Idiopathische Alpträume und emotionale Verarbeitungsstile

Idiopathic Nightmares and Emotional Processing

Philipp Österreicher

Kurzzusammenfassung

Alpträume sind ein weit verbreitetes Phänomen, von dem so gut wie jeder im Laufe seines Lebens betroffen ist. Dabei existieren unterschiedliche Arten von Alpträumen, wobei der idiopathische Albtraum einer davon ist, welcher im ICD-10 definiert ist als ein „Traumerleben voller Angst und Furcht mit einer sehr detaillierten Erinnerung an den Trauminhalt“ (Dilling & Freyberger, 2016, S. 139). Die Emotionsverarbeitung ist in diesem Zusammenhang nur unzureichend beforscht, weshalb diese Studie ihren Fokus auf diese Forschungslücke legt. Den Schwerpunkt stellt dabei die Exploration der damit einhergehenden, manifesten Traum inhalte dar, wofür ein eigenständiger Protokollbogen entwickelt wurde. Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere Inhalte mit Themen der Einschränkungen, körperlicher Gewalt und Verlusterlebnissen einhergehen und dies umso mehr, je stärker Probleme in der Emotionsverarbeitung auftreten.

Schlüsselwörter

idiopathische Alpträume, Albtrauminhalte, Emotionsverarbeitung

Abstract

Nightmares are a widespread phenomenon that affects almost everyone once in their lifetime. But there are different types of nightmares, with idiopathic nightmares being one of them, which is according to ICD-10 a “dream experiences loaded with anxiety or fear, of which the individual has very detailed recall” (Dilling & Freyberger, 2016, p. 139). The processing of emotions in this context has not been researched adequately, which is why this study focuses on this research gap. The emphasis is on exploring the associated manifest dream content, for which an independent protocol sheet was developed. As a result, it was shown that content with issues of restrictions, physical violence and loss experiences do occur in particular, and the more so, the more problems arise with emotional processing.

keywords

idiopathic nightmares, nightmare content, emotional processing

1. Einführung

Träume haben den Menschen seit jeher fasziniert. Sie begleiten uns ein Leben lang und so erleben wir im Durchschnittlich mehr als 100.000 Träume (Pinel & Pauli, 2007; Wall, 2015). Die Inhalte können stark variieren, von angenehmen, schönen Träumen bis hin zu Alpträumen (Moore & Krakow, 2010). Prävalenzzahlen variieren je nach Population, wenngleich die Häufigkeit von Alpträumen relativ stabil ist (Schredl, Ciric, Götz & Wittmann, 2004). Für das wiederholte Auftreten von Alpträumen fanden Spoomaker, Schredl und Bout (2006) in der Grundbevölkerung eine Prävalenzrate zwischen einem und acht Prozent. Bezogen auf die österreichische Bevölkerung fand Holzinger (2013) eine Prävalenz von vier Prozent. Anders verhält es sich in klinischen Stichproben. Bei diesen berichten Li et al. (2015) von weitaus höheren Prävalenzraten (Sandman et al., 2015; Schredl, 2009).

Im ICD-10 werden Alpträume unter den Parasomnien geführt. Differenziert werden können hierbei posttraumatische Alpträume von idiopathischen Alpträumen, welche sich hinsichtlich dem Schlafstadium ihres Auftretens, in Bezug auf die vegetative Angstreaktion sowie im Trauminhalt unterscheiden (Pietrowsky, 2011). Rezente Literatur befasst sich insbesondere mit Komponenten, welche die Wahrscheinlichkeit eines Alptrausms erhöhen. Neben Geschlecht, Alter und Berufstätigkeit (Thünker & Pietrowsky, 2011) konnten Picchioni et al. (2002) alle Arten von Stressoren und Coping-Mechanismen mit Alpträumen in Verbindung bringen. Ebenso haben Persönlichkeitsfaktoren (Pietrowsky & Köthe, 2003; Gilchrist, Davidson & Shakespeare-Finch, 2007), Medikamente und Drogen (Mörrike & Gleiter, 2005) einen signifikanten Einfluss auf das nächtliche Traumerleben.

Die Rolle der Emotionsverarbeitung wurde bislang wenig beachtet, obwohl Jung bereits 1929 auf die Wichtigkeit dieser Komponente hinwies (Jung, 1929; zitiert nach Kast, 2015). Lediglich Hoag, Tennen, Stevens und Wu (2016) haben sich mit den Auswirkungen von Emotionen auf den Schlaf auseinandergesetzt. Demnach führen dysregulierte Emotionen sowie maladaptive Emotionsverarbeitungsstrategien zu einer verschlechterten Schlafqualität als auch zu Schlafstörungen (Cerolini, Balleisio & Lombardo, 2015).

Vandekerckhove und Wang (2018) beschäftigten sich ebenfalls mit dem Zusammenhang von Emotionen, Emotionsverarbeitung bzw. -regulation und Schlaf. Dabei kamen sie zu dem Schluss, dass der Schlaf durch eine adaptive Emotionsregulation profitiert beziehungsweise eine entsprechende maladaptive Emotionsverarbeitung negative Auswirkungen auf den Schlaf hat. Diese Auswirkungen schlagen sich unter anderem in den Träumen nieder (Levin & Nielsen, 2009). Eine weiterführende Studie ist nach Levin und Nielsen (2009) wünschenswert, um die Rolle der Emotionen auf das Traumgeschehen genauer zu untersuchen und Verbindungen zu den konkreten und damit manifesten Inhalten zu ziehen. Diese Studie hat sich zum Ziel gesetzt, diese Lücke der Alpträumforschung zu bedienen. Aufgrund der dürftigen Datenlage wird einem explorativen Forschungsdesign der Vorzug gegeben. Entsprechend fallen die Ergebnisse vorwiegend deskriptiv aus und liefern erste Anhaltspunkte. Aufgezeigt werden somit Zusammenhänge zwischen manifesten Alpträuminhalten und der Emotionsverarbeitung.

2. Methode

2.1 Stichprobe

In die Studie aufgenommen wurden Personen mit regelmäßigen Alpträumen, im Sinne einer klinisch relevanten Alpträumstörung, da bei diesen mit einer deutlich erhöhten Alpträufrequenz zu rechnen ist und somit die Wahrscheinlichkeit für einen Alptraum steigt.

Von den unterschiedlichen Arten von Alpträumen wurde auf idiopathische Alpträume fokussiert. Entsprechend den Empfehlungen von Schredl und Göritz (2018) wurden die diagnostischen Kriterien der Alpträumstörung nach dem ICD-10 abgeklärt. Aufgenommen wurden in die Studie lediglich freiwillig Proband*innen, im Sinne eines „informed consent“ (Kiegelmann, 2020). Um Alterseinflüsse gering zu halten, wurde das Alter auf ≥ 21 Jahre bis maximal 40 Jahre festgelegt, da bei dieser Altersspanne davon ausgegangen wird, erst mit 21 Jahren den „Erwachsenenschlaf“ erreicht zu haben und Schlafarchitektur, als auch Schlaf- sowie Traumverhalten damit gefestigt sind (Holzinger, 2013). Darüber hinaus wurden Substanzeffekte und Schwangerschaft ausgeschlossen, da es unter diesen Einflussfaktoren nach Holzinger (2013) zu einer veränderten Traumart kommt. Das Vorliegen schwererer, somatischer Erkrankungen wurde ebenfalls als Ausschlusskriterium definiert.

2.2 Instrumente

Für diese Studie wurde zur Erfassung der einzelnen Komponenten der Emotionsverarbeitung die Emotional Processing Scale - Deutsche Adaption (EPS-D) von Gurr, Stuflesser, Kleinstäuber und Baker (2018) herangezogen. Das Instrument besteht aus den fünf Skalen *Verdrängung*, *Emotionsverarbeitung*, *Emotionskontrolle*, *Vermeidung* und *Emotionserleben*.

Für die Erfassung der Inhalte von Alpträumen wurde ein eigener Fragebogen auf Basis einer Literaturrecherche entwickelt, wobei Inhalte exploriert und zu inhaltlichen Überbegriffen zusammengeführt wurden, was Proband*innen eine Erleichterung der Klassifizierung der Inhalte ihrer Träume ermöglichen soll. Zudem wurde eine Liste an Emotionen angefügt, mittels derer den Alptraum begleitende Emotionen entsprechend deren Intensität skaliert werden können (Picchioni et al., 2002).

2.3 Untersuchungsdesign

Vor Durchführung der Hauptuntersuchung wurde eine Vorstudie eingeschoben, zur Überprüfung des konzipierten Alptraum-Fragebogens. In dieser zeigte sich die Akzeptanz des entwickelten Messinstruments seitens der Proband*innen und unterstrich dessen Exhaustivität, Ökonomie und Verstehbarkeit.

Die Datenerhebung der Hauptstudie erfolgte in mehreren Schritten. Allen Proband*innen wurde die *Emotional Processing Scale* (EPS-D) zur Erhebung der Emotionsverarbeitungsstile vorgelegt. Abschließend erfolgte eine detaillierte Instruktion hinsichtlich der Bearbeitung des konzipierten Alptraum-Protokollbogens, welchen alle Proband*innen im häuslichen Setting zur Dokumentation eines erlebten Alptrausms verwendeten.

2.4 Auswertung

Für die Auswertung bzw. Analyse wurden die erhobenen Daten kategorisiert. Als Grundlage dienten die im Albtraum-Protokollbogen angeführten Gruppen, da diese auf empirischen Daten fundieren. Entsprechend ergaben sich 15 additive, ungewichtete Indizes, wobei diese unterschiedlich viele Items beinhalteten. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 1.

Tab. 1: Indizes und deren Itemanzahl

Kategorie und Abkürzung	Anzahl der Items
Räumliche Umgebung (RU)	6
Natur und Tiere (NT)	4
Höhen und Tiefen (HT)	8
Körperliche Veränderungen und Verwandlungen (KVV)	6
Übernatürliches und Realitätsfernes (ÜR)	8
Aktivitäten und Bedürfnisse (AB)	9
Einschränkungen (ES)	9
Situationen (Si)	15
Zeitlicher Bezug (ZB)	3
Verlust (VL)	5
Körperliche Gewalt (KG)	5
Schwangerschaft und Pflege (SP)	3
Sexualität (Sx)	3
Aus- und Weiterbildung (AW)	3
Arbeitsplatz (AP)	3

Anmerkung: In Klammer werden die entsprechenden Abkürzungen je Index angeführt

Für die explorative Auswertung wurden die Skalen des EPS-D auf Basis des t-Werts gruppiert, mit $\mu = 50$ und $\sigma = 10$, wodurch sich entsprechend drei Gruppen ergaben: Die erste umfasst Personen mit einem t-Wert ≤ 39 , die zweite Gruppe Personen mit einem t-Wert zwischen 40 und 60 sowie die dritte Gruppe Personen mit einem t-Wert ≥ 61 .

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobe

In die Studie wurden 43 Personen aufgenommen, mit einer Geschlechterverteilung von 16 Männern (37.2%) und 27 Frauen (62.8%). Das Alter erstreckt sich von 21 bis 40 Jahren, wobei das Durchschnittsalter bei 27.7 Jahren ($SD = 5.38$) liegt.

3.2 *Albtraumstörungsspezifische Charakteristika*

Von den Proband*innen berichteten 14 Personen (32,6%) zwei bis dreimal im Monat einen Albtraum zu erleben. Ein Viertel aller Proband*innen (25.6%) erleben etwa einmal wöchentlich einen Albtraum bzw. mehrmals die Woche und 7 Personen (16,3%) erleben etwas mehr als einmal im Monat einen Albtraum.

Nach dem Erwachen aus einem Albtraum gaben 95.3% (41 Personen) an, rasch orientiert und 4.7% (2 Personen) desorientiert zu sein. Der subjektive Belastungsgrad wird von 20 Proband*innen (35.1%) als *sehr belastend* angegeben, von 14 Proband*innen (24.6%) als *eher belastend*, von sechs Proband*innen (10.5%) als *teilweise belastend* und von nur drei Proband*innen (5.3%) als *eher nicht belastend*.

3.3 *Emotionale Verarbeitungsstile bei idiopathischen Albträumen*

Der EPS-D wurde skalenspezifisch ausgewertet. Die Daten ergaben, dass Personen mit einer Albtraumstörung sich hinsichtlich emotionaler Verarbeitungsstile nicht wesentlich von Personen mit anderen psychischen Erkrankungen unterscheiden. Dennoch zeigte sich eine leichte Tendenz zum überdurchschnittlichen und damit auffälligen Bereich, bezogen auf die Skalen *Emotionskontrolle*, *Vermeidung*, *Emotionserleben* sowie auf den gesamten Prozess der Emotionsverarbeitung.

3.4 *Explorative-deskriptive Ergebnisse*

In der Auswertung der Daten zeigte sich, dass die Gruppe der t-Werte zwischen 40 und 60 bei jeder Skala die größte Gruppe darstellt. Bis auf die Skala *Emotionsverarbeitung* befinden sich im unterdurchschnittlichen Bereich jeweils lediglich eine bis maximal drei Personen. Eine Übersicht über die skalenspezifische Verteilung der Proband*innen bietet Tabelle 2.

Tab. 2: Skalenspezifische Verteilung der Proband*innen des EPS-D

T-Wertebereich	≤ 39		40 - 60		≥ 61	
	<i>n</i>	Prozent	<i>n</i>	Prozent	<i>n</i>	Prozent
Verdrängung (f1)	3	7.0	34	79.1	6	14.0
Emotionsverarbeitung (f2)	11	25.6	25	58.1	7	16.3
Emotionskontrolle (f3)	1	2.3	27	62.8	15	34.9
Vermeidung (f4)	1	2.3	27	62.8	15	34.9
Emotionserleben (f5)	1	2.3	21	48.8	21	48.8
EPS-D Gesamtwert	2	4.7	29	67.4	12	27.9

Die konkreten Verteilungen der Albtrauminhalte auf den einzelnen Skalen des EPS-D können differenziert und gruppiert nach t-Wert der Tabelle im Anhang entnommen werden. Im Folgenden werden die jeweils höchsten Fallzahlen ausgeführt.

➤ Verdrängung

Auf der Skala Verdrängung befinden sich 34 Personen im durchschnittlichen Bereich, wobei diese vorrangig Inhalte des Index *Einschränkungen* aus dem eigens entwickelten Albtraumfragebogen berichteten (27 Personen, 79.4%), gefolgt von Inhalten des Index *Körperliche Gewalt* (23 Personen, 67.6%), *Höhen und Tiefen* (22 Personen, 64.7%) sowie *Räumliche Umgebung* (21 Personen, 61.8%).

➤ Emotionsverarbeitung

Für Personen mit einem Wert zwischen 40 und 60 (25 Personen, 58.1%) findet sich gleichsam der Index *Einschränkungen* (20 Personen, 80.0%) an erster Stelle, gefolgt vom Index *Körperliche Gewalt* (19 Personen, 76.0%), *Höhen und Tiefen* (17 Personen, 68.0%) sowie *Verlust* (16 Personen, 64%).

Für die Gruppe der Personen mit einem Wert im unterdurchschnittlichen Bereich zeigten sich auch hier vornehmlich Inhalte des Index *Einschränkungen*, ebenso wie aus dem Index *Zeitlicher Bezug* und *Höhen und Tiefen* (je 8 Personen; 72.7%). Darauf folgen die Indizes *Räumliche Umgebung*, *Übernatürliches und Realitätsfernes*, *Situationen*, *Verlust* sowie *Körperliche Gewalt* (jeweils 6 Personen, 54.5%).

➤ Emotionskontrolle

Emotionskontrolle als dritte Skala des EPS-D umfasst 27 Personen mit einem t-Werte zwischen 40 und 60. Von diesen wurden vornehmlich Inhalte des Index *Einschränkungen* aus dem eigens entwickelten Albtraumfragebogen angegeben (20 Personen, 74.1%). Daran schließen die Indizes *Situationen* und *Körperliche Gewalt* (je 19 Personen, 70.4%) an, sowie *Höhen und Tiefen* und *Zeitlicher Bezug* (je 16 Personen, 59.3%).

Bei der Gruppe der Personen mit einem Wert ≥ 61 wurden vorrangig Inhalte des Index *Einschränkungen* (13 Personen, 86.7%) berichtet, ebenso wie Inhalte der Indizes *Körperliche Gewalt* (12 Personen, 80.0%) und *Höhen und Tiefen* sowie *Verlust* (je 11 Personen, 73.3%).

➤ Vermeidung

Für die Gruppe der Personen mit einem t-Werte im durchschnittlichen Bereich zeigte sich der Index *Einschränkungen* als am stärksten besetzt (20 Personen; 74.1%), gefolgt vom Index *Körperliche Gewalt* (19 Personen, 70.4%) und den Indizes *Höhen und Tiefen* sowie *Verlust* (je 17 Personen, 63.0%).

Personen mit t-Werten ≥ 61 wählten vornehmlich Inhalte der Indizes *Einschränkungen* (13 Personen, 86.7%), *Körperliche Gewalt* (12 Personen, 80.0%), *Situationen* (11 Personen, 73.3%) und *Höhen und Tiefen* (10 Personen, 66.7%).

➤ Emotionserleben

In der Auswertung der Skala *Emotionserleben* des EPS-D zeigte sich, dass Personen mit einem durchschnittlichen Wert vorrangig Inhalte des Indizes *Höhen und Tiefen* und *Einschränkungen* erlebten (je 15 Personen, 71.4%) bzw. aus den Indizes *Zeitlicher Bezug* und *Körperliche Gewalt* (je 14 Personen, 66.7%).

Aus der Gruppe der t-Werte ≥ 61 wurden gleichsam Inhalte des Index *Einschränkungen* erlebt (18 Personen, 85.7%), gefolgt von Inhalten der Indizes *Körperliche Gewalt* (17 Personen, 81.0%), *Verlust* (14 Personen, 66.7%) und *Situationen* (13 Personen, 61.9%).

➤ EPS-D Gesamtwert

Auf der Skala *EPS-D Gesamtwert* erwähnten in dem Alptraumfragebogen Personen mit einem t-Wert zwischen 40 und 60 vorrangig Inhalte des Index *Einschränkungen* (22 Personen, 75.9%). Darauf folgen Inhalte der Indizes *Körperliche Gewalt* (21 Personen, 72.4%), *Zeitlicher Bezug* (20 Personen, 69.0%) sowie *Höhen und Tiefen* (18 Personen, 62.1%).

Die Verteilung der einzelnen Indizes für die Gruppe Wert ≥ 61 ergab die Höchste Fallzahl für den Index *Einschränkungen* (11 Personen, 91.7%) und *Körperliche Gewalt* (10 Personen, 83.3%) sowie für die Indizes *Situationen* und *Verluste* (je 9 Personen, 75.0%).

4. Diskussion

Ziel dieser Studie war die Erhebung der manifesten Trauminhalte idiopathischer Alpträume in Abhängigkeit von Emotionsverarbeitungsprozessen. Auf deskriptiver Ebene zeigte sich, dass die Items *Fallen bzw. ins Bodenlose stürzen und Gejagt*, verfolgt werden besonders häufig angegeben wurde, was sich mit den Studienergebnissen von Mertens (2009) oder Schredl (2010) deckt, aber auch mit früheren Arbeiten von Cason (1935), Kales et al. (1980), Cernovsky (1984), Dunn und Barrett (1988) übereinstimmt. Auch die darauffolgenden Items *Physische Probleme, Schmerzen, Krankheit; den Zug, Bus oder Flug versäumen; Zuspätkommen und Etwas immer wieder versuchen* wurden in vorausgehenden Arbeiten, wie beispielsweise von Feldman und Hyman (1968) sowie von Cellucci und Lawrence (1978) in Alpträumen beobachtet. Mit sehr geringen Fallzahlen befinden sich Items mit

Aktivitäten des alltäglichen Lebens, welche mit hohen kognitiven Prozessen einhergehen, am unteren Ende der Häufigkeitstabellen, entsprechend der Annahme von Hartmann (2000), wie *Fahren; Schreiben, Rechnen, Malen, Gestalten; Lernen, Studieren; Essen, Trinken* oder *Fernsehen*.

In Bezug auf die emotionalen Verarbeitungsstile zeigte sich, dass Personen mit einer Alpträumstörung Werte im leicht auffälligen bis auffälligen Bereich erreichen. Werden die einzelnen emotionalen Verarbeitungsstile mit den Traumgehalten in Beziehung gesetzt, wird deutlich, dass eine geringe Emotionskontrolle einhergeht mit dem Erleben von Inhalten mit Einschränkungen und körperlicher Gewalt in den Alpträumen. Gleiches zeigte sich für Personen mit überdurchschnittlichen Werten auf der Skala *Vermeidung* und der Skala *Emotionserleben*. Entsprechend verfügen Personen mit einer Alpträumstörung über eine problematische Emotionsverarbeitung, was bereits Simor, Pajkossy, Horváth und Bodizs (2012) feststellten, wobei nicht der gesamte Prozess in selbigem Ausmaß betroffen zu sein scheint.

Zudem zeigte sich, dass Frauen durch Alpträume eine höhere Belastung erleben, was sich mit bisherigen Erkenntnissen der Alpträumforschung deckt (vgl. Schredl & Reinhard, 2008; Tartz & Krippner, 2008). Das begleitende emotionale Erleben in Alpträumen erwies sich in dieser Studie nicht auf die Emotionen *Angst/Furcht* beschränkt, wenngleich diese vorherrschten. Vielmehr zeigte sich eine Bandbreite an begleitenden Emotionen im Alptraum (Zadra, Pilon & Donderi, 2006), was konform mit den Ergebnissen von Hobson, Pace-Schott und Stickgold (2000) sowie Nielsen und Carr (2016) ist. Anzutreffen waren neben *Angst/Furcht* gleichfalls *Ärger/Wut* und *Traurigkeit*, was auch Belicki und Cuddy (1991), Holzinger (2013), Robert und Zadra (2014) sowie Zadra und Donderi (1993) fanden, aber auch *Verwirrung*, wenngleich alle in einer deutlich geringeren Intensität. Festgestellt wurden ebenso die Emotionen *Enttäuschung/Frustration, Schuld, Ekel* und *Scham*, jedoch deutlich seltener.

5. Limitationen und Implikationen

In der klinisch-psychologischen Diagnostik wurde besondere Sorgfalt auf Ausschluss einer Posttraumatischen Belastungsstörung gelegt. Für weiterführende Studien wäre die Abklärung weiterer Komorbiditäten sinnvoll, um dadurch ein noch differenzierteres Bild der Alpträumstörung unter Vorhandensein diverser Komorbiditäten zu explorieren. Voraussetzungen sind entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen.

Hinsichtlich der Erhebungsmethode der Alpträumhalte wurde versucht, diese möglichst ökonomisch zu halten. Hierfür wurde ein eigenständiger Alptraum-Protokollbogen entwickelt, welcher sich als praktikabel und leicht verständlich herausstellte. Dennoch basiert die durchgeführte Studie auf berichteten, manifesten Traumgehalten, welche von den Proband*innen den einzelnen Inhalten des Alptraum-Protokollbogens zugeordnet wurden, wodurch ein Informationsverlust in Kauf genommen wurde (vgl. Schredl, 2008).

Die Emotionsverarbeitung wurde in der vorliegenden Studie mittels eines Selbstbeurteilungsverfahrens erfasst, was von Heber, Lehr, Riper und Berking (2014) als kritisch erachtet wird, da bei diesen unter anderem mit einer sozialen Erwünschtheitstendenz zu rechnen ist. Empfehlenswert für weiterführende Studien wäre in diesem Zusammenhang der (zusätzliche oder besser ergänzende)

Einsatz von Fremdbeurteilungsinstrumenten, beispielsweise dem *Affect Regulation and Experience Q-Sort* von Westen, Muderrisoglu, Fowler, Shedler und Koren (1997), Klassifizierung („Ratings“) des Emotionsausdrucks und/oder objektiv-biologische Indikatoren (Heber et al., 2014).

6. *Anhang*

T-Wert	RU	NT	HT	KVV	ÜR	AB	ES	Si	ZB	VL	KG	SP	Sx	AW	AP
≤39	n 0	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	0	1	1
	% 0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	66,7	33,3	0,0	33,3	33,3
40-60	n 21	9	22	18	16	17	27	21	20	20	23	3	9	9	8
	% 61,8	26,5	64,7	52,9	47,1	50,0	79,4	61,8	58,8	58,8	67,6	8,8	26,5	26,5	23,5
≥61	n 2	1	5	1	3	1	5	4	3	5	4	2	2	1	1
	% 33,3	16,7	83,3	16,7	50,0	16,7	83,3	66,7	50,0	83,3	66,7	33,3	33,3	16,7	16,7
≤39	n 6	3	8	4	6	2	8	6	8	6	6	2	2	0	2
	% 54,5	27,3	72,7	36,4	54,5	18,2	72,7	54,5	72,7	54,5	54,5	18,2	18,2	0,0	18,2
40-60	n 14	6	17	11	11	15	20	15	14	16	19	3	7	5	6
	% 56,0	24,0	68,0	44,0	44,0	60,0	80,0	60,0	56,0	64,0	76,0	12,0	28,0	20,0	24,0
≥61	n 3	1	3	5	3	3	6	6	3	5	6	1	2	0	2
	% 42,9	14,3	42,9	71,4	42,9	42,9	85,7	85,7	42,9	71,4	85,7	14,3	28,6	0,0	28,6
≤39	n 1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
	% 100	100	100	100	0,0	0,0	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100
40-60	n 13	4	16	12	11	15	20	19	16	15	19	5	8	2	5
	% 48,1	14,8	59,3	44,4	40,7	55,6	74,1	70,4	59,3	55,6	70,4	18,5	29,6	7,4	18,5
≥61	n 9	5	11	7	9	5	13	7	8	11	12	1	3	3	4
	% 60,0	33,3	73,3	46,7	60,0	33,3	86,7	46,7	53,3	73,3	80,0	6,7	20,0	20,0	26,7
≤39	n 1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
	% 100	100	100	100	0,0	0,0	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100
40-60	n 3	7	17	12	11	15	20	15	15	17	19	4	5	3	5
	% 11,1	25,9	63,0	44,4	40,7	55,6	74,1	55,6	55,6	63,0	70,4	14,8	18,5	11,1	18,5
≥61	n 8	2	10	7	9	5	13	11	9	9	12	2	6	2	4
	% 53,3	13,3	66,7	46,7	60,0	33,3	86,7	73,3	60,0	60,0	80,0	13,3	40,0	13,3	26,7
≤39	n 1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
	% 100	100	100	100	0,0	0,0	100	100	100	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100
40-60	n 10	4	15	8	11	8	15	13	14	12	14	4	5	1	3
	% 47,6	19,0	71,4	38,1	52,4	38,1	71,4	61,9	66,7	57,1	66,7	19,0	23,8	4,8	14,3
≥61	n 12	5	12	11	9	12	18	13	10	14	17	2	6	4	6
	% 57,1	23,8	57,1	52,4	42,9	57,1	85,7	61,9	47,6	66,7	81,0	9,5	28,6	19,0	28,6
≤39	n 1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
	% 50,0	50,0	100	50,0	0,0	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0
40-60	n 17	6	18	13	14	16	22	17	20	17	21	5	9	2	5
	% 58,6	20,7	62,1	44,8	48,3	55,2	75,9	58,6	69,0	58,6	72,4	17,2	31,0	6,9	17,2
≥61	n 5	3	8	6	6	3	11	9	4	9	10	1	2	3	4
	% 41,7	25,0	66,7	50,0	50,0	25,0	91,7	75,0	33,3	75,0	83,3	8,3	16,7	25,0	33,3

7. Literatur

- Belicki, K. & Cuddy, M. A. (1991). Nightmares: Facts, fictions and future directions. In J. Gackenbach & A. A. Sheikh (Eds.), *Dream images: A call to mental arms* (pp. 99-115). Amityville, NY: Baywood.
- Cason, H. (1935): The nightmare dream. *Psychological Monographs: General and Applied*, 46(5), i–51. <https://dx.doi.org/10.1037/h0093374>
- Cellucci, A. J. & Lawrence, P. S. (1978). The efficacy of systematic desensitization in reducing nightmares. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9(2), 109–114. [https://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(78\)90054-X](https://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(78)90054-X)
- Cernovsky, Z. Z. (1984). Content of waking life events and of nightmare themes. *Perceptual and Motor Skills*, 58(3), 899–902. <https://dx.doi.org/10.2466/pms.1984.58.3.899>
- Cerolini, S., Ballesio, A. & Lombardo, C. (2015). Insomnia and emotion regulation: Recent findings and suggestions for treatment. *Journal of sleep disorders and management*, 1, 1–5. <https://dx.doi.org/10.23937/2572-4053.1510001>
- Dilling, H. & Freyberger, H. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper* (8., überarbeitete Aufl. entsprechend ICD-10-GM). Bern: Hogrefe. <https://dx.doi.org/10.1024/85992-000>
- Dunn, K. K. & Barrett, D. (1988). Characteristics of nightmare subjects and their nightmares. *Psychiatric journal of the University of Ottawa*, 13(2), 91–93.
- Feldman, M. J. & Hyman, E. (1968). Content analysis of nightmare reports. *Psychophysiology*, 5(2), 221.
- Gilchrist, S., Davidson, J. & Shakespeare-Finch, J. (2007). Dream emotions, waking emotions, personality characteristics and well-being - A positive psychology approach. *Dreaming*, 17(3), 172–185. <https://dx.doi.org/10.1037/1053-0797.17.3.172>
- Gurr, B., Stuflesser, A., Kleinstäuber, M. & Baker, R. (2018). *Emotional Processing Scale: Deutsche Adaptation der Emotional Processing Scale (EPS-D) von R. Baker, P. Thomas, S. Thomas, M. Santonastaso & E. Corrigan*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, E. (2000). We do not dream of the 3 R's: Implications for the nature of dream mentation. *Dreaming*, 10, 103-110. <https://dx.doi.org/10.1023/A:1009400805830>
- Heber, E., Lehr, D., Riper, H. & Berking, M. (2014). Emotionsregulation: Überblick und kritische Reflexion des aktuellen Forschungsstandes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43(3), 147–161. <https://dx.doi.org/10.1026/1616-3443/a000265>
- Hoag, J. R., Tennen, H., Stevens, R. G., Coman, E. & Wu, H. (2016). Affect, emotion dysregulation and sleep quality among low-income women. *Sleep health*, 2(4), 283–288. <https://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2016.08.006>
- Hobson, J. A., Pace-Schott, E. F. & Stickgold, R. (2000). Dreaming and the brain: Toward a cognitive neuroscience of conscious states. *Behavioral Brain Science*, 23, 793–842. <https://dx.doi.org/10.1017/S0140525X00003976>
- Holzinger, B. (2013). *Alpträume: Was sie uns sagen und wie wir sie verändern können*. München: Nymphenburger.
- Kales, A., Soldatos, C. R., Caldwell, A. B., Charney, D. S., Kales, J. D., Markel, D. et al. (1980). Nightmares: Clinical characteristics and personality patterns. *American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1197–1201. <https://dx.doi.org/10.1176/ajp.137.10.1197>
- Kast, V. (2015). Alpträume in der Psychotherapie: Ein klinisches Beispiel für das ressourcenorientierte Imaginieren. Wiesbaden: Springer. <https://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-09278-8>

- Kiegelmann M. (2020). Forschungsethik. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Reference. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_28-2
- Levin, R. & Nielsen, T. (2009). Nightmares, bad dreams, and emotions dysregulation: A review and new neurocognitive model of dreaming. *Current directions in psychological science*, 18(2), 84–88. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01614.x>
- Li, S., Lam, J., Zhang, J., Yu, M., Chan, J., Chan, C. et al. (2015). Sleep Disturbances and suicide risk in an 8-year longitudinal study of schizophrenia-spectrum disorders. *Sleep Medicine*, 16(1), 45–46. <https://dx.doi.org/10.5665/sleep.5852>
- Mertens, W. (2009). *Traum und Traumdeutung* (4. Aufl.). München: C. H. Beck.
- Moore, B. A. & Krakow, B. (2010). Imagery rehearsal therapy: An emerging treatment for posttraumatic nightmares in veterans. *Psychological trauma: Theory, research, practice and policy*, 2(3), 232–238. <https://dx.doi.org/10.1037/a0019895>
- Mörrike, K. & Gleiter, C. H. (2005). Unerwünschte psychische Arzneimittelwirkungen. *Psychotherapie im Alter*, 2(4), 47–70.
- Nielsen, T. & Carr, M. (2016). Nightmares and nightmare function. In M. Kryger, B. Roth & W. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6th ed., pp. 546-554). New York: Elsevier. <https://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-24288-2.00053-2>
- Picchioni, D., Goeltzenleucher, B., Green, D. N., Convento, M. J., Crittenden, R., Hallgren, M. et al. (2002). Nightmares as a coping mechanism for stress. *Dreaming*, 12(3), 155–169. <https://dx.doi.org/10.1023/A:1020118425588>
- Pietrowsky, R. (2011). *Alpträume* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 46). Göttingen: Hogrefe.
- Pietrowsky, R. & Köthe, M. (2003). Personal boundaries and nightmare consequences in frequent nightmare sufferers. *Dreaming*, 13, 245–254. <https://dx.doi.org/10.1023/B:DREM.0000003146.11946.4c>
- Pinel, J. P. J. & Pauli, P. (Hrsg.). (2007). *Biopsychologie* (6., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Robert, G. & Zadra, A. (2014). Thematic and content analysis of idiopathic nightmares and bad dreams. *Sleep*, 37(2), 409-417. <https://dx.doi.org/10.5665/sleep.3426>
- Sandman, N., Valli, K., Kronholm, E., Revonsuo, A., Laatikainen, T. & Paunio, T. (2015). Nightmares: Risk factors among the Finnish general adult population. *Sleep*, 38(4), 507–514. <https://dx.doi.org/10.5665/sleep.4560>
- Schredl, M. (2008). *Traum*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schredl, M. (2009). Nightmare frequency in patients with primary insomnia. *International Journal of Dream Research*, 2(2), 85-88. <https://dx.doi.org/10.11588/ijodr.2009.2.452>
- Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 206(8), 565–570. <https://dx.doi.org/10.1007/s00406-010-0112-3>
- Schredl, M., Ciric, P., Götz, S. & Wittmann, L. (2004). Typical dreams: Stability and gender differences. *Journal of Psychology*, 138(6), 485-494. <https://dx.doi.org/10.3200/JRLP.138.6.485-494>
- Schredl, M. & Göritz, A. S. (2018). Nightmare themes: An online study of most recent nightmares and childhood nightmares. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 14(3), 465–471. <https://dx.doi.org/10.5664/jcsm.7002>
- Schredl, M. & Reinhard, I. (2008). Gender differences in dream recall: a meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 17, 125–131. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00626.x>

- Simor, P., Pajkossy, P., Horváth, K. & Bodizs, R. (2012). Impaired executive functions in subjects with frequent nightmares as reflected by performance in different neuropsychological tasks. *Brain and Cognition*, 78(3), 274-283. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2012.01.006>
- Spoormaker, V. I., Schredl, M. & Bout, J. van den (2006). Nightmares: from anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep medicine reviews*, 10, 19–31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2005.06.001>
- Tartz, R. S. & Krippner, S. (2008). Cognitive differences in dream content between argentine males and females using quantitative content analysis. *Dreaming*, 18(4), 217–235. <https://dx.doi.org/10.1037/a0013780>
- Thünker, J. & Pietrowsky, R. (2011). *Alpträume: Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Vandekerckhove, M. & Wang, Y. (2018). Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS Neuroscience*, 5(1), 1–22. <https://dx.doi.org/10.3934/Neuroscience.2018.1.1>
- Wall, A. (2015). *Alpträume von A bis Z: Was sie auslöst und wie man sie vertreibt*. München: Goldmann.
- Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J. & Koren, D. (1997). Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 429–439. <https://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.65.3.429>
- Zadra, A. & Donderi, D. C. (1993). Variety and intensity of emotions in bad dreams and nightmares. *Canadian Psychology*, 34, 294-301. <https://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000207359.46223.dc>
- Zadra, A., Pilon, M. & Donderi, D. C. (2006). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(4), 249–254. <https://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000207359.46223.dc>

Angaben zum Autor

Mag. Philipp Österreicher
Adresse: Riemergasse 9/ 2. Stock/ Tür 7; 1010 Wien
Tel.: +43 (0) 676 315 48 99
E-Mail: mail@praxis-oesterreicher.at

Philipp Österreicher ist Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Notfallpsychologe sowie Psychotherapeut für Verhaltenstherapie und derzeit im Doktoratsstudium der Psychotherapiewissenschaften an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien. Beruflich ist er tätig in freier Praxis, dem Sanatorium Hera sowie in der Lehre an der IMC Fachhochschule Krems.