

Alpträume

Johanna Thünker
Reinhard Pietrowsky

Ein Therapiemanual

2., überarbeitete und ergänzte Auflage



DOWNLOAD

Therapeutische Praxis

 **hogrefe**

Alpträume

**Johanna Thünker
Reinhard Pietrowsky**

Alpträume

Ein Therapiemanual

2., überarbeitete und ergänzte Auflage

Dr. Johanna Thünker, geb. 1985. 2003–2008 Studium der Psychologie in Münster und Düsseldorf. 2008–2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Düsseldorf. 2011 Promotion. 2013 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2014–2015 Weiterbildung zur Gruppenpsychotherapeutin und zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Seit 2013 niedergelassen in eigener Praxis in Bottrop.

Prof. Dr. Reinhard Pietrowsky, geb. 1957. 1978–1985 Studium der Psychologie in Tübingen. 1986–1990 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Physiologischen Institut der Universität Ulm. 1990 Promotion. 1990–1992 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Physiologische Psychologie der Universität Bamberg, 1992–1997 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Neuroendokrinologie der Medizinischen Universität zu Lübeck. 1996 Habilitation. 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Seit 1997 Professor für Klinische Psychologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

2., überarbeitete Auflage 2021

© 2011, 2021 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-3106-2; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-3106-3)

ISBN 978-3-8017-3106-9

<https://doi.org/10.1026/03106-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1: Beschreibung der Störung	11
1.1 Erscheinungsbild und Definitionskriterien	11
1.2 Erscheinungsformen und Inhalte von Alpträumen	13
1.2.1 Erscheinungsformen von Alpträumen	13
1.2.2 Inhalte von Alpträumen	15
1.3 Epidemiologie und Verlauf	16
1.4 Klassifikation	17
1.5 Differenzialdiagnose und Komorbidität	18
1.5.1 Abgrenzung zum Pavor nocturnus	19
1.5.2 Abgrenzung zum Schlafwandeln	20
1.5.3 Alpträume und Posttraumatische Belastungsstörung	21
1.5.4 Komorbiditäten	21
Kapitel 2: Störungstheorien und Ätiologiemodelle	23
2.1 Psychoanalytische Theorien	23
2.2 Kognitiv-Behaviorale Theorien	24
2.3 Neurophysiologische Theorien	24
2.4 Persönlichkeitsfaktoren	25
2.5 Aktuelle Stressbelastung	26
2.6 Medikamente und Drogen	27
2.7 Folgen der Alpträume	27
Kapitel 3: Diagnostik und Indikation	28
Kapitel 4: Stand der Therapieforschung	31
4.1 Entspannungsverfahren	32
4.2 Hypnotherapeutische Verfahren	32
4.3 Exposition	33
4.4 Luzides Träumen	34
4.5 Imagery-Rehearsal-Therapie (IRT)	35
4.5.1 Ergebnisse zur Wirksamkeit der Imagery-Rehearsal-Therapie	35
4.5.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit der manualisierten Version der Imagery-Rehearsal-Therapie	38
4.5.2.1 Prä-post-Vergleich	39
4.5.2.2 Katamneseuntersuchung	39

4.5.2.3	Unterschiede im Behandlungsverlauf und in der Wirksamkeit abhängig von Komorbiditäten	40
4.5.2.4	Vergleich mit einer parallelisierten Wartelistengruppe	40
4.5.2.5	Vergleich mit einem Entspannungsverfahren	41

II Therapie

Kapitel 5: Allgemeine Informationen zum therapeutischen Vorgehen	45	
5.1	Therapeutisches Setting	45
5.2	Zeitliche Struktur	46
5.3	Indikationen und Kontraindikationen	46
5.4	Arbeitsmaterialien	48
Kapitel 6: Einführung in die Alptraumtherapie	49	
6.1	Informationsvermittlung: Inhalte und Ziele der Alptraumtherapie	49
6.2	Psychoedukation	50
6.2.1	Psychoedukation: Traum und Alpträume	50
6.2.2	Schlafhygiene	52
6.3	Alptraumrekonstruktion	53
6.4	Alptraumdokumentation	53
6.5	Hausaufgaben	54
Kapitel 7: Entspannungsverfahren	56	
7.1	Progressive Muskelentspannung	57
7.2	Autogenes Training	60
7.3	Hausaufgaben	62
Kapitel 8: Imagination	64	
8.1	Fantasiereisen	65
8.2	Vertiefungsübung: Veränderung von Szenen	70
8.3	Alternative Übungen	72
8.4	Hausaufgabe	73
Kapitel 9: Alptraummodifikation	74	
9.1	Alptraumrekonstruktion	77
9.2	Identifikation negativer Elemente	78
9.3	Identifikation charakteristischer Elemente	79
9.4	Erarbeitung eines alternativen Traumhergangs	79
9.4.1	Alternative Traumelemente	80
9.4.2	Entwicklung einer vollständigen, alternativen Traumgeschichte	81
9.4.3	Erprobung des neuen Traumskripts	82
9.5	Imagination des neuen Traums	83
9.6	Reflexion des Vorgehens	83
9.7	Hausaufgaben	83
9.8	Beispielträume	85
9.8.1	Der Verfolgungstraum	85
9.8.2	Der bizarre Traum	86
9.8.3	Der Traum „ohne Handlung“	87
9.8.4	Der Täter-Traum	88
Kapitel 10: Abschlussitzung	89	

Kapitel 11: Besonderheiten bei der Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten	90
11.1 Entspannung und Imagination	90
11.2 Alpträumrekonstruktion	94
11.3 Alpträummodifikation bei posttraumatischen Alpträumen	95
Kapitel 12: Alpträumtherapie bei Kindern und Jugendlichen	97
12.1 Alpträumtherapie bei jüngeren Kindern	97
12.1.1 Psychoedukation	97
12.1.2 Alpträumrekonstruktion und -dokumentation	98
12.1.3 Entspannung und Imagination	99
12.1.4 Alpträummodifikation	99
12.1.5 Fallbeispiel	100
12.2 Alpträumtherapie bei älteren Kindern und Jugendlichen	101
12.2.1 Psychoedukation	101
12.2.2 Alpträumrekonstruktion und -dokumentation	102
12.2.3 Entspannung und Imagination	102
12.2.4 Alpträummodifikation	102
12.2.5 Fallbeispiel	103
Literatur	108
Anhang	
Arbeitsblatt 1: Regeln zur Schlafhygiene	115
Arbeitsblatt 2: Aufzeichnung von Alpträumen	116
Arbeitsblatt 3: Fragebogen zur Aufzeichnung von Alpträumen	117
Arbeitsblatt 4: Leitfaden für das Entspannungstraining	120
Arbeitsblatt 5: Leitfaden zur Durchführung von Imaginationsübungen	122
Arbeitsblatt 6: Veränderung meines Alpträums	124
Arbeitsblatt 7: Leitfaden zur Veränderung von Alpträumen	125
Hinweise zu den Online-Materialien	128

I Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1

Beschreibung der Störung

Überblick

In diesem Kapitel werden Alpträume unter folgenden Aspekten näher beschrieben:

- Was sind die Definitionskriterien klinisch relevanter Alpträume?
- Welche Erscheinungsformen von Alpträumen gibt es?
- Wie verbreitet sind Alpträume, wie ist der Verlauf und welche anderen epidemiologischen Merkmale der Störung gibt es?
- Wie werden Alpträume klassifikatorisch eingeordnet?
- Welche Beziehungen gibt es zwischen Alpträumen und anderen psychischen Störungen (Differenzialdiagnostik und Komorbidität)?

1.1 Erscheinungsbild und Definitionskriterien

Alpträume sind vermutlich den meisten Menschen aus eigenen Erfahrungen bekannt. Jedoch sind vereinzelt auftretende Alpträume keine klinische Störung, so wie auch das Erleben von Angst oder Trauer per se keine klinische Störung ist. Erst das gehäufte Auftreten einzelner Symptome, vor allem aber das damit verbundene Leiden (beim Betroffenen selbst oder seiner Umwelt) und die Unausweichlichkeit der Symptome machen diese zu einer klinisch relevanten Störung. Es kommt aber immer wieder vor, dass Menschen über einen längeren Zeitraum relativ häufig von Alpträumen heimgesucht werden. In diesen Fällen kann eine klinisch relevante Störung vorliegen. Dabei kann es sein, dass die Betroffenen außer ihren häufig wiederkehrenden Alpträumen keine weiteren psychischen Beschwerden oder Störungen aufweisen. Es ist aber auch möglich, dass die Alpträume ein weiteres Symptom einer anderen psychischen Störung sind; dies ist relativ oft bei Angststörungen oder Depressionen der Fall. Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommt es sehr häufig zu Alpträumen, in denen das traumatische Ereignis immer wieder erlebt wird, sodass diese wiederkehrenden Alpträume ein wesentliches Kriterium der PTBS darstellen. Bei Kindern sind

Alpträume relativ häufig und sie verschwinden in den meisten Fällen wieder spontan. Dieses Manual bezieht sich überwiegend auf Alpträume und ihre Behandlung bei Erwachsenen. In Kapitel 12 finden sich jedoch auch Hinweise für die Behandlung von Alpträumen bei Kindern und Jugendlichen.

Das im Begriff „Alptraum“ oder „Albtraum“ vorkommende Wort „Alp“ stammt aus dem Althochdeutschen und ist etymologisch mit dem Wort „Elfe“ verwandt. Als Alben oder Elfen wurden ursprünglich kleine, unterirdisch lebende Erdgeister bezeichnet. Alp war bereits im Mittelalter auch die Bezeichnung des Nachtmahrs, eines bösen (ursprünglich) weiblichen Geistes, der sich des Nachts, so die Annahme, auf die Brust des Schlafenden setzte und ihm die Luft abdrückte. Durch diese Atemnot entstehen die angstbesetzten Träume, die Alpträume oder das Alpdrücken. In der englischen Bezeichnung für den Alptraum, „Nightmare“, ist der Name des Mahrs bis heute erhalten geblieben. Die Schreibweisen „Alptraum“ und „Albtraum“ werden seit der letzten Rechtschreibreform synonym verwendet. Im Folgenden wird der Einheitlichkeit wegen jedoch nur der Begriff „Alptraum“ verwendet. Der Begriff „Angsttraum“ wird oft auch synonym für Alptraum gebraucht und wurde noch bis zum DSM-III-R und in der ICD-10 für dieses Störungsbild verwendet.

Die entscheidenden Kriterien für Alpträume sind:

1. Ein Alptraum führt häufig zum *Erwachen*.
2. Nach dem Erwachen besteht eine sehr *detaillierte Erinnerung* an den Trauminhalt.
3. Das *Erleben* des Alptrausms führt zu massiver Angst, Schuldgefühlen, Trauer oder einer Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens.
4. Der *Inhalt* eines Alptrausms handelt in der Regel von der Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens nahestehender Personen durch Angriff, Verfolgung oder sonstige Formen der Ausübung körperlicher Gewalt, dem Erleben von Hilflosigkeit durch körperliche oder psychische Gewalt oder dem Beifügen von Gewalt oder Schädigung an anderen Personen durch den Träumenden selbst. Die Bedrohung kann dabei von Menschen, aber auch Tieren oder fiktiven Wesen (Monstern) ausgehen.

Alpträume werden allgemein nach den gängigen Klassifikationssystemen den *Parasomnien* zugerechnet, also zu jenen Formen der Schlafstörungen, bei denen nicht eine Störung der Schlafmenge oder des Schlaf-Wach-Rhythmus im Vordergrund steht, sondern eine Störung der Schlafqualität durch im Schlaf auftretende Ereignisse. In der ICD-10 werden sie im Kapitel F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ klassifiziert und mit der Nummer F51.5 kodiert (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Analog finden sich die Alpträume im DSM-5 im Kapitel Schlaf-Wach-Störungen in dem Unterkapitel „Parasomnien“ als Alptraum-Störung, zusammen mit den Non-REM-Parasomnien und der REM-Schlaf-Verhaltensstörung (American Psychiatric Association, 2013). Ihre Kodierung im DSM-5 ist ebenfalls die F51.5. Die diagnostischen Kriterien der Alpträume unterscheiden sich zwischen der ICD-10 und dem DSM-5 geringfügig. Jedoch ist im DSM-5, im Gegensatz zum DSM-IV, das Erwachen aus einem Alptraum nicht mehr als Kriterium genannt.

Gemäß DSM-5 ist es nicht der einzelne Alptraum, der als Störung klassifiziert wird, sondern erst das wiederholte Auftreten von Alpträumen, das mit Beeinträchtigungen und Leiden verbunden ist, macht die Störung aus. In den Diagnosekriterien des DSM-5

wird darauf verwiesen, dass die Alpträume, um als solche klassifiziert zu werden, nicht ausschließlich die Folge einer anderen psychischen Störung oder körperlichen Erkrankung sein dürfen. Dieses Kriterium ändert aber nichts daran, dass beispielsweise die im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung auftretenden Alpträume (posttraumatische Wiederholungen) Alpträume sind, auch wenn in diesem Fall die übergeordnete Störung, also die PTBS, klassifiziert wird. Das gleiche gilt für die vermutete Verursachung der Alpträume durch die Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors: Auch hier handelt es sich seitens des Erlebens der Alpträume und ihrer Konsequenzen um „echte“ Alpträume, allerdings werden sie, da die Verursachung klar auf medizinische Faktoren oder eine Substanz zurückführbar ist, unter diesen Störungen oder Krankheitsbildern klassifiziert.

Das DSM-5 gibt zudem an, dass die Chronifizierung und der Schweregrad der Alptraum-Störung bestimmt werden sollten (vgl. Tabelle 1). Ferner weisen ICD-10 und DSM-5 zurecht auf die Bedeutsamkeit der durch die Alpträume und die daraus folgende Schlafstörung verursachten Leidens hin. Wir wissen, dass das angstvolle Traumerleben auch zu vermehrter und fortgesetzter Besorgnis, Grübeleien und existenziellen Ängsten führen kann, die ihrerseits einen starken (zusätzlichen) Leidensdruck verursachen können. Es ist auch so, dass die meisten Menschen Alpträume viel ernster nehmen als andere Träume und dass Alpträumen eine höhere Vorhersagekraft für zukünftige Ereignisse zugeschrieben wird im Sinne eines schlechten Omens, als dies bei angenehmen Träumen als positives Omen geschieht (sogenannte präkognitive Träume).

Auch wenn von den Diagnosesystemen nicht näher spezifiziert, kann das Auftreten der Alpträume und die Belastung durch sie anhand der Auftretensfrequenz und der Störungsdauer beschrieben werden. Im Allgemeinen wird zwischen gelegentlichen Alpträumen (weniger als zwölf Alpträume pro Jahr) und häufigen Alpträumen (mehr als zwölf Alpträume pro Jahr) unterschieden (Belicki, 1992). In vielen Unter-

Tabelle 1: Einteilung der Alpträume nach Schweregrad (Auftretenshäufigkeit) und Störungsdauer nach DSM-5

Schweregrad		Störungsdauer	
leicht	Im Mittel weniger als ein Alptraum pro Woche	akut	Alpträume seit weniger als 1 Monat
mittel	Ein oder mehrere Alpträume pro Woche, aber nicht jede Nacht	subakut	Alpträume seit weniger als 6 Monaten
schwer	Alpträume in jeder Nacht	andauernd	Alpträume seit mehr als 6 Monaten

suchungen wird ein noch strengeres Kriterium angewandt, um von häufigen Alpträumen zu sprechen, welches von mindestens einem Alptraum pro Woche ausgeht (Levin & Fireman, 2002). Häufigkeit und Verlauf der Alpträume sind sehr individuell. Manchmal wird über mehrere Alpträume pro Woche oder gar pro Nacht berichtet, manchmal treten Alpträume über mehrere Wochen oder Monate gar nicht mehr auf. Was die Störungsdauer betrifft, so können Alpträume über Jahre und Jahrzehnte bestehen bleiben. Wenn die Alpträume länger als ein halbes Jahr auftreten, bezeichnet man sie als andauernd, bei einer Auftretensdauer unter einem halben Jahr werden sie als subakut bezeichnet (Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1995). Inzwischen gibt es deutliche Hinweise, dass die eigentlichen Alpträume sich von den posttraumatischen Alpträumen in mehreren Merkmalen unterscheiden. Zur Abgrenzung von den posttraumatischen Alpträumen werden die anderen („normalen“) Alpträume auch als idiopathische Alpträume bezeichnet. Wir werden diesen Ausdruck im Folgenden aber nur dann verwenden, wenn explizit die Differenzierung zu den posttraumatischen Wiederholungen relevant ist. Ansonsten sind in der Regel immer idiopathische Alpträume gemeint, wenn von Alpträumen die Rede ist.

Idiopathische Alpträume treten in der Regel im letzten Drittel des Nachtschlafs auf. Dieser Schlaf zeichnet sich durch das Vorherrschen von langen REM-Schlafepisoden (Rapid Eye Movement-Schlaf) aus (Rechtschaffen & Kales, 1968), was bedeutet, dass es sich bei den idiopathischen Alpträumen um ein Phänomen des REM-Schlafs handelt. Auch wenn bekannt ist, dass in allen Schlafphasen geträumt wird, so besteht für Träume in REM-Phasen eine besonders hohe Traumerinnerung und eine leichte Erweckbarkeit, da während des REM-Schlafs das Gehirn, im Gegensatz zum Non-REM-Schlaf, sehr aktiviert ist (paradoxe Schlaf). Der Non-REM-Schlaf besteht aus vier Schlafstadien (Schlafstadien 1 bis 4), wobei die Schlafstadien 3 und 4 als Tiefschlaf bezeichnet werden. Nach der neueren Klassifikation der American Academy of Sleep Medicine (AASM) werden die Schlafstadien 3 und 4 zu dem Schlafstadium N3 (N steht für Non-REM) zusammengefasst. Der Tiefschlaf tritt überwiegend in der ersten Hälfte der Nacht auf. Da idiopathische Alpträume vorwiegend im REM-Schlaf auftreten, liegt die Annahme nahe, dass ein vermehrtes Auftreten von REM-Schlaf mit einem gehäuften Auftreten von Alpträumen einhergeht. Diese Annahme wird gestützt durch die Beobachtung, dass Kinder, die über mehr REM-Schlaf verfügen, auch häufiger Alpträume haben und auch bei Erwachsenen eine erhöhte REM-Dichte des Schlafs, wie sie etwa bei Depressiven oder künst-

lerisch und geistig tätigen Personen zu finden ist, mit einer erhöhten Alptraumfrequenz einhergeht. Allerdings wäre es zu vereinfacht, hier eine monokausale, lineare Funktion anzunehmen, da das Auftreten von Alpträumen natürlich durch viele andere Faktoren neben der REM-Schlaf-Dichte mitbestimmt wird. Zudem unterscheiden sich posttraumatische Wiederholungen von den idiopathischen Alpträumen darin, dass sie in früheren REM-Stadien oder sogar im Non-REM-Schlaf auftreten können (Davis, 2009; Schredl, 2008).

1.2 Erscheinungsformen und Inhalte von Alpträumen

1.2.1 Erscheinungsformen von Alpträumen

Die Erscheinungsform von Alpträumen lässt sich nach verschiedenen Gesichtspunkten klassifizieren. Grundsätzlich ist zwischen den bereits genannten idiopathischen und posttraumatischen Alpträumen zu unterscheiden. Hinsichtlich der *Auftretenshäufigkeit* von Alpträumen wird, wie wir gesehen haben, zwischen dem gelegentlichen und dem häufigen Auftreten von Alpträumen unterschieden. Dabei wird die Auftretenshäufigkeit in der Regel retrospektiv eingeschätzt. Hinsichtlich der Dauer des Auftretens der Alpträume, also der *Chronizität*, wird zwischen akuten, subakuten und andauernden Alpträumen unterschieden. Als weiteres Merkmal neben Häufigkeit und Störungsdauer lässt sich noch die *Alptraumschwere* oder *-intensität* nennen. Diese wird im Allgemeinen über die Häufigkeit des Auftretens von Alpträumen operationalisiert (vgl. Tabelle 1). Es ist aber empirisch eindeutig gesichert, dass die Alptraumschwere und der daraus resultierende Leidensdruck mit der Alptraumhäufigkeit nur schwach korreliert sind. Die erlebte Alptraumintensität scheint viel eher mit Persönlichkeitsmerkmalen in Zusammenhang zu stehen (vgl. Kapitel 2). Schließlich kann die Erscheinungsform von Alpträumen hinsichtlich des Kontextes ihres Auftretens unterschieden werden: Alpträume können isoliert auftreten oder zusammen mit anderen psychischen oder somatischen Störungen (idiopathische Alpträume) oder als wiederkehrende Alpträume (posttraumatische Wiederholungen, posttraumatische Alpträume) bei der PTBS.

Von *isoliert auftretenden Alpträumen* sprechen wir, wenn die betroffene Person unter Alpträumen leidet, diese in der Regel häufig und schon seit längerer Zeit auftreten aber sonst keine weiteren psychischen oder körperlichen Störungen vorhanden sind, die das Auf-