachen wurden früher als Angstträume bezeichnet. Inzwischen meint man aber, dass das furcht-besetzte Erwachen auch für den Alptraum nicht unbedingt zwingend sei (Definitions-Diskussion), weshalb man die Angstträume zu den Alpträumen zählt. Das aber sind – wie gesagt – noch nicht völlig abgeschlossene wissenschaftliche Dispute.

– Schließlich sprechen die Experten noch von so genannten *idiopathischen Alpträumen*. Das sind Alpträume, die als eigenständige Störung auftreten, d. h. entweder keine weiteren seelischen Störungen haben oder als so genannte ko-morbide Störung vorliegen (z. B. zu Depression oder Angststörung), für die die Alpträume aber kein Symptom darstellen, das zwingend vorhanden zu sein pflegt.

– Davon zu unterscheiden sind jedoch die *posttraumatischen Alpträume*, gleichsam posttraumatische Wiederholungen im Schlaf und ein wesentliches Symptom der akuten oder posttraumatischen Belastungsstörung. Das jedenfalls scheint klar, nämlich die Unterscheidung zwischen idiopathischen und posttraumatischen Alpträumen. Einzelheiten dazu siehe das Kapitel über posttraumatische Belastungsstörungen in dieser Serie.

Wissenschaftlich bedeutsam ist auch die Häufigkeit des Auftretens von Alpträumen, was besonders zu registrieren ist. Bei Erwachsenen gilt das Auftreten von mehr als einem Alptraum pro Monat als häufig, weshalb man unterscheidet zwischen gelegentlich (weniger als 12 Alpträume pro Jahr) und häufig (mehr als 12 pro Jahr). Wichtig aber ist natürlich das dadurch verursachte Leiden bzw. die entsprechenden Beeinträchtigungen. So unterscheidet man beispielsweise nach Häufigkeit und Intensitäts-Folgen einen milden, moderaten und ausgeprägten Schweregrad. Außerdem differenziert man zwischen akut, subakut und chronisch.

Man sieht: Es gibt viele Möglichkeiten, das Phänomen diagnostisch einzugrenzen. Und das ist auch nötig, denn in schweren Fällen sind die Konsequenzen unerbittlich (z. B. Schlafdefizit, Schlaf-Erwartungsangst, was die drohenden Alpträume betrifft, psychosoziale Konsequenzen am nächsten Tag u. a.). Und in leichteren zumindest unerfreulich.

Alpträume und Schlafphasen

Einzelheiten zur Physiologie und ihrer möglichen Störungen, was den Schlaf und seine Schlafphasen und damit auch den Einfluss der Alpträume anbelangt, siehe die Fachliteratur und auch entsprechende Hinweise in dieser Serie. Dort erfährt man dann auch, dass das typische Schlafprofil einer Nacht aus fünf so genannten Schlafzyklen besteht, nämlich Non-REM- und REM-Schlaf (jeweils ca. 90 bis 100 Minuten). Idiopathische Alpträume treten in der Regel während der REM-Schlafphase auf, vor allem in der zweiten Nachthälfte und gegen Morgen hin immer länger. Obgleich wir in allen Schlafphasen träumen können, geht es während des REM-Schlafes besonders lebendig zu und kann (deshalb) auch gut erinnert und berichtet werden. So kommt der REM-Schlaf mitunter auf eine Aktivität, die dem Wachzustand ähnelt.

Häufigkeit

Wie häufig sind Alpträume? Wissenschaftlich nimmt man dafür die so genannten Prävalenz-Raten: Anzahl der Erkrankten bzw. Häufigkeit des Alptraums zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum im Verhältnis zur Anzahl der untersuchten Personen:

- Häufige Alpträume belasten in der *erwachsenen Bevölkerung* zwischen 1 und 8%. Ein realistischer Mittelwert für das wiederholte Auftreten von Alpträumen bei Erwachsenen scheint bei 5% zu liegen.
- Im *Kindesalter* treten Alpträume aber öfter auf. Hier liegt die Prävalenz zwischen 6 und 10 Jahren am höchsten. So berichtet jedes zweite Kind dieses Alters über zumindest gelegentliche Alpträume (was jedoch bei Kindern noch nicht als krankhaft zu bewerten ist – s. später).

Die Häufigkeit verteilt sich aber nicht gleichmäßig über die Bevölkerung. So gibt es deutliche Geschlechts-Unterschiede und sozio-demographische Einflüsse.

- *Frauen* haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, unter Alpträumen zu leiden. Bei ihnen nimmt die Häufigkeit im Alter von 10 bis 19 Jahren bis zu den nächsten zwei Lebensjahrzehnten zu und sinkt dann wieder zwischen 50 und 59 Jahren ab.
- Bei *Männern* bleibt die Alptraum-Häufigkeit im Alter von 10 bis 19 Jahren bis zum Alter von 30 bis 39 Jahren stabil und sinkt dann von 50 bis 59 wieder ab.
- Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung sind beispielsweise *Studenten* öfter betroffen (die aber auch jünger als das durchschnittliche Lebensalter ei-

ner Nation sind). So gaben 10% einer großen studentischen Stichprobe an, mindestens einmal pro Monat von einem Alptraum irritiert zu werden.

– Sogar bestimmte *Berufe* scheinen einen Einfluss zu haben, z. B. künstlerische oder soziale Berufe mit höherem Alptraum-Risiko als Angehörige anderer, z. B. technischer oder kaufmännischer Berufe. So haben schon Kunst-Studenten mehr Alpträume als Studenten naturwissenschaftlicher Fachrichtungen.

– Und schließlich ist das Vorkommen von Alpträumen bei Menschen, die sich in medizinischer oder psychologischer Behandlung befinden, deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das betrifft besonders *Kranke* mit Substanz-Missbrauch (also Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente), Borderline-Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen (Depressionen, manisch-depressive Erkrankungen), Angststörungen sowie mit schizophrenen Psychosen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Die reale Häufigkeit von Alpträumen bei seelischen Störungen ist vermutlich noch häufiger als man bisher in Fachkreisen diskutiert hat, da diese Belastung in den Untersuchungsbefunden meist nicht gesondert abgefragt werden und damit objektivierbar registriert sind.

Fazit: Alpträume kommen bei Kindern relativ häufig vor. Bei Erwachsenen betrifft es etwa jeden 20.; dann allerdings so, dass mit unangenehmen Konsequenzen und ggf. einer notwendigen Behandlung zu rechnen ist.

Verlauf

Wie bereits erwähnt: Alpträume zeigen im Kindes-Alter einen Häufigkeitsgipfel. Nach der Pubertät gehen sie zurück, oftmals spontan. Gelegentliche Alpträume finden sich auch im jungen Erwachsenen-Alter, und das noch immer recht häufig (bis zur Hälfte der Befragten). Zahlreiche Alpträume sind dann aber auch schon hier deutlich seltener.

Mit wachsendem Lebensalter nimmt die Belastung weiter ab. Im höheren und hohen Erwachsenenalter sind sie bei gesunden Personen äußerst selten.

Prognosen (Heilungsaussichten)

Die Prognose ist an sich gut. Das geht zum einen auf die so genannte Spontan-Remission zurück, d. h. der deutliche Belastungs-Rückgang mit zunehmendem Lebensalter. Und auch auf die Möglichkeit einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung (falls man in den Genuss einer solchen kommt).

Ko-Morbidität: Wenn eine Krankheit zur anderen kommt

Bei zusätzlicher gesundheitlicher Belastung finden sich Alpträume häufiger, z. T. sogar in zermürendem Ausmaß. Beispiele: Depressionen, Angststörungen oder schizophrene Erkrankungen.

– Bei *Depressionen* irritiert schon üblicherweise eine Störung der so genannten Schlaf-Architektur. Hier setzt der REM-Schlaf bereits sehr früh nach dem Einschlafen ein; auch ist mit einer deutlich verlängerten ersten REM-Episode und insgesamt mehr REM-Schlaf zu rechnen. Das ist dann aber auch die Grundlage für das Auftreten von mehr Alpträumen als in gesundem Zustand. Das wäre die physiologische bzw. pathophysiologische Erklärung (krankhafte Funktionsabläufe im Gehirn).

Daneben aber quälen Depressive auch mehr Sorgen, Schuldgefühle, Ängste u. a. Auch damit sind einige Voraussetzungen für Alpträume erfüllt.

Interessant und im Verdachtsfall auch sorgfältig zu erfragen ist der Zusammenhang zwischen der Alptraum-Häufigkeit und dem Auftreten von Suizidgedanken oder gar Suizidabsichten. So haben depressive Patienten mit häufigen Alpträumen ein deutlich höheres Suizid-Risiko, besonders beim weiblichen Geschlecht. Selbst in der Normal-Bevölkerung besteht ein Zusammenhang zwischen der Alptraum-Häufigkeit und dem Suizid-Risiko.

– Auch Patienten mit *Angststörungen* werden öfter von Alpträumen heimgesucht. Diese zentrieren sich dann häufiger auf phobische Objekte oder ängstigende Situationen. Phobien sind Zwangsbefürchtungen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie), die sich beispielsweise auf Tiere, Räume, Höhen, Tiefen u. a. beziehen. Und ängstigende Situationen gibt es zuhauf, besonders bei entsprechenden Angststörungen.

– Eine besonders quälende Form der Angststörung sind *Panikattacken*. Patienten mit solchen überfallartigen Angstzuständen am Tage leiden auch oft unter Panikattacken im Traum.

– Und schließlich die *schizophrenen Patienten*: Hier trifft eine erhöhte Alptraum-Rate vor allem akute Psychosen, weniger Patienten mit schizophrenen Residual-(Rest-)Symptomen.

Differentialdiagnose: Was könnte es sonst noch sein?

Bei der Frage: Wie unterscheidet man die verschiedenen alptraum-haften Störbilder, muss als erstes geklärt werden: idiopathische oder posttraumatische Alpträume? Zur Erinnerung: Idiopathische Alpträume sind solche, die als eigenständige Störung auftreten, d. h. dass entweder keine weiteren psychischen Leiden vorliegen oder dass es sich um eine ko-morbide Störung han-

delt, z. B. Alptraum und Depression u. ä. Posttraumatische Alpträume hingegen gehen auf ein früheres Trauma, also eine seelische Verwundung zurück.

Idiopathische und posttraumatische Alpträume unterscheiden sich nun nicht nur – wie erwähnt – hinsichtlich des Schlafstadiums, in denen sie belasten, sondern auch in Bezug auf die vegetative Angstreaktionen und den Traum-Inhalt.

– Nach dem Erwachen aus einem **idiopathischen Alptraum** besteht zwar eine ausgeprägte psychische Erregung, doch die vegetative (Über-)Aktivierung ist relativ gering. Das zeigt sich beispielsweise in Form von leichterem Schwitzen, weniger schnellem Herzschlag und erhöhter Atemfolge. Der Aufwachzeitpunkt ist vorwiegend die zweite Nachthälfte, das Stadium der REM-Schlaf, die vegetative Angstreaktion also mittelgradig und der Traum-Inhalt eine fiktive Situation, die mit der Realität kaum oder nichts zu tun hat.

– Bei den **posttraumatischen Alpträumen** hingegen ist die vegetative Erregung im Allgemeinen sehr ausgeprägt. Betroffen ist vor allem die erste und zweite Nachthälfte, der REM- oder Non-REM-Schlaf, die vegetative Angstreaktion ist stark bis sehr stark und geht vom Traum-Inhalt her auf eine tatsächlich erlebte Belastungs-Situation zurück.

Diese Differenzierung ist aber vor allem eine Aufgabe der Experten, sprich Nervenärzte, Psychiater, Psychologen und Schlafforscher. Bedeutsamer für den Alltag und die konkrete Diagnose (und damit auch Therapie) ist die Abgrenzung gegenüber Pavor nocturnus und Schlafwandeln, für die Spezialisten in besonders kompliziert gelagerten Fällen bezüglich auch REM-Schlaf-Verhaltensstörungen und Schlafparalysen. Im Einzelnen:

– Beim **Pavor nocturnus** (vom lat.: pavor = Zittern vor Furcht, Schrecken sowie nocturnus = nächtlich), auch Nachtschreck, Schlaferror, Inkubus, „Alpdrücken“ u. a. genannt, handelt es sich um wiederholte Episoden plötzlichen (meist nächtlichen) Erwachens. Beginn mit Wimmern oder Keuchen, zumeist aber mit einem durchdringenden Panikschrei. Danach Zeichen starker Angst, innerer Unruhe und Erregung (geweitete Pupillen, Herzrasen, schnelle Atmung, Schweißausbrüche, Gänsehaut). Die Betroffenen sind kaum zu beruhigen und meist minutenlang verwirrt, desorientiert und zeigen stereotype motorische Bewegungsabläufe (z. B. mit Kissen oder Bettdecke). Am nächsten Morgen Erinnerungslosigkeit für die ganze Episode, auch wenn gelegentlich von Angstgefühlen und bruchstückhaften Traumbildern berichtet wird.

Dagegen ist man beim Alptraum sofort wach, voll orientiert und hat eine detaillierte Traum-Erinnerung. Außerdem tritt der Pavor nocturnus zu Beginn des Schlafes auf und der Alptraum eher gegen Ende. Auch kommt der Pavor nocturnus mit seiner deutlich stärkeren vegetativen Erregung hauptsächlich bei Kindern und Jugendlichen vor, während er beim Erwachsenen sehr selten ist.

Die schon erwähnten Diagnose-Kriterien von ICD-10 und DSM-IV-TR sprechen beim Pavor nocturnus im wesentlichen ähnlich lautend von wiederholten Episoden plötzlichen Hochschreckens aus dem Schlaf, beginnend mit einem Panikschrei, starker vegetativer Erregung und kaum zu beruhigen, keiner oder sehr bruchstückhaften Erinnerung an einen Traum und einer Erinnerungslosigkeit für den ganzen Ablauf. Und man berichtet noch von ernsteren psychosozialen Konsequenzen, wenn sich dieses Phänomen nicht in den Griff bekommen lässt.

– Etwas schwieriger gestaltet sich die differentialdiagnostische Abgrenzung der Alpträume gegenüber dem **Somnambulismus**, dem **Schlafwandeln**. Denn diese beiden Phänomene sind nicht selten miteinander verbunden. Dabei handelt es sich jedoch um zwei sehr unterschiedliche Störungen:

Im Grunde gehen Alpträume, entgegen der üblichen Meinung, so gut wie nie mit dem Schlafwandeln einher. Denn beim Schlafwandeln verlassen die Betroffenen z. B. ohne aufzuwachen das Bett und gehen im Zimmer, im Haus und gelegentlich sogar außerhalb des Hauses umher. Dabei können sogar einfache Tätigkeiten erledigt werden. Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie. Meist schaffen es die Betroffenen dann auch wieder, das Bett aufzusuchen, weiterzuschlafen – und nach dem morgendlichen Erwachen keine Erinnerung mehr daran zu haben. Vor allem werden sie nicht wach (wenn sie nicht wachgemacht werden), ein charakteristischer Gegensatz zu Alpträumen und auch Pavor nocturnus (s. o.).

Schlafwandeln tritt in der Regel im Tiefschlaf auf, also im ersten Drittel der Nacht. Ob es sich hier auch um ängstigende oder gar erschreckende Traum-Inhalte handelt, wie bei den Alpträumen, kann eigentlich nur vermutet werden, Beweise gibt es nicht (auch wenn man mitunter den Eindruck hat, dass der Schlafwandler vor einer Person oder einem Ereignis zu fliehen scheint).

Die diagnostischen Kriterien des Schlafwandels beim ICD-10 und DSM-IV-TR unterscheiden sich kaum: Wiederholte Episoden vom Verlassen des Bettes und Umhergehen während des ersten Schlafdrittels, nur schwer ansprechbar, starrer Gesichtsausdruck, keine Beeinträchtigungen der seelischen Abläufe und nach dem Aufwachen Erinnerungslosigkeit. Auch hier übrigens der Hinweis auf die ggf. ernsteren psychosozialen Konsequenzen im Alltag.

– Bei den so genannten **REM-Schlaf-Verhaltensstörungen** fallen die Betroffenen durch eine auffällige Bewegungs-Unruhe und ungewöhnliche Aktivitäten während des REM-Schlafs auf, beispielsweise um sich schlagen oder gar den Bettpartner würgen. Dies droht vor allem in der zweiten Nachthälfte. Erinnerung wird in der Regel ein bedrohlicher Traum, jedoch nicht die ungewöhnlichen Aktivitäten. Und dies erst am nächsten Morgen, denn in der Regel wacht der Betroffene nicht auf.

- Die so genannte **Schlafparalyse** ist die Unfähigkeit willkürlicher Bewegungen während des Übergangs von Wachsein zum Schlaf. Dies kann sowohl beim Übergang zum Einschlafen (Fachbegriff: hypnagog) als auch beim Übergang vom Schlafen zum Aufwachen (hypnopomp) auftreten. Das provoziert natürlich extreme Angst. Doch Angstträume werden nicht berichtet, auch wenn manche den Lähmungszustand fälschlicherweise als Alptraum interpretieren. Oder kurz: Die erlebte Angst ist die Folge des Lähmungsgefühls und einer damit vielleicht empfundenen Bedrohung. Ein bedrohlicher Traum-Inhalt aber wird nicht geklagt.
- Bei der so genannten **atmungs-gebundenen Schlafstörung** kommt es zu einem Erstickungsgefühl. Das kann im Zusammenhang mit der erhöhten vegetativen Erregung als Alptraum fehl-interpretiert werden. Doch Schlaf-Apnoen, also das vorübergehende Aussetzen der Atmung, was bei der atmungs-gebundenen Schlafstörung als stärkstes Krankheitszeichen auftreten kann, sind während der gesamten Nacht möglich.
- Bei der **Narkolepsie** fallen die Betroffenen während normaler Tages-Aktivitäten unwillkürlich und unwiderstehbar in kurze Anfälle von erholsamem(!) Schlaf. Das geht mit dem Verlust des so genannten Muskeltonus einher, Kataplexie genannt. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie. Möglich sind darüber hinaus auch noch hypnagoge oder hypnopompe Sinnestäuschungen (s. o.), die dann aber als traum-artig oder gar alptraum-artig sehr intensiv beschrieben werden. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eigentliche Alpträume im nächsten REM-Schlaf.
- Bei den **substanz-induzierten Schlafstörungen** muss die direkte Folge einer Droge oder eines Medikaments hingenommen werden. Typisch sind hier eher Insomnien (Schlafdefizit) und Hypersomnien (also ein Zuviel an Schlaf). Es können aber auch Parasomnien auftreten, wozu ja die Alpträume gehören. Besonders trizyklische Antidepressiva (also eine ältere Generation stimmungsaufhellender Psychopharmaka) und Amphetamine (bestimmte Substanzen aus der Gruppe der Weckmittel) können Alpträume auslösen.
- Vor allem beim **Entzug** bestimmter Substanzen, z. B. Alkohol, Rauschdrogen, Beruhigungsmittel u. a. kann es zu einem so genannten „REM-Rebound“, also einer Zunahme von REM-Schlaf kommen, und zwar gleich nach dem Einschlafen. Das kann mit vermehrten Alpträumen einhergehen.

Fazit: Schlafwandeln und Pavor nocturnus sind beide durch eine relativ schwere Erweckbarkeit und das Fehlen einer deutlichen Traum-Erinnerung charakterisiert. Dadurch unterscheiden sie sich wesentlich von den Alpträumen. Beim Pavor nocturnus handelt es sich um eine Störung, die vor allem bei Kindern vorkommt und mit ausgeprägter vegetativer Erregbarkeit einhergeht und einer höchstens schwachen Erinnerung an den Traum-Inhalt. Beim Schlafwandeln liegt eine Störung mit ausgeprägter Bewegungs-Aktivität und fehlender Erinnerung an Traum-Inhalte vor. So die Zusammenfassung der Ex-

perten, Professor Dr. R. Pietrowsky und Frau Diplom-Psychologin Johanna Thünker in ihren beiden Fachbüchern.

Ähnliche differentialdiagnostische Aspekte sind dann auch bei den weiteren Schlafstörungen zu diskutieren, nämlich den REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, der Schlafparalyse, den atmungs-gebundenen Schlafstörungen, der Narkolepsie und vor allem den substanz-induzierten Schlafstörungen während der Intoxikation (Vergiftung) und im Entzug.

DIAGNOSE – HYPOTHESEN – URSACHEN

Diagnostische Verfahren

Zur Beurteilung der Schlafqualität stehen zahlreiche Fragebögen zur Verfügung. Damit lassen sich indirekt auch Parasomnien erfassen oder zumindest vermuten. Manchmal wird auch explizit danach gefragt. Auch können Fragebögen zur Diagnose von Erschöpfung oder Müdigkeit als indirektes diagnostisches Hilfsmittel eingesetzt werden, wenn sich der Verdacht auf Parasomnien ergibt.

Ansonsten gilt die Regel: Alpträume werden durch Selbst-Beobachtung und Selbstbericht erfasst. Störungs-spezifische(!) Fragebögen, Tests oder gar apparative Verfahren gibt es (bisher) nicht. Weitere Hinweise dazu siehe später.

Psychologische Erklärungsmodelle

Die psychologischen Erklärungsmodelle gingen früher vor allem auf die *psychoanalytischen Theorien ihrer klassischen Begründer* zurück, insbesondere Sigmund Freud und C. G. Jung: Der „Vater der Psychoanalyse“, Professor S. Freud, hatte aber damit seine liebe Not. Denn für ihn waren Träume erst einmal „Hüter des Schlafs“. Das kann man nun aber von Alpträumen nicht gerade behaupten, weshalb er sich später zu einigen korrigierenden Erläuterungen gezwungen sah, die aber nicht sehr überzeugten. Seine psychoanalytischen Mitstreiter und Nachfolger schrieben in ihren Erklärungsmodellen den Alpträumen problem-lösende Funktionen zu.

Konkret: Traumatische Erlebnisse dienen als kompensatorisches Mittel zur psychologischen Selbststeuerung, indem man alles Verdrängte, zumindest aber nicht Beachtete oder nicht Gewusste zur Kenntnis nehmen muss.

– Bei den *kognitiv-behavioralen Theorien* muss man mehrere Hypothesen unterscheiden: Die *Kontinuitäts-Hypothese* geht von einer Übereinstimmung

zwischen Wach- und Traum-Geschehen aus. Schlussfolgerung: Ängste im Traum würden tatsächlich Ängste im Wachzustand widerspiegeln.

– Bei der *Kompensations-Hypothese* dienen Träume dazu, Belastungen des Wachzustandes zu kompensieren. Das ist aber bei Alpträumen schwer vermittelbar, es sei denn, man betrachtet sie als kompensatorische Funktion und damit Bewusstwerdung verdrängter oder bedrohlicher Persönlichkeits-Anteile (siehe C. G. Jung).

– Bei der *Mastery-Hypothese* soll der Alptraum ein gedankliches Probe-Handeln ermöglichen, konkret: eine mentale Auseinandersetzung mit einem real belastenden Ereignis oder einem Problem gewährleisten. Hier kommt man seiner postulierten therapeutischen Funktion schon näher, sprich: Alpträume dienen dazu, mit bestehenden Ängsten besser umzugehen lernen; oder Lösungs- und Verhaltens-Alternativen für bedrohliche Situationen zu durchdenken, im Traum durchzuspielen und dann in der Realität auch zu durchleben.

Neuro-physiologische Theorien

Bei den neuro-physiologischen Theorien nimmt beispielsweise die *Aktivierungs-Synthese-Theorie* an, dass Träume nur ein Zufallsprodukt des Gehirns seien. Und damit das Traum-Geschehen nichts anderes, als das Zusammenfügen von Bildern, die durch zufällige Reizung des Großhirns durch den Hirnstamm auftreten. Also nicht als Reaktion auf Gedanken oder Gefühle, sondern als Folge ungerichteter neuronaler Aktivitäten. Soweit eine ältere und inzwischen überholte Theorie.

Ähnlich schwer tut sich die mit neuro-psychologischen und bildgebenden Befunden unterstützte „Neuro-Psychoanalyse“, die sich um eine neuro-psychologische Bestätigung der Freud’schen Traumtheorie bemüht. Hier spricht man von einer Aktivierung des so genannten dopaminergen Motivations-Systems im Zusammenspiel bestimmter Gehirn-Areale. Auch hier haben die Experten Mühe, die Alptraum-Belastung mit ihren theoretischen Überlegungen nachvollziehbar zu erklären.

Weitere Störungs-Modelle: Traumatisierung, Persönlichkeitsfaktoren, Stressbelastung u. a.

So nimmt es nicht Wunder, dass auch nach anderen Einflussfaktoren gesucht wurde und noch immer wird. Dazu gehören beispielsweise nach R. Pietrowsky

- die schon mehrfach erwähnte *Traumatisierung* mit ihren posttraumatischen Belastungsstörungen und dabei immer wiederkehrenden Alpträumen. Leider lässt sich dabei kein eindeutiger Zusammenhang zwischen traumatisierenden

Ereignissen und dem Auftreten von Alpträumen erkennen. Auch kann der zeitliche Abstand sehr variabel sein.

Eine Sonderform traumatisierender Ereignisse sind außerdem schwere körperliche Erkrankungen und Operationen. Auch sie vermögen neben einem gehäuftem Auftreten von Alpträumen zu bestimmten traum-ähnlichen Erlebens- und Bewusstseinsformen zu führen (so genannte oneiroide Erlebensformen).

- Vor allem idiopathische Alpträume finden sich gehäuft bei Patienten mit *Schizophrenie, Depressionen* und *Angststörungen*. Hier wird man wohl von spezifischen Einflüssen ausgehen müssen, beispielsweise einer erhöhten dopaminergen Aktivität bei der Schizophrenie oder vermehrtem REM-Schlaf bei Depressiven.

Neben diesen physiologischen Faktoren muss man auch an die erhöhte Belastung durch das psychische Leidensspektrum denken, ein Aspekt, der durchaus nachvollziehbar zu vermehrten Alpträumen führen kann. So finden sich bei Depressiven gehäuft Alpträume, die um das depressions-typische Thema Schuld oder Tod kreisen. Bei den Angstpatienten sind es eher phobisch besetzte Situationen oder Ereignisse, die offenbar Alpträume bahnen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

- Ein weites Feld sind die *Persönlichkeitsfaktoren*, die man als mögliche Ursachen für Alpträume untersuchte. Dazu gehören beispielsweise Neurotizismus, Ängstlichkeit, Kreativität oder das Konzept der „dünnen Grenzen“. Solche Persönlichkeitsfaktoren scheinen aber nicht direkt zur Entstehung von Alpträumen zu führen. Hier denkt man eher an die unzureichende Verarbeitung von akuter Stressbelastung, die sich dann in Alpträumen äußern könnte. Im Einzelnen:

- - *Neurotizismus* wird am häufigsten genannt, was sich auch in zahlreichen Untersuchungen zeigen ließ. Menschen mit erhöhten Neurotizismus-Werten berichten auch vermehrt über Alpträume.

Unter Neurotizismus versteht man in der Persönlichkeits-Psychologie bestimmte Persönlichkeitsfaktoren wie häufig negative Gefühlszustände, viele Sorgen, sich ängstlich, gehemmt, unsicher und handlungs-eingeschränkt zu fühlen, mangelhafte Stress-Toleranz u. a. Solche Persönlichkeitsmerkmale können auch Depressionen, somatoforme (psychosomatisch interpretierbare) sowie Angststörungen bahnen.

- - Ähnliches gilt für eine erhöhte *Ängstlichkeit*, wenn sie sich als überdauernde Persönlichkeits-Eigenschaft äußert. So beschäftigen sich Menschen, die unter Alpträumen leiden, auch häufiger mit Themen wie Schuld, Krankheit und Tod, so die Experten.

- - Selbst ein so positives Persönlichkeits-Merkmal wie *Kreativität* scheint vermehrt mit Alpträumen einherzugehen. Das hängt zum einen damit zusammen, dass solche Menschen auch insgesamt häufiger Traum-Erinnerungen und vor allem phantasievollere Träume haben. Allerdings auch mehr bizarre Alpträume. Ihnen sind dann aber offenbar auch öfter angenehme Träume vergönnt.
- - Wie die Kreativität geht auch die *Suggestibilität* (Beeinflussbarkeit) mit mehr und intensiveren Träumen einher. Auch Menschen mit höheren hypnotischen Fähigkeiten erinnern insgesamt öfter und dabei lebhaftere Träume – und auch mehr Alpträume.
- - Das spezifische Persönlichkeitsmuster der „*dünnen Grenzen*“ scheint ebenfalls häufiger mit Alpträumen verbunden zu sein. Darunter versteht man eine hohe Durchlässigkeit, beispielsweise zwischen Wirklichkeit, Phantasie, Tagtraum und Traum.

Solche Menschen sind sensibel, ungewöhnlich offen und haben intensive, häufig auch konfliktreiche Beziehungen. Ihnen fällt es bisweilen schwer, zwischen Traum- und Wachzustand zu unterscheiden, vor allem die erste Zeit nach dem Aufwachen. Einerseits sind ihnen zwar öfter erhöhte kreative und künstlerische Fähigkeiten vergönnt, andererseits aber möglicherweise auch mehr Alpträume. Offenbar lassen sie auch eher angst-erregende Aspekte in ihren Träumen oder Phantasien zu.

Die Experten meinen: Je dünner die Grenzen, desto eher die Erinnerungshäufigkeit von Träumen, denen halt auch mehr Bedeutung zugemessen wird. Kurz: Diese Persönlichkeits-Dimension im Konzept der „dünnen Grenzen“ ist ein interessantes Forschungs-Phänomen mit Überschneidungen zu Neurotizismus, Kreativität, der Art und Weise der Stress-Verarbeitung usw.

- - Schließlich weisen auch verschiedene Untersuchungen auf den Zusammenhang zwischen bestimmten *psychopathologischen Merkmalen* (Psychopathologie = psychiatrische Krankheitslehre) und dem Auftreten häufiger Alpträume hin. Hier geht es dann vor allem um die schon erwähnte Schizophrenie, um Hypochondrie und Psychopathie (Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Aktuelle Stress-Belastung

Wie schon mehrfach angedeutet, gehen stress-reiche Lebens-Ereignisse oft den Alpträumen voraus. Bei einigen Untersuchungen geht das bis zu 90% (Stress erhöht die Häufigkeit von Alpträumen) bzw. 60% (für belastende Ereignisse schlechthin). Auch ließ sich zeigen, dass die Mehrzahl der Untersuchten mit häufigen Alpträumen ein traumatisches Ereignis oder eine belastende

Zeit vor dem Auftreten der Alpträume zu ertragen hatte. Dazu gehören Prüfungs-Stress, familiäre Probleme, Angst um den Arbeitsplatz u. a.

Auch die Art der Stress-Verarbeitung scheint einen Einfluss zu haben, nachvollziehbar: So erhöhen häufige Alpträume die stress-vermehrenden und vermindern die stress-reduzierenden Bewältigungs-Strategien im Vergleich zu Menschen mit seltenen Alpträumen. Auch ließen sich Zusammenhänge zwischen der Art der Stress-Verarbeitung und negativer Befindlichkeit sowie ungünstiger Verhaltens-Konsequenzen nach Alpträumen objektivieren. Kurz: Alpträume können die gewohnten Alltags-Strategien beeinträchtigen und damit zu psychosozialen Zusatz-Belastungen führen.

Medikamente und Drogen

Schließlich wurde ebenfalls schon darauf hingewiesen: Alpträume können auch pharmakogen (also durch bestimmte Arzneimittel, schlicht gesprochen: chemisch) ausgelöst oder aufrechterhalten werden. Dies betrifft vor allem Psychopharmaka und hier beispielsweise die trizyklischen Antidepressiva und die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (also die ältere und jüngere Generation der stimmungsaufhellenden Psychopharmaka). Ferner Hypnotika (Schlafmittel), Tranquilizer (Beruhigungsmittel) vom Benzodiazepin-Typ sowie Dopamin-Agonisten, z. B. bestimmte Parkinson-Mittel (Einzelheiten zu allen diesen Substanzen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Da Alpträume vorwiegend im REM-Schlaf auftreten, kann man sie zurückdämmen, wenn man Substanzen einnimmt, die diesen REM-Schlaf reduzieren. Doch nach Absetzen dieser Substanzen kommt es zu dem schon erwähnten REM-Rebound, also einer plötzlichen Zunahme des REM-Schlafs, was sich schon in der ersten Nachthälfte zeigt. Dadurch steigt dann auch die Wahrscheinlichkeit für Alpträume. Das erklärt die ggf. vermehrte Häufigkeit durch Alkohol, Beruhigungsmittel und bestimmte Antidepressiva.

Unter den illegalen Drogen sind es vor allem Amphetamine, die aber inzwischen auch legal, z. B. gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS eingesetzt werden können; illegal übrigens zum Neuro-Enhancement, also Gehirndoping. Ferner Kokain und Marihuana, die für ihre Alpträume berüchtigt sind. Und dies nicht nur während der Einnahme, sondern auch im Rahmen des Entzugs (Fachbegriff: dopaminerge Übererregung bzw. REM-Rebound?).

Wie diagnostiziert man Alpträume?

Die Diagnose von Alpträumen ist in der Regel ein mehrstufiger Prozess, gibt Prof. Dr. R. Pietrowsky zu bedenken: Die einfache Alpträum-Schilderung reicht nicht.

– Im Allgemeinen versucht man die Störung erst einmal durch konkrete Fragen zu erfassen (Fachbegriff: klinisches Interview). Für die genaue Diagnosestellung muss man sich dann an die Vorgaben von ICD-10 und DSM-IV-TR halten (s. o.). Auch Schlaf-Tagebücher sind nützlich, vor allem was die belastenden Ereignisse an den Vortagen anbelangt. Um einen medizinischen Krankheitsfaktor auszuschließen (von bestimmten seelischen oder körperlichen Leiden bis zu Medikamenten, Rauschdrogen und Alkohol) braucht es ebenfalls eine Anamnese (Erhebung der Krankheitsgeschichte), ergänzt durch körperliche und Laborbefunde bis zum Schlaflabor (z. B. Ausschluss einer atmungsgebundenen Schlafstörung, sprich Schlaf-Apnoe u. a.).

In einer Kurzanleitung für die Exploration (Fachbegriff für eine systematische Befragung zur Ermittlung aktueller Beschwerden, der Lebensgeschichte und seelischen Erlebensweise sowie zur Erfassung psychopathologischer = seelisch krankhafter Auffälligkeiten) weist der Experte auf folgende Fragen hin:

– Seit wann besteht die Störung? Was war der Anlass für den Therapie-Wunsch? Wie häufig tritt die Störung auf? Wie stark und in welcher Art leidet der Betreffende unter seinen Alpträumen? Was sind seine Therapieziele?

Um die Diagnose zu verifizieren (also nachweisbar, nachprüfbar, kurz: als zutreffend zu erklären), müssen noch vorliegende Fragen geklärt werden: Zum einen besteht detaillierte Traum-Erinnerung? Wie ausgeprägt ist die vegetative Erregung nach dem Erwachen? Treten die Alpträume vor allem in der zweiten Nachthälfte auf? Zum anderen sind weitere mögliche Störungen und damit Diagnosen auszuschließen. Beispiele: Schlaf-Apnoe, REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, Panikattacken u. a. Und besonders wichtig: Sind auch Depressionen oder Angststörungen zu ertragen? Und stehen die beklagten Alpträume damit in Zusammenhang?

– Wie schon mehrfach betont, finden sich Alpträume nicht zuletzt bei *post-traumatischen Belastungsstörungen*. Deshalb die Frage des Arztes oder Psychologen: Träumen Sie immer wieder den gleichen Angsttraum? Gibt es dafür eine reale Erfahrung? Gibt es vielleicht sogar Flashbacks, also Nachhall-Erinnerungen dieser Erfahrungen im Wachzustand? Belastet ein überwiegend oder allein dominierendes Alptraum-Thema, z. B. Verfolgung, Krankheiten u. a.? Oder sind alle Alpträume verschieden?

– Ein wichtiger Aspekt ist – wie oben dargelegt – der Gebrauch von *Medikamenten*, die zu Alpträumen führen können. Das lässt sich im klinischen Gespräch relativ einfach klären, sofern der Patient darüber aufrichtig zu berichten vermag (was nicht immer gegeben ist, vor allem bei Medikamenten mit Suchtgefahr, die sich der Betroffene durch Verheimlichung weiter zu sichern versucht). Wenn es allerdings klar ist, dann stellt sich die Frage: Ist das Absetzen des Medikaments medizinisch vertretbar?

Das muss mit dem behandelnden Arzt geklärt werden. Wenn ja, kann man damit versuchen, die ständig nächtlich quälende Ursache auszuschließen. Kann man auf die beispielsweise internistische, psychiatrische, neurologische u. ä. Medikation nicht verzichten, muss man ggf. versuchen, auf andere Arzneimittel umzusteigen, die vielleicht weniger Alptraum-Provokationen auslösen.

- Einfacher ist es bei Verdacht auf *Rauschdrogen*, die potentiell Alpträume auslösen können (z. B. Amphetamine, Kokain, Haschisch). Hier wird man u. U. noch weniger auf ein offenes Eingeständnis zählen können. Da hilft dann ein Drogen-Screening weiter, sofern sich der Patient damit einverstanden erklärt. Das kann allerdings das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Therapeut belasten, man kann es sich denken. Deshalb sollte man es nur in wirklich begründeten Verdachtsfällen erwägen. Eine ungeschönte Aufklärung ist aber unbedingt zu leisten.

- Eine Befragung zu *körperlichen Beeinträchtigungen* bzw. ein entsprechender *Untersuchungsbefund* ist dann empfehlenswert, wenn der Verdacht auf eine organische Erkrankung vorliegt. Beispiele: Bei neurologischen Leiden die Epilepsie, generell die Einnahme von Medikamenten oder die Belastung durch bestimmte Krankheitsfaktoren, die man auf jeden Fall diskutieren sollte (vor allem wenn die Ursache nicht zu lindern oder zu heilen ist).

Die Überlegung, hier wäre vor allem ein *Schlaflabor* mit den Möglichkeiten einer so genannten Polysomnographie geeignet, ist nach Professor Pietrowsky zu relativieren: Ein Schlaflabor dient vor allem dem Ausschluss anderer Schlafstörungen wie Schlaf-Apnoe, REM-Schlaf-Verhaltensstörungen oder Schlafwandeln. Für die Erfassung von Alpträumen im speziellen ist es nicht geeignet.

- Ein wichtiges Hilfsmittel sind schließlich *Schlaf-Tagebücher*. Dadurch können Belastungsfaktoren erfasst werden, an die der Betroffene zuerst einmal gar nicht denkt. Beispiele: die „physikalische“ Schlaf-Umgebung (Ort, Temperatur, Lärm, Licht, Gerüche u. a.). Dann der Genuss von Koffein oder Alkohol zur „Unzeit“. Und der Medien-Konsum, ein sicher ungewöhnlicher Einflussfaktor, der aber keinen geringen Anteil haben kann.

- Des Weiteren geht es um *seelische Belastungsfaktoren mit psychosozialen Konsequenzen*. Beispiele: emotionale Belastungen während des Tages, d. h. Arbeitsweg, Arbeitsdruck, Arbeitsplatz-Ängste u. ä. Und natürlich das Gleiche in partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen und sonstig bedeutungsvollen zwischenmenschlichen Bereichen.

- Im Weiteren interessieren die Fragen: Was waren die bisherigen *Konsequenzen*, nämlich in negativer Hinsicht? Beispiele: Leistungsrückgang, Selbstzweifel, Ängste, Schlaf-Erwartungsangst u. a. Und was hat der Betroffene bisher getan, um mit seinen Alpträumen zurechtzukommen (z. B. Veränderung

von Schlafgewohnheiten, Medienkonsum, Arzneimittel-Einnahme, Traum-Tagebücher u. a.)?

– Ähnlich hilfreich, vom Experten dann jeweils gezielt einzusetzen, sind neben den Schlaf-Tagebüchern auch entsprechende *Fragebögen* zur Schlafqualität oder Müdigkeit, wobei erstere bei Alpträumen aussagekräftiger zu sein scheinen.

- Nicht zuletzt geht es um die Frage: Lassen sich Alpträume auch *quantitativ* erfassen? Das kann in der Tat auf mehrere Arten erfolgen. Am einfachsten ist es die Zahl der Alpträume innerhalb eines bestimmten Zeitraums rückwirkend schätzen zu lassen. Das kann recht zuverlässig ausfallen, schließlich sind Alpträume sehr beeindruckende Phänomene, über die man nicht so leicht hinweg gehen kann. Etwas aufwändiger ist die Erfassung der Alpträume mit Hilfe von Protokollen oder Tagebüchern (s. o.). Durchaus ausreichend kann auch die globale Feststellung sein: gelegentlich oder häufig, akut oder chronisch.

Konkrete Fragen zu Alpträumen

Für die Aufzeichnung von Alpträumen hat Professor Dr. R. Pietrowsky seinen empfehlenswerten Fachbüchern über Alpträume ein Merkblatt beigelegt. Dazu einige Hinweise:

- Ins Bett gehen mit dem ausdrücklichen Vorsatz, sich am Morgen nach dem Aufwachen an den Traum erinnern zu *wollen*.
- Deshalb Papier bzw. Tagebuch und Stift/Diktiergerät/Fragebogen *griffbereit*.
- Den Alptraum *direkt* nach dem Erwachen aufzeichnen (je länger die Zwischenzeit, desto größer die Erinnerungslücken und Verzerrungen).
- Das ganz in *Ich-Form* formulieren (damit fällt es leichter, sich zu erinnern und entsprechend zu beschreiben).
- *Alles aufzeichnen*, was einem dazu einfällt: Handlungen, Wahrnehmungen, Gefühle, selbst vage „Erinnerungsfetzen“ oder scheinbar unwichtige oder peinliche Details.
- Bei mehreren Alpträumen in der erfolgten *Reihenfolge* aufzeichnen.
- Auch Alpträume im *Tagesverlauf* aufzeichnen.
- Ergänzungen durch später auftretende Gedanken und Gefühle im Wachzustand erst *nach* Aufzeichnung des Alptraums nach dem Erwachen vornehmen (Gefahr der Gefühls-Vermengungen u. ä.).

Fachfragen in Diskussion

Für die Experten scheint sich in letzter Zeit ein eher formales Diskussions-Thema geklärt zu haben, erklärt Professor Dr. R. Pietrowsky: Früher ging es vor allem um die Frage, ob der Alptraum ein *eigenständiges Störungsbild* ist oder *psychopathologische Traum-Folge* einer anderen seelischen Störung (wie erwähnt: z. B. Depression oder posttraumatische Belastungsstörung). In letzter Zeit scheint sich die Auffassung durchgesetzt zu haben, dass beim Vorliegen von Parasomnien generell (zu denen auch die Alpträume gehören) diese in der Regel als eigenständige Störung klassifiziert werden sollten, auch wenn andere psychische Störungsbilder vorliegen.

Umstritten ist auch die frühere Vorgabe, dass das *Erwachen* durch den Alptraum ein kennzeichnendes Merkmal sein müsse. Manche Experten vertreten inzwischen die Ansicht, dass Alpträume nicht zwangsläufig zum Erwachen führen müssen. Deshalb schließen sie auch ausgesprochen angst-erregende Träume, von denen der Betroffene nicht erwacht, aber am nächsten Morgen eine sehr detaillierte Traum-Erinnerung hat, ebenfalls in die Alptraum-Diagnose ein.

ZUR BEHANDLUNG VON ALPTRÄUMEN

Die Therapie der Alpträume nimmt in dem empfehlenswerten Fachbuch von R. Pietrowsky zwei Drittel des Umfangs ein und ist in dem Therapiemanual über Alpträume von Johanna Thünker und R. Pietrowsky das Hauptanliegen und damit Kernstück. Das sagt schon einiges über die Bedeutung des Phänomens aus, und zwar als Leidenbild sowie die Möglichkeiten und Grenzen einer gezielten Behandlung. Einzelheiten dazu siehe die dafür zuständigen Experten, sprich Nervenärzte, Psychiater und Psychologen mit entsprechend psychotherapeutischer Ausbildung (und dafür notwendigen Behandlungs-Zeit, das sollte man grundsätzlich nicht vergessen!) und die entsprechende Fachliteratur. Allgemein-verständliche Sachbücher dazu sind hingegen (noch) selten.

Bei der Frage: *Behandlung oder nicht und wenn ja, in welcher Form?* muss man erst einmal berücksichtigen, ob und welche Leiden oder zumindest Beeinträchtigungen belasten. Beispiele: Aus Furcht vor Alpträumen schlecht einschlafen, nach einem Alptraum bedrückt, ängstlich, sorgenvoll, auf jeden Fall nicht voll belastbar sein („Alptraum-Kater“), kurz: ein subjektives(!) Leidenbild, das auf den ersten Blick weniger beeinträchtigend erscheint, in Wirklichkeit aber erheblich zermürben kann, vor allem auf Dauer. Dies nicht zuletzt, weil Alptraum-Betroffene im allgemeinen wenig „nach außen lassen, zumeist auch kein objektivierbares Beschwerdebild oder gar Vermeidungs-Verhalten, schon

gar keine konkrete Gefährdung zeigen, wie dies beispielsweise bei bestimmten Angststörungen oder der Depression (Suizidgefahr?) zu beachten ist.

Im Weiteren geht es um die schon mehrfach erwähnte *Differenzierung*: Alptraum allein oder in Kombination mit anderen Störungen. Bei letzterem gilt es natürlich diese so genannten ko-morbiden Leiden zu diagnostizieren und gesondert zu behandeln. Hier vor allem die posttraumatischen Alp-Träume durch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Dabei entscheidet der Therapeut, ob die Alpträume zusätzlich für sich oder im Rahmen der psychotherapeutischen Bearbeitung des traumatischen Ereignisses behandelt werden sollen. Die Experten sind der Meinung, dass die gesonderte Alptraum-Therapie durchaus sinnvoll sei, und zwar entweder im Vorfeld oder Anschluss zur speziellen PTBS-Therapie. Einzelheiten zur wissenschaftlichen Diskussion dazu siehe die besprochenen Fachbücher.

Neben den Indikationen (Heilanzeigen) müssen aber auch so genannte *Kontraindikationen* (therapeutische Gegenanzeigen) beachtet werden. Das hört sich erst einmal sonderbar an, wird aber rasch deutlich, wenn man die einzelnen Krankheitsbilder bespricht, die hier zu bedenken und sehr spezifisch zu behandeln sind.

Beispiele: Kontraindiziert ist eine Therapie der Alpträume vor allem bei akutem psychotischen Erleben (schlicht gesprochen: plötzlich ausbrechende „Geisteskrankheit“) sowie bei Substanz-Missbrauch (Rauschdrogen, Alkoholismus, Medikamente, Mehrfach-Missbrauch). Ebenfalls nicht zu behandeln sind Alpträume, die erst nach Einnahme von psychotropen Medikamenten (mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben) ausgebrochen sind, z. B. Antidepressiva oder Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine. Hier geht es – wie schon mehrfach erwähnt –, um die Berücksichtigung der entsprechenden Medikation und die Frage, kann man die Dosis reduzieren oder gar weg lassen und damit die Alpträume verhindern. Auch eine dementielle Erkrankung (Stichwort: Alzheimer oder ähnliche Leidensbilder) erschwert natürlich die Behandlung deutlich oder macht sie gar unmöglich.

Schließlich kann auch die Krankheit selber oder zumindest ihr derzeitiger Schwere- bzw. Belastungsgrad eine gezielte Behandlung erst einmal hinauschieben. Ein klassisches Beispiel ist eine schwere depressive Episode, die allein durch ihre psycho-motorische Symptomatik (seelisch, geistig und körperlich herabgestimmt, heruntergebremst, unfähig zum Denken und Handeln) jegliche Hausaufgaben (s. o.) unmöglich macht. Häufig mangelt es hier schon an der notwendigen Auffassungs- und Konzentrationsfähigkeit, um den Anweisungen während einer Therapie-Sitzung zu folgen. Hier sollte zunächst eine Behandlung der Depression im Vordergrund stehen. Vielleicht gehen die Alpträume ja auch zurück, wenn sich die Depression verflüchtigt.

Und schließlich muss bei posttraumatischen Belastungsstörungen mit Alpträumen daran gedacht werden, dass selbst eine unvollständige Alptraum-

Rekonstruktion mit dem auslösenden Belastungs-Ereignis konfrontiert – und vielleicht damit alles wieder auffrischt. Das entscheidet aber der Therapeut, wobei es manchmal in der Tat sinnvoll sein kann, die Alptraum-Behandlung erst nach einer abgeschlossenen Trauma-Therapie zu beginnen, so Professor Pietrowsky.

Behandlungs-Ansätze von Alpträumen

Bislang gibt es offenbar nur wenig spezifische Behandlungs-Ansätze zur Therapie von Alpträumen. Hier positionieren sich deshalb die Fachbücher des Hogrefe-Verlags über *Alpträume* als im deutschsprachigen Bereich bisher einmalige Behandlungs-Anweisungen, und zwar konkret, differenziert, wissenschaftlich fundiert und sich auf belegbare Erfolgs-Hinweise beziehend. Einzelheiten dazu siehe die ausführlichen Therapiekapitel mit ausgesprochen detaillierten Hinweisen für Fachleute, die sich diesem durchaus schwierigen Thema im Alltag von Klinik, Ambulanz oder Praxis nähern wollen. Nachfolgend deshalb nur einige Stichworte aus den beiden Fachbüchern von Professor Dr. R. Pietrowsky und Frau Dr. Johanna Thünker von der Universität Düsseldorf aus dem Blickwinkel der Schlafforschung mit Schwerpunkt Alpträume:

Bislang gibt es nur wenig spezifische Behandlungs-Ansätze zur Therapie von Alpträumen. Den meisten Verfahren sind nachfolgende Behandlungs-Ziele gemeinsam: 1. Reduktion der Alptraum-Häufigkeit, 2. Reduktion der in und nach den Alpträumen erlebten Angst und 3. Reduktion der negativen Verhaltens-Konsequenzen von Alpträumen, sprich Ängste, Niedergeschlagenheit, unnötige Sorgen, krankhaftes Problem-Grübeln, traumatisches Wiedererleben u. a. Im Einzelnen:

– Als die Behandlung der Wahl gilt nach Experten-Meinung, die auch Professor Dr. R. Pietrowsky und seine Mitarbeiterin vertritt, die so genannte *Imagery Rehearsal-Therapie (IRT)*. Hier soll der Patient lernen, den Ablauf seiner Alpträume bewusst zu ändern, so dass ihm der Traum keine Angst mehr macht. Dabei soll er sich diese modifizierte Alptraum-Version unter Imagination (s. u.) vorstellen und verinnerlichen.

Unter Imagination (vom lat. Imago = Bild) versteht man eine innere, bildhafte Vorstellung, genutzt von einer spezifischen Form der Psychotherapie, die mit inneren Bildern arbeitet. Dabei sind verschiedene Verfahren möglich. Beispiele in Fachbegriffen: katathym = imaginative Psychotherapie, aktive, vom Patienten selbstständig erlebte Imagination mit inneren Bildern und Symbolgestalten, auch im Rahmen des so genannten Psychodramas sowie Imagination im Verlauf einer Konfrontations-Therapie in Verbindung mit Entspannungsübungen. Bei letzterem reale Konfrontation mit der ängstigenden Situation und dem Ziel, diese dann besser bewältigen zu können.

Im Rahmen der erwähnten *Imagery Rehearsal-Therapie (IRT)* wird dabei für einen oder mehrere typische Alpträume ein neues „Alptraum-Skript“ entwickelt (die besagte Alptraum-Modifikation). Das soll dem ursprünglichen Alptraum noch so ähnlich wie möglich sein, aber alle ängstigenden oder bedrohlichen Elemente durch neutrale oder angenehme Szenen ersetzen. Dieser modifizierte Alptraum wird dann im Wachzustand wiederholt imaginiert (s. o.). Dahinter steht die Annahme, dass dieser neue Traum-Ablauf den ursprünglichen Alptraum verdrängt. Dadurch sollen die tatsächlichen Alpträume seltener werden oder zumindest eine weniger bedrohliche Form annehmen. Einzelheiten dazu siehe die ausführlichen Darstellungen in den beiden Fachbüchern über *Alpträume*.

Es gibt aber noch andere Verfahren, die bei Alpträumen eingesetzt werden. Dazu gehören beispielsweise:

- Die *Expositions-Behandlung*. Grundgedanke ist die Annahme, dass Alpträume, wie jedes andere Verhalten auch, so genannten Konditionierungs-Mechanismen unterworfen sind. Einzelheiten zu dem schon länger erfolgreich praktizierten Behandlungs-System der Konditionierung siehe die entsprechende Fachliteratur. Auf jeden Fall gibt es dazu zahlreiche psychiatrische und vor allem psychotherapeutische Anwendungs-Möglichkeiten der so genannten Verhaltenstherapie. Im Falle der Angstträume setzen sich nun die Betroffenen dem angst-besetzten Alptraum in ihrer Vorstellung so lange aus, bis dieser keine Angst mehr induziert. Ein Beispiel dafür ist die so genannte Systematische Desensibilisierung, die auch bei anderen Störungen erfolgreich genutzt werden kann (z. B. Phobien, also zwanghafte Ängste auf Grund bestimmter Situationen, Tiere, Ereignisse u. a.).

- Auch die *Hypnotherapie* bzw. entsprechende hypno-therapeutische Verfahren werden seit langem in der Behandlung von Alpträumen erfolgreich eingesetzt. Es besteht nämlich eine gewisse inhaltliche Nähe zwischen Hypnose und Träumen, zumal beide Phänomene mit einem geänderten Bewusstseins-Zustand mit so genannten dissoziativen Prozessen einhergehen. Dabei geht man davon aus, dass unter Hypnose die durch einen Alptraum ausgelösten Affekte leichter zugänglich und eher verändert werden können. Bei traumatisierten Patienten kann aber u. U. eine hypno-therapeutische Behandlung nicht erfolgsversprechend, ja sogar riskant sein, womit das Verfahren hier an seine Grenzen stößt.

- *Luzides Träumen* heißt, dass sich der Träumende der Tatsache bewusst ist, dass er gerade träumt. Luzide zu träumen ist eine mehr oder weniger leicht erlernbare Fähigkeit. Auch sie kann in der Alptraum-Therapie eingesetzt werden, weil der Träumende dadurch entlastend in die Alptraum-Behandlung eingreift. Fraglich bleibt allerdings, ob diese Luzidität die entscheidende Wirkkomponente zur Verbesserung der Alptraum-Symptomatik darstellt oder ob es nicht die Fähigkeit ist, bestimmte Alptraum-Aspekte zu verändern. Auch ist das

Erlernen des luziden Träumens relativ zeitaufwändig und vermutlich nicht allen Menschen gegeben, gibt Professor Pietrowsky zu bedenken.

– Schließlich wird noch die *pharmakologische Behandlung* von Alpträumen diskutiert. Sie konzentriert sich in der Regel auf die Behandlung der so genannten trauma-assoziierten Schlafstörungen bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. Dabei wurde eine Vielzahl von Arzneimitteln getestet, im wesentlichen Antidepressiva (stimmungsaufhellende Psychopharmaka), Anxiolytika (angstlösende Medikamente), Neuroleptika (antipsychotisch wirksame oder rein sedierende Psychopharmaka) und andere Substanzen (z. B. Prazosin und Cyproheptadin – s. u.). Auch synthetische Cannabinoide (Substanzen aus Indischem Hanf und deren synthetische Abkömmlinge) wurden schon geprüft.

Tatsächlich zeigt sich bei den meisten der untersuchten Substanzen eine Reduktion der Alptraum-Häufigkeit, allerdings in Abhängigkeit von dem jeweiligen methodischen Vorgehen. D. h. positiv in den Einzelfall-Berichten und Open-label-Studien, leider nicht mehr in placebo-kontrollierten Untersuchungen. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Anxiolytika (also auch als Tranquilizer bzw. Beruhigungsmittel bezeichnet, vorwiegend vom Typ der Benzodiazepine) haben – wie der Name schon besagt –, eine angstlösende Wirkung. Da sie auch den REM-Schlaf unterdrücken, in dem die meisten Alpträume auftreten, können sie in der Tat die Häufigkeit und Intensität von Alpträumen mildern. Leider lässt sich das in den erwähnten placebo-kontrollierten Untersuchungen nicht mit der erwünschten Sicherheit beweisen.

Das Gleiche gilt für die Antidepressiva, die nun schon seit einem halben Jahr mit verschiedenen Stoffgruppen durchaus erfolgreich sind bei Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen. Auch hier findet sich ja eine Senkung des REM-Schlafanteils und damit ggf. eine Reduktion der Alptraum-Häufigkeit. Nur eben nicht in placebo-kontrollierten Experimenten.

Dagegen sieht es bei dem Neuroleptikum Risperidon günstiger aus. Hier wurde in verschiedenen Untersuchungen eine Reduktion der Alpträume bewiesen, allerdings fast ausschließlich bei Kriegsveteranen mit posttraumatischer Belastungsstörung. Der Effekt geht vermutlich auf eine Sedierung (Dämpfung) und Besserung der Schlafqualität zurück und scheint kein spezifischer Effekt dieser Substanzen auf die Alptraum-Entstehung zu sein.

Erstaunlicherweise hat aber ein in der Psychiatrie ungewohntes Arzneimittel einen offenbar interessanten Einfluss auf die Alptraum-Häufigkeit, nämlich das schon erwähnte Prazosin, ein Medikament, das zur Behandlung von Bluthochdruck und Prostata-Krebs eingesetzt wird. Hier ließ sich in mehreren doppelblinden placebo-kontrollierten Studien an Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung eine signifikante Reduktion der Alptraum-Frequenz

bestätigen. Das ist erst einmal die positive Nachricht. Dass die Wirkungs-Ursache noch nicht völlig klar ist, tut dem keinen Abbruch (Blockade adrenerger Aktivität und damit Reduktion des leichten Non-REM-Schlafs (Schlafstadien I und II) – und damit die Wahrscheinlichkeit für posttraumatische Wiederholung?). Hier herrscht also noch Forschungsbedarf, wenn auch durchaus mit interessanten Aussichten.

Gesamthaft gesehen kommt jedoch der pharmakologischen Behandlung von Alpträumen eine eher untergeordnete Bedeutung zu, so Professor Dr. R. Pietrowsky.

SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSSICHT

Was sollte man über Alpträume und Schlafhygiene wissen?

Die meisten Menschen und sogar viele Betroffene selber haben falsche oder unzureichende Vorstellungen, was die Häufigkeit und individuelle Ausprägung von Alpträumen anbelangt. So traut sich die Mehrzahl der Patienten gar nicht, einen Therapeuten aufzusuchen, weil sie Angst haben, also „verrückt“ zu gelten. Oder die Befürchtung haben, die Alpträume seien Anzeichen für eine schwere psychische Erkrankung. Oder auch: Alpträume sind eine so ernste Störung, dass sie unbedingt eine Therapie rechtfertigen.

Auch im persönlichen Umfeld sprechen viele Patienten oft nicht über ihre Alpträume, teils aus obigen Befürchtungen heraus, teils aus Angst, nicht ernst genommen zu werden.

Deshalb legen die Therapeuten großen Wert auf eine allgemein verständliche Aufklärung, die solche Ängste zerstreuen soll. Im Einzelnen (nach Professor Dr. R. Pietrowsky):

- Alpträume sind relativ häufig. Etwa fünf Prozent der erwachsenen Allgemeinbevölkerung leiden regelmäßig darunter, mehr als die Hälfte aller Erwachsenen haben hin und wieder Alpträume.
- Es ist normal, dass die Inhalte von Alpträumen häufig unrealistisch und sogar bizarr (sonderbar, fremdartig, wunderlich) sind.
- Es ist auch ganz verständlich, dass man sich als Betroffener Fragen nach der Herkunft stellt und wissen will, wie Alpträume entstehen.

- Nach gegenwärtigem Wissensstand können Alpträume durch Medikamente, belastende frühere Ereignisse oder augenblickliche Stress-Belastung (Alltags-Geschehen) sowie Besorgnis oder Ängstlichkeit verursacht werden.
- Sie können aber auch bei besonders kreativen und begabten Menschen öfter auftreten.
- Es ist sehr unwahrscheinlich, dass Träume die Fähigkeit haben, zukünftige Ereignisse vorauszusagen. Daher ist auch das Auftreten von Alpträumen kein Grund, sich übermäßige Sorgen über bestimmte Ereignisse zu machen, die in diesem Fall ängstigend belasten.
- Und schließlich geht es vielen Patienten so, dass das wiederholte Auftreten von Alpträumen sie hilflos, ja verzweifelt macht.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Interessantes und praxis-relevantes Forschungs- und Arbeitsgebiet, das in Zukunft an Bedeutung gewinnen dürfte. Bisher allerdings nur eine überschaubare Zahl an wissenschaftlichen Publikationen und vor allem Fachbüchern. Nachfolgend eine Übersicht deutschsprachiger Fachbücher, extrahiert aus dem Literatur-Verzeichnis des besprochenen Fachbuchs über *Alpträume*:

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2003

Backhaus, J., D. Riemann: Schlafstörungen. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1999

Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM): Alpträume – Was kann ich dagegen tun? <http://www.rzuser.uni-heidelberg.de>

Ehlers, A.: Posttraumatische Belastungsstörungen. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1999

Freud, S.: Die Traumdeutung. (ursprüngliches Erscheinungsjahr: 1900). Fischer-Verlag, Frankfurt 1989

Görtelmeyer, R.: Schlafragebogen A und B. In: CIPS (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz-Verlag, Weinheim 1986

Görtelmeyer, R.: Schlafragebogen A und B – revidierte Fassung (SF-A/R und SF-B/S). Hogrefe-Verlag, Göttingen

Jung, C. G.: Allgemeine Gesichtspunkte zur Psychologie des Traumes. GW, Bd 8., 1928

*Müller, T., B. Paterok: **Schlaftraining.** Hogrefe-Verlag Göttingen 2010*

*Ott, H. u. Mitarb.: **Visuelle Analogskalen zur Erfassung von Schlafqualität.** In: CIPS (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz-Verlag, Weinheim 1986*

*Schneider, S., J. Margraf: **DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen.** Springer-Verlag, Berlin 2005*

*Schredl, M.: **Die nächtliche Traumwelt. Eine Einführung in die psychologische Traumforschung.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1999*

*Schredl, M.: **Traum.** Reinhardt-Verlag, München 2008*

*Schredl, M.: **Träume.** Ullstein-Verlag, Berlin 2007*

*Solms, M., O. Turnbull: **Das Gehirn und die innere Welt.** Walter-Verlag, Mannheim 2010*

*Spiegelhalder, K., u. Mitarb.: **Schlafstörungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen*

*Tholey, P., K. Utecht: **Schöpferisch träumen.** Falken-Verlag, Niedernhausen 1987*

*WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 20...*