



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de



TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN – VORBEUGEN, BEHANDELN UND REHABILITIEREN

Psychische Beeinträchtigungen als Folge von Gewalt, Unfällen oder Naturkatastrophen stellen psychosoziale Fachkräfte und Psychotherapeut:innen vor besondere Herausforderungen. Die Psychosoziale Notfallversorgung nach potenziell traumatisierenden Erfahrungen reicht von der Psychosozialen Akuthilfe, der psychosozialen und traumazentrierten Beratung über eine Psychotherapie bis zur Rehabilitation am Ende einer Versorgungskette.

Die einzelnen Bände der Reihe bieten Innovationen der Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation von Traumafolgestörungen.

Die Herausgeber:innen:

Robert Bering, Prof. Dr., war Mitgründer und Chefarzt des Zentrums für Psychotraumatologie der Alexianer Krefeld GmbH. Heute lehrt er an der Universität zu Köln und ist Leitender Oberarzt am Psychiatrischen Zentrum der Universitätsklinik Kopenhagen.

Christiane Eichenberg, Prof. Dr., ist Leiterin des Instituts für Psychosomatik der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Fakultät für Medizin.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Trauma und moralische Konflikte
2. Band: Kompendium Traumafolgen – Verlauf, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS
3. Band: Trauma und digitale Medien – Therapiemöglichkeiten und Risiken
4. Band: Trauma und Gegenübertragung
5. Band: Kompendium Trauma und Akutintervention
6. Band: Alpträume

Reinhard Pietrowsky

Alpträume und Trauma

Wechselwirkungen zwischen
Traum und Traumata

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH

Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Fragen zur Produktsicherheit: produktsicherheit@klett-cotta.de

© 2025 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte inklusive der Nutzung des Werkes für Text und

Data Mining i. S. v. § 44b UrhG vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © iStock/janiecbros

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-608-98898-7

E-Book ISBN 978-3-608-12499-6

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20736-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	7
1 Träume und Albträume	9
1.1 Was sind Träume?	9
1.2 Wie entstehen Träume?	11
1.3 Theorien zur Funktion von Träumen	14
1.4 Symptomatik und Klassifikation von Albträumen	22
1.4.1 Symptomatik von Albträumen	22
1.4.2 Erscheinungsformen und Inhalte von Albträumen	24
1.5 Epidemiologie und Verlauf	28
1.6 Klassifikation	30
1.7 Diagnostik von Albträumen und der Albtraumstörung	31
1.7.1 Differenzialdiagnose	37
1.8 Ätiologische Modelle zur Entstehung von Albträumen	40
1.9 Faktoren, die mit dem Auftreten von Albträumen verbunden sind	45
1.9.1 Persönlichkeitsfaktoren	46
1.9.2 Aktuelle Stressbelastung	48
1.9.3 Traumata	49
1.9.4 Medikamente und Drogen	50
2 Albträume im Rahmen von Traumafolgestörungen	51
2.1 Ein kurzer Überblick über Traumafolgestörungen	51
2.1.1 Symptomatik der Traumafolgestörungen	57
2.1.2 Gestörter Schlaf bei Traumafolgestörungen	62
2.1.3 Ätiologische Modelle	68
2.1.4 Behandlung	71
2.2 Der Einfluss von Traumatisierung auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Albträumen	73

3 Funktionalität der Albträume für die Traumafolgen	79
3.1 Sind posttraumatische Albträume ein bloßes Symptom einer Traumafolgestörung oder haben sie Einfluss auf diese?	79
3.2 Posttraumatische Albträume sind Symptom einer PTBS und fördern deren Aufrechterhaltung	80
3.3 Posttraumatische Albträume stehen in einem funktionalen Zusammenhang mit der PTBS und begünstigen deren Bewältigung	85
4 Sonderformen (posttraumatischer) Albträume	93
4.1 Oneiroid	93
4.2 Luzide Albträume	96
4.3 Hypnagoge und hypnopompe Zustände	97
4.4 Schlafparalyse	98
4.5 REM-Schlaf-Verhaltensstörung	100
5 Behandlung von posttraumatischen Albträumen	102
5.1 Allgemeine Grundzüge der Behandlung von Albträumen ..	102
5.2 Behandlung posttraumatischer Albträume	105
5.3 Manualisiertes Vorgehen mit Hilfe der IRT	108
5.3.1 Die erste Sitzung: Einführung in die Albtraumtherapie	113
5.3.2 Die zweite Sitzung: Entspannungsverfahren	122
5.3.3 Die dritte Sitzung: Imaginationsübungen	125
5.3.4 Die vierte bis siebente Sitzung: Albtraummodifikation	132
5.3.5 Abschlusssitzung	147
6 Effektivität der Albtraum-Behandlung	149
6.1 Effektivität der Albtraum-Behandlung im Allgemeinen	149
6.2 Effektivität der Behandlung posttraumatischer Albträume	153
Literatur	158
Der Autor	171

Vorwort

Selbstverständlich besteht ein Zusammenhang zwischen Traum und Trauma, dieser Zusammenhang ist jedoch nicht so eng, wie man auf den ersten Blick vermuten könnte. So gibt es natürlich Albträume infolge erlebter Traumata, aber es gibt auch traumabezogene Träume, die keine Albträume sind. Und längst nicht alle Albträume sind auf Traumatisierung zurückzuführen und viele erlebte Traumatisierungen führen auch nicht zu Albträumen oder einer Traumafolgestörung.

In dem vorliegenden Buch werde ich der Frage nachgehen, wie der Zusammenhang zwischen Trauma und Albträumen ist. Ich werde mich dabei den Fragen zuwenden, was Träume und Albträume verursacht und wodurch Traumafolgestörungen entstehen und aufrechterhalten werden. Insbesondere werde ich beleuchten, inwiefern posttraumatische Albträume ein bloßes Symptom einer Traumafolgestörung sind oder ob sie nicht auch einen Mechanismus darstellen, der zur Bewältigung des Traumas und der Traumafolgestörung dient. Und schließlich werde ich die Behandlung von Albträumen vorstellen, die beim Vorliegen eines psychischen Traumas in vielen Fällen explizit zusätzlich zur Behandlung der Traumafolgestörung angezeigt ist.

Die Entstehung dieses Buches ist – wie so oft – nicht allein dem Autor zu verdanken. Ich danke daher Prof. Robert Bering und Prof. Christiane Eichenberg für die Einladung, diesen Band der von ihnen herausgegebenen Reihe »Traumafolgestörungen« beisteuern zu dürfen. Ebenso danke ich Frau Sandra Aichele vom Verlag Klett-Cotta für ihre überaus freundliche und stets hilfsbereite Betreuung. Und da wissenschaftliche Erkenntnis ja immer eine Akkumulation von Wissen auf vorheriger Wissensbasis ist, danke ich Dr. Johanna Thünker und PD Dr. Annika Gieselmann für ihre früheren Mit- und Vorarbeiten, die auch in dieses Buch mündeten. Zuletzt danke ich meiner lieben Frau Ulrike, die ver-

ständnisvoll akzeptiert hat, dass ihr Ehemann auch im Ruhestand immer wieder an seinen Schreibtisch zurückgekehrt ist, um dieses Buch zu schreiben.

Schorndorf, im Mai 2025

KAPITEL 1

Träume und Albträume

Wir Menschen verbringen täglich durchschnittlich sieben Stunden im Schlaf, wovon wir mindestens drei bis vier Stunden träumen, auch wenn wir uns an die allermeisten Träume nicht erinnern können. Somit stellen Träume einen großen Teil unserer kognitiven Tätigkeit dar und auch die Träume, an die wir uns nicht erinnern können, haben einen großen Einfluss auf unser Erleben und Verhalten. Eine Sorte von Träumen wird aber meistens sehr bewusst erlebt und bleibt in guter Erinnerung: Albträume.

In dem vorliegenden Buch werde ich mich mit Albträumen beschäftigen und dabei vor allem jene Albträume, die so genannten posttraumatischen Albträume, näher betrachten, die im Zusammenhang mit traumatischen Erlebnissen auftreten und Teil einer Traumafolgestörung werden können. Zunächst aber werden wir uns der Frage zuwenden, was Träume eigentlich sind.

1.1 Was sind Träume?

Die Antwort auf die Frage, was Träume seien, scheint auf den ersten Blick denkbar einfach zu beantworten. Schließlich kennt (fast) jeder Mensch aus seiner eigenen Erfahrung das Phänomen des Traums. Neben der phänomenologischen Erfahrung ist die wissenschaftliche Definition der Träume schwieriger und weniger eindeutig. Schredl (2008) definiert das Träumen als »... die psychische Aktivität während des Schlafes« und den Traum oder Traumbericht als »... die Erinnerung an die psychische Aktivität während des Schlafens« (S.9). Diese Definition ist allerdings unvollständig, weil sie einen Großteil der psychischen Aktivität während des Schlafens, beispielsweise die Speicherung

von Gedächtnisinhalten oder die Bildung neuer Assoziationen nicht berücksichtigt. Obwohl neuere Untersuchungen zeigen, dass diese mentalen Aktivitäten während des Schlafens zumindest teilweise auch mit Träumen einhergehen (z. B. Stickgold et al. 2001), wäre eine Traumdefinition auf der Basis dieser mentalen Tätigkeiten irreführend, weil dies vermutlich nicht die einzigen mentalen Aktivitäten während des Schlafes sind, die sich in Träumen äußern und weil viele dieser Träume meist nicht bewusst erinnerbar sind. Dies wirft die Frage auf, ob die bewusste Erinnerung an Träume ein definitorisches Merkmal der Träume ist. Das ist nicht der Fall, da es durchaus möglich ist, zu wissen, dass man geträumt hat, ohne sich an die Traum Inhalte erinnern zu können. In diesem Sinne unterscheidet Klein (2014) drei Bedeutungen von Traum: die Erinnerung an einen Traum, das gegenwärtige innere Erleben eines Schlafenden und die körperlichen Prozesse während des Träumens. Es ist allerdings zu beachten, dass dies keine drei sich ausschließenden Bedeutungen sind, sondern unterschiedliche Aspekte des Träumens beschreiben, vergleichbar der kognitiven, emotionalen und physiologischen Ebene des Verhaltens.

Alle Definitionen des Träumens als eine Tätigkeit oder ein Erleben während des Schlafens sind unzutreffend, wenn berücksichtigt wird, dass es auch ein Träumen in schlafnahen oder wachen Zuständen gibt, wie etwa das Klarträumen. Ebenso ist es kaum möglich, Träume inhaltlich zu definieren, da der Traum Inhalt bekanntermaßen sehr vielfältig sein kann und realistische wie unrealistische Elemente, logische und unlogische Abläufe, konkrete und symbolische Themen beinhalten kann. Unstrittig ist heutzutage aber, dass die Traum Inhalte einen Bezug zum Verhalten und Erleben der Träumenden haben; dass also Themen, die für die betreffende Person im Wachleben von Relevanz sind, auch die Traum Inhalte bestimmen.

Definition Träume:

Träume sind das Ergebnis einer mentalen Aktivität (des Träumens) im Schlaf oder in schlafnahen Zuständen. Diese betrifft kognitive und emotionale Prozesse und kann alle Sinnesmodalitäten beinhalten (ist vorrangig, aber visuell), mit körperlichen Reaktionen

einhergehen und teilweise erinnert werden. Die Traum Inhalte weisen einen (komplexen) Bezug zum Wachleben und zur psychischen Konstitution des Träumenden auf.

Aufgrund ihres Inhalts werden verschiedene Träume bzw. Traumarten unterschieden. Neben den »normalen« Träumen, die ihrerseits natürlich vielgestaltig sein können, unterscheidet man Angst- und Albträume. Albträume ihrerseits werden wiederum grob unterschieden in idiopathische Albträume und posttraumatische Albträume. Als Angstträume werden angstvolle Träume bezeichnet, die aber nicht so furchterregend sind wie Albträume und auch nicht zum Erwachen führen, wobei die Unterscheidung zwischen Angst- und Albträumen fließend ist und immer seltener gebraucht wird.

Hinsichtlich ihres Inhalts werden als Sonderformen von Träumen weitere Traumarten unterschieden. So etwa die so genannten »präkognitiven Träume«, also Träume, die ein zukünftiges Ereignis voraussagen. Ob es solche Träume gibt, ist wissenschaftlich nicht bewiesen, obwohl viele anekdotische Berichte dies zu belegen scheinen, die aber möglicherweise auch rational-wissenschaftlich erklärt werden können (siehe Pietrowsky 2021). Des Weiteren spricht man von luziden Träumen (Klarträume). Als solche werden Träume bezeichnet, bei denen die Träumenden wissen, dass sie gerade träumen. Im Gegensatz zum gewöhnlichen Träumen, bei dem das Geträumte als real, als wirklich empfunden wird und kein Bewusstsein dafür gegeben ist, dass es sich um einen Traum handelt, liegt bei den Klarträumen also eine besondere Form des Bewusstseins vor, die weder eindeutig dem Schlaf noch der Wachheit zugeordnet werden kann (siehe auch Kapitel 4.2).

1.2 Wie entstehen Träume?

Man geht davon aus, dass in jeder Nacht geträumt wird, auch wenn die Träume nicht oder größtenteils nicht rememberbar sind. Zudem gibt es Evidenz dafür, dass nicht nur Menschen träumen, sondern auch Tiere, zumindest höhere Tiere. Dem Träumen scheint damit ein evolutio-

närer Vorteil – zumindest kein evolutionärer Nachteil – zuzukommen (siehe dazu Kapitel 1.3).

Träume treten in allen Schlafphasen des nächtlichen Schlafs auf. Dies sind der Rapid-eye-movement-Schlaf (REM-Schlaf), der leichte Non-REM-Schlaf und tiefe Non-REM-Schlaf (Tiefschlaf). Da die häufigsten und intensivsten Traumberichte aus dem REM-Schlaf stammen, soll im Folgenden die Traumentstehung während dieser Phase beschrieben werden. Darüber hinaus ist diese auch am besten untersucht. Der REM-Schlaf, auch paradoxer Schlaf genannt, ist durch eine Aktivierung im Elektroenzephalogramm (EEG) zu erkennen, die der EEG-Aktivität im Wachzustand ähnlich ist (daher paradox). Ferner sind die schnellen Augenbewegungen, die dem REM-Schlaf seinen Namen gaben und eine Hemmung der Aktivität der Willkürmuskulatur charakteristisch für dieses Schlafstadium. Somit handelt es sich beim Träumen auch um ein basales psycho-physiologisches Phänomen.

Neurophysiologisch findet während des Träumens im REM-Schlaf eine Aktivierung des limbischen Systems, jenen Hirnstrukturen, die für die Steuerung von Emotionen und Motivationen angesehen werden, und des occipitalen Cortex, also den visuellen Feldern des Gehirns, was vermutlich die ausgeprägte visuelle Aktivität während des Träumens mitbedingt, statt. Zugleich ist der präfrontale Cortex, also jener Teil des Großhirns, welcher für exekutive Funktionen und die Kontrolle der kognitiven Funktionen verantwortlich ist, in seiner Aktivität reduziert, sodass die generierten mentalen Aktivitäten des Gehirns kaum einer Kontrolle oder Zensur unterliegen. Biochemisch überwiegt im REM-Schlaf das Acetylcholin, während die Aktivität der anderen Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin unterdrückt ist.

Träume im REM-Schlaf entstehen also vermutlich dadurch, dass die *Formatio reticularis* im Hirnstamm, die als Schrittmacher für den Cortex gilt und als aufsteigendes reticuläres Aktivierungssystem (ARAS) eine zentrale Aktivierungsfunktion für das Gehirn hat, seine Impulsfrequenz erhöht und dadurch den Cortex aktiviert. Konkret werden im Hirnstamm die sogenannten PGO-Wellen (Ponto-geniculo-occipitale-Wellen) generiert, die, wie der Name sagt, von der Brücke (Pons) des Hirnstamms über die Kniehöcker (Corpus geniculatum) zum Occipitalcortex verlaufen. Diese PGO-Wellen sind vermutlich der Auslöser für

die simultane Aktivierung des limbischen Systems (über das Corpus geniculatum) und der Sehrinde, was letztlich zu den imponierenden visuellen Eindrücken und den emotional-motivationalen Färbungen des Traums führt. Die PGO-Wellen enthalten sensorische Informationen, die nicht von Außenreizen stammen. Sie stimulieren damit die Areale im Cortex, die mit der Verarbeitung von Sinneseindrücken befasst sind und aktivieren abgespeicherte Gedächtnisinhalte, die als Erinnerungen assoziativ miteinander verknüpft werden können und im Traum auftauchen (Jouvet 1998).

Auch wenn Träume während des Non-REM-Schlafs eine geringere Rolle zu spielen scheinen, so wird doch in 70 % der Weckungen aus Non-REM-Schlaf-Phasen ebenfalls über Träume berichtet (Foulkes 1962). Die Inhalte dieser Non-REM-Träume sind jedoch weniger traumtypisch und entsprechen mehr den rationalen gedanklichen Überlegungen, wie sie auch im Wachzustand vorherrschen. Von Bedeutung ist allerdings, dass die Non-REM-Träume mit starken vegetativ-sympathischen und motorischen Reaktionen einhergehen. Nach dem autonomen Erwachen aus einer Non-REM-Schlafphase bestehen nur geringe Traumerinnerungen. Es scheint so zu sein, dass bedrohliche externe Reize, aber auch bedrohliche interne Reize, wie die Aktivierung von traumatischen Erinnerungen oder phobischen Reizen, Non-REM-Träume im Tiefschlaf auslösen können, die sich dann in nächtlichen Panikattacken manifestieren. Fisher et al. (1970) beschreiben Alpträume aus dem Tiefschlaf als pathologischer als solche aus dem REM-Schlaf, da, aufgrund eingeschränkter Abwehrmechanismen im Tiefschlaf, Angst unkontrolliert in die Träume einschießen kann. Auch wenn Berichte von Non-REM-Träumen aus dem Tiefschlaf eher selten sind, scheinen sie vor allem bei traumatisierten Personen vorzukommen.

Wie Untersuchungen von Solms (1997) jedoch auch zeigen konnten, ist die Funktion des Hirnstamms nicht notwendig für die Induktion von Träumen, da Patienten mit durch Hirnstammläsionen bedingtem Fehlen von REM-Schlaf auch von lebhaften Träumen berichteten. Solms sieht alternativ Vorderhirnstrukturen für die Traumgenerierung als wichtig an, unabhängig vom Vorhandensein von REM-Schlaf. Seiner Meinung nach ist es vor allem das mesocorticale-mesolimbische dopa-

minerge System, das in der Traumgenerierung eine wichtige Rolle spielt. So würden Läsionen dieser Verbindungen das Träumen hemmen, aber nicht den REM-Schlaf beeinträchtigen (Solms 2000). Seine Studien zeigen, dass es Träume ohne REM-Schlaf und fehlendes Träumen bei vorhandenem REM-Schlaf gibt (siehe auch Kap. 1.3).

1.3 Theorien zur Funktion von Träumen

Wie im vorigen Kapitel ausgeführt, sind Träume vermutlich das Resultat eines spezifischen Aktivierungsmusters des Gehirns. Die Frage danach, wozu dieses Aktivierungsmuster und die damit verbundenen Träume dienen, warum es sich entwickelt hat und welche Funktion die daraus resultierenden Träume haben könnten, wird damit nicht beantwortet. Daher sollen im Folgenden verschiedene Theorien vorgestellt werden, die die Entstehung und Funktion von Träumen zu erklären versuchen. Vorab ist aber festzuhalten, dass keine dieser Theorien als definitiv bewiesen gelten kann und dass sie sich auch nicht gegenseitig ausschließen müssen, d. h., dass Sie jeweils unterschiedliche Aspekte des Träumens beschreiben, und somit unterschiedliche Perspektiven auf den gleichen Forschungsgegenstand haben. Zudem ist konzeptionell zwischen dem Traum und dem Prozess des Träumens zu unterscheiden. Wir gehen davon aus, dass die beschriebenen Funktionen der Träume vor allem durch den Prozess des Träumens zustande kommen, unabhängig davon, ob diese in einen erinnerbaren Traum münden oder nicht. Somit können die im Folgenden beschriebenen Funktionen von Träumen als Ergebnis der Funktionen des Träumens angesehen werden.

Psychoanalytische Theorien

Mit dem Aufkommen der Psychoanalyse wurden zum ersten Mal psychologische Ursachen anstelle von somatischen Ursachen oder Dämonen für das Auftreten der Albträume angenommen. Gemäß Freuds epochalem Werk »Die Traumdeutung« hat der Traum die Funktion, »der Hüter des Schlafs« zu sein (Freud 1900). Demgemäß erfüllt der

Traum die Funktion, die Wunschbefriedigung aus dem Unterbewusstsein so umzugestalten, dass sie aufgrund der im Schlaf gelockerten Grenze zum Bewusstsein dieses nicht in voller Stärke überrollt und die Schlafenden ängstigt. Aus dem latenten Trauminhalt wird somit durch die Traumarbeit der manifeste Trauminhalt, der dem Bewusstsein zugänglich ist.

Die psychoanalytische Traumtheorie erlebte mehrere Weiterentwicklungen und Spezifikationen. Als wesentliches Merkmal dieser neueren Ansätze kann festgehalten werden, dass die Bedeutung des manifesten Traums wuchs und die Inhalte und Strukturen des manifesten Traums in den Fokus der Theorie und Therapie rückten. Die vermutlich wichtigste Erweiterung der psychoanalytischen Traumtheorie stammt von Erikson, der die Bedeutung des manifesten Traums betonte und davon ausging, dass der Traum ein Spiegel aktueller zwischenmenschlicher Beziehungserfahrungen sei (Hau 2024). Entsprechend steht der manifeste Trauminhalt auch in direktem Zusammenhang zu tatsächlichen und aktuellen sozialen Erfahrungen. Dennoch wird nach Erikson der manifeste Trauminhalt nicht losgelöst vom latenten Trauminhalt gesehen: Assoziationen zum manifesten Trauminhalt verweisen auf den latenten Trauminhalt, der nach Erikson, vor allem aus aktuellen Übertragungskonflikten gespeist wird.

Von Bedeutung ist ebenfalls der Ansatz von Meltzer (1984), der davon ausgeht, dass emotionale und bedeutungsvolle Erlebnisse neu verarbeitet werden müssen, was im Traum geschieht. Der Traum stellt somit einen Problemlöseversuch und ein Experimentierfeld für das Einüben neuer Ideen dar, ganz ähnlich wie das auch die kognitiven Theorien (siehe unten) annehmen. Eine sehr differenzierte Weiterentwicklung dieses Ansatzes stammt von Moser und von Zeppelin (1999), die in ihrem Traumentstehungsmodell davon ausgehen, »dass der Traum eine Art »Laborsituation« darstellte, in der Lösungsversuche für aktuelle Konflikte gesucht, erprobt und gefunden werden können, bei gleichzeitiger Bearbeitung der damit verbundenen Affekte« (Hau 2024, S. 223). Der Traum wird als Simulationsprozess einer psychologischen »Mikrowelt« aufgefasst, also als ein konfliktreicher Teil der insgesamt viel komplexeren Realität des Individuums, womit in jedem Traum versucht werde, diesen aktualisierten Konflikt zu bearbeiten und zu lösen.

Somit kann festgehalten werden, dass in der psychoanalytischen Literatur der Traum heutzutage als ein »multifunktionaler Prozess verstanden [wird], der nicht nur die Wunscherfüllung beinhalten kann, sondern auch bei der Verarbeitung und Regulierung von Emotionen, der Stressreduzierung, der Gedächtniskonsolidierung, der Problem- und Konfliktlösung hilft und die Entwicklung kreativer Lösungen fördert.« (Hau 2024, S. 225).

Neben der auf Freud zurückgehenden Theorien zum Träumen ist die Theorie von C. G. Jung ein herausragender psychoanalytischer Ansatz zur Theorie und Funktion des Träumens (Roesler 2023). Dieser Ansatz ist auch empirisch sehr gut gestützt. Nach Jung ist der Traum eine Art »spontane Selbstdarstellung der aktuellen Lage des Selbst in symbolischer Ausdrucksform« (Jung 1971). Wie Freud geht auch Jung davon aus, dass der Traum eine Mitteilung enthält, die nicht direkt dem Bewusstsein zugänglich ist. Das Verhältnis des Unbewussten zum Bewusstsein bezeichnet Jung als *kompensatorisch* (Jung 1991), womit die korrigierende Haltung des Unbewussten gemeint ist, die sich auch im Traum, wie auch in Märchen oder Mythen, manifestieren kann. Damit ist gemeint, dass je einseitiger und weniger ausgewogen (in Hinblick auf die von Jung beschriebene Komplementarität der Psyche, wie z. B. Anima und Animus) das bewusste Erleben ist, desto eher erfüllen die Träume die Funktion, den im bewussten Erleben nicht dominierenden Anteil zum Ausdruck zu bringen. Somit bietet das Unbewusste dem Bewusstsein Lösungsmöglichkeiten für die Konflikte an, in denen dieses steckt, oder macht zumindest Vorschläge, wie die Problemsituation aus einer erweiterten Perspektive betrachtet werden kann (Roesler 2024).

Kognitiv-behaviorale Theorien

Verschiedene kognitiv-behavioral ausgerichtete Theorien versuchen die Phänomenologie und Funktion von Träumen zu erklären. Zu nennen sind hier die Kontinuitätshypothese, die Kompensationshypothese und die Mastery-Hypothese mit ihren Erweiterungen zur emotionsregulatorischen und psychotherapeutischen Funktion des Träumens und der Bedrohungssimulation.

Die *Kontinuitätshypothese* geht davon aus, dass das Traumgeschehen eine kontinuierliche Fortsetzung des Wachlebens und Wacherlebens ist (Domhoff 1996). Demzufolge besteht eine konsistente Übereinstimmung zwischen Wach- und Traumgeschehen. Allerdings sollte die Kontinuitätshypothese nicht so eng gesehen werden, dass Träume eine 1:1 Abbildung des Wachlebens sind; vielmehr finden psychische Zustände, die das Wachbewusstsein bestimmen, in Träumen ihre Fortsetzung. Es sind somit die übergeordneten Themen und Motive des Wachlebens, die sich in Träumen ausdrücken, nicht unbedingt deren auf konkrete Situationen oder Ereignisse heruntergebrochenen Ausführungen. Die psychischen Zustände des Wachlebens entsprächen einem Genotyp, der sich in verschiedensten Phänotypen im Traum zeigen kann. Eine konkrete Angstsituation im Traum würde, gemäß der Kontinuitätshypothese, eine tatsächliche Angst im Wachzustand widerspiegeln, die nicht unbedingt die der konkreten geträumten Situation entsprechen muss. Eine zentrale kognitiv-behaviorale Annahme ist auch, dass die kognitiven Schemata des Wachzustands auch im Traum aktiv sind und damit das Traumgeschehen in gleichem Maße wie im Wachzustand modulieren. Das heißt, die Art und Weise, wie wir im Wachleben denken, urteilen und bewerten, findet sich auch im Traum wieder.

Das genaue Gegenteil der Kontinuitätshypothese ist die *Kompensationshypothese*. Diese besagt, dass Träume dazu dienen, Erfahrungen, Erlebnisse und Persönlichkeitsaspekte, die im Wachzustand unterrepräsentiert sind, zu kompensieren (De Koninck & Koulack 1975). Dieser Theorie zufolge, die viele Gemeinsamkeiten mit der Traumtheorie von Jung (1991) hat, würde sich also in Träumen das emotionale oder affektive Gegenstück des Wachzustands ausdrücken. Träume sind dann umso angenehmer, je belastender die Erlebnisse des Wachzustands sind. Träume tragen somit auch zu einer emotionalen Regulation und Ausgeglichenheit bei, indem sie defizitäre Erfahrungen oder Persönlichkeitsanteile nachbilden und zum Ausdruck kommen lassen. Angst- und Albträume würden nach dieser Auffassung eine Auseinandersetzung mit angstbesetzten oder aversiven Situationen darstellen, die im Wachzustand vermieden wird.

Die *Mastery-Hypothese* geht davon aus, dass belastende Ereignisse

des Wachlebens in den Träumen auftreten, um so besser verarbeitet zu werden (De Koninck & Koulack 1975). Der Traum hat gemäß dieser Annahme die Funktion, ein gedankliches Probehandeln zu ermöglichen, eine gedankliche Auseinandersetzung mit einem belastenden Ereignis oder einem Problem zu gewährleisten. Damit kommt dem Traum eine adaptive Funktion zu, wie sie auch in den Kompensationstheorien angenommen wird. Gestützt wird diese Annahme durch Befunde, etwa von Barrett (2007), die zeigen konnten, dass Träume helfen, Lösungen für persönliche Probleme zu finden. Dieser Ansatz wird explizit in Erklärungsmodellen aufgegriffen, die dem Traum eine *therapeutische Funktion* zuschreiben (Cartwright 1991; Hartmann 1996; Wright & Koulack 1987). Hierbei verhilft die adaptive Funktion der Träume dazu, Probleme der Realität zu lösen bzw. zu deren Lösung beizutragen und auch starke emotionale Belastungen zu mildern. Die Annahme, dass Träume bzw. das Träumen das psychische Wohlbefinden und die Emotionsregulation fördern und damit einen psychotherapeutischen Effekt hat, basiert somit auf der grundlegenden Annahme, dass das Träumen eine problemlösende Qualität besitzt. Bereits Breger (1967) behauptete, dass Träume emotionale Probleme lösen und daher das psychische Wohlbefinden und die Emotionsregulation fördern. Entsprechend konnte Garfield (1991) zeigen, dass das Träumen die mentale Gesundheit fördert und dazu beiträgt, sich von traumatischen Erlebnissen zu erholen und die Stressoren leichter zu bewältigen. Ganz konkret bezeichnete Cartwright (1991) das Träumen als »Stimmungsregulator« (mood regulator). Sie postulierte, dass das Träumen das Ausmaß negativer Emotionen, die aus negativen Erlebnissen resultieren, reduziert und die Einstellung der Träumenden zu diesen Ereignissen in eine positive Richtung verändert. Kramer (2011) erweiterte ihre Idee und nahm an, dass Träume eine »selektive Stimmungsregulation« gewährleisten. Wie Freud ging er davon aus, dass die Träume den Schlaf schützen, indem sie eine Welle von Emotionen eindämmen, die während des REM-Schlafs auftritt. Ist ein solches Eindämmen nicht erfolgreich, käme es zu Albträumen und zum Erwachen. Wenn es aber erfolgreich ist, löse das Träumen Probleme, die mit aktuellen Emotionen assoziiert sind. Damit führe dies zu positiveren Emotionen, einer verbesserten Stimmung und vermehrtem psychi-

ischem Wohlbefinden. Das Träumen hat somit eine emotionsregulatorische und damit letztlich psychotherapeutische Funktion.

Auch wenn die psychotherapeutische Funktion des Träumens eine Hypothese ist und bislang nicht bestätigt werden konnte, so hat sie doch gewichtige Implikationen für die Arbeit mit Träumen in der Psychotherapie. So kann angenommen werden, dass die Arbeit mit Träumen die heilende Funktion der Träume fortsetzt oder verstärkt, indem das emotionsregulierende Moment der Träume in der Therapie aufgegriffen und expliziert wird. Auch kann daraus abgeleitet werden, dass der Fokus der therapeutischen Arbeit mit Träumen auf die Bewältigung belastender, stresshafter Situationen und deren assoziierte negative Emotionen gelegt werden soll. Kritisch zu sehen ist die Frage, ob es eher der Prozess des Träumens selbst ist oder die erinnerten Träume als dessen Resultat, die diese therapeutische Wirkung ausmachen. Falls es das Träumen selbst ist, kann dies durch die psychotherapeutische Traumarbeit nur indirekt beeinflusst werden. Sollten es die produzierten und erinnerten Träume sein, die die emotionsregulierenden Lösungsmöglichkeiten enthalten und die therapeutische Wirkung der Träume ausmachen, so können diese in direkter Art und Weise in der Therapie mit Träumen angegangen werden.

Eine weitere Theorie im Sinne der Mastery-Funktion des Träumens ist die evolutionäre *Thread-Simulation-Theory* (TST; Revonsuo 2000), die davon ausgeht, dass Träume sich im Verlauf der Evolution als hilfreiche mentale Funktion herausgebildet haben, um mit befürchteten und antizipierbaren Bedrohungssituationen besser umgehen zu können. Konkret nimmt die Theorie an, dass in Träumen solche Bedrohungssituationen »durchgespielt« werden, um entweder Bewältigungsstrategien zu entwickeln oder auszuprobieren, oder sich an die Situationen zu habituierten und im Sinne eines »Worst-Case-Szenarios« dieses in-sensu intensiv durchzuleben. (Fast konnte man sagen »per-somnium«, zur Abgrenzung von »in-sensu«, was im Wachzustand erfolgt.) Nach dieser Theorie sind Alpträume eine Art virtuelle Darstellung der eigenen Person in der Auseinandersetzung mit bedrohlichen Ereignissen. Die wiederholte Auseinandersetzung mit solchen simulierten Bedrohungen soll helfen, im tatsächlichen Leben mit diesen oder ähnlichen Gefahren besser umgehen zu können. Eine Sonderform

der TST ist die Social-Simulation-Theory (SST), die davon ausgeht, dass es vor allem bedrohlich empfundene soziale Situationen sind, die zum Zweck ihrer besseren Bewältigung geträumt werden.

Neurophysiologische Theorien

Träume finden überwiegend im REM-Schlaf statt. Da der REM-Schlaf durch die Aktivität cholinergischer Neurone und die Hemmung noradrenerger und serotonerger Neurone (die im Non-REM Schlaf vorherrschen) induziert wird, kann cholinerge Aktivität als traumauslösend oder traumverstärkend angenommen werden. Dopamin scheint für die Entstehung von Albträumen eine bedeutende Rolle zu spielen, insofern der Inhalt von Träumen durch die Gabe von Dopaminagonisten charakteristisch verändert wird: Die Träume werden lebhafter, emotionaler, detaillierter und insgesamt albs Traumähnlicher (Bearden 1994; Hartmann 1984).

Von Hobson und McCarley (1977) stammt die Theorie, dass Träume nur ein Zufallsprodukt des Gehirns seien und dass das Traumgeschehen nichts anderes ist als die Zusammenfügung von Bildern, die durch zufällige Reizung des Großhirns durch den Hirnstamm induziert seien. Träume entstehen nach dieser *Aktivierungs-Synthese-Theorie* also nicht als Reaktion auf Gedanken oder Gefühle, sondern sind die Folge unregelter Bottom-up-Prozesse aufgrund zufälliger Neuronenaktivität. Der Cortex stelle dann aus einer Vielzahl von Informationen eine willkürliche Traumgeschichte zusammen und es bestehe kein Zusammenhang zum Wachleben. Diese Theorie ist in dieser extremen Position nicht haltbar, sie verweist aber auf den Unterschied zwischen neurophysiologischer Aktivität während des Träumens einerseits und der Konstruktion eines Traumes und der Bewertung derselben durch die Träumenden andererseits.

In direktem Gegensatz zur Aktivierungs-Synthese-Theorie von Hobson und McCarley (1977) steht die *neuro-psychoanalytische Theorie* von Solms (1997), die mit neurophysiologischen und bildgebenden Befunden belegen konnte, dass Träume kein neurophysiologisches Zufallsprodukt sind. Gemäß dieser Auffassung sind Träume die Folge einer während der Traumaktivität bestehenden Aktivierung des dopamin-

ergen Motivationssystems im Zusammenspiel mit einer Verbindung vom Occipital- über den Temporal- zu Parietallappen und schließlich der weißen Substanz des Frontallappens. Durch die geschwächte Inhibition des kontrollierenden Frontallappens, der während des Träumens stark gehemmt ist, werde die Wunscherfüllung während und durch den Traum sichtbar. Damit stellt diese Theorie eine neuropsychologische Bestätigung der Freud'schen Traumtheorie dar (Solms & Turnbull 2010). Des Weiteren konnte Solms (2000) zeigen, dass für die Generierung der Träume nicht unbedingt der Hirnstamm und die sich dort befindenden, den REM-Schlaf induzierenden Areale, notwendig sind, sondern vor allem limbische Vorderhirnstrukturen. Seine Studien mit Menschen, die aufgrund einer Schädigung des Hirnstamms gar keinen REM-Schlaf mehr hatten, erbrachten, dass diese Personen dennoch sehr lebhaft und intensive Träume berichten. Die Befunde von Solms bedeuten nicht, dass der REM-Schlaf für die Träume unwichtig wäre. Sie zeigen aber, dass er allein wohl nicht hinreichend für die Generierung von Träumen ist und die Aktivitäten weitere Hirnareale notwendig sind, um das komplexe Geschehen »Traum« zu erzeugen. Auf der anderen Seite erbrachte er neurophysiologische Evidenz, dass eine Läsion des mesocortical-mesolimbischen dopaminergen Systems die Entstehung von Träumen inhibiert, ohne dass der REM-Schlaf beeinträchtigt ist. Somit belegen seine Befunde die Unabhängigkeit des Träumens vom REM-Schlaf (Solms 2000).

Nielsen und Levin (2007) sehen ebenfalls in der psychotherapeutischen Wirkung die Hauptfunktion des Träumens und für sie sind chronische posttraumatische Alpträume ein Indikator für das Versagen dieser Funktion. Entsprechend ihres Affective Network Dysfunction-Modells (AND-Modell) zeigen chronische Alpträume ein Defizit bei der Integration traumatischer Erfahrungen in die neuronale Netzstruktur des Gedächtnisses an. Diese Integration erfolge normalerweise während des Träumens und führe daher zu einer Bewältigung des Traumas und einem Rückgang der emotionalen Belastung.