

Schlafparalyse Phänomenologie – Deutung – Coping

MAX FUHRMANN, GERHARD MAYER¹

Zusammenfassung – Dieser Artikel gibt eine nach unserer Kenntnis erste transdisziplinäre Übersicht über das Phänomen Schlafparalyse in deutscher Sprache. Die wichtigsten mit diesem Phänomen zusammenhängenden Aspekte werden sowohl aus einer medizinischen und psychologischen, als auch aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive vorgestellt. Schlafparalyse wird (vor dem Einschlafen oder nach dem Aufwachen im Wachbewusstsein) als Zustand einer temporären Lähmung bzw. Bewegungsunfähigkeit erlebt, der in den meisten Fällen von intensiven Halluzinationen sowie Furcht begleitet ist. Nach einer Begriffsklärung werden verschiedene Subtypen und verwandte Schlafstörungen erläutert. Danach wird die Phänomenologie der Schlafparalyse mit ihren Hauptmerkmalen Wachbewusstsein, Atonie, Halluzinationen und Furcht detailliert beschrieben. Verbindungen zu anderen außergewöhnlichen Erfahrungen wie luzide Träume/Klarträume, außerkörperliche Erfahrungen und Erfahrungen der Entführung durch Außerirdische werden thematisiert. Schließlich werden (neuro-)physiologische und psychologische Theorien zur Ätiologie der Schlafparalyse sowie Therapien und Coping-Strategien vorgestellt. Nicht-materialistische und heterodoxe Deutungen und Umgangsweisen für Schlafparalyse (beispielsweise der Glaube an Geister oder Dämonen) werden ebenfalls genannt.

Schlüsselbegriffe: Schlafparalyse – Parasomnien – außergewöhnliche Erfahrungen – heterodoxe Glaubensvorstellungen – außerkörperliche Erfahrungen – luzider Traum – Abduktionserfahrung

Sleep Paralysis Phenomenology – Interpretation – Coping

Abstract – To the best of our knowledge, this article provides the first transdisciplinary overview of the phenomenon of sleep paralysis in German language. The most substantial key points are summarized not only from a medical and psychological but also from a socio-scientific perspective. Sleep paralysis is the experience of wakefulness (before falling asleep or after having woken up from sleep) accompanied by temporary paralysis and, in most cases, in-

1 Max Fuhrmann, B. A., studierte an der Philipps-Universität Marburg „Vergleichende Kultur- und Religionswissenschaft“. Seine Abschlussarbeit (Fuhrmann, 2016) thematisiert den Zusammenhang von Schlafparalyse mit individuellen Glaubensvorstellungen. Email: maghfuhrmann@gmail.com.

Gerhard Mayer ist Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene e. V. in Freiburg i. Br.; Redaktionsmitglied der *Zeitschrift für Anomalistik*, seit 2012 Geschäftsführer der Gesellschaft für Anomalistik e. V. Email: mayer@anomalistik.de.

tense hallucinations and fear. At the outset, the concept of *sleep paralysis* is explicated, and several subtypes and the related sleep disorders are distinguished from each other. Thereafter, the phenomenology of the sleep paralysis experience is illustrated in detail, including wakefulness, atonia, hallucinations, and fear. Several connections to other extraordinary experiences, such as lucid dreams, out-of-body experiences, and alien abduction experiences are shown. In addition, (neuro-)physiological and psychological theories on the etiology of sleep paralysis as well as coping strategies are presented. Non-materialistic and heterodox interpretations and coping strategies for sleep paralysis (e. g. belief in ghosts or demons) are mentioned, too.

Key words: Sleep paralysis – parasomnia – extraordinary experience – heterodox beliefs – out-of-body experience – lucid dream – alien abduction experience

Gelähmt im Schlaf?

Imagine opening your eyes shortly before dawn, attempting to roll over in your bed, and suddenly realizing that you are entirely paralyzed. While lying helplessly on your back and unable to cry out for help, you become aware of sinister figures lurking in your bedroom. As they move closer to your bed, your heart begins to pound violently and you feel as if you are suffocating. You hear buzzing sounds, and feel electrical sensations shooting throughout your body. Within moments, the visions vanish and you can move once again. Terrified, you wonder what has just happened. (McNally & Clancy, 2005: 114)

Das Licht war ausgeknipst, eine wohlige Schwere und Wärme kündigte den Schlaf an. Doch plötzlich ließ ein schlurfendes Geräusch den Einschlafenden aufschrecken. Alles schien völlig normal – bis er den grünen Strang bemerkte, der sich von der Zimmerpflanze aus um seinen Körper gelegt hatte. Jede Bewegung war unmöglich, und jeder Schrei wurde von der Pflanzenmasse um Mund und Kehle erstickt. Die Gedanken rasten: Ein (Alb-)Traum war dies nicht, viel zu deutlich war die Realität des Zimmers, viel zu klar waren Wahrnehmung und Denken. War dies die Rache der Pflanzenwelt an der Menschheit, oder hatten Außerirdische den Planeten erobert? (Matthiesen, 2007: 9)

Nein, es handelt sich bei den einleitenden Zitaten keineswegs um Passagen aus Erzählungen von Edgar A. Poe oder um Horrorfilm-Klappentexte, sondern um Beschreibungen von Erfahrungen, die zwar bizarr, aber recht verbreitet sind und über die die meisten Menschen, zumindest in den euro-amerikanisch geprägten Kulturen, dennoch vergleichsweise wenig wissen. Betrachten wir die gemeinsamen Elemente dieser beiden Berichte: Eine Person wacht auf und stellt plötzlich fest, dass sie vollkommen bewegungsunfähig ist. Außergewöhnliche Halluzinationserfahrungen in verschiedenen Sinnesmodalitäten kommen hinzu, untermalt vom intensiven Erleben von Furcht. Solche Erfahrungen, für deren Phänomenologie die oben angeführten Zitate beispielhaft stehen, werden im deutschsprachigen Raum als Schlafparalyse-Erfahrungen

(im Folgenden: SP) bezeichnet.² Doch trotz der Tatsache, dass dieses Phänomen nicht selten erlebt wird – die Lebenszeitprävalenz, also die Wahrscheinlichkeit, zumindest einmal im Laufe des Lebens eine solche Erfahrung zu machen, beträgt nach Sharpless & Barber (2011) für die Allgemeinbevölkerung knapp 8% –, können sich viele Menschen unter dieser Bezeichnung wenig vorstellen. Während also, um ein markantes Beispiel zu nennen, fast alle schon von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört haben und sich trotz einer geringeren Prävalenz (unter Kindern und Jugendlichen von 5,9 bis 7,1% – siehe Willcutt, 2012) etwas darunter vorstellen können, stellt die SP für Viele gewissermaßen *terra incognita* dar; und dies, obwohl es sich um ein universelles Phänomen handelt, somit von Menschen unabhängig von Ort, Zeit oder Kultur erlebt und auch schon in frühen kulturellen Zeugnissen beschrieben ist (Adler, 2011: 8–58; Sharpless & Doghramji, 2015: 17–54).

Plausible Gründe für diese Wissenslücke können vergleichsweise leicht gefunden werden: Während die oben genannte ADHS eine Störung darstellt, die den ganzen Alltag prägt und dauerhafte Auswirkungen, auch auf die Umwelt, hat, sind SPs zunächst Einzelereignisse, die zwar extrem ängstigende Erfahrungen darstellen können, sich aber selten in kürzeren Abständen wiederholen.³ Genauso, wie man oft einem schrecklichen Alptraum trotz des unangenehmen und intensiven Erlebens schnell beiseiteschieben und vergessen kann – der anbrechende Morgen und die Anforderungen des Alltags lassen das ungute Gefühl, das möglicherweise noch zurückgeblieben ist, verblassen und lösen es auf –, so mag es sich mit einer SP verhalten. Auch hier ist der oder die Betroffene mit etwas konfrontiert, dessen Realitätsstatus nicht in die Alltagserfahrungen integriert werden kann und das im Kontext der Schlafphase geschieht. Wenn etwa Kinder solches beim Einschlafen, während der Schlafphase oder während des Aufwachens erleben und es später den Eltern erzählen, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass diese Erfahrungen als Alpträume interpretiert und bezeichnet werden.⁴ Und Träume sind ja, wie das Sprichwort sagt, Schäume und deshalb nicht so ernst zu nehmen, zumindest laut einer vielfach zum Ausdruck gebrachten Meinung einer vom naturwissenschaftlichen Weltbild geprägten Kultur.

2 In den meisten Fällen ist die in der Literatur gängige Bezeichnung lediglich die unpräzise Variante *Schlafparalyse* bzw. *sleep paralysis*. Den Autoren ist es jedoch wichtig, die SP terminologisch von der im REM-Schlaf üblichen und nicht bewusst erlebten Muskelatonie abzugrenzen.

3 Dies gilt nicht für SP, die im Kontext anderer Schlafstörungen wie Narkolepsie auftreten. Siehe dazu den Abschnitt „Begriffsklärung“.

4 Darauf hat der SP-Experte James A. Cheyne (siehe Aufsatz in der vorliegenden Ausgabe der *ZfA*) hingewiesen, der die Vermutung äußerte, dass Kinder noch häufiger als die Durchschnittsbevölkerung SPs durchmachen, alleine schon aufgrund der Tatsache, dass sie länger schlafen und damit längere Zeit im REM-Schlaf verbringen. Die Verwechslung von sehr lebhaften Träumen und SP ist dabei naheliegend, wie auch eine Fehlinterpretation durch die Eltern (E-Mail an einen der Koautoren [GM] vom 13.8.2015).

Medizinisch gesehen zählen SP zu den Schlafstörungen, aber in der hier behandelten Form als sogenannte isolierte SP (zur genaueren Erläuterung siehe folgender Abschnitt) sind sie klinisch so gut wie nicht relevant. Dies legt zumindest eine im letzten Jahr von uns durchgeführte Online-Befragung von deutschen Schlaflabors auf eine deutliche Weise nahe.⁵ SP tritt demnach fast ausschließlich als ein Symptom der Narkolepsie im Klinikkontext auf, wobei dann die Behandlung der Narkolepsie im Vordergrund steht. Wenn die oft doch mit erheblicher Irritation und mit Leidensdruck verknüpften SP nur selten den (Haus-)Ärzten berichtet werden, dann mag ein plausibler Grund darin liegen, dass deren halluzinativer Charakter spezifische Ängste erzeugt: die Angst, verrückt zu sein, oder aber für verrückt erklärt zu werden, wenn man solches Erleben berichtet. Mit derartigen Befürchtungen seitens der Klientel wurden einige der interviewten Ärztinnen und Ärzte der Schlaflabors konfrontiert; eine Person äußerte, dass die Gefahr der Verwechslung bei vielen Ärzten bestünde, und eine weitere schrieb: „Viele [Patienten] erzählen es nicht, da sie keiner danach fragt. Möglicherweise ist ein Aspekt die Angst, für verrückt erklärt zu werden“ (siehe auch Adler, 2011: 27f; Yeung *et al.*, 2005; Sharpless & Doghramji, 2015: 87f).⁶

Es gibt also gute Gründe, solchen (unnötigen) Problemen entgegenzuwirken und zu versuchen, diese im Erleben dramatischen Ereignisse zu entdramatisieren, indem SP in ihren unterschiedlichen Aspekten beschrieben und plausible Erklärungsmodelle angeboten werden. Ebenso soll denjenigen Tendenzen etwas entgegengesetzt werden, die aus kommerziellen Gründen die Mystifizierung und Dramatisierung der SP befeuern, etwa wenn eine Filmdokumentation wie ein Horrorfilm beworben und inszeniert wird, wie jüngst geschehen.⁷

Während das Phänomen der SP seit einigen Jahren Eingang in die akademische Fachliteratur gefunden hat und vor allem im englischsprachigen Raum wichtige Überblicksarbeiten sowohl aus kulturwissenschaftlicher als auch aus medizinisch-psychiatrischer Sicht entstanden sind (Hufford, 1982, 2005; Owen, 2003; Adler, 2011; Sharpless & Doghramji, 2015), fehlt

5 Zwar war der Rücklauf von 20 vollständig ausgefüllten Fragebogen bei insgesamt 315 angeschriebenen Schlaflabors sehr gering, was die Verallgemeinerbarkeit der Daten erheblich eingeschränkt, aber zum einen kann die geringe Resonanz gerade als ein Indiz für die geringe Relevanz des Phänomens für den Klinikalltag angesehen werden, zum anderen weisen auch die Ergebnisse einer telefonischen Nachbefragung von einigen Teilnehmern sowie ein Experteninterview mit Prof. Dr. Geert Mayer (die Namensgleichheit mit einem der beiden Koautoren ist rein zufällig), dem Leiter einer Schlafklinik und ehemaligem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), genau in diese Richtung.

6 Das letztgenannte Problem stellt sich regelmäßig im Kontext der Kommunikation von außergewöhnlichen Erfahrungen ein, bei der die Gefahr der sozialen Stigmatisierung besteht und im Modus der ‚geschützten Kommunikation‘ (Schetsche & Schmied-Knittel, 2003) gesprochen wird.

7 *The Nightmare* (2015), von Rodney Asher. Auf dem DVD-Cover steht über rotem ‚FSK ab 18‘-Aufdruck: „Willkommen am furchteinflößendsten [sic!] Ort der Welt: deinem Schlafzimmer“.

eine solche Übersicht bislang im deutschsprachigen Raum. Diese Lücke wollen wir mit dem vorliegenden Aufsatz schließen. Außerdem soll er eine Art Grundlage für den nachfolgenden englischen Aufsatz von James A. Cheyne bilden, der einem besonderen Erklärungsansatz zur Entstehung der Schlafparalyse gewidmet ist. Gewisse Redundanzen zwischen beiden Artikeln nehmen wir bewusst zu Gunsten derjenigen Leserinnen und Leser in Kauf, die sich mit der Lektüre englischer Texte schwertun.

Begriffsklärung

Muskelatonie im REM-Schlaf

Grundlage zum Verständnis der SP ist die im REM-Schlaf übliche und nicht bewusst erlebte Bewegungslosigkeit der willkürlich bewegbaren Muskulatur. Eben dies ist die Schlafparalyse, die auch als Schlafähmung bezeichnet wird (z. B. Mayer, 2007b). Häufig wird auch von einer Muskelatonie gesprochen (z. B. Vaitl, 2012: 122). Die Schlafmedizin unterteilt den Schlaf in verschiedene Schlafstadien; generell lassen sich hier die NREM-Schlafstadien von den REM-Schlafstadien unterscheiden.⁸ Obwohl es auch im NREM-Schlaf Träume gibt, scheint die Erinnerung an die REM-Träume in der Regel „lebhafter“ (Vaitl 2012: 131) zu sein, weshalb der REM-Schlaf häufig auch als „Traumschlaf“ (z. B. Vaitl, 2012: 113; Maurer *et al.*, 2013) bezeichnet wird. Die in diesem Schlafstadium vorliegende Muskelatonie verhindert, dass die geträumten Bewegungen tatsächlich mit dem Körper ausgeführt werden. Bei Personen, die an der REM-Schlaf-Verhaltensstörung leiden, ist genau dies der Fall, mit ggf. erheblichen Folgen für die eigene Sicherheit und der sich in der Nähe befindlichen Personen (Mayer, 2007a; Schredl, 2013: 224–226; Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, 2009: 108–110). Die Muskelatonie im REM-Schlaf ist also ein wichtiger Teil der üblichen Abläufe während des Schlafes. Die Medizinanthropologin Shelley R. Adler fasst präzise zusammen: „It is important to remember that sleep paralysis is a normal physiological correlate of REM sleep; it is the consciousness of the paralysis that is ‘abnormal’“ (Adler, 2011: 79).

8 REM ist die Abkürzung für **R**apid **E**ye **M**ovement. REM-Schlaf zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Augen bei geschlossenen Lidern schnell hin und her bewegen. Mit NREM-Schlaf werden entsprechend diejenigen Schlafstadien bezeichnet, bei denen diese Augenbewegungen nicht stattfinden. REM-Schlafstadien gleichen aufgrund einer ähnlichen Gehirnaktivität eher dem Wachzustand als die anderen Schlafstadien. Pro Schlafphase werden mehrere Schlafzyklen durchlaufen, die jeweils aus einer Abfolge der NREM-Schlafstadien und des REM-Schlafstadiums bestehen. Die Dauer der REM-Schlafstadien nimmt mit jedem durchlaufenen Schlafzyklus einer Schlafphase zu (Vaitl, 2012: 114ff).

Schlafparalyse-Erfahrung (SP)

Erst der Begriff *Schlafparalyse-Erfahrung* (SP)⁹ verweist auf ein bewusstes Erleben der REM-Schlaf-bezogenen Muskelatonie. Bei der SP kommt es also zu einer Überschneidung des Wachbewusstseins mit der Muskelatonie. Dazu kann es während des Erwachens aus dem REM-Schlaf bzw. danach kommen, aber auch unmittelbar vor dem Einschlafen (Schredl, 2013b: 226; Mayer, 2007b). Laut Sharpless & Doghramji ist zudem ein hoher Prozentsatz der SP von teils starken Halluzinationserfahrungen begleitet (bei einer studentischen Population waren es 75%, bei einer klinischen Population 88,5% – Sharpless & Doghramji, 2015: 76). Die Phänomenologie der SP wird in einem späteren Abschnitt im Detail erläutert.

Die Erfahrung scheint, wie schon angesprochen, verbreiteter als zunächst erwartet. In einer Metaanalyse von 35 Studien mit einer Gesamtzahl von 36.533 Befragten in verschiedenen Ländern ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 7,6% in der Allgemeinbevölkerung. Der Wert ist bei Studierenden mit 28,3% sowie bei Personen in psychiatrischer Behandlung mit 31,9% deutlich höher. Aber auch die Unterschiede zwischen den Populationen einzelner Länder sind erheblich (Sharpless & Barber, 2011). So ergibt sich beispielsweise für die Allgemeinbevölkerung von Japan ein Wert von 33,9% (Arikawa *et al.*, 1999) und für japanische Studierende von 43% bzw. 38,9% (Fukuda *et al.*, 1987 und 1998). Diese starken Unterschiede lassen sich einerseits auf eine fehlende Standardisierung in der Befragung und auf heterogene Stichproben zurückführen, zeigen andererseits aber auch, dass kulturelle Faktoren höchstwahrscheinlich eine maßgebliche Rolle sowohl für die Prävalenz als auch in der Diagnostik spielen. Dementsprechend sind die oben angeführten Befunde vorläufig und noch mit Vorsicht zu genießen. Was man allerdings ohne Zweifel feststellen kann, ist, dass es sich nicht um ein marginales Phänomen handelt.

Kontexte und Unterformen der SP

Wie schon erwähnt, ist die SP im medizinisch-klinischen Bereich vor allem als eines von vier typischen Symptomen einer Narkolepsie-Erkrankung bekannt. Die sog. narkoleptische Tetrade wird gebildet aus (1) erhöhter Tagesschläfrigkeit, (2) Kataplexien (plötzliche Erschlaffungen

9 Das Akronym SPE würde dem Phänomen besser entsprechen, denn der Erfahrungsaspekt ist ein entscheidendes differentielles Kriterium, da ja die Schlafparalyse an sich als Muskelatonie und Teil der REM-Schlafstadien nicht bewusst erlebt wird. Um aber nicht noch mehr Verwirrung zu stiften, passen wir uns dem internationalen Gebrauch an und übernehmen das Akronym SP als Abkürzung für Schlafparalyse-Erfahrung.

der Muskulatur), (3) hypnagogen und hypnopompen Halluzinationserfahrungen,¹⁰ sowie eben (4) der SP. Tritt eine SP nicht im Rahmen eines umfassenderen Krankheitsbildes auf, bezeichnet man sie als isolierte Schlafparalyse-Erfahrung (ISP – Isolated Sleep Paralysis Experience). Je nach Häufigkeit des Auftretens und Intensität des Erlebens lassen sich Subtypen der ISP benennen. Bei Sharpless & Doghramji (2015: 149–151) finden sich folgende Differenzierungen, die teilweise auf die *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD – American Academy of Sleep Medicine, 2014), teilweise auf Sharpless *et al.* (2010) zurückgehen: Die *Fearful Isolated Sleep Paralysis Episode* (FISP) betont den ängstigenden und bedrohlichen Aspekt der ISP, denn wengleich dieser Charakter sehr häufig zu den Begleiterscheinungen zählt, so eben doch nicht immer. Mit der *Recurrent Isolated Sleep Paralysis* (RISP) wird der Wiederholungsaspekt integriert. Die ISP treten also nicht einmalig oder nur in sehr langen Zeitabständen, sondern mehrfach auf. Bei der *Recurrent Fearful Isolated Sleep Paralysis* (RFISP) sind nach den Kriterien von Sharpless *et al.* mindestens zwei FISP im Laufe von sechs Monaten eine notwendige Bedingung für eine solche Diagnose.

Eine SP kann auch partiell sein, d. h. die Muskelatonie muss dabei nicht vollständig derjenigen im REM-Schlaf gleichen, was die betroffene Muskulatur angeht.¹¹

Abgrenzung zu anderen Schlafstörungen

Die ISP zählt, nach schlafmedizinischer Einordnung, zu den REM-Schlaf-bezogenen Parasomnien. Parasomnien bilden eine Unterkategorie der Schlafstörungen.¹² Bei der Diagnose von SP bzw. ISP besteht Verwechslungsgefahr mit einigen anderen Schlafstörungen; diese sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass SP auch im Rahmen einer Narkolepsie vorliegen können. Narkolepsie zählt in schlafmedizinischer Einordnung zu den Hypersomnien. Leidet eine Person an SP, so empfiehlt es sich, durch eine Untersuchung festzustellen, ob sie von Narkolepsie betroffen ist. Dies geschieht in der Regel durch eine Polysomnographie, bei der verschiedene Biosignale (u. a. EEG, EKG, Parameter zur Atmung) gemessen werden,

10 Der hypnagoge Bewusstseinszustand tritt während des Einschlafens, der hypnopompe Zustand während des Aufwachens auf. Während dieser Zustände kann es zu halluzinatorischen Wahrnehmungen kommen (Vaitl, 2012: 117f).

11 Auskunft von Geert Mayer (E-Mail an einen der Autoren [GM] vom 20.10.2016).

12 Neben den Parasomnien, die sich auf Störungen beziehen, die während des Schlafes sozusagen als unerwünschte Begleiterscheinungen auftreten, gibt es noch Hypersomnien (Schlafsucht, Tagesschläfrigkeit), Insomnien (Ein- und Durchschlafstörungen), schlafbezogene Atmungs- oder Bewegungsstörungen sowie zirkadiane Rhythmusstörungen (Mayer *et al.*, 2010).

während die Person schläft. Anhand der Daten kann dann überprüft werden, ob sich typische Anzeichen einer Narkolepsie zeigen; ein Einsetzen des REM-Schlafs nach weniger als 10-20 Minuten (Sleep-onset-REM bzw. SOREM) wäre beispielsweise ein Indiz für das Vorliegen der Narkolepsie-Erkrankung (Schredl, 2013).¹³

Verwechslungsgefahr mit SP besteht auch beim sogenannten *Pavor Nocturnus*, dem Nachtschreck, der ebenfalls zu den Parasomnien zählt. Betroffene wachen schreckhaft, oft begleitet von einem Schrei, aus dem NREM-Schlaf auf und sind für einige Minuten verwirrt, panisch und orientierungslos. Nachdem die Betroffenen sich beruhigt haben, schlafen sie in der Regel wieder ein. Meistens erinnern sich Betroffene am nächsten Tag nicht mehr an das Geschehen. Zudem sind fast nur Kinder vom *Pavor Nocturnus* betroffen (ebd.).

Bedeutsam ist auch die Abgrenzung der SP zu Alpträumen. Alpträume sind stark negativ getönte REM-Träume, aus denen in der Regel ein schreckhaftes Aufwachen stattfindet (ebd.). Die begriffliche Verwirrung wird besonders gut ersichtlich, wenn man sich die alternativen Bezeichnungen für die SP vor Augen führt. SP wird und wurde im Deutschen auch als *Nachtmahr*, *Nachtalb* oder *Albdruck* bezeichnet. Der englische Begriff für *Albtraum* ist *nightmare* (vgl. z. B. Sharpless & Doghramji, 2015: 219). Das Wissen um den Zusammenhang des Begriffs mit der SP ging jedoch, so der Anthropologe David Hufford (2005), verloren. Einige Termini wurden dann zur Bezeichnung schlechter Träume verwendet.

Phänomenologie der SP

In den diesem Aufsatz vorangestellten Beschreibungen von SP-Episoden sind einige Merkmale genannt worden, die typisch für die Erfahrung von SP sind, aber sie weisen in ihren Unterschieden auch auf die in der Literatur betonte Heterogenität hin (Sharpless & Doghramji, im Folgenden abgekürzt als S & D, 2015: 71). Der klinische Psychologe Brian A. Sharpless und der Schlafmediziner Karl Doghramji haben vor nicht langer Zeit ein überaus empfehlenswertes Buch zu unterschiedlichsten Aspekten der SP verfasst und darin auch deren typische Symptome sowie die damit verbundenen Begleitumstände beschrieben (ebd.: 71–92).¹⁴ Auf diese Darstellung beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, die Ausführungen in diesem Abschnitt.

Die Autoren berichten, dass die meisten Betroffenen ihre erste SP-Episode im Teenage-Alter hätten, wobei es auch hier wieder kulturelle Unterschiede gibt. In asiatischen Stichproben¹⁵ etwa hat man auch eine bimodale Verteilung des *onset* (Alter bei der ersten Episode) gefunden,

¹³ Zur Diagnostik von Schlafstörungen allgemein siehe Weeß (2013).

¹⁴ Vgl. dazu die Rezension von Mayer (2015) in der vorjährigen Ausgabe der *ZfA*.

¹⁵ Eine genauere Beschreibung der Nationalitäten wird bei S & D (2015: 85) nicht gegeben.

nämlich während der Teenagerzeit und dann wieder nach dem Erreichen eines Alters von 60 Jahren (ebd.: 85). Allerdings muss man aufgrund der schon erwähnten großen Verwechslungsgefahr mit Alpträumen diese Zahlen relativieren, denn SP von Kindern werden vermutlich zumeist nicht als solche erkannt und gehen nicht in die Studien ein.¹⁶

Ein vielfach beobachtetes und auch in mehreren Studien berichtetes Merkmal der SP besteht darin, dass sie vielfach häufiger beim Schlaf in der Rückenlage als in Seitenlage auftritt (z.B. Cheyne, 2002; Dahmen *et al.*, 2002). Girard und Cheyne (2006) untersuchten in einer Studie (N = 348), wie sich SP-Episoden in die Schlafstruktur einordnen. Sie stellten fest, dass 45% während der ersten beiden Schlafstunden einer normalen Schlafperiode erlebt werden; eine zweite Häufung findet sich etwa nach sieben Stunden, also für viele in der Zeit kurz vor dem Ende der Schlafperiode. Wie lange SP-Episoden im Durchschnitt dauern, ist nur schwer zu bestimmen, da die meisten Daten zu diesem Punkt auf Selbstauskünften beruhen, und die Zeiteinschätzungen insbesondere bei außergewöhnlichen Erfahrungen sehr unzuverlässig sind (Wittmann, 2015a, b). Sharpless und Doghramji (2015: 85f) geben die plausible durchschnittliche Dauer mit sechs bis sieben Minuten an, wobei in der Literatur Werte zwischen mehreren Sekunden und zweieinhalb Stunden berichtet würden.

In den nächsten Abschnitten werden die – neben der Bewusstheit bzw. Wachheit – drei grundlegenden Charakteristika der SP – Atonie, Halluzinationen und Furcht – beschrieben, darin hauptsächlich der Darstellung in Sharpless & Doghramji (2015: 73–87) folgend.

Atonie

Die Atonie ist, wie bereits erläutert, die vollkommene Bewegungsunfähigkeit der willkürlich bewegbaren Muskulatur. Nicht von der Atonie betroffen sind Bewegungen der Augen, die Atemmuskulatur und die Muskulatur des Zungenschlunds. Die Muskulatur zur Bewegung der Augenlider hingegen unterliegt der Atonie (Geert Mayer, E-Mail vom 20.10.2016), weshalb manche Betroffene von der Unfähigkeit berichten, die Augenlider während einer SP zu öffnen oder zu schließen. Die Atonie scheint zudem gewisse Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Atmung zu haben, da Betroffene häufig Atemprobleme und sogar Ersticken Gefühle beschreiben. Ein weiteres typisches Merkmal ist das Gefühl eines Drucks auf der Brust, teilweise auch auf Gesicht oder Genitalien. Schließlich führt die Atonie auch zu der Unfähigkeit der stimmlichen Artikulation, um beispielsweise um Hilfe zu rufen; leises Ächzen oder Stöhnen scheint jedoch teilweise möglich zu sein. Bei einer partiellen SP allerdings können z.B. die Augen geöffnet sein und es kann ansatzweise gesprochen werden (ebd.).

16 Siehe Fußnote 4.

Halluzinationen

Laut Sharpless und Doghramji sind 75–88,5% aller SP von Halluzinationen¹⁷ begleitet (S & D, 2015: 76). Diese können entweder hypnagog, beim Einschlafen auftretend, oder hypnopomp, beim Aufwachen auftretend, sein. Sharpless und Doghramji (2015: 76–83) gliedern die SP-Halluzinationen in vier Kategorien:

- Auditive Halluzinationen
- Die Wahrnehmung einer Präsenz („sensed presence“)
- Taktile und kinästhetische Halluzinationen
- Visuelle Halluzinationen

Auditive Halluzinationen betreffen die Sinnesmodalität des Hörens. Betroffene berichten von der Wahrnehmung von Brummen, Summen oder Rauschen. Aber auch verständliche sowie unverständliche stimmliche Äußerungen (Gesprochenes, auch Geflüstertes) und Schreie können halluziniert werden. Zudem werden Bewegungsgeräusche wie Schaben, Kratzen, Scharren, aber auch (schlurfende) Schritte genannt. Die „sensed presence“ bezieht sich auf das intensive Fühlen einer zumeist als bösempfundene Präsenz im Raum, verbunden mit einem Gefühl des Ausgeliefertseins und der akuten Bedrohung der eigenen Sicherheit. Sharpless und Doghramji vergleichen diese Halluzinationsform mit dem Gefühl des Beobachtetwerdens bei einem nächtlichen Gang entlang einer verlassenen Straße. Viele erleben die Präsenz während der SP zudem als „distinctly *non-human*“ (S & D, 2015: 81; Hervorh. im Original). Es findet eine außergewöhnliche Begegnung mit etwas gänzlich Fremdem statt: „it is essentially the feeling of an ‘otherness’ that is not seen, but felt to be in the room“ (Ebd.: 80; Hervorh. im Original). Taktile Halluzinationen schließen auch die Wahrnehmung von Hitze oder Kälte, Druck oder Gewicht, klassischerweise auf dem Brustkorb, aber auch auf anderen Körperteilen, sowie Gefühle, berührt, teilweise sogar erwürgt zu werden, mit ein. Andere Quellen (z. B. Blackmore, 1999; Hufford, 1982: 242) weisen auch auf Vibrationsgefühle und „electrical sensations“ (McNally & Clancy, 2005: 114) hin, die während einer SP erlebt werden können. Kinästhetische Halluzinationen umfassen Empfindungen der Bewegung des eigenen Körpers, so z. B. Gefühle des Fallens, des Fliegens, des Schwebens, des Schleuderns oder des Drehens.

Betroffene berichten außerdem von dem Erlebnis der nicht intendierten, also als fremdgesteuert empfundenen Bewegung einzelner Körperteile oder sogar des gesamten Körpers. SP können auch, wie bereits erwähnt, in eine außerkörperliche Erfahrung (AKE) übergehen,

¹⁷ Der Begriff *Halluzination* ist durchaus zu problematisieren. Wir halten uns hier an die Definition von Vaitl: Eine Halluzination ist „ein Wahrnehmungserlebnis ohne eine gegenständliche Reizquelle“ (Vaitl, 2012: 62).

welche in diesem Kontext als eine besondere Erscheinungsform der Halluzinationen während einer SP verstanden wird. Bei AKE liegt das Gefühl vor, sich außerhalb des eigenen Körpers zu befinden. Manchmal ist dies auch verbunden mit dem Empfinden, den eigenen Körper visuell von außerhalb wahrzunehmen.¹⁸ Visuelle Halluzinationen schließlich stellen die vermutlich eindringlichste der vier Halluzinationskategorien dar. Sharpless und Doghramji halten fest:

Visual hallucinations account for some of the most vivid and memorable experiences of sleep paralysis. The depth and breadth of visual hallucinations can be truly staggering, and in some cases may eventuate in individuals feeling as if they are going crazy and/or under some malevolent nocturnal attack. (S & D, 2015: 79–80)

Die erste Subkategorie der visuellen Halluzinationen umfasst Halluzinationen von als unbelebt empfundenen Objekten. Betroffene sehen dunkle Schatten, Kleckse und Lichter in verschiedenen Farben sowie geometrische Figuren. Auch Halluzinationen von gewöhnlichen Gegenständen sind denkbar; die halluzinierten Gegenstände müssen jedoch nicht notwendigerweise ins Schlafzimmer gehören: Sharpless und Doghramji berichten beispielsweise von der Halluzination von Bahngleisen während einer SP. Die zweite Subkategorie der visuellen Halluzinationen umfasst visuelle Halluzinationen von Wesenheiten. Anders als bei der „sensed presence“ wird die Anwesenheit einer Präsenz hier nicht einfach nur gefühlt, sondern tatsächlich gesehen. Die Bandbreite der halluzinierten Wesenheiten ist groß und diese Aufzählung sollte keineswegs als vollständig erachtet werden. Prinzipiell erscheinen die meisten Wesenheiten zumindest humanoid, also menschenähnlich, auch wenn es hier durchaus Ausnahmen gibt. Typische Beispiele für die während einer SP halluzinierten Wesenheiten sind: Lebende oder verstorbene Verwandte oder Bekannte, unbekannte Personen, teilweise verumumt oder maskiert, schemenhafte Schattengestalten, die sogenannten „shadow people“ (S & D, 2015: 83), tierähnliche, humanoide Gestalten, Geister, Dämonen und auch als Außerirdische gedeutete Wesenheiten. Es kann auch zu aggressiven und/oder sexuellen Interaktionen mit den halluzinierten Eindringlingen kommen, die die Intensität der Erfahrung nochmals steigern: „[T]hese interactions with others often evoke intense fear and anxiety“ (S & D, 2015: 82).

*Furcht*¹⁹

SP scheint eine in den meisten Fällen angsterfüllte Erfahrung zu sein. Einige Personen haben beispielsweise Angst davor, dass die Bewegungsunfähigkeit permanent anhalten könnte; andere

18 Außerkörperliche Erfahrungen sind eine Erfahrung, die auch losgelöst von SP erlebt werden kann; zur allgemeinen Information über außerkörperliche Erfahrungen empfiehlt sich: Cardena & Alvarado, 2014; siehe Blackmore, 1999, zur Verbindung von SP mit außerkörperlichen Erfahrungen.

19 Dieser Abschnitt ist Fuhrmann (2016) entnommen.

glauben, dass nun der Tod unmittelbar bevorsteht. Schließlich ist auch die Halluzination eines Eindringlings Grundlage für starke Angstgefühle. Shelley R. Adler fasst diesen Aspekt eindrucksvoll zusammen: „In recounting the experience, people often have difficulty articulating the intensity of the horror they felt“ (Adler, 2011: 10). Zudem gibt es einen zweiten mit Furcht verbundenen Aspekt, der allerdings etwas über die reine Phänomenologie der SP hinausreicht; es geht um durch SP ausgelöste Änderungen des eigenen alltäglichen Lebensvollzugs. SP kann beispielsweise zu Angst vor dem Zubettgehen oder sogar vor dem Schlafzimmer führen. Einige Betroffene haben Angst, verrückt zu werden oder an einer ernsthaften Krankheit zu leiden. Allerdings suchen nur wenige Personen medizinisch-psychologischen Rat, wobei es jedoch ungeklärt ist, „if this is due to a reticence to disclose these ‚embarassing‘ symptoms to medical professionals or the fact that sleep paralysis is not severely distressing for the majority of individuals“ (S & D, 2015: 87). Schließlich kann SP auch zu einer erhöhten Tagesschläfrigkeit führen, was eine weitere Belastung für Betroffene darstellt.

Verbindung der SP zu anderen außergewöhnlichen Erfahrungen

Die Darstellung der Phänomenologie der SP hat gezeigt, dass SP durchaus als außergewöhnliche Erfahrung (AgE) verstanden werden kann.²⁰ SP zeichnen sich zwar durch eine spezifische Phänomenologie aus, doch sind sie eng mit anderen AgE verbunden, nämlich außerkörperlichen Erfahrungen (AKE), luziden Träumen bzw. Klarträumen (KT) sowie Erfahrungen des Kontaktes mit Außerirdischen oder anderen außergewöhnlichen Wesenheiten.

Außerkörperliche Erfahrungen

Bei einer außerkörperlichen Erfahrung (AKE) liegt die Empfindung vor, sich außerhalb des eigenen Körpers zu befinden. Manchmal ist dies verbunden mit der Wahrnehmung des eige-

20 Der Begriff *außergewöhnliche Erfahrung* wird hier als weltanschaulich neutrale Metakategorie für verschiedene Arten der Erfahrung verstanden. Nach der Definition von Belz (2009: 5) sind mit AgE „Erfahrungen gemeint, die in ihrer besonderen subjektiven Erlebnisqualität so außergewöhnlich sind und von den Wirklichkeitserklärungen der Betroffenen so deutlich abweichen, dass sie nicht in vorhandene kognitiv-emotionale Schemata integrierbar sind“. Diese Definition bildet zwar die Erlebnisqualität der AgE und deren Bezug zu den Wirklichkeitserklärungen ab, greift aber doch insofern zu kurz, als sie von den Betroffenen durchaus in deren jeweiliges Wirklichkeitsverständnis integriert werden können. Ein ‚Alien-Entführungserfahrung‘ bleibt auch für einen UFO-Gläubigen, eine erlebte Marienerscheinung für einen tiefgläubigen Katholiken eine AgE, auch wenn diese Erfahrungen kohärent mit den jeweiligen *beliefs* sind. In diesem Punkt ist die Definition von Hofmann & Wiedemer (1997: 147) treffender: „Solche Erfahrungen verlassen den Rahmen des Gewohnten und scheinen durch die herkömmlichen wissenschaftlichen Modelle nicht erklärbar oder ihnen explizit zu widersprechen.“

nen z. B. im Bett liegenden Körpers aus einer außerhalb des Körpers befindlichen Perspektive. Der wahrgenommene Realitätsgrad kann dabei beträchtlich schwanken (Nahm, 2015; Vaitl, 2012: 163–172). Stresssituationen, Krankheiten, schwere Unfälle, Operationen, Einnahme psychedelischer Substanzen, aber auch Hypnose und anderweitige Entspannungszustände sind verschiedene Kontexte, in denen AKE typischerweise auftreten können (Cardeña & Alvarado, 2014; Alvarado, 2000). AKE können aber, ähnlich wie SP, auch während des Einschlafens bzw. während des Aufwachens erlebt werden. Hufford (2005: 30) berichtet sogar, dass SP, die mehrere Minuten lang andauern, mit großer Wahrscheinlichkeit in eine AKE übergehen. Folgender Erfahrungsbericht ist ein Beispiel für einen Übergang von SP zu AKE:

I awoke at night – it must have been at about 3 a.m. – and realized that I was completely unable to move. I was absolutely certain I was not dreaming, as I was enjoying full consciousness. Filled with fear about my current condition I had only one desire, namely to be able to move my body again. I concentrated all my willpower and tried to roll over to one side: Something rolled, but not my body – something that was me, my whole consciousness including all of its sensations. I rolled unto the floor beside the bed. While this happened, I did not feel bodiless, but I felt as if my body consisted of a substance constituted of a mixture of gas and liquid. To the present day I have never forgotten the combination of amazement and great surprise which gripped me when I felt myself falling onto the floor, but the expected hard bounce never happened (Waelti, 1983, zit. n. Metzinger, 2005: 62).

Luzide Träume

Die Verbindung von SP zu luziden Träumen bzw. Klarträumen (KT) besteht im Grad der Bewusstheit, der untypisch für den jeweiligen physiologischen Zustand ist. Während bei der SP die Empfindung von Wachbewusstsein mit der für den REM-Schlaf typischen Muskelatonie einhergeht, ist die träumende Person sich im KT des Zustands des Träumens bewusst, d. h. sie weiß, dass das augenblicklich Erlebte ein Traum ist. In einigen KT besteht zudem die Möglichkeit, das Geschehen und die eigenen Handlungen bewusst zu lenken (Holzinger, 2007; LaBerge, 1987, 2014). KT wecken in der Regel positivere Empfindungen als normale Träume, möglicherweise wegen eines höheren Maßes an Kontrolle gedanklicher Klarheit (LaBerge, 2014: 150). Es gibt zahlreiche Bücher, Kurse, YouTube-Kanäle, Blogs und Internetforen, die Techniken lehren, KT hervorzurufen. Generell werden die Techniken in zwei Hauptgruppen eingeteilt: *Bewusstheitgewinnende Techniken* oder *Dream Initiated Lucid Dream* (DILD) sowie *Bewusstheitbewahrende Techniken* oder *Waking Initiated Lucid Dream* (WILD) (LaBerge & Gackenbach, 2000: 161). Die letztgenannte Gruppe der KT-Techniken hat zum Ziel, die Bewusstheit während des Einschlafvorgangs aufrechtzuerhalten. Praktizierende dieser Technik berichten zum Teil, und hier liegt ein weiterer zentraler Aspekt der Verbindung zur SP, dass diese Technik manchmal

eine SP auslösen kann.²¹ Ziel sei nun, Ruhe zu bewahren, um bewusst einzuschlafen und in den Klartraum überzugehen.²²

Entführung durch Außerirdische

Als drittes soll auf die teilweise stark parallele Phänomenologie der SP mit Erfahrungen der Entführung durch Außerirdische (im Folgenden: AAE, alien abduction experience) hingewiesen werden. Wie Cheyne (2015) in einem schönen Aufsatz anhand einer Analyse der Erzählung *Le Horla* des französischen Schriftstellers Maupassant zeigte, lassen sich solche Zusammenhänge schon für das Ende des 19. Jahrhunderts nachweisen. Ein aktuellerer Erfahrungsbericht soll zur Illustration dienen, wie in einer als AAE interpretierten Erfahrung viele aus SP bekannte Elemente zu finden sind:

Ms. Jessica White (a pseudonym) is a quiet, retired lady of 60 years who lives alone in her small home near Lake Placid, New York. One morning she experienced a horrifying nightmare in which she felt a “creature” with cold hands and large eyes pressing down on her with a suffocating and paralyzing force. She tried to move, but her body did not respond; in fact, she had the strange sense that her consciousness was out of her body, watching her rendered helpless. She tried to scream, but words would not escape her mouth. She heard humming and strange noises and experienced an eerie sense that other creatures were nearby, watching in a cold, detached way. The feeling that she was somehow violated, surely emotionally, possibly physically, lingered throughout the day and returned in what she called “flashbacks” during the week. The only stories to which Jessica could relate her bizarre experience were accounts she had read about people abducted by aliens. Perhaps that is what had happened to her, she mused. (Appelle *et al.*, 2014: 213–214)

Die Vermutung, es könne sich um eine tatsächliche Entführung durch Außerirdische handeln, festigte sich, nachdem sich White in Hypnose versetzen ließ, um unterdrückte Erinnerungen an eine mögliche Entführung wieder aufzudecken:

During hypnosis, Jessica reported frightening images of being examined by three emaciated-looking aliens with a variety of advanced, highly technological medical instruments, the likes of which she had never seen before. After the medical proceedings, she was returned from the spacecraft to her bed with telepathic instructions to forget the entire episode. (Appelle *et al.*, 2014: 214)

21 Siehe z. B. <http://www.school-of-oneironautics.de/die-schlafparalyse-schlaflaehmung-schlafstarre-beenden/> [Zugriff: 25.10.2016].

22 Manche Klarträumende sprechen auch von einer potenziellen therapeutischen Funktion des Klarträumens bei unerwünschtem Erleben der SP. Personen, die an SP leiden, können, so die Auffassung, KT nutzen, um die negative Färbung der SP zu überwinden und es zu einer positiven, transformierenden Erfahrung zu machen. SP werden dann als etwas Positives verstanden, weil sie ermöglichen sollen, mithilfe der WILD-Technik problemlos in einen KT einzusteigen.

White hielt an der Vorstellung einer AAE fest, obwohl sie auf das Phänomen SP hingewiesen wurde und ihr somit auch eine orthodoxe Deutung ihrer Erfahrung zur Verfügung stand. Schätzungen zufolge wurde Hypnose gegen Ende des 20. Jahrhunderts in etwa 70% aller Untersuchungen von angenommenen Entführungen eingesetzt, um Erinnerungen wieder zurückzubringen (Appelle *et al.*, 2014: 230). Dieses methodische Vorgehen ist höchst umstritten und kann sehr drastische Folgen haben: Wie gezeigt werden konnte, werden bei solchen Verfahren nicht ausschließlich wahre, verloren gegangene Erinnerungen wieder ins Bewusstsein gebracht, sondern es können auch falsche Erinnerungen überhaupt erst produziert werden (z. B. Spanos, 1994, 1996). Eine ungewöhnliche, aber zunächst nicht mit Außerirdischen verknüpfte SP kann so zu einer angenommenen Entführung durch Außerirdische werden.

Es soll hier allerdings keineswegs behauptet werden, dass sich alle AAE problemlos mit einem Verweis auf die Phänomenologie der SP klären lassen. Ohnehin ist so ein Verweis aufgrund der immer noch teilweise rätselhaften Natur der SP nicht notwendigerweise eine zufriedenstellende Erklärung. Viele AAE lassen sich wohl durch eine Kenntnis der SP besser verstehen; bei einigen AAE lässt sich eine Verbindung zur SP aber nur schwer herstellen; so z. B. tagsüber und außerhalb des Schlafplatzes stattfindende AAE oder sogar Erfahrungen, bei denen mehrere Menschen am selben Ort davon berichten, von Außerirdischen entführt worden zu sein.

Theorien, Deutungen und Coping-Strategien

Gerade die im letzten Abschnitt beschriebenen Ähnlichkeiten mit anderen AgE legen nahe, dass der individuelle Umgang mit SP stark von dem jeweils vertretenen Weltbild und den Glaubensvorstellungen (*beliefs*)²³ abhängig ist – sowohl, was die Interpretation des Erlebten als auch den Umgang damit anbelangt. Denn AgE rühren an die Grenzen der konventionellen wissenschaftlichen Modelle – zumindest aus subjektiver Sicht (siehe Fußnote 18). Dementsprechend leicht finden sich konkurrierende Deutungsmodelle, die nicht nur von der jeweiligen Kultur und deren dominantem Weltverständnis, sondern auch von persönlichen ggf. heterodoxen Glaubensvorstellungen abhängen können. Die sich an westlichen, wissenschaftlich dominierten Modellen orientierenden Interpretationen suchen die Ursachen der SP auf (neuro-)physiologischer und/oder psychologischer Ebene; dementsprechend richten sich die Behandlungs- und Coping-Strategien nach vergleichbaren Mustern der (Psycho-)Pathologie.

23 Die Begrifflichkeiten für dieses Konzept sind mannigfaltig. Weltverständnis, Weltbild, Weltanschauung, Weltkonzeption, Ontologie, Kosmologie, Glaubensvorstellungen. Mögliche Unterschiede ausklammernd sollen all diese Begriffe hier als Synonyme verstanden werden: Es geht um die Frage, was, nach Auffassung des jeweiligen Individuums, der Fall ist.

Doch gibt es eben, wie wir gesehen haben und wie weiter unten noch ausgeführt werden wird, auch in modernen Kulturen Deutungen, die sich an folkloristischen, esoterischen oder spirituellen Modellen orientieren (S & D, 2015: 17–44). Und in vielen außereuropäischen Kulturen werden die Ursachen z. B. in einer Interaktion zwischen diesseitiger Welt und einem jenseitigen Bereich angenommen, was folgerichtig zu anderen, aus westlicher Perspektive unkonventionellen Umgangsweisen mit dem Phänomen führt (Adler, 2011: 13–31; siehe auch den Abschnitt „Nicht-materialistische und heterodoxe Deutungs- und Umgangsweisen“ weiter unten).

(Neuro-)Physiologische und psychologische Deutungs- und Umgangsweisen

Zunächst richten wir den Blick auf das uns Naheliegende, nämlich die im oben genannten Verständnis konventionellen Interpretationen, die sich am dominierenden Krankheitsmodell orientieren. Die allgemein akzeptierten (*neuro-*)*physiologischen* Erklärungen konzeptualisieren die SP als Schlafstörung bzw. als ein Symptom einer solchen, nämlich der Narkolepsie.

Narkolepsie

Die Narkolepsie zählt zu den *Hypersomnien*, die REM-Schlaf-assozierte und nicht mit dem REM-Schlaf assoziierte Symptome aufweist (Schredl, 2013a). Zu den erstgenannten zählt die SP. Die Behandlung der Narkolepsie ist schwierig, da die Erkrankung chronisch ist und lebenslang erfolgen muss. Deren Ursachen sind noch unbekannt. Genetische Faktoren spielen dabei eine Rolle (z. B. Mahowald & Schenck, 2005: 1280), doch treten weitere Faktoren hinzu. Gemäß der komplexen Symptomatik werden sowohl nicht-medikamentöse als auch medikamentenbasierte Behandlungsstrategien gewählt. Da SP mit dem REM-Schlaf assoziiert ist, wird sie im Rahmen der Narkolepsie, wenn notwendig, hauptsächlich mit REM-Schlaf-unterdrückenden Substanzen behandelt. Eine wichtige Rolle spielt aber auch die Patienteninformation, die über die nichtschädigende Natur der SP aufklärt. Eingebettet in eine umfassendere Symptomatik, kommt der SP an sich eine vergleichsweise geringe klinische Bedeutung zu.

Isolierte Schlafparalyse aus schlafmedizinischer Sicht

Als isolierte SP (ISP) hingegen wird die Schlaflähmung zu den *Parasomnien* gezählt. Die Frage der Ursache bzw. Entstehung (Ätiologie) rückt stärker in den Vordergrund. Wie schon im Rahmen der Narkolepsie wird auch für die ISP ein direkter Zusammenhang zum REM-Schlaf angenommen. Die Vermutung einer Desynchronisation von physiologischen Merkmalen des REM-Schlafes (Muskelatonie) und des normalerweise damit verknüpften Bewusstseinszustands (Wachbewusstsein an Stelle des Bewusstseinszustands während des Traums bzw. Schlafs) liegt

nahe.²⁴ In anderen Worten: Es ist so, als ob der Körper noch schlief, während der Geist schon erwacht ist und einen Wachbewusstseinszustand suggeriert. Die völlig ungewohnte Körperwahrnehmung führt zu Irritationen und Angst, vor allem, weil deren Ursachen nicht bekannt sind. Verstärkend wirken dabei die oft mit der SP auftretenden Halluzinationen, die das Erleben der SP extrem dramatisieren können.²⁵ Bezogen auf die SP wird angenommen, dass es sich um im REM-Schlaf erzeugte Traumbilder handle, die in das Wachbewusstsein eindringen (S & D, 2015: 107).

Über die Ursachen der ISP ist wenig bekannt. Genetische Faktoren wie bei der Narkolepsie sind nicht nachgewiesen (DGSM, 2009: 110; Mahowald & Schenck, 2005). Als Hypothesen zur Ätiologie bzw. zu auslösenden Faktoren werden u.a. genannt (S & D, 2015: 140-143; DGSM, 2009: 110):

- Schlafdeprivation
- Schlechte Schlafqualität (nicht erholsamer Schlaf)
- Unregelmäßige Schlafgewohnheiten und -perioden (Störungen des zirkadianen Schlaf-Wach-Rhythmus)
- Komorbiditäten (z. B. Angststörungen, Panikstörung, posttraumatische Belastungsstörung)
- Psychischer Stress

Versuche, Korrelationen zu bestimmten psychologischen Persönlichkeitsmerkmalen festzustellen, führten zu so gut wie keinen auffälligen Ergebnissen. Einzelbefunde, wie erhöhte Werte auf der Paranoia-Subskala des *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, der Dissoziationsskala (S & D, 2015: 132) oder der Neurotizismusskala (DGSM, 2009: 110), bedürfen noch der Replikation, bevor sie als gesichert angesehen werden können.

Psychodynamische Deutungen

Psychodynamische Ansätze zur Ätiologie der SP basieren stark auf psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Theorien unter Bezugnahme auf Sigmund Freuds Arbeiten zur Traumdeutung (Freud, 1972). Freud interpretierte Träume, in denen sich der Träumer als gelähmt

24 Mahowald & Schenck (2005: 1279) weisen darauf hin, dass gerade die Untersuchungen von Schlafstörungen zu wichtigen Grundannahmen über die generelle Natur des Schlafes geführt haben: „These include the ideas that sleep may not be a global, but rather a local, brain phenomenon, and that wakefulness, NREM sleep and REM sleep are not mutually exclusive states: state dissociation or admixture might explain fascinating clinical phenomena.“

25 Diese Halluzinationen stellen ein Symptom der SP dar, bilden aber selbst wieder eine eigene Form der *Parasomnien*, als „schlafbezogene Halluzinationen“ bezeichnet (Peter *et al.*, 2007: 1067).

erlebt bzw. es ihm unmöglich ist, sich zu bewegen, als Symbolisierungen von unbewussten Willenskonflikten.²⁶ Andere Autoren konzipieren diesen intrapsychischen Konflikt z. B. als Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt (*approach-avoidance conflict* – Lewin, Adams & Zener, 1935, zitiert nach S & D, 2015: 134) oder als *sympathetische Antipathie und antipathetische Sympathie* (Kierkegaard, 1981: 40) oder aber als *Bindung* vs. *Autonomie*-Konflikt (Belz & Fach, 2015; Fach & Belz, 2015), wobei sich die letztgenannten Autoren explizit auf SP als außergewöhnliche Erfahrung beziehen und SP als externes Dissoziationsphänomen interpretieren. Die Ursache der SP wird dabei also in einer Abspaltung eines unbewussten intrapsychischen Konflikts gesehen.²⁷

Schlafparalyse und tonische Immobilität

Eine weitere interessante Hypothese zur Entstehung von SP basiert auf (evolutions-)biologischen Überlegungen. Die verblüffenden Parallelen zwischen ISP und der bei vielen Tieren auftretenden Muskellähmung (tonische Immobilität) in Situationen existenzieller Bedrohung durch den Fressfeind führte zu Überlegungen, dass in angstbesetzten SP-Episoden sowie in Alpträumen während des REM-Schlafs die gleichen neuro-biologischen Strukturen aktiviert sind. Zieht man eine mögliche adaptive Funktion von Träumen in Betracht (Vaitl, 2012: 134f), dann könnten Alpträume und SP eine evolutionsbiologisch bedeutsame Rolle zur Simulation solcher existenzieller Gefährdungssituationen inklusive des damit zusammenhängenden, weit vom Alltäglichen abweichenden affektiven Erlebens spielen.²⁸

26 „In anderen Träumen, welche das Nicht-zustande-Kommen der Bewegung nicht bloß als Situation, sondern als Sensation enthalten, ist derselbe Widerspruch durch die Sensation der Bewegungshemmung kräftiger ausgedrückt, als ein Wille, dem ein Gegenwille sich widersetzt. Die Sensation der Bewegungshemmung stellt also einen *Willenskonflikt* dar [...]. Wir werden später [...] hören, daß gerade die motorische Lähmung im Schlaf zu den fundamentalen Bedingungen des psychischen Vorgangs während des Träumens gehört. Der auf die motorischen Bahnen übertragene Impuls ist nun nichts anderes als der Wille, und daß wir sicher sind, im Schlaf diesen Impuls als gehemmt zu empfinden, macht den ganzen Vorgang so überaus geeignet zur Darstellung des *Wollens* und des »Nein«, das sich ihm entgegensetzt. Nach meiner Erklärung der Angst begreift es sich auch leicht, daß die Sensation der Willenshemmung der Angst so nahesteht und sich im Traume so oft mit ihr verbindet.“ (Freud, 1972: 333–334; Hervorh. im Original)

27 Bei Freud reicht es dem Unbewussten offensichtlich, die ‚regulären‘ REM-Träume zur Verdeutlichung von intrapsychischen Konflikten heranzuziehen, indem die physiologisch bedingte Muskelatonie symbolisierend in die Traum narration eingebaut wird. Die Extrapolation dieses Modells auf SP-Episoden bringt dabei keine qualitativ neuen Aspekte. Anders bei den Autoren Belz und Fach, für deren Ansatz der Charakter der SP als *außergewöhnlicher Erfahrung* konstitutiv ist.

28 Ein ähnliches sich Auseinandersetzen mit und ‚Einüben‘ in den Umgang mit starken negativen Emotionen wie Furcht und Horror findet man auch im Kontext des Horrorfilmkonsums in Gruppen von

Diesem Zusammenhang ist der Psychologe und SP-Experte James A. Cheyne (2016) in seinem Aufsatz *Animal “Hypnosis” and Waking Nightmares* (in dieser Ausgabe) erstmals systematisch nachgegangen. In einer solchen Perspektive werden die gleichen Coping-Strategien relevant wie im schlafmedizinischen Ansatz: Eine Behandlung der Symptome ist hinreichend, da kein zugrunde liegender unbewusster Konflikt angenommen wird und therapeutisch bearbeitet werden muss.

Maßnahmen und Coping-Strategien

Die Modelle oder Theorien zur Ätiologie der ISP bestimmen jeweils auch die empfohlenen Formen des Umgangs (Therapien, Coping-Strategien). Legt man ein psychodynamisches Modell zugrunde, dann stellt die SP nur ein Symptom dar, das für sich genommen keinen Behandlungsbedarf mitbringt. Entscheidend ist die Bewusstmachung und therapeutische Bearbeitung des verursachenden psychischen Konflikts, wodurch sich das Auftreten von SP erübrigt. (Neuro-) Physiologisch-medizinische Theorien hingegen setzen bei den oben aufgelisteten kontextuellen Entstehungsbedingungen an. Die von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) im Jahr 2009 herausgegebene S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ empfiehlt beim wiederkehrenden Auftreten von ISP, in der Leitlinie als „Rezidivierende isolierte Schlaf lähmung (RISL)“ bezeichnet, folgende Maßnahmen (2009: 110f):

- Schlafhygiene (ausreichend Schlaf, regelmäßige Schlafenszeiten);
- Stressbewältigungsstrategien;
- Gedimmtes Licht am Bett;
- Vermeidung von Rückenlage beim Schlafen (kann trainiert werden);
- Training von Copingstrategien (Versuch, ein Körperteil, z. B. ein Finger oder eine Hand, zu bewegen oder die Augen zu rollen);
- Vereinbarte Signalgeräusche (Grunzlaute, Stöhnen), um den Partner aufmerksam zu machen.

Ferner wird auf Fallberichte verwiesen, bei denen Hypnose sowie eine medikamentöse Therapie mit REM-Schlaf unterdrückenden Antidepressiva erfolgreich eingesetzt worden sein soll, um die SP zu beenden. Sharpless und Doghramji entwickelten ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von wiederkehrenden ISP (RISP), das ihrem Buch als Appendix beigelegt ist (2015: 237–255) und verschiedene verhaltenstherapeutische Maßnahmen vorschlägt (z. B. Führen eines Schlaftagebuches, Imaginationsübungen, Übungen zum Unterbrechen von SP-Episoden etc.). Ein wichtiger Aspekt ist dabei das Entdramatisieren und

Normalisieren der Erfahrung durch Aufklärung über die Verbreitung, die kontextuellen Bedingungen, die physiologische Harmlosigkeit und die Natur der Halluzinationen.

Nicht-materialistische und heterodoxe Deutungs- und Umgangsweisen

Die im Folgenden vorzustellenden Deutungsweisen und Coping-Strategien lassen sich nur schwer unter einen Oberbegriff einordnen. Begriffe wie *heterodox*, *deviant*, *außergewöhnlich* oder *alternativ* sind problematische Begriffe, da sie immer eine gewisse Bewertung des beschriebenen Phänomens aus der Perspektive mindestens eines Paradigmas einschließen. Sie sind als *relationale* Begriffe zu verstehen: Das, was aus einer Perspektive heterodox oder außergewöhnlich erscheinen mag, kann aus einer anderen Perspektive vollkommen orthodox oder alltäglich sein. Trotzdem kommen wir nicht umhin, diese relationalen Begrifflichkeiten hier zur systematischen Einordnung zu verwenden. In den meisten Fällen gelten die hier besprochenen Deutungsweisen und Coping-Strategien aus der Perspektive der momentan an akademischen Institutionen etablierten Wissenschaften als heterodox oder deviant, was in der Regel zu Distanzierung und Kritik führt. Die Bezeichnung *nicht-materialistischer Erklärungsansatz* erfasst ebenfalls die meisten Deutungsweisen, die hier gemeint sind: Bei diesen wird die Ursache für SP im Wirken nicht-materieller, also geistiger bzw. spiritueller, Wesenheiten und Kräfte erkannt. SP wird beispielsweise verstanden als ein „assault by a malign spirit“ (Hufford, 2005: 21). Mindestens eine der hier zu besprechenden Deutungsweisen der SP ist jedoch nicht unvereinbar mit einem materialistischen Weltbild: Außerirdische Lebensformen werden beispielsweise von manchen Betroffenen als Ursache von SP angenommen und sind dabei durchaus als Wesen mit einer physisch-materialen Körperlichkeit denkbar. Es geht hier also um *primär nicht-materialistische*, auf folkloristischen, paranormalen, esoterischen oder spirituellen Konzeptionen basierenden *Deutungen*.

SP stellt sich als ein universelles Phänomen dar. Es wurde und wird von vielen Menschen, unabhängig von Ort, Zeit oder Kultur, erlebt (S & D, 2015: 17–20, Adler, 2011: 8–58). Aus diesem Grund gibt es auch vielfältige Deutungs- und wohl auch Erlebensweisen der Erfahrung, deren detaillierte Darstellung allerdings den Rahmen dieses Übersichtsartikels sprengen würde.²⁹ Drei exemplarische Beispiele für nicht-materialistische Deutungsweisen – zwei davon aus einem außereuropäischen Kontext – sollen zur Demonstration genügen.

29 Obwohl die SP wahrscheinlich eine Erfahrung ist, deren grundlegende Phänomenologie aus einem unabhängigen Kern besteht (S & D, 2015: 19; Hufford, 2005), bleibt die Frage offen, in welchem Ausmaß sie durch individuelle oder kulturelle Faktoren modifiziert wird. Die Unterschiede werden, um nur ein Beispiel zu nennen, sehr schön in einer komparatistischen Studie von Cassaniti & Luhrmann (2016) verdeutlicht, die das Erleben bestimmter körperlicher Erfahrungen, u.a. auch der SP, sowie dessen Deutungen zwischen Mitgliedern einer amerikanischen charismatisch-evangelikalen Kirchengemeinde und thailändischen Buddhisten vergleicht.

Uqumangirniq – Pandafeche – Kanashibari

Das erste Beispiel stammt aus dem Nordosten Kanadas. In Iqaluit, einer Stadt in der Region Nunavut, wurden vor einigen Jahren Interviews u.a. mit drei älteren Inuit durchgeführt, um ihre Perspektiven zum Thema Schlaf und Traum nachzuvollziehen (Law & Kirmayer, 2005). Sie sprachen auch über die von uns so bezeichnete SP, benutzten jedoch die Inuktitut-Bezeichnungen *uqumangirniq* oder *aqtuqsinniq*. Zur Erklärung des Phänomens bezogen sich die drei befragten älteren Inuit auf das Konzept der *tarniq*. Die *tarniq* sei eine der drei Seelen, die ein Mensch besitzt, sei unzerstörbar und könne auch unabhängig vom physischen Körper existieren. Eine große Entfernung der *tarniq* zum Körper sei ein Anzeichen für Krankheit. Schlafen und Träumen sei insofern ein besonderer Zustand, da hier die Verbindung zur *tarniq* zerbrechlicher werde als im Wachzustand. Während des Erlebens von *uqumangirniq* / *aqtuqsinniq* sei nun die *tarniq* temporär vom Körper getrennt, was sogar zum Tod führen könne. Zudem wurde auch von bestimmten magischen Vorstellungen berichtet: Die *angakkuit*, eine Inuktitut-Bezeichnungen für schamanisch praktizierende Personen, seien, wenn sie eine böse Absicht haben, dazu in der Lage, *uqumangirniq/aqtuqsinniq* bei einer anderen Person auszulösen.

Allerdings ist nicht zwingend ein Blick in entlegene oder ‚exotische‘ Regionen der Welt notwendig, um Beispiele für nicht-materialistische Interpretationen von SP zu finden. Jalal *et al.* (2015) befragten vor kurzer Zeit in der italienischen Region Abruzzo 68 Personen, die mindestens einmal selbst SP erlebt hatten. Eine bemerkenswert hohe Anzahl an Personen, nämlich ein Drittel der Befragten, deutete die SP als Angriff einer spirituellen Wesenheit.³⁰ Am häufigsten wurde dabei auf *Pandafeche* Bezug genommen, worunter die meisten eine Hexe verstanden, die ein Loch in ihren Händen hat und ihre Opfer aufsucht, während diese schlafen. Die *Pandafeche*-Hexe nähert sich einer schlafenden Person und legt ihre Hand auf deren Nase. Wenn die Nase in das Loch in der Hand der Hexe hineinpasst, dann kann sie mit ihrer Attacke beginnen. Andere Verständnisse des Begriffes *Pandafeche* enthalten die Vorstellung von Totengeistern, sonstigen Geistern, anthropomorphen, katzenähnlichen und zwergenähnlichen Wesen.

Ein anderer, bemerkenswerter Diskurs um SP findet sich in Japan, wo SP häufig als *kanashibari* bezeichnet wird. Auffällig ist hierbei an erster Stelle, dass das Wissen um die Erfahrung dort sehr verbreitet ist. Fukuda *et al.* (1987) befragten 635 Studierende, von denen 98,4% angaben, die Bezeichnung *kanashibari* zu kennen. Außerdem gibt es, so Yoshimura (2015), zwei allgemein bekannte und auch beispielsweise durch Fernsehsendungen zusätzlich in den

30 33% der Befragten gaben an, dass sie vermuteten, ihre SP sei auf das Wirken spiritueller Wesenheiten zurückzuführen, während 52% der Befragten konventionelle Ursachen wie Stress oder Schlafprobleme annahmen. Die übrigen Befragten ließen sich nicht klar diesen beiden Gruppen zuordnen.

Diskurs getragene Deutungsansätze für *kanashibari*: Die konventionelle Deutung erkennt die Ursache für *kanashibari* beispielsweise in Stress oder Erschöpfung und beruft sich auf die üblichen schlafmedizinischen Theorien zur SP. Die heterodoxe Deutung, bzw. die „supernatural explanation“ (Yoshimura, 2015: 150), versteht *kanashibari* allerdings als ein Begleitphänomen der Anwesenheit von spirituellen Wesenheiten (Geister, Gespenster etc.). Es könne beispielsweise geschehen, dass eine Person, ohne es zu wissen, an einem Geist vorbeigeht und dann von diesem verfolgt wird; die Anwesenheit des Geistes könne dann zu einer SP führen. Yoshimura präzisiert: „In this construal *kanashibari* is not the deed of a supernatural being, but a human’s physical reaction—prompted by a sort of ‘sixth sense’—to the threat of an approaching spirit, akin to a person’s freezing out of fear upon spotting a venomous snake“ (2015: 155).³¹ Menschen mit einem hohen Maß an *reikan*, d. h. einer Art von Fähigkeit, die Geisterwelt wahrnehmen zu können, seien dabei häufiger betroffen. Es gebe allerdings, so Yoshimura, nicht eine spezielle Art von Wesenheit, die *kanashibari* auslöst; die japanische Mythologie stellt hier vielmehr eine Vielzahl von unterschiedlichen Wesenheiten bereit, die dafür infrage kommen. Die beiden sich scheinbar gegenseitig ausschließenden Deutungen für *kanashibari* können auch Hand in Hand gehen: Einige Individuen verstehen *kanashibari* als *ein* Phänomen mit *zwei* Auftretenskontexten. In einigen Fällen sei *kanashibari* beispielsweise lediglich auf Stress oder Erschöpfung zurückzuführen, in anderen Fällen hingen jedoch spirituelle Wesenheiten wie Geister mit dem Auftreten des Phänomens zusammen; beide Fälle seien auch voneinander zu unterscheiden.

Interessant ist, dass selbst in von Wissenschaft dominierten Kontexten die heterodoxe Deutung von *kanashibari* häufig vertreten ist. Sakata und Hayashi (1999, zitiert nach Yoshimura, 2015) befragten japanische Studierende der Psychologie zu ihren Deutungen von *kanashibari*. Yoshimura (2015: 154) fasst die Ergebnisse prägnant zusammen:

Although very few people in this survey believe that *kanashibari* is always supernaturally caused, more than half of the participants suspect that the supernatural has something to do with the phenomenon. And more than 70 percent of them are unsure as to whether science alone will ultimately be able to solve the mystery of *kanashibari*. Despite potential pressure on the students due to the fact that the survey was conducted in a psychology course with a clear agenda of science education, the science-based lectures did not lead to the wholesale “conversion” for which the researchers may have hoped. Many students remained doubtful about the power of science to explain *kanashibari* fully.

31 Hier kann man eine gewisse Parallele zur These des Zusammenhangs von SP und tonischer Immobilität bei existenzieller Bedrohung („Totstellreflex“) feststellen, die von Cheyne (2016, in dieser Ausgabe der *ZfA*) vorgestellt wird.

„The veil is thin...“

Das mit SP verbundene „Transhistorical Bestiary“ (Adler, 2011: 37) ist groß. Unterschiedlichste Gestalten aus verschiedenen Mythologien wie Teufel, *succubus* und *incubus*, Dämonen, Vampire, Werwölfe, Geister/Gespenster, Hexen und Schattenmenschen (*shadow people*) werden in einen Zusammenhang zu SP gebracht (S & D, 2015: 22–35; Adler, 2011: 37–58). Die Anzahl der kulturell und lokal geprägten Termini zur Beschreibung dessen, was aus orthodoxer westlicher Sicht als SP bezeichnet wird, ist groß. Cheyne (2016: 309; diese Ausgabe der *ZfA*) nennt 34, Adler (2011: 14–16) 44 und Sharpless & Doghramji (2015: 217–225) gar 125 Namen oder Begriffe dafür. Ikonisch prägend wurde vor allem das Gemälde *Nachtmahr* (in verschiedenen Versionen) von Heinrich Füssli, das eine kleine, auf dem Bauch- und Brustbereich einer schlafenden jungen Frau sitzende, dämonisch wirkende Gestalt darstellt. Es symbolisiert treffend die oft bei der SP erlebte Empfindung eines starken Drucks auf der Brust.

Ein Narrativ, das sich etwa seit der Mitte des 20. Jahrhunderts gehäuft in Verbindung mit SP zeigt, ist der Verweis auf angenommene außerirdische Lebensformen als Verursacher für die SP. Blackmore formuliert prägnant: „Perhaps alien abduction is our modern sleep paralysis myth“ (Blackmore, 1998: 25).³²

Die Annahme allerdings, dass die Verfügbarkeit konventioneller (also z. B. biologisch-medizinischer) Erklärungsansätze für SP den Glauben an Wesenheiten wie Geister oder Dämonen unterbindet, ist, so Hufford, ein Trugschluss:

The common assumption that scientific knowledge displaces spirit belief would predict that scientific knowledge of SP will reduce the modern subject's interpretation to a materialistic view. The reason that it does not consistently do so is that there is nothing specific within our scientific knowledge of SP that contradicts spirit interpretations. That is, there is nothing in knowing that neurophysiological mechanisms are involved in the state that makes it impossible to imagine that the state produced by the mechanisms allows some kind of human/spirit perception and interaction. (Hufford, 2005: 41)

Dies wird durch den oben beschriebenen Umgang mit der *kanashibari*-Erfahrung in Japan verdeutlicht. Hier finden wir ein vielerorts in Japan anzutreffendes Beieinander von technischer-rationaler Moderne bzw. Zukunftsorientierung und Ahnenglauben, das anscheinend problemlos sich auf den ersten Blick widersprechende Deutungen integriert.³³ Doch auch in unserer

32 Vgl. auch Cheyne (2015) mit dem Hinweis auf eine frühere Bezugnahme auf dieses Narrativ.

33 Zur Ahnenverehrung im modernen Japan siehe Suzuki (2013). Die Japanologin Elisabeth Scherer wies uns freundlicherweise darauf hin, dass sich die Situation bei einem genaueren Blick etwas komplexer darstellt. Zwar findet man beispielsweise in vielen Familien einen buddhistischen Hausaltar zur Erinnerung an die Verstorbenen, und auch der Glaube an Geister ist recht verbreitet, doch wollen

‚westlichen‘ Kultur lässt sich solches bei einem genaueren Blick feststellen. Schon Luhrmann hat in ihrer Studie zum Paganismus und zur Ritualmagie in Großbritannien festgestellt, dass Menschen ganz unterschiedliche Glaubenssysteme parallel nutzen, dass also die Annahme eines kohärenten Systems von Glaubensvorstellungen bei Menschen zu Fehlschlüssen führt (1989: 321; siehe auch Mayer, 2008, *passim*). „The veil is thin: When spirits show up in sleep paralysis visions“ betitelt der Anthropologe, Traumforscher und SP-Betroffene Ryan Hurd einen Text, den er jüngst auf seiner Webseite zugänglich machte (Hurd, 2016). Der „dünne Schleier“ bezieht sich zwar zunächst auf die Zeit um Halloween, in der die Grenzen zur ‚Anderwelt‘ nach folkloristischen Vorstellungen durchlässiger werden, doch hier auch auf den Zustand des Schlafes. Dementsprechend findet man verschiedentlich Argumentationen, dass sich Ahnen, Geister, Aliens etc. des SP-Zustands bedienen, um in Kontakt mit den betroffenen Menschen zu treten. Zwar behauptet dies Hurd nicht explizit, der die symbolische Bedeutung der ‚Begegnungen‘ betont (siehe auch Hurd, 2011), aber solche Deutungen existieren durchaus in der Esoterikszene oder in bestimmten kulturellen Kontexten (siehe z. B. Yoshimura, 2015).

Damit bleiben derartige, aus Perspektive der momentan etablierten Wissenschaften heterodoxen oder devianten Glaubensvorstellungen ein aktuelles Phänomen, das weder ausschließlich der Vergangenheit noch ausschließlich ‚fremden, exotischen, primitiven‘ Kulturen angehört: Es ist Teil der alltäglichen Lebenswelt vieler Individuen, auch in heutigen, durch die Wissenschaften dominierten sozialen Kontexten, und damit auch ein relevantes Phänomen für moderne Sozialwissenschaften³⁴ wie auch für die Geschichtswissenschaften und die Philologie, die es sich zur Aufgabe machen können, die genaue Rolle der SP bei verschiedenen historischen Phänomenen (wie z. B. Hexenprozessen) zu entschlüsseln.

Maßnahmen und Coping-Strategien

Entsprechend den unzähligen Varianten solcher ‚alternativer‘ Deutungen haben sich eine Vielzahl von Gegenmaßnahmen entwickelt, die teilweise auf Erfahrungswissen beruhen und auch heute noch zu den empfohlenen Maßnahmen zählen (etwa, dass kleine Körperbewegungen die SP-Episode in der Regel beenden, oder dass der Schlaf in Rückenlage vermieden werden soll), aber größtenteils die jeweilige weltanschauliche Einbettung widerspiegeln (Adler, 2011: 22f; S

viele mit ‚Religion‘ nichts zu tun haben. Auch in Japan wurde der ‚Aberglaube‘ zur Zeit der Modernisierung von offizieller Seite stark bekämpft (E-Mail an einen der Koautoren [GM] vom 3.11.2016). Bei Yoshimura (2015) kann man einen Eindruck von der Vielschichtigkeit des Umgangs mit wissenschaftlich-materialistischen und nicht-materialistischen, vom traditionellen Volksglauben geprägten Deutungen der *kanashibari*-Erfahrung gewinnen.

34 Soziologie, Ethnologie, Kulturwissenschaft, Medienwissenschaft, Religionswissenschaft etc.

& D, 2015: 183–192). Man kann zwei Formen von Maßnahmen unterscheiden: die präventiven und die unterbrechenden Maßnahmen. Sharpless und Doghramji (ebd.) zählen u. a. zur Kategorie der präventiven Methoden („folk methods“):

- Platzieren von (Schutz-)Objekten in der Nähe des eigenen Körpers, des Bettes oder an sonstigen Orten innerhalb des Schlafzimmers;
- Rituale und Gebete;
- Einsatz stark riechender Substanzen;
- Platzieren von zählbaren Gegenständen (z. B. Steinchen oder getrocknete Bohnen, aber auch ein Besen mit vielen Borsten), da dem ‚Nachtmahrl‘ eine zwanghafte Neigung zum Zählen solcher Objekte zugesprochen wurde/wird.³⁵

Eine vom Autor [MF] im Rahmen seiner Abschlussarbeit (Fuhrmann, 2016) interviewte 47-jährige Frau, die ihre erste SP bereits mit 21 erlebte, platziert beispielsweise „Schutzkräuter“ neben ihrem Bett, einen Wermutzweig über ihrem Bett, ein Pentagramm an ihrem Fenster, einen Stein mit einem Pentagramm neben ihrem Bett sowie eine Kette mit einem schwarzen Turmalin³⁶ um ihren Hals. In der bereits erwähnten italienischen Region Abruzzo lehnen einige betroffene Personen einen Besen gegen ihre Schlafzimmertür und hoffen so, *Pandafече* fernzuhalten (Jalal *et al.*, 2015: 659).

Verschiedene Maßnahmen zum Beenden einer SP-Episode sind ebenfalls im Rahmen der „folk methods“ zu finden, die sich vom Prinzip her größtenteils aber nicht so sehr von denjenigen unterscheiden, die von der modernen Schlafmedizin empfohlen werden. Zumeist wird die Tatsache genutzt, dass eine kleine Bewegung oder Berührung die Episode beenden kann, etwa wenn empfohlen wird, ein Kissen auf den Boden zu werfen oder die Zehen zu bewegen, oder auch den kleinen Zeh der angreifenden Wesenheit zu berühren. Sharpless und Doghramji stellen fest, dass alle in der historischen Literatur gefundenen Maßnahmen Bewegung oder religiöse Handlungen einschließen, oder auch beides kombiniert, etwa wenn die betroffene Person versuchen soll, mit der Zunge ein Kreuzzeichen zu machen (siehe S & D, 2015: 189–191).³⁷

35 Bevor nach solchen Vorstellungen die spirituelle Wesenheit mit dem Angriff beginnen kann, also die SP auslösen kann, muss diese zwanghaft alle Objekte (z. B. Bohnen, Steinchen etc.) zählen, sodass es vor dem Morgenanbruch nicht zu einer SP kommen kann. Sharpless und Doghramji ergänzen: „The cross-cultural synchronicity of the compulsive behaviors is quite puzzling. It does not appear to have been discussed in contemporary source materials, and there also seems to be a lack of any clear explanations from our contemporary vantage point“ (S & D, 2015: 188).

36 Der schwarze Turmalin ist Schmuckstein, der, nach Aussage der Befragten, vor „Verwünschungen und schwarzer Magie schützen“ soll.

37 Die potenzielle Wirksamkeit der Aufforderung, Gebete auf ungewöhnliche und unerwartete Weise zu rezitieren (S & D, 2015: 190), könnte darauf zurückzuführen sein, dass die etwas anspruchsvollere

Abschließende Gedanken

Gerade die im letzten Abschnitt vorgestellten folkloristisch geprägten Deutungen und Umgangsweisen mit SP sind sehr aufschlussreich, denn in ihren Unterschieden werden – bei einem anzunehmenden gemeinsamen (neuro-)physiologischen Erfahrungskern – wichtige Erlebensdimensionen deutlich. Für die ‚moderne Leserin‘ und den ‚modernen Leser‘ sind zwei Aspekte zentral: die Irritation und die Angst, die durch die SP ausgelöst werden. Beide Aspekte hängen zusammen, können sich jeweils allerdings mehr auf das körperlich-physiologische Erleben oder aber auf die Kognitionen beziehen. Die halluzinativen Wahrnehmungen etwa können zu Irritationen bezüglich der Gültigkeit des eigenen Weltbildes, aber auch zur Angst, ‚verrückt‘ zu werden, führen, wenn kein kulturell bereitgestellter Deutungsrahmen zur Verfügung steht. Doch auch das bewusste Erleben der körperlichen Lähmung, ggf. mit starkem Druckempfinden auf der Brust und mit Atemproblemen, kann starke Angst erzeugen. Vor allem angsterfüllte, wiederkehrende SP (RFISP) können emotional so stark belastend sein, dass Verhaltensveränderungen, etwa im Zusammenhang mit dem Schlafverhalten (z. B. Angst vor dem Einschlafen) die Folge sind (S & D, 2015: 86–87).

Adler (2011: 94–116) bringt ein dramatisches Beispiel für die mächtige Wirkung, die eine kulturelle Tradition und Einbettung auf das Coping mit SP haben kann. Sie untersuchte in einer Feldstudie die Umstände einer Reihe ungeklärter Todesfälle unter südostasiatischen Hmong-Flüchtlingen (aus Laos stammend) in den USA, die Ende der 1970er bis etwa Mitte der 1980er Jahre zu verzeichnen waren. Sie wurden unter der Bezeichnung *Sudden Unexpected Nocturnal Death Syndrome* (SUNDS) einigermaßen bekannt und fanden auch den Weg in die öffentliche Presse.³⁸ Eine Untersuchung zu den prädisponierenden Faktoren ergab eine Reihe von Symptomen, die deutlich mit denjenigen der SP übereinstimmten (Holtan *et al.*, 1984, zitiert nach Adler, 2011: 95). In seinen Interviews fand Adler heraus, dass es in der animistisch-schamanisch geprägten Hmong-Kultur einen klar bestimmten Umgang mit dem recht häufig auftretenden Phänomen der SP gibt. Der lokale Schamane wird benötigt, um die belästigenden ‚Geister‘ oder ‚Wesenheiten‘ z. B. mittels geeigneter Rituale zu entfernen. Die SP wurde bei der ‚Verpflanzung‘ in die neue Kultur ‚mitimportiert‘.³⁹ Die in die USA immigrierten Hmong traten häufig zum

geistige Beschäftigung die mentale Fixierung auf die Bedrohungssituation abmildert.

38 Der Filmregisseur Wes Craven ließ sich angeblich von diesen Berichten zu seiner Konzeption des Filmes *A Nightmare On Elm Street* anregen (Blitz & Krasniewicz, 2007: 16; zitiert nach Adler, 2011: 148), in dem Schlaf und Träumen mit der Gefahr verknüpft ist, darin zu Tode zu kommen. Die Reaktionen der betroffenen Jugendlichen im Film entsprechen denen, die von den Hmong berichtet wurden: Den Schlaf möglichst zu vermeiden bzw. sich künstlich aus dem Schlaf wecken zu lassen.

39 Wie eine Untersuchung ergab, zeigen Hmong-Immigrantinnen und -Immigranten in den USA eine erhöhte Prävalenz für Schlafstörungen insgesamt, darunter auch SP (Young *et al.*, 2013).

Christentum über, was allerdings den traditionellen Umgang mit SP ausschloss. So gerieten die von SP betroffenen Personen in ein Dilemma, da ihnen die traditionellen Coping-Strategien genommen wurden. Adler vertritt nun, basierend auf ihren Interviewdaten, die Hypothese, dass sich die dem SUNDs zum Opfer gefallenen Hmong im Schlaf bzw. genauer: während der SP ‚zu Tode erschreckt‘ haben, also aufgrund eines Nocebo-Effekts⁴⁰ einen psychogenen Tod erlitten. Auch wenn diese Hypothese keineswegs als bewiesen angesehen werden kann, verdeutlicht der Fall der Hmong die Wichtigkeit, die kontextuelle Bedingungen für das Erleben der SP haben können.

Das Beispiel der japanischen *Kanashibari*-Erfahrung zeigt hingegen, dass eine entsprechende kulturelle Rahmung und ein vergleichsweise hoher Bekanntheitsgrad des Phänomens das Angstniveau anscheinend deutlich zu verringern vermag oder sogar dazu führen kann, SP als eine interessante, aber nicht unbedingt unangenehme Erfahrung zu erleben (Schegoleva, 2002).⁴¹

Mit dem vorliegenden Überblick über das Phänomen der SP sollte dreierlei erreicht werden: (1) Betroffene Personen können die Phänomenologie der SP kennenlernen, was alleine durch den Hinweis, dass es sich um ein vergleichsweise verbreitetes und physiologisch ungefährliches Phänomen handelt, deutlich entlastend und angstreduzierend sein kann. (2) Expertinnen und Experten (z. B. in Medizin und Therapie tätig), die SP-Episoden hauptsächlich als Symptom im Kontext von Komorbiditäten, wenn überhaupt, kennen, können für das häufig angstbesetzte Erleben außerhalb der üblichen Pathologien sensibilisiert werden und dadurch ihre Rolle als Ansprechpartner für eine besorgte Klientel wahrnehmen. (3) Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher akademischer Disziplinen sollten auf das Phänomen aufmerksam gemacht werden, das zwar in vielen Aspekten inzwischen leidlich gut erforscht ist, aber dennoch offene Forschungsfragen aufwirft. So fehlen nach wie vor zuverlässige Zahlen zur Prävalenz in der Normalbevölkerung wie auch plausible Erklärungen für die starken Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen und kulturellen/nationalen Zugehörigkeiten. Adler (2011: 135–136) listet weitere erklärungsbedürftige Aspekte und ungelöste Fragen auf,

40 Der Nocebo-Effekt steht analog zum Placebo-Effekt, allerdings in die entgegengesetzte Wirkrichtung. Der Glaube allein an die schädigende Wirkung führt zu negativen Effekten.

41 Schegoleva (2002) stellte mit einer Fragebogenuntersuchung sowie Interviews von japanischen Schulkindern im Alter von 10-12 Jahren fest, dass alle, mit Ausnahme eines Mädchens (das Gesamt-N ist leider nicht angegeben), den Begriff *kanashibari* kannten, zumeist von Computer-Spielen, TV-Sendungen und Büchern. Sie schreibt: „Thus, the mass media actively participate in the formation of popular attitudes toward *kanashibari* and even influence the manner in which *kanashibari* happens to sufferers.“ (S. 32). Es sei unter *youngsters* beinahe zu einer Art Mode geworden, *kanashibari* zu erfahren, und es werden auch Methoden untereinander ausgetauscht, wie man am besten diesen Zustand induzieren könne (ebd.).

darunter etwa die nach der Beziehung von erlebten Traumata, Trauma-Erinnerungen und Inhalten von SP, aber auch nach der Auswirkung von SP auf das Weltbild (*beliefs*) der betroffenen Personen, das Verhältnis von konventionellen vs. paranormalen / esoterischen / spirituellen Deutungen in säkularisierten Gesellschaften.

Der Aufsatz von Cheyne (2016) in dieser Ausgabe der *ZfA* bietet hier einen kleinen Baustein. Das Letztgenannte, also die Ätiologie paranormaler Glaubensvorstellungen, ist auch ein ‚klassisches‘ Thema der *Anomalistic Psychology*, also eines Teilbereichs der akademischen Psychologie, der sich speziell mit außergewöhnlichen Erfahrungen von Menschen beschäftigt unter der Vorannahme, dass alle vermeintlich paranormalen Aspekte konventionell erklärt werden können. Einen weiteren interessanten Aspekt bietet die Frage nach Art und Organisation von Selbsthilfe z. B. über soziale Netzwerke, um beispielsweise der schon eingangs angesprochenen Angst vor sozialer Stigmatisierung zu entgegnen und den Kontakt zum professionellen Gesundheitssystem zu vermeiden bzw. zu ersetzen.

SP stellen sozusagen eine Irritation an der Schnittstelle zwischen dem Wachbewusstsein und dem Schlaf, eine Art Anomalie des Schlafes dar und sind damit ein äußerst merkwürdiges Grenzphänomen an der Scheidelinie zwischen den beiden ansonsten kaum vereinbaren Welten des Tages und der Nacht. Dass die SP nicht nur als bizarres Symptom einer Pathologie auftritt, sondern in seiner isolierten Form auch von gesunden Personen erlebt wird, betont seine Besonderheit und Relevanz für diejenigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich der Erforschung des menschlichen Bewusstseins widmen.

Literatur

- Adler, S. R. (2011). *Sleep Paralysis. Night-Mares, Nocebos, and the Mind-Body Connection*. (Studies in Medical Anthropology). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press (Studies in medical anthropology).
- Alvarado, C. S. (2000). Out-of-body experiences. In Cardeña, E., Lynn, S. J., & S. Krippner, S. (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* (S. 183–218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Appelle, S., Lynn, S. J., Newman, L., & Malaktaris, A. (2014). Alien abduction experiences. In Cardeña, E., Lynn, S. J., & Krippner, S. (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* (S. 213–240) (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Belz, M. (2009). *Außergewöhnlichen Erfahrungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Belz, M. & Fach, W. (2015). Exceptional experiences (ExE) in clinical psychology. In Cardeña, E., Palmer, J., & Marcusson-Clavertz, D. (Eds.), *Parapsychology: A Handbook for the 21st Century* (S. 364–379). Jefferson, NC: McFarland.
- Blackmore, S. (1998). Abduction by aliens or sleep paralysis? *Skeptical Inquirer*, 22, 23.

- Blackmore, S. (1999). *OBEs and Sleep Paralysis*. Paper presented at the 23rd International Conference of the Society for Psychical Research, September 1999. Online verfügbar unter <http://www.susanblackmore.co.uk/Conferences/SPR99.html>.
- Cardeña, E., Alvarado, C.S. (2014). Anomalous self and identity experiences. In E. Cardeña, Lynn, S.J., & Krippner, S. (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* (2nd ed.) (S. 175–212). Washington: American Psychological Association.
- Cassaniti, J.L., & Luhrmann, T.M. (2016). Die kulturelle Erweckung spiritueller Erfahrung. *Zeitschrift für Anomalistik*, 16, 85–114.
- Cheyne, J.A. (2002). Situational factors affecting sleep paralysis and associated hallucinations: Position and timing effects. *Journal of Sleep Research*, 11, 169–177.
- Cheyne, J.A. (2015). Maupassants Der Horla und die kulturhistorische Transformation des Alien. *Zeitschrift für Anomalistik*, 15, 235–259.
- Cheyne, J.A. (2016). Animal “hypnosis” and waking nightmares. Biological and experiential origins of malevolent spirits. *Zeitschrift für Anomalistik*, 16, 307–343.
- Dahmen, N., Kasten, M., Müller, M.J., & Mittag, K. (2002). Letter to the Editor: Frequency and dependence on body posture of hallucinations and sleep paralysis in a community sample. *Journal of Sleep Research*, 11, 179–180.
- Davis, O. (2003). The nightmare experience, sleep paralysis, and witchcraft accusations. *Folklore*, 114, 181–203.
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009). Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen. Leitlinie „S3“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). *Somnologie*, 13, 4–160.
- Fach, W., & Belz, M. (2015). Klinische Zugänge zur Anomalistik. Mayer, G., Schetsche, M., Schmied-Knitel, I., & Vaitl, D. (Eds.), *An den Grenzen der Erkenntnis. Handbuch der wissenschaftlichen Anomalistik* (S. 466–479). Stuttgart: Schattauer.
- Freud, S. (1972). *Die Traumdeutung. Studienausgabe Band II*. Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Fuhrmann, M. (2016). *The Stranger in the Bedroom. Bewusst erlebte Schlafparalyse und individuelle Glaubensvorstellungen*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Marburg: Philipps-Universität, Vergleichende Kultur- und Religionswissenschaft.
- Fukuda, K., Miyasita, A., Inugami, M., & Ishihara, K. (1987). High prevalence of isolated sleep paralysis: Kanashibari phenomenon in Japan. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 10, 279–286.
- Girard, T.A., & Cheyne, J.A. (2006). Timing of spontaneous sleep-paralysis episodes. *Journal of Sleep Research*, 15, 222–229.
- Hofmann, L., & Wiedemer, A. (1997). Ein Dokumentationssystem für aussergewöhnliche Erfahrungen (DAE). *Zeitschrift für Parapsychologie und Grenzgebiete der Psychologie*, 39, 147–182.
- Holtan, N., Carlson, D., Egbert, J., Mielke, R., & Thao, T.C. (1984). *Final Report of the SUNDS Planning Project: A Summary of the Current State of Knowledge About Sudden Unexpected Nocturnal Death*

- Syndrome Occurring in Southeast Asians with Recommendations for Research and Community Action*. Ed. St Paul-Ramsey Medical Center. St. Paul, MN.
- Holzinger, B. (2007). Geheimnisse des Schlafs – Der luzide Traum: Grundlagenforschung und Anwendungen. In Matthiesen, S., & Rosenzweig, R. (Eds.), *Von Sinnen. Traum und Trance, Rausch und Rage aus Sicht der Hirnforschung* (S. 145–162). Paderborn: Mentis.
- Hufford, D.J. (2005). Sleep paralysis as spiritual experience. *Transcultural Psychiatry*, 42(1), S. 11–45.
- Hufford, D.J. (1982). *The Terror that Comes in the Night: An Experience-Centered Study of Supernatural Assault Traditions*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Hurd, R. (2011). *Sleep Paralysis. A Guide to Hypnagogic Visions & Visitors of the Night*. Los Altos, CA: Hyena Press.
- Hurd, R. (2016). *The veil is thin: When spirits show up in sleep paralysis visions*. Online verfügbar unter <http://dreamstudies.org/2016/10/19/the-veil-is-thin-when-spirits-show-up-in-sleep-paralysis-visions/> [zuletzt geprüft: 02.11.2016].
- Jalal, B., Romanelli, A., & Hinton, D.E. (2015). Cultural explanations of sleep paralysis in Italy: The *Pandafeche* attack and associated supernatural beliefs. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39, 651–664.
- LaBerge, S. (1987). *Hellwach im Traum. Höchste Bewusstheit in tiefem Schlaf*. Paderborn: Junfermann.
- LaBerge, S., & Gackenbach, J. (2000). Lucid dreaming. In Cardeña, E., Lynn, S.J., & Krippner, S. (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* (S. 151–182). Washington, DC: American Psychological Association.
- LaBerge, S. (2014). Lucid dreaming: Paradoxes of dreaming consciousness. Cardeña, E., Lynn, S.J., & Krippner, S. (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- LaBerge, S., & Gackenbach, J. (2000). Lucid dreaming. In Cardeña, E., Lynn, S.J., & Krippner, S. (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence* (S. 151–182). Washington, DC: American Psychological Association.
- Law, S., & Kirmayer, L.J. (2005). Inuit interpretations of sleep paralysis. *Transcultural Psychiatry*, 42(1), 93–112.
- Luhrmann, T.M. (1989): *Persuasions of the Witch's Craft. Ritual Magic in Contemporary England*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mahowald, M.W., & Schenck, C.H. (2005). Insights from studying human sleep disorders. *Nature*, 437(7063), 1279–1285.
- Matthiesen, S. (2007). Einleitung – Die Normalität veränderten Bewusstseins. In Matthiesen, S., & Rosenzweig, R. (Eds.), *Von Sinnen. Traum und Trance, Rausch und Rage aus Sicht der Hirnforschung* (S. 9–26). Paderborn: Mentis.
- Maurer, J. T., Weeß, H.-G., & Schredl, M. (2013). Physiologische Grundlagen des normalen und gestörten Schlafes. In Stuck, Boris A., Maurer, Joachim T., & Schredl, M., & Weeß, H.-G. (Eds.), *Praxis der Schlafmedizin* (S. 1–20). Berlin & Heidelberg: Springer.

- Mayer, G[eert]. (2007a). REM-Schlaf-Verhaltensstörung. In Peter, H., Penzel, T., & Peter, J.H. (Eds.), *Enzyklopädie der Schlafmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 1006–1009.
- Mayer, G[eert]. (2007b). Schlaf lähmung. In: H. Peter, T. Penzel & J.H. Peter (Eds.). *Enzyklopädie der Schlafmedizin* (S. 1093–1095). Berlin & Heidelberg: Springer.
- Mayer, G[eert], Fietze, I., Fischer, J., Penzel, T., Riemann, D., Rodenbeck, A. et al. (2010). *S3-Leitlinie nicht erholsamer Schlaf, Schlafstörungen. Kurzfassung*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- Mayer, G[erhard]. (2008). *Arkane Welten. Biografien, Erfahrungen und Praktiken zeitgenössischer Magier*. Würzburg: Ergon.
- Mayer, G[erhard]. (2015). Rezension zu Brian A. Sharpless & Karl Doghramji (2015). *Zeitschrift für Anomalistik*, 15, 416–419.
- McNally, R. J., & Clancy, S. A. (2005). Sleep paralysis, sexual abuse, and space alien abduction. *Transcultural Psychiatry*, 42, 113–122.
- Metzinger, T. (2005). Out-of-body experiences as the origin of the concept of a “Soul”. *Mind & Matter*, 3(1), 57–84.
- Nahm, M. (2015). Außerkörperliche Erfahrungen. Mayer, G., Schetsche, M., Schmied-Knittel, I., & Vaitl, D. (Eds.), *An den Grenzen der Erkenntnis. Handbuch der wissenschaftlichen Anomalistik* (S. 151–163). Stuttgart: Schattauer.
- Peter, H., Penzel, T., & Peter, J.H. (Eds.) (2007). *Enzyklopädie der Schlafmedizin*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- Pette, C., & Charlton, M. (1997). Videosessions – ritualisierter Rahmen zur Konstruktion von Gefühlen. In Charlton, M., & Schneider, S. (Eds.), *Rezeptionsforschung* (S. 219–240). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Raschke, S. (1996). *Horror Videos. Die Faszination Jugendlicher am Grauen*. Alfeld: Coppi.
- Santomauro, J., & French, C. (2009). Terror in the night. *Psychologist*, 22, 672–675.
- Schegoleva, A. (2002). *Sleepless in Japan. The kanashibari Phenomenon*. Paper presented at the proceedings of a postgraduate research seminar in Japanese studies at Oxford Brookes University Research Center, Oxford, UK.
- Schetsche, M., & Schmied-Knittel, I. (2003). Wie gewöhnlich ist das „Außergewöhnliche“? Eine wissenssoziologische Schlußbetrachtung. In Bauer, E., & Schetsche, M. (Eds.), *Alltägliche Wunder. Erfahrungen der Deutschen mit dem Übersinnlichen. Wissenschaftliche Befunde* (S. 171–188). Würzburg: Ergon.
- Schredl, M. (2013a). Hypersomnische Störungen. In Stuck, B. A., Maurer, J. T., Schredl, M., & Weeß, H.-G. (Eds.), *Praxis der Schlafmedizin* (S. 181–198). Berlin & Heidelberg: Springer.
- Schredl, M. (2013b). Parasomnien. In Stuck, B. A., Maurer, J. T., Schredl, M., & Weeß, H.-G. (Eds.), *Praxis der Schlafmedizin* (S. 207–228). Berlin & Heidelberg: Springer.
- Sharpless, B. A., & Barber, J.P. (2011). Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 15, 311–315.

- Sharpless, B. A., & Doghramji, K. (2015). *Sleep paralysis. Historical, Psychological, and Medical Perspectives*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Spanos, N. P. (1996). *Multiple Identities & False Memories. A Sociocognitive Perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Spanos, N. P., Burgess, C. A., & Burgess, M. F. (1994). Past-life identities, UFO abductions, and satanic ritual abuse: The social construction of memories. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 17, 433–446.
- Suzuki, I. (2013). Beyond ancestor worship: Continued relationship with significant others. In Suzuki, H. (Ed.), *Death and Dying in Contemporary Japan* (S. 141–156). London & New York: Routledge.
- Vaitl, D. (2012). *Veränderte Bewusstseinszustände. Grundlagen – Techniken – Phänomenologie*. Stuttgart: Schattauer.
- Weeß, H.-G. (2013). Diagnostische Methoden. In Stuck, B. A., Maurer, J. T., Schredl, M., & Weeß, H.-G. (Eds.), *Praxis der Schlafmedizin* (S. 21–82). Berlin & Heidelberg: Springer.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. In *Neurotherapeutics: The journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 9, 490–499.
- Wittmann, M. (2015a). Modulations of the experience of self and time. *Consciousness and Cognition*, 38, 172–181.
- Wittmann, M. (2015b). *Wenn die Zeit stehen bleibt. Kleine Psychologie der Grenzerfahrungen*. München: Verlag C.H. Beck.
- Yeung, A., Xu, Y., & Chang, D. F. (2005). Prevalence and illness beliefs of sleep paralysis among Chinese psychiatric patients in China and the United States. *Transcultural Psychiatry*, 42, 135–145.
- Yoshimura, A. (2015). To believe and not to believe: A native ethnography of *kanashibari* in Japan. *Journal of American Folklore*, 128, 146–178.
- Young, E., Xiong, S., Finn, L., & Young, T. (2013). Unique sleep disorders profile of a population-based sample of 747 Hmong immigrants in Wisconsin. *Social Science & Medicine*, 79, 57–65.