

Alpträume in der evidenzbasierten Psycho- therapie: Evaluation eines standardisierten Alptraum-Therapieverfahrens

Inaugural-Dissertation

Zur Erlangung des Doktorgrades
der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von:
Dipl.-Psych. Johanna Thünker
Aus Gladbeck

Düsseldorf, März 2011

Unseren Kindern Lina und Nico, für die nun der Alptraum einer dauernd am
Schreibtisch sitzenden Mutter zu Ende geht.

Danksagung

All den Personen, die einen Anteil an meinem Studium genommen und die mich auf diesem Weg unterstützt haben, möchte ich im Folgenden herzlich danken:

HERRN PROF. DR. REINHARD PIETROWSKY: Für die Möglichkeit zur Durchführung der Promotion, für die vielen anregenden wissenschaftlichen Diskussionen sowie die Unterstützung während der gesamten Promotionsphase sowie die Möglichkeit, meinen wissenschaftlichen Horizont bereits zu diesem Zeitpunkt auf Tagungen erweitern zu können.

HERRN PROF. DR. MICHAEL SCHREDL: Für die Übernahme des Korreferats.

PRIV. DOZ. DR. ROBERT BERING UND NICOLE KRAUS: Für die Kooperation mit dem Zentrum für Psychotraumatologie in Krefeld, die Möglichkeit zur dortigen Datenerhebung und den unermüdlichen Einsatz, alle Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen.

TRANG GIANG UND KATJA KREISSEL: Für die gute Zusammenarbeit und dafür, dass sie im Rahmen ihrer Diplomarbeiten die Studie um neue Aspekte ergänzt haben.

ANDRÉ HAESE: Dafür, dass er zu jeder Tages- und Nachtzeit bereit war, lange Diskussionen über den Einsatz von Kovarianzanalyse, punkt-biseriale Korrelationen und anderen statistischen Grundsatzfragen zu führen.

BEATRIX SEINE UND ELKE MICHAUK: Für die akribische Jagd nach Fehlern und für ihre Hilfe in Form- und Formulierungsfragen.

MEINEN ELTERN: Für ihre Unterstützung, obwohl sie einst der Meinung waren, ihre Tochter würde eine „brotlose Kunst“ studieren. Für die Ermunterungen und die Begleitung bei der Entdeckung des eigenen Lebensweges und nicht zuletzt für die Unterstützung in ganz praktischen Dingen und das Hüten der Kinder.

Ganz besonders danke ich natürlich meinem Mann CHRISTIAN THÜNKER: Für seine Geduld und sein Verständnis – außerdem fürs Staubsaugen und Kinderhüten. Ohne seinen Rückhalt wäre vieles so sicherlich nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	4
Zusammenfassung.....	8
Abstract	10
I. Theoretischer und empirischer Hintergrund	11
1. Träume	12
1.1 Definition	12
1.2 Verschiedene Traumformen.....	13
1.3 Entstehungskonzepte	14
1.4 Traumerinnerungen.....	16
2. Alpträume.....	16
2.1 Definition	17
2.2 Klassifikation	18
2.3 Differentialdiagnostik	22
2.4 Erscheinungsformen der Alpträume	25
2.5 Epidemiologie und Verlauf	28
3 Ätiologiemodelle von Alpträumen	31
3.1 Psychoanalytische Theorien	31
3.2 Kognitiv-behaviorale Theorien	32
3.3 Neurophysiologische und neurokognitive Theorien	35
3.4 Persönlichkeitsfaktoren.....	36
3.5 Aktuelle Stressbelastungen	38
3.6 Medikamente und Drogen	39
4 Alpträume und andere psychische Störungen.....	40
4.1 Alpträume und Depressionen.....	42
4.2 Alpträume und Posttraumatische Belastungsstörung	43

5	Alptraumbehandlung	44
5.1	Alpträume in der psychotherapeutischen Praxis	45
5.1.1	Alpträume in der Verhaltenstherapie	45
5.1.2	Alpträume in der Psychoanalyse	46
5.1.3	Alpträume in der Gestalttherapie	47
5.2	Unspezifische Therapieverfahren und -ansätze	47
5.2.1	Entspannungsverfahren	48
5.2.2	Schlafhygiene	49
5.2.3	Exposition	51
5.2.4	Hypnotherapie.....	52
5.3	Spezifische Therapieansätze.....	53
5.3.1	Luzides Träumen	54
5.3.2	Imagery Rehearsal Therapy.....	55
5.3.3	Standardisierte Alptraumtherapie	60
5.4	Medikamentöse Behandlung.....	61
6	Hypothesen	61
II.	Methoden	63
7	Stichprobe	64
8	Durchführung	68
9	Das Therapieverfahren.....	69
9.1	Allgemeine Informationen zum therapeutischen Vorgehen.....	71
9.2	Einführung in die Alptraumtherapie.....	72
9.2.1	Informationsvermittlung: Inhalte und Ziele der Alptraumtherapie	72
9.2.2	Psychoedukation	75
9.3	Alptraumrekonstruktion und -dokumentation	77
9.4	Entspannungsverfahren.....	80

9.5	Imagination.....	83
9.6	Alptraummodifikation	87
9.6.1	Alptraumbesprechung.....	91
9.6.2	Identifikation negativer und charakteristischer Elemente	94
9.6.3	Erarbeitung eines alternativen Traumhergangs	96
9.6.4	Imagination des neuen Traums.....	101
9.6.5	Reflexion des Vorgehens.....	101
9.7	Therapieabschluss	103
9.8	Besonderheiten bei Trauma-Patienten	104
9.8.1	Anpassung der Alptraumrekonstruktion.....	104
9.8.2	Anpassung der Einführung in die Imagination	105
9.8.3	Anpassung der Alptraummodifikation	106
10	Erhebung der abhängigen Variablen.....	107
10.1	Erhebung alptraumspezifischer Daten	107
10.2	Erhebung alptraumunspezifischer Daten	108
11	Analyse	109
11.1	Drei-Punkt-Analyse	109
11.2	Vergleich mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe	110
11.3	Moderatoranalyse.....	111
11.4	Betrachtung der Alptraumthemen	112
11.5	Deskriptive Betrachtung der retrospektiven Daten	113
III.	Ergebnisse.....	114
12	Ergebnisse der Drei-Punkt-Analyse.....	115
12.1	Ergebnisse für die Gesamtstichprobe	115
12.2	Unterschiede zwischen den Gruppen.....	121
13	Vergleich mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe	132

14	Moderatorenanalyse	138
14.1	Einflüsse einer Psychopharmakotherapie	138
14.2	Einflüsse einer weiteren Psychotherapie	139
14.3	Zusammenhänge mit der Depressivität.....	139
15	Darstellung der Alptraumthemen	140
16	Deskriptive Betrachtung der retrospektiven Daten.....	142
IV.	Diskussion	148
17	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	149
17.1	Diskussion der Ergebnisse der Gesamtgruppe im zeitlichen Verlauf	149
17.2	Diskussion des Vergleiches der Teilstichproben.....	154
17.3	Diskussion der Ergebnisse des Vergleiches mit der Wartelisten-Kontrollgruppe.....	159
17.4	Diskussion der Ergebnisse der Moderatoranalyse	161
17.5	Therapiebewertung und Weiterentwicklung	163
18	Diskussion der Methode	166
19	Wirkfaktoren	169
20	Ausblick.....	171
21	Literaturverzeichnis.....	173
	Erklärung zur Promotion	185
	Anhang.....	186
	Anhang A: Leitfaden für das Entspannungstraining.....	187
	Anhang B: Prä-Fragebogen.....	188
	Anhang C: Post-Fragebogen	190
	Anhang D: Follow-up-Fragebogen.....	192
	Anhang E: Internetquellen	194

Zusammenfassung

Alpträume stellen ein relevantes Problem in der psychotherapeutischen Praxis dar, obwohl sie selten als eigenständige Störung wahrgenommen werden. Es gibt einige vielversprechende therapeutische Ansätze. Insbesondere die sogenannte *Imagery Rehearsal Therapy*, ein kognitiv-rekonstruierendes Verfahren, in dessen Zentrum die Modifikation des Alptraumhergangs und die wiederholte Imagination dieses neuen Traums steht, wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten von verschiedenen Arbeitsgruppen erfolgreich evaluiert. Allerdings wurden diese Evaluationsstudien primär mit traumatisierten Patienten durchgeführt. Darüber hinaus gab es im deutschen Sprachraum bisher keine standardisierte, evaluierte Therapie zur spezifischen Behandlung von Alpträumen.

In dieser Arbeit wird die Entwicklung und Evaluation eines deutschsprachigen Behandlungsmaterials vorgestellt. Behandelt und untersucht wurden jeweils eine Gruppe von Patienten, die vorrangig unter Alpträumen litten, depressive Patienten mit komorbiden Alpträumen und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Alpträumen. Neben einer Untersuchung mittels Selbstbeurteilungsbögen am Anfang und am Ende der Intervention fanden eine Follow-up-Erhebung nach einem zehnwöchigen Katamneseintervall sowie ein Vergleich mit einer parallelisierten Wartelisten-Kontrollgruppe statt. Zentrale Outcome-Parameter waren dabei die Alptraumhäufigkeit sowie die erlebte Angst während des Alptraus, außerdem waren die Schlafqualität, die Beeinträchtigung am Tag sowie die affektive Beeinträchtigung von Interesse.

53 Patienten durchliefen die Intervention, 13 die Wartelistenperiode. Insgesamt zeigte sich in allen drei Gruppen eine Verbesserung der Alptraumsymptomatik sowohl bezüglich der Alptraumhäufigkeit als auch der erlebten Angst während der Alpträume sowie eine grundlegende Überlegenheit gegenüber der Wartelisten-Kontrollgruppe. Die Patientengruppen unterschieden sich bezüglich der Schwere ihrer Ausgangssymptomatik sowie teilweise auch hinsichtlich der Therapieeffekte im zeitlichen Verlauf. Traumatisierte Patienten hatten insgesamt mehr Alpträume und die erlebte Angst war weniger stark rückläufig, als in den anderen Gruppen. Am meisten profitierten diejenigen Patienten, die primär unter Alpträumen litten und ansonsten psychopathologisch weitestgehend unauffällig waren.

Aufgrund der großen Heterogenität der Stichprobe kann eine hohe Generalisierbarkeit geschlussfolgert werden. Verschiedene Wirkfaktoren werden im Rahmen dieser Arbeit diskutiert. Weitere Arbeiten insbesondere zur Wirkfaktorenanalyse sowie zur Einbeziehung weiterer Patientengruppen stehen noch aus.

Abstract

Nightmares are a common and serious problem in psychotherapeutic practice, even if they are seldom considered as independent mental disorders. Some auspicious approaches already exist. Notably the approach of *Imagery Rehearsal Therapy*, a cognitive-restructuring treatment, has been evaluated successfully by several working groups in the last two decades. The core of this approach is the modification of the nightmare script and repeated imagination of this new script. However most evaluation surveys have been done with traumatised patients. Moreover no standardized manual exists in the German-speaking area until now.

In this dissertation the development and evaluation of a treatment manual in German is described. Three groups of patients were treated and examined. Patients who were primarily suffering from nightmares, depressed patients with a co-morbidity of nightmares and patients suffering from post-traumatic stress disorder and nightmares. Measurements were done by self-rating questionnaires at the beginning and the end of the intervention and ten weeks later after a catamnesis interval. Moreover a comparison with a matched waitlist-control group took place. There were two primary outcome parameters: nightmare frequency and anxiety during the nightmares. Furthermore sleep quality, adverse effects the next day after the nightmare and impairment of affectivity were surveyed.

53 patients finished the intervention period, 13 patients passed through the waitlist-period. Overall a decrease of symptoms regarding nightmare frequency and anxiety during the nightmares was found. Moreover the intervention condition was more effective than the waitlist condition. Patient groups differed regarding the degree of symptoms from the beginning and partly regarding the effect of intervention during the chronological sequence. Traumatized patients were suffering from more nightmares, their anxiety scores decreased less than in the other groups. Primary nightmare sufferers benefit most from the nightmare treatment.

Due to the high degree of heterogeneity generalization of the data could be assumed. Different determining factors are discussed. Further studies of these determining factors will be necessary.

I. Theoretischer und empirischer Hintergrund

1. Träume

Bereits seit Urzeiten interessieren sich Menschen für das Phänomen des Traums sowie des Alptrahms. Vom Altertum an sagte man Träumen zu, die Zukunft vorhersagen zu können. Meist erfolgte die Deutung von Träumen durch geistliche Personen. So wurden beispielsweise bereits im Alten Testament die Träume des ägyptischen Pharaos, die von fetten und mageren Kühen sowie fetten und mageren Getreideähren handelten, von Joseph richtig gedeutet und dadurch viel Unheil abgewendet (1. Buch Mose 41,1-36; Deutsche Bibelgesellschaft, 1986). Bei den Ureinwohnern Nordamerikas wurde Traumvisionen ebenfalls eine große Bedeutung zugemessen (Stiebritz, 2010) und im Mittelalter erfolgte die Fortführung der antiken Tradition durch die Verbreitung sogenannter Traumbücher (Diepgen, 1912). Erst im 19. Jahrhundert erforschte der französische Psychologe Alfred Maury den Zusammenhang von äußeren Reizen und Träumen (James, 1995).

1.1 Definition

Das Phänomen des Traums wird in der Literatur nicht einheitlich definiert. In einem gängigen Lexikon findet man folgende Beschreibung für Träume: „Bezeichnung für spontan auftretende Phantasieerlebnisse vornehmlich visuell halluzinatorischer Art während des Schlafens, einhergehend mit eingeschränktem Bewusstsein. [...] Besonderheiten des Traums sind: Vorherrschen des Emotionalen, mangelnde Scheidung zwischen Umwelt und Ich, unklare Zeit- und Ortsbegriffe, assoziatives Denken und mehr- beziehungsweise vieldeutige, häufig irrealer Bilder als Traum Inhalte.“ (Brockhaus, 1993, S. 332).

Hingegen werden Träume in einer möglichen medizinischen Definition (Pschyrembel, 1999, S. 1684) als „(physiol.) Erlebnisse während der REM-Phasen des Schlafs, an die evtl. Erinnerung besteht“ beschrieben. Aus psychoanalytischer Sicht handelt es sich um einen „im Schlaf erlebten u. durch Traumarbeit umgeformten (symbolischen) Ausdruck der unbewussten Phantasie od. (infantilen) Triebregung“ (ebd.). Eine dritte Definition aus Sicht der analytischen Psychologie wird ebenfalls gegeben, demnach handelt es sich bei Träumen um eine „Vorwegnahme einer zukünftigen Leistung u. kompensatorische psych. Funktion, durch die (unbewusste) Gegensätze zu bewussten Einstellungen zum Ausdruck kommen“ (ebd.).

Michael Schredl, Traumforscher und Vorsitzender der AG Traum der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) zitiert in seinem Übersichtswerk *Die nächtliche Traumwelt* (Schredl, 1999) zwei Forscher, die folgende Definition vorschlagen: „Ein Traum kann operational als das definiert werden, was eine Person berichtet, wenn sie nach einem Traum gefragt wird“ (Hall & Van de Castle, 1966; zitiert nach Schredl, 1999, S. 12). Demnach ist ein Traum ein Zustand während des Schlafes, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass die Traumerfahrung selbst nicht zugänglich ist. Das heißt, die betreffende Person kann nur rückblickend über das berichten, was sie vor dem Aufwachen gedacht, gesehen oder erlebt zu haben glaubt. Aufgrund der daraus folgenden Zirkularität kritisiert Schredl diese Definition. Vor diesem Hintergrund schlägt er vor, in der Praxis folgende Definition zu benutzen: „Der Traum oder Traumbericht ist eine Erinnerung an die psychische Aktivität, die während des Schlafes stattfindet.“ (Schredl, 1999, S. 12).

Auch wenn die Interpretation des Traumgeschehens je nach Blickwinkel unterschiedlich sein kann, so ist man sich doch heute einig darüber, dass Träume ausschließlich im Schlaf vorkommen (im Gegensatz zu Halluzinationen oder den umgangssprachlich sogenannten *Tagträumen*) und zwar in der Regel in einer bestimmten Schlafphase, dem *Rapid-Eye-Movement*-Schlaf (REM-Schlaf). Träume sind nicht voll bewusst und ihre Inhalte übertreten bisweilen die Grenzen der Naturgesetze, sodass es zu bizarren und irrealen Inhalten kommen kann. Eine Erinnerung an das Traumgeschehen ist möglich, aber nicht zwingend. Offenbar haben die Inhalte der Träume häufig etwas mit dem oder der Träumenden zu tun. Eine Bedeutung im Sinne von Weissagungen schreibt man Träumen heute allerdings nicht mehr zu.

1.2 Verschiedene Traumformen

Es werden mehrere Arten von Träumen unterschieden (vgl. Überblick in Schredl, 1999): *REM-Träume* stellen die häufigste Form der Träume dar. Das Traumgeschehen in der REM-Schlafphase ist in der Regel sehr plastisch, begleitet von vielen visuellen Eindrücken. Ein Großteil der Träumenden erinnert sich an die Trauminhalte, wenn sie aus dem REM-Schlaf geweckt werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sie nach dem Aufwachen ausschließlich nach bildhaften Ereignissen gefragt werden. Träume in anderen Schlafphasen, sogenannten NREM-Phasen (Nicht- oder Non-REM-Phasen) werden seltener erinnert. Diese

NREM-Träume treten in der Regel während der Tiefschlafphase auf, sie sind eher gedankenartig, kürzer, weniger bizarr und weisen weniger visuelle Eindrücke auf als REM-Träume. Bereits im ersten NREM-Schlafstadium treten Träume auf, die sogenannten *Einschlafträume*. Ihre Inhalte werden häufig durch äußere Umstände, wie z. B. Geräusche oder Gedankengänge vor dem Einschlafen beeinflusst, das Traumerleben ist realistischer als in REM-Träumen.

Als besondere Form des Traums werden die sogenannten *luziden Träume* oder *Klarträume* verstanden. Dabei handelt es sich um REM-Träume, bei denen sich der oder die Träumende darüber bewusst ist, dass er beziehungsweise sie träumt. Teilweise kann während eines luziden Traums auch in das Traumgeschehen eingegriffen werden. Einige Menschen träumen regelmäßig luzide, andere gelegentlich. Die meisten Menschen sind sich jedoch während des Traums nicht darüber im Klaren, dass sie träumen, und erleben ihren Traum als Realität. Außerdem unterscheidet man „Träume“ aus anderen Bewusstseinszuständen, zu diesen zählen beispielsweise Träume unter Narkose, Tagträume und Nahtod-Erlebnisse.

Alpträume werden meistens den REM-Träumen zugeordnet. Sie beinhalten einen starken negativen Affekt und führen in der Regel zum Erwachen der Träumenden. Sie sind zu differenzieren von sogenannten *Angstträumen*, welche ebenfalls einen negativ gefärbten Affekt haben, aber nicht zum Erwachen führen. Auf diese beiden Gruppen von Träumen wird im folgenden Kapitel (Kapitel 2) näher eingegangen.

1.3 Entstehungskonzepte

Es besteht ein reges Interesse nicht nur vonseiten der Forschung, sondern auch vonseiten der Allgemeinbevölkerung daran, den Zusammenhang zwischen Traum und Wacherleben zu ergründen. Diese Frage konnte bisher nicht abschließend geklärt werden, es gibt eine ganze Reihe von Erklärungsmodellen, die zum Großteil auf einem Kontinuum liegen. Einen Überblick hierüber gibt Schredl (1999):

Frühe Vertreter des einen Endes dieses Kontinuums fassten das Traumgeschehen als Synthese von Bildern auf, die durch zufällige Reizungen des Großhirns entstanden waren (Hobson & McCarley, 1977). Dieses Modell wurde später zwar weitestgehend revidiert und Traum Inhalte als personenspezifisch angesehen, trotzdem kann dieses neurophysiologisches

Modell helfen, die formalen Unterschiede zwischen Traumaktivität und Wachgedanken zu erklären.

Am anderen Ende des Kontinuums liegen solche Erklärungsmodelle, die einen engen Zusammenhang zwischen Wacherleben und Traum suggerieren. So beschrieb Freud in seinem epochalem Werk „Die Traumdeutung“ (Freud, 1989) Träume als „Wächter des Schlafes“. Demnach besteht die Funktion des Traums darin, die Wunschbefriedigung aus dem Unbewussten so umzugestalten, dass sie den oder die Schlafende/n nicht ängstigt. Eine entscheidende Erweiterung erfuhr das psychoanalytische Traumverständnis durch Jungs Einführung der kompensatorischen Funktion des Traums. Gemäß dieser *Komplementärhypothese* ist der Traum ein Mittel zur psychologischen Selbststeuerung, indem er das, was verdrängt oder nicht beachtet wurde, hervorbringt (Jung, 1928). Er kompensiert einseitige Bewusstseinslagen und Persönlichkeitsteile, die vom Träumer im Wacherleben verdrängt und verleugnet werden (Strunz, 1987). Demnach treten im Traum Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle auf, die im Wacherleben zu kurz gekommen sind. Diese Theorie wurde später als *Kompensationshypothese* weiterentwickelt. Diese besagt, dass Träume dazu dienen, Belastungen des Wachzustands zu kompensieren (De Koninck & Koulack, 1975).

Demgegenüber steht die *Kontinuitätshypothese*, nach dieser handelt es sich beim Traumgeschehen um eine Fortsetzung des Wacherlebens (Domhoff, 1996). Demzufolge besteht eine konsistente Übereinstimmung zwischen Wach- und Traumgeschehen. Gemäß dieser Hypothese würden Ängste im Traum beispielsweise tatsächliche Ängste im Wachzustand widerspiegeln. Zahlreiche Forschungsarbeiten haben gezeigt, dass diesem Ansatz die größte Bedeutung zukommt, jedoch nicht von einer Eins-zu-eins-Beziehung zwischen Wach- und Traumgeschehen ausgegangen werden kann (Schredl, 1999). Klassische Einflussfaktoren aus dem Wacherleben auf das Traumgeschehen stellen unter anderem Filme, Stress, ungelöste innere Konflikte, Medikamente, Drogen, physische Erkrankungen und psychische Störungen und traumatische Erinnerungen dar (ebd.).

Ein weiterer Erklärungsansatz, die *Mastery-Hypothese*, geht davon aus, dass belastende Ereignisse in den Träumen auftreten, um so besser verarbeitet zu werden (Breger, Huner & Lane, 1971; De Koninck & Koulack, 1975). Der Traum hat gemäß dieser Annahme die Funktion, ein gedankliches Probehandeln zu ermöglichen, eine gedankliche Auseinandersetzung mit einem belastenden Ereignis oder einem Problem zu gewährleisten. Damit kommt dem

Traum eine adaptive Funktion zu, wie sie auch in den bereits angeführten Kompensations-theorien angenommen wird.

1.4 Traumerinnerungen

Obwohl jede/r Erwachsene rund 20 % seines Nachtschlafs im REM-Schlaf verbringt, ist die Variabilität der Traumerinnerung sehr groß, manche Menschen erinnern sich fast nie an ihre Träume, andere können am nächsten Tag so gut wie immer ihre Träume berichten. Problematisch bei der Erfassung von Traumerinnerungshäufigkeiten sind die Verwendung unterschiedlicher Messmethoden und die Definition der Traumerinnerung als solche. Außerdem scheinen zahlreiche Trait- sowie State-Faktoren die Traumerinnerungshäufigkeiten zu beeinflussen (vgl. Schredl, 1999). Zusammenfassend können folgende Aspekte einen Einfluss auf die Traumerinnerungshäufigkeit haben: soziodemografische Variablen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status), genetische Faktoren, Persönlichkeitsfaktoren (Verdrängung, Neurotizismus, Ängstlichkeit, „dünne Grenzen“), kognitive Faktoren (Intelligenz, Gedächtnis, Phantasie, Kreativität), Schlafverhalten, physiologische Parameter und die Einstellung zu Träumen als Trait-Faktoren. State-Faktoren können die Ereignisse des Vortags, Stress, mögliche Therapien, Schlafdauer/nächtliches Erwachen, Aktiviertheit im Schlaf, Störungen im Aufwachprozess, psychische Erkrankungen, Medikamente und Gehirnläsionen sein.

2. Alpträume

Der Begriff „Alptraum“ oder „Albtraum“ stammt aus dem Althochdeutschen. Das Wort „Alp“ ist etymologisch mit dem Wort „Elfe“ verwandt. Als Alp oder Elfen wurden ursprünglich kleine, unterirdisch lebende Erdgeister bezeichnet. Bereits im Mittelalter gab es die Vorstellung, dass sich nachts böse, ursprünglich weibliche Geister auf die Brust des oder der Schlafenden setzten und ihm beziehungsweise ihr die Luft abdrückte. Durch diese Atemnot entstehen die angstbesetzten Träume, die Alpträume oder das „Alpdrücken“. Diese Geister hießen „mara“ und prägten den englischen Begriff „nightmare“ sowie den deutschen, veralteten Begriff des „Nachtmahrs“. Die Begriffe „Alptraum“ und „Albtraum“ werden seit der

letzten Rechtschreibreform synonym verwendet. Im Folgenden wird der Einheitlichkeit wegen jedoch nur der Begriff „Alptraum“ verwendet.

Alpträume sind den meisten Menschen zumindest aus ihrer Kindheit aus eigener Erfahrung her bekannt. Kinderalpträume handeln häufig von wilden Tieren oder Ungeheuern und gelten bis zu einem gewissen Grad als normales Phänomen. Auch im Erwachsenenalter sind Alpträume, die gelegentlich auftreten, nicht pathologisch. Trotzdem gibt es einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Allgemeinbevölkerung von rund fünf Prozent, der unter behandlungsbedürftigen Alpträumen leidet (Schredl, 1999). Bei Patienten mit psychischen Störungen sind die Inzidenzraten noch deutlich höher (vgl. Kapitel 2.5). In den letzten beiden Jahrzehnten wuchs das Interesse an der Behandlung von Alpträumen zunehmend, allerdings lag der Fokus dabei zumeist auf Patienten mit weiteren psychischen Störungen, insbesondere auf Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. Die Gruppe derjenigen Patienten, die primär unter (behandlungsbedürftigen) Alpträumen leidet, wurde weitgehend vernachlässigt.

2.1 Definition

Was genau ist nun ein Alptraum? Diese Frage kann man zunächst stellen, ohne sich im gleichen Schritt fragen zu müssen, ob es sich dabei um einen Alptraum im Sinne einer eigenständigen psychischen Störung handelt.

Ein allgemeines Lexikon schreibt hierzu: „[...] Albdruck heißen Gefühle der Angst und Beklemmung im Schlaf oder Halbschlaf, die Krankheitswert haben können und verstärkt bei seelischen Krisen und einschneidenden Entwicklungsphasen (Pubertät, Klimakterium) auftreten. Im Alptraum (Albtraum) können diese Gefühle als körperliche Bedrückung erlebt werden.“ (Brockhaus, 1986, S. 401). Mit anderen Definitionen gemeinsam hat die angeführte, dass Alpträume im Schlaf auftreten, mit Angst einhergehen und physisch erlebt werden. Auch ein möglicher Zusammenhang mit psychischen Stressoren wird häufiger vermutet (vgl. Abschnitt 3.5). Ergänzen lässt sich die Definition noch durch eine nähere Beschreibung der relevanten Schlafstadien, gerade sehr plastisch erlebte Alpträume treten meist im REM-Schlaf auf und führen in der Regel zum Erwachen. Alptrauminhalte werden in der Regel lebhaft erinnert, Betroffene sind nach dem Aufwachen rasch orientiert (American Psychiatric

Association, 2000). Schredl (1999) erweitert diese Definition um andere Qualitäten des negativen Affekts, Alpträume können demnach nicht nur Angst hervorrufen, sondern beispielsweise auch Ekel, Wut und andere negative Emotionen. Außerdem unterscheidet er zwischen Alpträumen, die zum Erwachen des oder der Träumenden führen von Angstträumen, die zwar mit negativen Emotionen einhergehen, aber eben nicht zum Erwachen führen.

Der hier vorliegenden Arbeit liegt eine Definition zugrunde, nach der es sich bei Alpträumen um Träume handelt, die einen starken negativen Affekt vorweisen und häufig zum Erwachen des oder der Träumenden führen. Dies wird aber nicht als notwendiges Kriterium angesehen (vgl. Abschnitte 2.2 und 18). Ob ein Patient von einem Alptraum erwacht oder in welcher Schlafphase er auftritt, ist für den subjektiv erlebten Leidensdruck unerheblich.

2.2 Klassifikation

Alpträume werden in den gängigen Klassifikationssystemen, der *International Classification of Diseases* in der zehnten Revision (ICD-10) sowie dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* in der vierten, überarbeiteten Revision (DSM-IV-TR) den *Parasomnien* zugeordnet. Bei den Parasomnien handelt es sich um die Untergruppe der Schlafstörungen, bei denen nicht eine Störung der Schlafmenge oder des Schlaf-Wach-Rhythmus im Vordergrund steht, sondern eine Störung der Schlafqualität. Im ICD-10 werden Alpträume im Kapitel F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ klassifiziert und mit der Nummer F51.5 kodiert (Dilling, Mombour & Schmidt, 1995). Analog finden sich die Alpträume im DSM-IV-TR im Kapitel Schlafstörungen im Unterkapitel Parasomnien, wo sie als *Schlafstörung mit Alpträumen*, kodiert mit der Ziffer 307.47, bezeichnet werden (American Psychiatric Association, 2000). Die jeweiligen diagnostischen Kriterien unterscheiden sich zwischen der ICD-10 und dem DSM-IV-TR nur geringfügig (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Alpträume nach ICD-10 bzw. DSM-IV-TR

	ICD-10	DSM-IV-TR
1.	Aufwachen aus dem Nachtschlaf oder nach kurzem Schlafen mit detaillierter und lebhafter Erinnerung an heftige Angstträume meistens mit Bedrohung des Lebens, der Sicherheit oder des Selbstwertgefühls. Das Aufwachen erfolgt dazu zeitunabhängig, typischerweise aber während der zweiten Hälfte des Nachtschlafes.	Wiederholtes Erwachen aus der Hauptschlafphase oder aus „Nickerchen“ mit detaillierter Erinnerung an ausgedehnte und extrem furchterregende Träume, die üblicherweise eine Bedrohung des Überlebens, der Sicherheit oder des Selbstwertes beinhalten. Im Allgemeinen tritt das Erwachen in der zweiten Hälfte der Schlafperiode auf.
2.	Nach dem Erwachen aus ängstigen Träumen wird die betroffene Person rasch orientiert und munter.	Die Person ist beim Erwachen aus dem furchterregenden Traum rasch orientiert und wach (im Gegensatz zur Verwirrung und Desorientiertheit beim Pavor Nocturnus oder bei einigen Formen der Epilepsie).
3.	Das Traumerlebnis und die Schlafstörung, die aus dem Aufwachen in Verbindung mit diesen Episoden resultiert, verursachen einen deutlichen Leidensdruck.	Die Traumerfahrung oder die durch das Erwachen bedingte Schlafstörung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen.
4.		Die Alpträume treten nicht ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung (z. B. Delir, Posttraumatische Belastungsstörung) auf und gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.

Das differenzierteste Klassifikationssystem für Schlafstörungen ist die *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)*, die 1990 erstmalig von der American Sleep Disorders Association (American Sleep Disorders Association) herausgegeben wurde. Sie liegt mittlerweile in einer zweiten, überarbeiteten Fassung vor (ICSD-2; American Sleep Disorders Association, 2005). Das ICSD-2 umfasst insgesamt acht Hauptgruppen, die sowohl über die Klassifizierung gemäß ICD-10 als auch DSM-IV-TR hinausreichen:

- (1) Insomnien
- (2) schlafbezogene Atmungsstörungen
- (3) Hypersomnien zentralen Ursprungs

- (4) Circadiane Rhythmusstörungen
- (5) Parasomnien
- (6) Schlafbezogene Bewegungsstörungen
- (7) isolierte Symptome, augenscheinlich normale Varianten und ungeklärte Probleme
- (8) andere Schlafstörungen

Die Parasomnien, denen auch die Alpträume zugeordnet werden, umfassen insgesamt elf Störungsbilder, die in 3 Unterkategorien aufgeteilt werden:

- (1) Arousal-Störungen (aus dem Non-REM-Schlaf), hierzu gehören Schlaftrunkenheit, Schlafwandeln und Pavor nocturnus
- (2) REM-Schlaf-gebundene Parasomnien, sie umfassen REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, wiederkehrende isolierte Schlaf lähmung und auch nächtliche Alpträume
- (3) andere Parasomnien, hierzu gehören schlafbezogene dissoziative Störung, schlafbezogene Enuresis, nächtliches Stöhnen, schlafbezogene Halluzinationen und schlafbezogene Essstörung

Nächtliche Alpträume, ebenfalls kodiert mit der Ziffer 307.47, werden definiert als: „Furchterregende Träume, die im REM-Schlaf auftreten und zum Aufwachen führen, im Gegensatz dazu tritt der Pavor nocturnus im Tiefschlaf auf und ist nicht mit einem Traum verbunden.“ Das ICSD findet vor allem in der Schlafforschung und Schlafmedizin Anwendung und ermöglicht eine sehr genaue Klassifikation und Kodierung schlafspezifischer und schlafassoziierter Symptome und Störungsbilder.

In den Diagnosekriterien des DSM-IV-TR wird darauf verwiesen, dass Alpträume nur als solche klassifiziert werden, wenn sie nicht ausschließlich die Folge einer anderen psychischen Störung sind. Dieses Kriterium ändert aber nichts daran, dass beispielsweise die im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftretenden Alpträume (posttraumatische Wiederholungen) Alpträume sind, auch wenn in diesem Fall die PTBS als übergeordnete Störung klassifiziert wird. Die Alpträume sind dann also kein eigenständiges Störungsbild, sondern werden als ein Symptom der übergeordneten Störung verstanden. Das Gleiche gilt, wenn als Ursache der Alpträume die Wirkung einer Substanz oder ein medizinischer Krankheitsfaktor vermutet wird. Das ICD-10 schließt bei Schlafstörungen generell das Vorliegen von organischen Ursachen aus. Ferner beschreibt es, dass es sich bei Schlafstörungen grund-

sätzlich auch um ein Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit handeln kann, selbst wenn klinisch das Bild einer spezifischen Schlafstörung besteht, das heißt, es können eine Reihe von zusätzlichen psychiatrischen oder körperlichen Faktoren zu ihrem Auftreten beitragen. Ob es sich bei der jeweiligen Schlafstörung um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, kann hier nur aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes, des Verlaufs sowie therapeutischer Überlegungen und Prioritäten entschieden werden. Eine eigene Diagnose soll dann gestellt werden, wenn es sich bei der Schlafstörung um eine der Hauptbeschwerden handelt. Darüber hinaus gibt es im ICD-10 für Alpträume im Speziellen keine Ausschlussdiagnosen oder Komorbiditäten, bei denen die Diagnose grundsätzlich nicht gestellt werden dürfte. Dennoch werden Alpträume in der psychotherapeutischen Praxis selten als eigenständiges Störungsbild angesehen und entsprechend klassifiziert.

Es ist auffällig, dass bei allen drei angeführten Klassifikationssystemen ausschließlich qualitative Kriterien zur Diagnosestellung herangezogen. Eine Aussage zu quantitativen Kriterien bleiben alle drei Systeme schuldig. Im DSM-IV-TR ist lediglich von „wiederholtem Erwachen“ die Rede.

Die entscheidenden, dieser Arbeit zugrunde liegenden Kriterien für Alpträume sind:

- Ein Alptraum führt in der Regel zum *Erwachen*, dies ist aber nicht zwingend der Fall.
- Nach dem Erwachen besteht eine *detaillierte Erinnerung* an den Trauminhalt, der/die Träumende ist unmittelbar nach dem Träumen voll orientiert.
- Das *Erleben* des Alptraums führt zu massiver Angst, Schuldgefühlen, Trauer, Ekel oder einer Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens.
- Der *Inhalt* eines Alptraums handelt in der Regel von der Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens nahestehender Personen durch Angriff, Verfolgung oder sonstige Formen der Ausübung körperlicher Gewalt, dem Erleben von Hilflosigkeit durch körperliche oder psychische Gewalt oder dem Beifügen von Gewalt oder Schädigung an anderen Personen durch den Träumenden selbst. Die Bedrohung kann dabei von Menschen, aber auch Tieren oder fiktiven Wesen ausgehen.

2.3 Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostisch sind Alpträume zunächst von anderen Parasomnieformen abzugrenzen. Wichtig ist hier insbesondere die Abgrenzung zum *Pavor nocturnus* und zum *Schlafwandeln*. Auszuschließen ist ebenfalls, dass die Alpträume im Rahmen einer Medikamenteneinnahme, eines Substanzabusus oder einer somatischen Erkrankung entstanden sind. Des Weiteren ist differentialdiagnostisch abzuklären, inwieweit es sich bei den beobachteten Alpträumen um eine eigenständige Störung handelt, oder ob sie als Symptom einer anderen psychischen Störung (z. B. PTBS) zu werten sind (vgl. auch Kapitel 2.2). Schließlich besteht eine Reihe von typischen Komorbiditäten von Alpträumen mit anderen psychischen Störungen, auf die in den Kapiteln 2.5 und 4 näher eingegangen wird.

Abgrenzung vom Pavor nocturnus

Beim *Pavor nocturnus*, auch Nachtschreck genannt, handelt es sich im Gegensatz zu den Alpträumen um ein Erwachen aus dem Tiefschlaf, das durch eine massive körperliche Erregung verursacht wird. Eine Erinnerung an mögliche Traumhalte ist in der Regel nicht möglich, während beim Alptraum definitionsgemäß eine detaillierte Erinnerung an den Trauminhalt besteht. Die Betroffenen sind meist Kinder, die typischerweise mit einem lauten Schrei aufschrecken und zunächst nicht oder nur unzureichend orientiert sind. Der Alpträumer oder die Alpträumerin hingegen erwacht in der Regel angstvoll aber still und ist nach kürzester Zeit voll orientiert. Die vegetative Erregung beim *Pavor nocturnus* ist extrem und deutlich sichtbar, so sind die Betroffenen schweißgebadet, haben vergrößerte Pupillen (Mydriasis) und leiden unter einer deutlich erhöhten Herz- (Tachykardie) und Atemfrequenz (Tachypnoe). Ein Mensch im *Pavor nocturnus* ist kaum zu beruhigen oder zu trösten. Die Tatsache, dass der *Pavor nocturnus* im Gegensatz zu Alpträumen im Tiefschlaf und damit im Non-REM-Schlaf auftritt, kann möglicherweise auch erklären, warum im *Pavor nocturnus* so eine schwache Traumerinnerung besteht. Früher wurde der *Pavor nocturnus* auch als Non-REM-Alptraum bezeichnet, im Gegensatz zum typischen REM-Alptraum (Strunz, 1987). Die Diagnosekriterien für *Pavor nocturnus* nach ICD-10 (F51.4) und DSM-IV-TR (307.46) sind relativ ähnlich.

Abgrenzung vom Schlafwandeln

Das Schlafwandeln (Somnambulismus) ist mit dem Pavor nocturnus näher verwandt als mit Alpträumen. Dieses Phänomen tritt ebenfalls im Tiefschlaf auf und zeichnet sich dadurch aus, dass der oder die Betroffene während des Schlafs das Bett verlässt und umhergeht. Im Gegensatz zum Pavor nocturnus und zum Alptraum findet kein Erwachen statt, im Gegenteil sind die Betroffenen in der Regel schwer erweckbar und kaum ansprechbar. Ähnlich wie beim Pavor nocturnus bestehen nach dem Erwachen keine oder kaum Erinnerungen an mögliche Traumhalte. Ängstigende oder erschreckende Traumhalte können beim Schlafwandeln oft nur vermutet werden, auch wenn es manchmal Hinweise dafür gibt, dass der oder die Schlafwandelnde vor einer Person oder einem Ereignis zu fliehen scheint. Schlafwandeln kann als dem Pavor nocturnus sehr nahe verwandt angesehen werden, wenn man davon ausgeht, dass bei ersterem der Trauminhalt weniger bedrohlich ist, sodass es zu keinem Erwachen kommt und die motorische Komponente des Traums dominiert. Die Nähe zwischen Pavor nocturnus und Schlafwandeln zeigt sich auch in der DSM-IV Klassifikation, wo beide Störungen dieselbe Kodierung haben. Im Gegensatz zur ausgeprägten motorischen Aktivität beim Schlafwandeln kommt es bei Alpträumen zu keiner Körperbewegung, obwohl im Traum oft intensive motorische Handlungen wie wegrennen, um sich schlagen oder ähnliches erlebt werden. Zurückführen lässt sich dies darauf, dass Alpträume in der Regel im REM-Schlaf auftreten, in dieser Schlafphase kommt es zu einer Suppression der muskulären Aktivität (Rechtschaffen & Kales, 1968). Durch die Inhibition der quergestreiften Muskulatur wird ein Ausagieren der Träume während des REM-Schlafs und damit eine Gefährdung des oder der Träumenden sowie seiner beziehungsweise ihrer Umwelt unterbunden. Die Diagnosekriterien für Schlafwandeln nach ICD-10 (F51.3) und DSM-IV-TR (Schlafstörung mit Schlafwandeln, 307.46) sind einander sehr ähnlich.

Abgrenzung von anderen Parasomnien

Abgesehen von den bereits beschriebenen Parasomnien Pavor nocturnus und Schlafwandeln gibt es auch weitere, seltenere Parasomnieformen, die von Alpträumen differentialdiagnostisch abzugrenzen sind. Hierzu sind vor allem die REM-Schlaf-Verhaltensstörung und die Schlafparalyse zu nennen.

Bei der *REM-Schlaf-Verhaltensstörung* zeigen die Betroffenen oft massive motorische Unruhe und Aktivität während des REM-Schlafs (z. B. um sich schlagen oder den Bettpartner würgen). Die Erkrankung beruht auf einem Wegfall der normalerweise während der REM-Phasen bestehenden schlaffen Lähmung der Willkürmuskulatur (American Sleep Disorders Association, 2005). Nach dem Erwecken ist eine lebhaftere Erinnerung an einen in der Regel bedrohlichen Traum gegeben. Diese Diagnose sollte dann gestellt werden, wenn die motorische Aktivität sehr ausgeprägt ist und das Alptrauerleben dominiert. Auch bei dieser Störung kann eine Behandlung des Alptraums angezeigt sein.

Bei der *Schlafparalyse* tritt eine Unfähigkeit auf, willkürliche Bewegungen während des Übergangs zwischen wach Sein und Schlafen auszuführen. Die Erschlaffung der Muskeln ist vergleichbar mit der während des REM-Schlafs. Diese Gelähmtheit ruft meist extreme Angst hervor. (Conesa, 1995). Die Schlafparalyse kann sowohl beim Übergang zum Einschlafen (hypnagog) als auch beim Übergang vom Schlafen zum Aufwachen (hynopomp) auftreten. Dieser Zustand kann fälschlicherweise als Alptraum interpretiert werden.

Weitere Schlafstörungen, von denen Alpträume zu unterscheiden sind, sind die Atmungsgebundene Schlafstörungen, die Narkolepsie und die Substanzinduzierte Schlafstörung.

Die *Atmungsgebundenen Schlafstörungen* sind durch Schlafunterbrechungen gekennzeichnet, die aufgrund schlafgebundener Atmungserkrankungen (z. B. Schlaf-Apnoe-Syndrom) auftreten. Bei der Schlaf-Apnoe kommt es häufig zu Atempausen oder Atemstillstand von bis zu 90 Sekunden Dauer, die zum Erleben von Angst oder Panik und Erstickungsgefühlen sowie einer erhöhten physiologischen Erregung führen können (American Sleep Disorders Association, 2005). Dieses Erleben kann von den Betroffenen als Alptraum fehlinterpretiert werden.

Bei der *Narkolepsie* tritt in erster Linie eine übermäßige Schläfrigkeit auf, die oft zum unwillkürlichen Einschlafen führt. Man unterscheidet die Narkolepsie ohne Kataplexie von der Narkolepsie mit Kataplexie, dabei handelt es sich um einen plötzlichen Muskeltonusverlust bei intensiven Gemütsregungen. Außerdem treten minutenlange Lähmungen nach dem Aufwachen (Schlaf lähmungen) und halluzinatorische Erlebnisse beim Einschlafen (hypnagoge Halluzinationen) auf (American Sleep Disorders Association, 2005). Diese hypnagogen Hallu-

zinationen können traumartigen oder alptraumartigen Charakter annehmen, sind aber von den Alpträumen im nächtlichen REM-Schlaf zu unterscheiden.

Von einer *Substanzinduzierten Schlafstörung* spricht man, wenn eine ausgeprägte Schlafstörung vorliegt, die als direkte Folge der Einnahme einer Substanz (Droge, Medikament) anzusehen ist. Typisch sind hier vor allem Insomnien und Hypersomnien, es können aber auch Parasomnien auftreten (American Psychiatric Association, 2000). Vor allem beim Entzug bestimmter Substanzen (Alkohol, Benzodiazepine) kommt es üblicherweise zu einem „REM-Rebound“, also einer Zunahme von REM-Schlaf gleich nach dem Einschlafen, was mit vermehrten Alpträumen einhergehen kann.

2.4 Erscheinungsformen der Alpträume

Die verschiedenen Alptraumformen können nach verschiedenen Aspekten unterschieden werden. Grundsätzlich kann man zunächst idiopathische von posttraumatischen Alpträumen unterscheiden. Darüber hinaus unterscheidet man bezüglich der Auftretenshäufigkeit zwischen gelegentlichen sowie häufigen Alpträumen sowie hinsichtlich der Störungsdauer wird zwischen akuten und chronischen Alpträumen. Als weiteres Merkmal neben Häufigkeit und Störungsdauer ließe sich noch die Alptraumschwere oder -intensität nennen. Schließlich kann die Erscheinungsform von Alpträumen hinsichtlich des Kontextes ihres Auftretens unterschieden werden: Alpträume können isoliert auftreten oder im Gefolge anderer psychischer oder somatischer Störungen.

Idiopathische vs. posttraumatische Alpträume

Inzwischen gibt es deutliche Hinweise, dass die „eigentlichen Alpträume“ sich von den *posttraumatischen Alpträumen* in mehreren Merkmalen unterscheiden. Zur besseren Abgrenzung von den posttraumatischen Alpträumen werden die anderen („normalen“) Alpträume auch als *idiopathische Alpträume* bezeichnet. Dieser Ausdruck wird im Folgenden jedoch nur dann verwendet, wenn explizit die Differenzierung zu den posttraumatischen Wiederholungen relevant ist.

Idiopathische Alpträume treten in der Regel im letzten Drittel des Nachtschlafs auf. Dieser Schlaf zeichnet sich durch das Vorherrschen von langen REM-Schlaf-Episoden aus (Rechtschaffen & Kales, 1968). Idiopathische Alpträume sind folglich ein Phänomen des REM-Schlafs, wie es eine Reihe der Alptraumdefinitionen beschreiben. Auch wenn bekannt ist, dass in allen Schlafphasen geträumt wird, so sind Träume in der REM-Phase besonders bildhaft und damit plastisch, die Traumerinnerungsrate ist besonders hoch und es besteht eine leichte Erweckbarkeit. Ursächlich dafür ist die hohe Aktivität des Gehirns im REM-Schlaf, der darum auch paradoxer Schlaf genannt wird. Die Annahme, dass ein vermehrtes Auftreten von REM-Schlaf mit einem gehäuften Auftreten von Alpträumen einhergeht, wird dadurch gestützt, dass bei Kindern mehr REM-Schlaf beobachtbar ist und sie zugleich häufiger Alpträume haben. Aber auch Erwachsene mit einer erhöhten REM-Dichte des Schlafs, wie es etwa bei Depressiven (Holsboer, Gründer & Benkert, 2007) oder kreativen und geistig tätigen Personen der Fall ist (Walker, Liston, Hobson & Stickgold, 2002), haben vermehrt Alpträume (vgl. Kapitel 2.5). Allerdings kann hier nicht ohne Weiteres eine monokausale, lineare Funktion angenommen werden, da das Auftreten von Alpträumen durch mehr als einen Faktor bestimmt wird.

Posttraumatische Alpträume unterscheiden sich von idiopathischen Alpträumen insofern, als dass sie nicht primär im REM-Schlaf auftreten (Davis, 2009). Traumatisierte Patienten mit Alpträumen haben eine erhöhte REM-Latenz und mehr Erregung (*Arousal*), als solche ohne Alpträume. 84 % dieser Alpträume treten in der Non-REM-Phase auf, 50 % davon in der zweiten Schlafphase (ebd.). Weiter geht Davis davon aus, dass der verzögerte REM-Schlaf als Schutzmechanismus zu verstehen ist. So soll der Non-REM-Schlaf den oder die Träumende/n davor bewahren, die schlechten Träume erleben zu müssen. Inhaltlich ging man zunächst davon aus, dass posttraumatische Alpträume eine exakte Wiederholung des erlebten Traumas sein müssten, es ist allerdings auch eine Variation möglich. Die Alptraueminhalte hängen insbesondere zusammen mit sogenannten "*stuck points*" oder "*hot spots*", Aspekten des Traumas, die für den oder die Träumende/n schwer zu verarbeiten sind. Auch Alpträume, deren Handlung wenig mit dem traumatischen Erlebnis zu tun haben, können damit assoziiert sein (ebd.). Demzufolge ist es häufig schwierig, bei traumatisierten Patienten überhaupt zwischen idiopathischen Alpträumen – die hier grundsätzlich ebenfalls auftreten können – und posttraumatischen Alpträumen zu differenzieren. Spoormaker (2008) stellt diese Unterschiede ebenfalls fest, betont jedoch zugleich, dass eine Überbewertung der Unterschiede

unangemessen wäre. Es gäbe mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen beiden Alptraumformen. Beide bestehen aus konsistenten visuellen (Traum-)Halluzinationen, haben (in der Regel) eine wiederkehrende Handlung, vergleichbare begleitende Gefühle und sie zeigen die gleiche Reaktion auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung (Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1995; Krakow, Johnsten, Meledrez, Hollifield, Warner, Chavez-Kennedy, & Herlan, 2001; Spoomaker, 2008).

Auftretenshäufigkeit

Auch wenn von den gängigen Diagnosesystemen keine quantitativen Kriterien spezifiziert werden, können das Auftreten der Alpträume und die damit einhergehende Belastung für die Betroffenen anhand der Auftretensfrequenz und der Störungsdauer beschrieben werden. Dabei wird die Auftretenshäufigkeit in der Regel retrospektiv eingeschätzt. Im Allgemeinen wird zwischen gelegentlichen Alpträumern (weniger als zwölf Alpträume pro Jahr) und häufigen Alpträumern (mehr als zwölf Alpträumen pro Jahr) unterschieden (Belicki, 1992). In vielen Untersuchungen, insbesondere aber für eine Therapieindikation, wird häufig ein strengeres Kriterium angewandt, welches von mindestens einem Alptraum pro Woche ausgeht (Levin & Fireman, 2002). Häufigkeit und Verlauf der Alpträume sind sehr individuell. Manchmal wird über mehrere Alpträume pro Woche oder gar pro Nacht berichtet, manchmal treten Alpträume über mehrere Wochen oder Monate gar nicht mehr auf.

Störungsdauer

Was die Störungsdauer betrifft, so können Alpträume über Jahre und Jahrzehnte bestehen bleiben. Wenn die Alpträume länger als ein halbes Jahr auftreten, bezeichnet man sie als chronisch, bei einer Auftretensdauer unter einem halben Jahr werden sie als akut bezeichnet (Krakow, Kellner et al., 1995).

Alptraumschwere

Die Alptraumschwere wird im Allgemeinen über den Leidensdruck operationalisiert, der durch die Alpträume erzeugt wird. Dabei hat sich empirisch eindeutig ergeben, dass der durch die Alpträume hervorgerufene Leidensdruck mit der Alptraumhäufigkeit nur schwach

korreliert ist. Die erlebte Alptraumintensität scheint viel eher mit den Persönlichkeitsmerkmalen in Zusammenhang zu stehen (Pietrowsky & Köthe, 2003).

Kontext der Alpträume

Von *isoliert auftretenden Alpträumen* spricht man, wenn die betroffene Person unter Alpträumen leidet, diese in der Regel häufig und schon seit längerer Zeit auftreten aber sonst keine weiteren psychischen oder körperlichen Störungen vorhanden sind, die das Auftreten der Alpträume erklären könnten. Im Allgemeinen sind die betreffenden Personen nicht oder allenfalls gering in ihren sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt. Sie haben jedoch oft Angst vor dem Einschlafen, weil sie befürchten, es könnte wieder ein Alptraum auftreten oder sie machen sie Sorgen, ob mit ihnen „etwas nicht in Ordnung“ sei. Die Betroffenen haben keine klinisch relevante Störung und die im Alptraum auftretende Bedrohung nie als tatsächliches Trauma erlebt.

2.5 Epidemiologie und Verlauf

Die epidemiologischen Angaben über die Prävalenz von Alpträumen variieren je nach Untersuchung, ursächlich hierfür sind vermutlich vor allem unterschiedliche Messmethoden und Stichproben. Eine aktuelle Übersichtsarbeit über Studien zur Alptraumprävalenz (Spoormaker, Schredl & von den Bout, 2006) zeigt, dass die Prävalenzraten für die erwachsene Allgemeinbevölkerung zwischen einem und acht Prozent liegen. Eine mittlere Prävalenzrate von fünf Prozent für das wiederholte Auftreten von Alpträumen scheint in diesem Zusammenhang ein realistischer Wert zu sein, der mehrfach in verschiedenen Ländern repliziert werden konnte (Bixler, Kales, Soldatos, Kales & Healey, 1979; Janson et al., 1995; Ohayon, Morselli & Guilleminault, 1997; Stepansky, Holzinger, Schmeiser-Rieder, Saletu, Kunze & Zeitlhofer, 1998). Bei klinischen Stichproben sind die Prävalenzraten für Alpträume ebenfalls erhöht (Krakow & Zadra, 2006; Ohayon et al., 1997; Taskanen, Tuomilehto, Viinamaki, Vartiainen, Lehtonen & Puska, 2001). Insbesondere betroffen sind Patienten mit Depressionen, Angststörungen (Ohayon et al., 1997), Substanzmissbrauch (Cernovsky, 1984) und Schizophrenie-Spektrum-Störungen (Levin & Fireman, 2002). Auch Patienten mit anderen Schlafstörungen wie Insomnien weisen eine erhöhte Prävalenzrate für Alpträume auf (Kra-

low, Tandberg, Scriggins & Barey, 1995; Levin & Nielsen, 2007). Wenig überraschend sind die hohen Prävalenzraten bei Posttraumatischen Belastungsstörungen im Speziellen (Krakow, Schrader, Tandberg, Hollifield, Koss, Yau & Cheng, 2002) und Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, im Allgemeinen (Barrett, 1996; Low, Dyster-Aas, Willebrand, Kildal, Gerdin & Ekselius, 2003). Davis (2009) fasst zusammen, dass hier die Prävalenzrate je nach Stichprobe zwischen 19 % und 94 % liegt. Auch bei Borderline Persönlichkeitsstörungen (Claridge, Davis, Bellhouse & Kaptein, 1998; Simor, Csóka, & Bódizs, 2010) und dissoziativen Störungen (Agaragün, Hayrettin, Özer, Yavuz, Kiran & Özer, 2003) sind Alpträume häufig. Darüber hinaus besteht ein linearer Zusammenhang zwischen Alptraumfrequenz und Suizidgefahr in der Allgemeinbevölkerung (Taskanen et al., 2001) und bei Depressiven, insbesondere bei depressiven Frauen (Agaragün, Cilli, Kara, Tarhan, Kincir & Oz, 1998). Trotz der nicht geringen Prävalenzraten ist die Rate derer, die aufgrund ihrer Alpträume Hilfe suchen, gering (Schredl, 1999).

Auch im Zusammenhang mit *körperlichen Erkrankungen* können Alpträume gehäuft auftreten. So ist allgemein bekannt, dass z. B. unter Fieber sehr häufig Alpträume auftreten (*Fieberträume*). Ebenso treten oft vor und auch nach einer großen Operation (z. B. Organtransplantation) gehäuft Alpträume auf, in denen sich vermutlich die Sorgen um den Erfolg der Operation und der eigenen Gesundheit widerspiegeln. Ebenso können *Drogen* oder *Medikamente* zum Auftreten von Alpträumen führen, wie z. B. Amphetamine, Kokain, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder Beta-Blocker.

Differentielle Einflussfaktoren auf die Alptraumhäufigkeit sind vor allem das Geschlecht und die Art der Berufstätigkeit. Im Allgemeinen berichten Frauen deutlich mehr Alpträume als Männer (Klink & Quan, 1987; Ohayon et al., 1997; Stepansky et al., 1998; Levin & Fireman, 2002). Allerdings könnte dies auch auf soziale Aspekte zurückzuführen sein, durch die Männer weniger bereit sind, von solchen Erlebnissen zu berichten (Hartmann, 1984). In einer aktuellen und umfangreichen Internet-Befragung stellte sich heraus, dass die Alptraumhäufigkeit bei Frauen bis zu einem Alter von 20-29 Jahren zunächst zunimmt und dann bis zu einem Alter von 50-59 Jahren stetig sinkt, anschließend kommt es nicht mehr zu signifikanten Veränderungen. Bei Männern lässt sich dieser Anstieg nicht finden, die Alptraumhäufigkeit ist zunächst stabil, nimmt zwischen den Altersspannen 30-39 und 40-49 Jahren ab und stabilisiert sich danach wieder (Nielsen, Stenstrom & Levin, 2006).

Die berufliche Tätigkeit hat insofern Einfluss auf die Alptrauhäufigkeit, als Alpträume etwa von Studierenden signifikant häufiger berichtet werden als von gleichaltrigen nicht Studierenden (Levin, 1994). Ebenso berichten Personen, die künstlerisch oder kreativ tätig sind, mehr Alpträume als Menschen, die das nicht sind. So haben beispielsweise Kunststudentinnen und -studenten mehr Alpträume als Studierende einer naturwissenschaftlichen Fachrichtung (Belicki & Belicki, 1982). Die Vermutung liegt nahe, dass nicht die Berufstätigkeit als solche die Alptrauhäufigkeit beeinflusst, sondern dass dieser Effekt durch Persönlichkeits- oder andere Faktoren zumindest mitbestimmt wird. Ferner lässt sich vermuten, dass Personen mit einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur auch eher bestimmten Berufen nachgehen. Auf die Rolle von Persönlichkeitsfaktoren für die Entstehung von Alpträumen wird in Kapitel 3.4 ausführlich eingegangen.

Die Alptrauhäufigkeit bei Kindern ist sehr hoch und geht nach der Pubertät und Adoleszenz deutlich zurück. 70-90 % der Erwachsenen geben an, sich an Alpträume in ihrer Kindheit zu erinnern (Schredl, 1999). Die Prävalenz von Alpträumen ist bei Kindern zwischen sechs und zehn Jahren am höchsten, wobei Mädchen etwa ab dem Alter von zehn Jahren öfter unter Alpträumen leiden als Jungen (Schredl & Pallmer, 1998). Allerdings gelten Alpträume bei Kindern in der Regel nicht als pathologisch. Im Erwachsenenalter nimmt die Alptrauhäufigkeit mit zunehmendem Lebensalter weiter ab und im hohen Erwachsenenalter treten Alpträume bei ansonsten gesunden Personen sehr selten auf (Schredl, 1999).

Der *Verlauf* der Alpträume ist dadurch gekennzeichnet, dass sie in mehr als der Hälfte der Fälle vor dem 10. Lebensjahr beginnen, in mehr als zwei Drittel der Fälle vor dem 20. Lebensjahr. Der Verlauf der Alpträume im Kindesalter ist meist günstig und es bestehen in der Regel keine zusätzlichen psychopathologischen Auffälligkeiten (Thünker & Pietrowsky, 2010). Alpträume im Kindesalter stellen in der Regel eine normale Phase emotionaler Entwicklung dar. Ein erstmaliges Auftreten von Alpträumen im Erwachsenenalter ist eher die Ausnahme. Daher nimmt der Verlauf von Alpträumen über die Lebensspanne hin ab. Dies scheint vor allem für die gelegentlichen Alpträume (weniger als zwölf Alpträume pro Jahr) zuzutreffen. Häufige Alpträume (mehr als zwölf Alpträume pro Jahr) hingegen persistieren eher. Betroffene berichten oft darüber, dass häufige Alpträume über Jahre und Jahrzehnte bestehen bleiben und die Alptrauhäufigkeit oft sogar noch zunimmt. Häufigkeit und Verlauf der Alpträume sind sehr individuell. Manchmal wird über mehrere Alpträume pro Woche oder

gar pro Nacht berichtet, manchmal treten Alpträume über mehrere Wochen oder Monate gar nicht mehr auf. Alpträume im Erwachsenenalter haben oft die Tendenz, zu chronifizieren (ebd.). In der psychotherapeutischen Praxis dürften akute Alpträume (Störungsdauer kürzer als ein halbes Jahr) seltener zu beobachten sein, da oft erst ihre Chronifizierung zu einem erhöhten Leidensdruck führt, der die Patienten eine Therapeutin aufsuchen lässt.

3 Ätiologiemodelle von Alpträumen

Seit jeher haben sich die Menschen Gedanken darüber gemacht, wie es zu den angstvollen Träumen kommt und warum manche Menschen besonders häufig unter Alpträumen leiden. Im griechischen Altertum galten Alpträume von Pan geschickt, der den Schläfer durch seine Bocksgestalt oder die Schläferin durch Beischlafwünsche erschreckte. Damit galten in der griechische Antike, ebenso wie im europäischen Mittelalter bis in die Neuzeit hinein, Alpträume als Ausdruck von als Incubi und Succubi agierende Dämonen, die unter dem Deckmantel sexueller Verführung dem Schläfer Unheil brachten (Strunz, 1987). Bis Mitte des 20. Jahrhunderts hinein wurden somatische Zustände als Hauptverursacher von Alpträumen genannt: ein Übermaß eines der vier Körpersäfte (Blut, weiße und schwarze Galle, Schleim), Diätfehler, gastroenterologische Störungen, ein überladener Magen, toxische oder periphere Reize aus Trinkgelagen, bestimmte Schlafpositionen und Bettunterlagen (Strunz, 1987). Der Glaube, dass Geister in den Körper des Schlafenden eindringen und Träume verursachen ist noch heute in vielen Kulturen der Welt existent. Erst mit dem Aufkommen der Psychoanalyse und der naturwissenschaftlichen Schlafforschung haben somatische Erklärungen für die Entstehung von Träumen (vgl. auch Kapitel 1.3) und Alpträumen deutlich abgenommen beziehungsweise sind ganz verschwunden.

3.1 Psychoanalytische Theorien

Mit dem Aufkommen der Psychoanalyse wurden erstmals psychologische Ursachen anstelle von abergläubischen Vorstellungen (Dämonen) oder somatischen Ursachen für das Auftreten der Alpträume angenommen. Sigmund Freud beschrieb den Traum als „Hüter des Schlafes“ (Freud, 1989), der das Ich vor Überforderung durch die Inhalte des Unterbewusst-

seins schützen sollte (vgl. Kapitel 1.3). Allerdings tat sich dieser Erklärungssatz schwer, auch Alpträume zu erklären, da diese ja gerade nicht den Schlaf schützen, sondern den oder die Schlafende/n erwecken. Freud versuchte dieses Dilemma zu lösen, indem er Angst- und Strafträume in späteren Schriften zwar weiterhin der Wunscherfüllung unterordnete, aber nicht der Wunscherfüllung libidinöser Es-Impulse, sondern der Erfüllung übergeordneter strafender Wünsche des Über-Ichs (Freud, 1916/17).

Die Erklärungsansätze von Jung (1928) und Ferenczi (1934) spiegeln eine Weiterentwicklung des psychoanalytischen Erklärungsmodells für Alpträume wider. Alpträumen wird hier die Funktion zugeschrieben, problemlösend zu wirken. Nach Ferenczi (1934) ist jeder Traum, auch der Alptraum, der Versuch, traumatische Erlebnisse einer besseren psychischen Bewältigung zuzuführen. Jung versteht den Traum als Mittel zur psychologischen Selbststeuerung mit kompensatorischer Wirkung (*Komplementärhypothese*, vgl. Kapitel 1.3). Der Alptraum kompensiert einseitige Bewusstseinslagen und Persönlichkeitsteile, die vom Träumer im Wachleben verdrängt und verleugnet werden. Eine kompensatorische Funktion wurde den Alpträumen im Verlauf auch noch von anderen Theoretikern zugeschrieben, wie man im nächsten Abschnitt sehen wird.

3.2 Kognitiv-behaviorale Theorien

Verschiedene kognitiv-behavioral ausgerichtete Theorien versuchen die Existenz und Funktion von Träumen, und damit auch von Alpträumen, zu erklären. Die drei wichtigsten Erklärungsansätze, die Kontinuitätshypothese, die Kompensationshypothese und die Mastery-Hypothese wurden bereits im Abschnitt 1.3 allgemein eingeführt. Daran anschließend liegt der Fokus der folgenden Ausführungen auf ihrem Beitrag zur Erklärung der Entstehung von Alpträumen.

Die *Kontinuitätshypothese* geht davon aus, dass das Traumgeschehen eine kontinuierliche Fortsetzung des Wachleben und Wacherlebens ist (Domhoff, 1996). Im Fall eines Alptraums würde dies heißen, dass sich Ängste und Befürchtungen aus dem Wacherleben, beispielsweise eine Prüfung nicht zu bestehen, im Traum widerspiegeln.

Dem gegenüber steht die *Kompensationshypothese* (auch Komplementärhypothese), die besagt, dass Träume dazu dienen, Belastungen des Wachzustands zu kompensieren (De Ko-

ninck & Koulack, 1975). Diese Theorie tut sich mit der Erklärung von Alpträumen schwer, es sei denn, sie betrachtet die kompensatorische Funktion von Alpträumen im Sinne Jungs als Bewusstwerdung verdrängter oder bedrohlicher Persönlichkeitsanteile (vgl. Kapitel 1.3 und vorangegangener Abschnitt). Außerdem muss nach Jung die Komplementarität nicht ausschließlich so gesehen werden, dass ein pessimistischer Mensch nur angenehme Träume hat, im Sinne der Kompensationsfunktion könnten Träume auch übertrieben negativ sein, um der entsprechenden Person ihre einseitige Wacheinstellung bewusst zu machen. Die empirische Prüfung dieser Hypothese ist demzufolge sehr komplex (Schredl, 1999).

Die *Mastery-Hypothese* ihrerseits geht davon aus, dass belastende Ereignisse in den Träumen auftreten, um so besser verarbeitet zu werden (Breger et al., 1971; De Koninck & Koulack, 1975). Dieser Ansatz wird explizit aufgegriffen in Erklärungsmodellen, die dem Traum eine therapeutische Funktion zuschreiben (Cartwright, 1991; Greenberg, Pillard & Pearlman, 1972; Wright & Koulack, 1987) indem, gemäß der Kontinuitätshypothese, die adaptive Funktion der Träume dazu verhilft, Probleme der Realität zu lösen beziehungsweise zu deren Lösung beizutragen. Gemäß dieser Theorienfamilie unterstützen Alpträume die Betroffenen dabei zu lernen, mit bestehenden Ängsten besser umzugehen oder Lösungs- und Verhaltensalternativen für bedrohliche Situation zu durchleben, durchzudenken und durchzuspielen.

Über diese drei etablierten Hypothesen hinaus nutzen Krakow und Kollegen (Krakow, Hollifield et al., 2001) die Termini der klassischen Verhaltenstherapie, um in einem weiteren kognitiv-behavioralen Modell die Entstehung von Alpträumen zu erklären. Demnach handelt es sich bei Alpträumen um aversive (*“noxious”*) konditionierte Stimuli, die eine konditionierte Reaktion (zum Beispiel Aufwachen) auslösen, um unangenehme Gefühle zu vermeiden (negative Verstärkung, *Cf.*). Die durch den Traum verursachte Erregung verstärkt den Glauben (*“belief”*), dass die einzige Möglichkeit, den Stimulus abzumildern, ist, nicht zu schlafen. Durch diesen Prozess entsteht das Schema eines nicht sichern Schlafumfeldes. Dieses wird dadurch aufrecht erhalten, dass der Alptraum als stabil (*„fixed“*) angesehen wird. Der Alptraum erfüllt dabei eine Erinnerungsfunktion an die traumatische Erfahrung.

Spoormaker (2008) postuliert ein komplexes Modell für wiederkehrende Alpträume, einen Überblick über dieses umfangreiche Modell gibt Abbildung 1. Dieses Modell unterscheidet nicht zwischen idiopathischen versus posttraumatischen Alpträumen. Spoormaker geht zu-

nächst von der Annahme aus, dass jeder wiederkehrende Alptraum im Gedächtnis in Form eines *Skriptes* verankert ist. Diese Traumerinnerungen sind schlecht im autobiographischen Gedächtnis verankert, dafür sind sie stark mit negativen Emotionen besetzt und werden unmittelbar nach dem Auftreten sowie tagsüber in Gedanken wiederholt. Treten im Traum nun ängstigende Elemente auf, oder Elemente, die dem Alptraumskript ähneln, wird dieses Skript aufgrund des hohen *“visual mode“* im REM-Schlaf aktiviert. Durch diese Wiederholung wird das Alptraumskript verstärkt. Dieser Prozess wird von der emotionalen Intensität des jeweiligen Alptraums moderiert. Der Stress, der durch die Alpträume ausgelöst wird, wird seinerseits durch Persönlichkeitsfaktoren wie Neurotizismus beeinflusst. Die wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen Traumelementen und dem Alptraumskript wird durch den Interpretationsbias (dieser wiederum durch Persönlichkeitsfaktoren wie Zustandsängstlichkeit) und die Verfügbarkeit des Skripts beeinflusst. Eine Normalisierung und Integration des Skripts wird durch verschiedene kognitive sowie behaviorale Prozesse, insbesondere durch kognitive Vermeidung, verhindert.

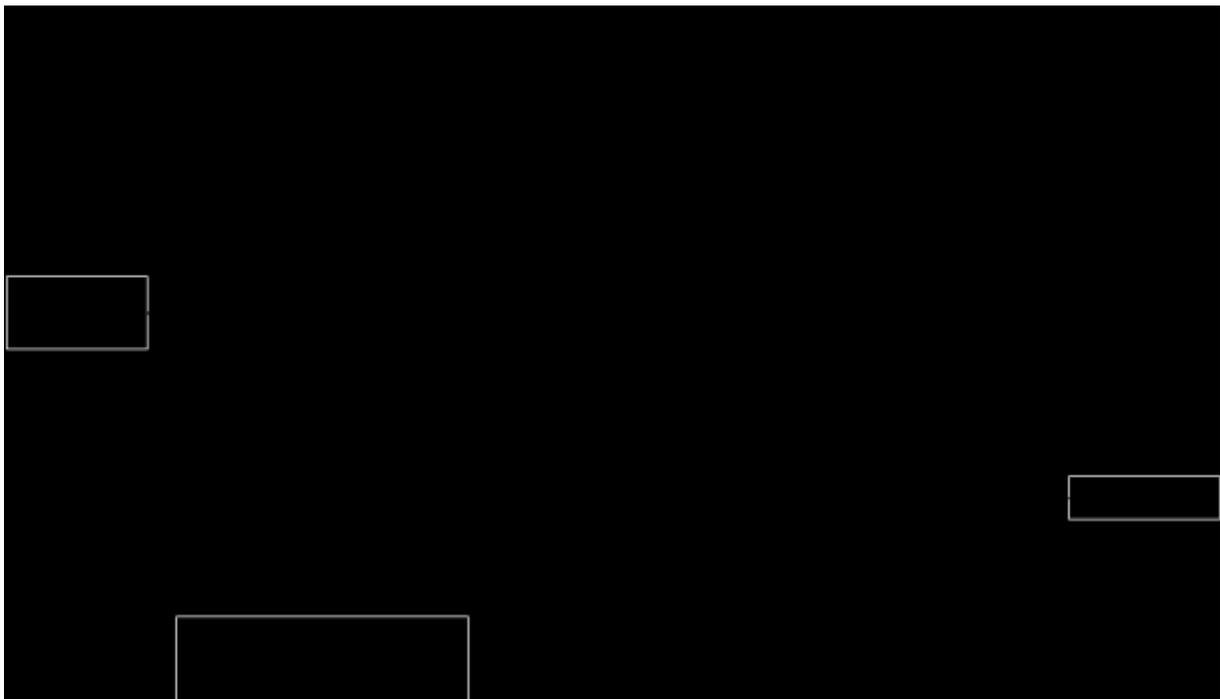


Abbildung 1: Kognitiv-behaviorales Modell nach Spoormaker (2008)

Das von Spormaker (2008) postulierte Modell ist in sich konsistent, es werden viele Aspekte integriert. Wenig hilfreich ist es jedoch bei der Erklärung von – insbesondere idiopathischen – Alpträumen, die nicht wiederkehrend sind. Diese lassen sich mit dem beschriebenen Modell ausschließlich unter der Vorabannahme einer umfassenden Variabilität der Träume, z.B. in Form von unterschiedlichen Traumumgebungen, erklären. Die so angenommene hohe Variabilität müsste daran anschließend durch das Vorhandensein mehrerer Alpträumskripte erklärt werden.

3.3 Neurophysiologische und neurokognitive Theorien

Träume und Alpträume finden überwiegend im REM-Schlaf statt. Da der REM-Schlaf durch die Aktivität cholinergischer Neurone und die Hemmung noradrenerger und serotonerger Neurone (die im Non-REM Schlaf vorherrschen) induziert wird (Birbaumer & Schmidt, 2003), kann cholinerge Aktivität als traumauslösend oder traumverstärkend angenommen werden. Dopamin scheint für die Entstehung von Alpträumen eine bedeutende Rolle zu spielen, da der Inhalt von Träumen durch die Gabe von Dopaminagonisten charakteristisch verändert wird: Die Träume werden lebhafter, emotionaler, detaillierter und insgesamt alpträumähnlicher (Baerde, 1994; Hartmann, 1984). Dieser Zusammenhang würde auch erklären, warum schizophrene Patienten, die unter einem Dopaminüberschuss leiden, gehäuft unter Alpträumen leiden, die oftmals sehr bizarre Formen annehmen.

Von Hobson und Mc Carley (1977) stammt die Theorie, dass Träume nur ein *Zufallsprodukt* des Gehirns seien und dass das Traumgeschehen nichts anderes sei als die Zusammenfügung von Bildern, die durch zufällige Reizung des Großhirns durch den Hirnstamm induziert seien. Träume entstehen nach dieser Theorie also nicht als Reaktion auf Gedanken oder Gefühle, sondern sind die Folge ungerichteter Bottom-Up-Prozesse aufgrund zufälliger Neuronenaktivität. Der Kortex stelle dann aus einer Vielzahl von Informationen eine willkürliche Traumgeschichte zusammen und es bestehe kein Zusammenhang zum Wachleben. Diese Theorie ist in dieser extremen Position nicht haltbar, sie verweist aber auf den Unterschied zwischen neurophysiologischer Traumaktivität und Bewertung derselben durch den Träumer oder die Träumerin im Wachzustand. Es bleibt festzuhalten, dass es zurzeit keine spezifische neurophysiologische Theorie zur Erklärung von Alpträumen gibt.

Allerdings haben Nielsen und Levin (2007) ein neurokognitives Modell erstellt, mit dem sie alle Typen von Alpträumen und „schlechten Träumen“ zu erklären versuchen. Sie postulieren, dass Träume bei einer kontinuierlichen Präsentation von neuartigen und unerwarteten Elementen eine sich ständig verändernde Sequenz von Kontexten sind, die eine Formation von (Angst) löschenden Erinnerungen bereitstellen. Schlechte Träume sind demzufolge Beispiele für vollendete Angst-Löschungen, in denen eine Angst-Erinnerung neutralisiert wird, während Alpträume als misslungene Löschung betrachtet werden. Dieser Prozess misslingt unter anderem dann, wenn er durch Erwachen oder zu hohen emotionalen Stress unterbrochen wird.

3.4 Persönlichkeitsfaktoren

Einigen Persönlichkeitsfaktoren wie Neurotizismus, Ängstlichkeit und Kreativität wird nachgesagt, in deutlicher Beziehung mit dem Auftreten von Alpträumen zu stehen. Das Konzept der „dünnen Grenzen“ (Hartmann, 1989; 1991) beschreibt ebenfalls ein zeitstabiles Persönlichkeitsmerkmal, das geeignet erscheint, das Auftreten von Alpträumen zu erklären und nicht umsonst finden sich bei Erwachsenen mit Alpträumen häufig Persönlichkeitsstörungen (Dilling et al., 1995). Schließlich gehen auch eine Reihe von psychopathologischen Merkmalen – ohne dass eine klinische Symptomatik vorliegen muss – mit erhöhter Alpträumfrequenz einher.

Neurotizismus ist ein Persönlichkeitsfaktor, welcher in besonderer Weise mit vermehrten Alpträumen einhergeht und mit einem vermehrten Leiden aufseiten der Betroffenen verbunden ist. So konnte in zahlreichen Untersuchungen gezeigt werden, dass Personen mit erhöhten Neurotizismuswerten vermehrt Alpträume berichten (Belicki, Altay & Hill, 1985; Cellucci & Lawrence, 1978a; Haynes & Mooney, 1975; Levin & Fireman, 2002; Schredl, 2003; Starker, 1974) sowie vermehrt unter diesen leiden (Köthe & Pietrowsky, 2001; Pietrowsky & Köthe, 2003). Neurotische Merkmale, die sich besonders ausgeprägt bei Personen mit häufigen Alpträumen finden lassen, sind eine starke Beschäftigung mit Schuld und Tod und eine erhöhte Somatisierungstendenz (Berquier & Ashton, 1992). Generell scheinen sich Personen, die unter Alpträumen leiden, mehr mit dem Tod zu beschäftigen (Feldman & Hersen, 1967; Hersen, 1972).

Zur *Ängstlichkeit* als Trait-Variable bei Alpträumern liegen unterschiedliche Ergebnisse vor. Hersen (1971) beschrieb eine signifikante Beziehung zwischen der Häufigkeit von Alpträumen und Ängstlichkeit. Berquier und Ashton (1992) konnten ebenfalls nachweisen, dass häufige Alpträumer eine erhöhte Trait-Ängstlichkeit haben. Wood und Bootzin (1990) hingegen konnten keinen korrelativen Zusammenhang zwischen Alptrauhäufigkeit und chronischer Ängstlichkeit bestätigen. In einer Studie von Köthe und Pietrowsky (2001) fand sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen der Trait-Ängstlichkeit und der Häufigkeit von Alpträumen während eines vierwöchigen Untersuchungszeitraums.

Hartmann (1984; 1991) hat die Persönlichkeitsstruktur von erwachsenen Personen mit häufigen Alpträumen untersucht und das Konzept der „dünnen Grenzen“ erarbeitet. Unter diesem Persönlichkeitskonzept versteht man eine hohe Durchlässigkeit zwischen mindestens zwei intra- oder interpsychischen Entitäten, zum Beispiel zwischen Wirklichkeit, Phantasie, Tagtraum und Traum. Hartmann (1991) sieht die jeweilige Ausprägung der Grenzen als zeitstabiles Persönlichkeitsmerkmal an. Personen mit dünnen Grenzen sind sensibler, ungewöhnlich offen und haben intensive, konfliktreiche Beziehungen, sie nehmen sich jede Kritik zu Herzen. Sie verfügen auch über eine erhöhte Sensitivität für physikalische Reize (z.B. Licht, Töne). Ihre Empfindsamkeit betrifft nicht nur sie selbst, so empfinden sie das körperliche und seelische Leiden anderer Menschen wie ihr eigenes. Personen mit dünnen Grenzen werden außerdem typische Eigenschaften (Phantasieneigung, Hypnotisierbarkeit, Offenheit, Kreativität, Lebensorganisation und Rigidität) zugeschrieben. Menschen mit dünnen Grenzen fällt es schwerer, zwischen Traum- und Wachzustand zu unterscheiden, dies ist insbesondere bis zu sechzig Minuten nach dem Aufwachen der Fall (ebd.). Im Gegensatz dazu unterscheiden Personen mit dicken Grenzen klar und deutlich zwischen Wirklichkeit, Traum und Phantasie. Frauen weisen im Durchschnitt dünnere Grenzen als Männer auf (Cowen & Levin, 1995; Hartmann, 1991). Dieses ineinander Übergehen von Traum und Wirklichkeit wird von den Betroffenen als normal oder wünschenswert angesehen. Anschließend an diese Ergebnisse ist es nicht überraschend, dass dünne Grenzen mit erhöhter kreativer und künstlerischer Fähigkeit einhergehen und möglicherweise auch die berichteten Befunde vermehrter Alpträume bei Studierenden und künstlerisch tätigen Personen erklären können. Nach Hartmann (1991) haben Menschen mit dünnen Grenzen vermutlich deshalb häufigere oder intensivere Alpträume, da sie nicht über ebenso starke Abwehrmechanismen wie andere Menschen verfügen. Diese Personen lassen angsterregendes Material in ihren Träumen oder

Phantasien eher zu. Das Vorliegen von dünnen Grenzen korreliert positiv mit der generellen Traumerinnerungshäufigkeit (Pietrowsky & Köthe, 2003). Personen mit dünnen Grenzen schreiben ihren Träumen auch mehr Bedeutung zu (Schredl, 1999; Schredl, Kleinfurber & Gell, 1996). Obwohl das Konzept der dünnen Grenzen eine breit gefasste Persönlichkeitsdimension repräsentieren soll, die weitgehend unabhängig von anderen Persönlichkeitsmerkmalen sei, muss jedoch erwähnt werden, dass dieses Konzept Überschneidungen mit Neurotizismus, Lagerorientierung, Offenheit, Kreativität und Stressverarbeitung aufweist (Pietrowsky & Köthe, 2003). Das Konstrukt der dünnen Grenzen deckt sich damit auch zum Teil mit dem Persönlichkeitsmerkmal der „Offenheit“ aus dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar von Costa und McCrae (deutsche Fassung: Borkenau & Ostendorf, 1993).

Auch das Persönlichkeitsmerkmal der *Kreativität* ist mit dem Auftreten von Alpträumen assoziiert. So berichten Menschen mit erhöhter Kreativität eine insgesamt erhöhte Traumerinnerungshäufigkeit und phantasievollere Träume, aber auch mehr und bizarrere Alpträume. Häufige Alpträumer haben nicht nur mehr Alpträume, sondern auch insgesamt mehr Träume als seltene Alpträumer. Wie die Kreativität geht auch die Suggestibilität mit mehr und intensiveren Träumen einher. Personen mit höheren hypnotischen Fähigkeiten (Suggestibilität) erinnern insgesamt mehr und lebhaftere Träume (Strunz, 1986) und auch mehr Alpträume.

In verschiedenen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen *Psychopathologie* und dem Auftreten häufiger Alpträume gefunden werden (Berquier & Ashton, 1992; Hartmann, 1984; Kales, Soldatos, Caldwell, Charney, Markel & Cardieux, 1980). Bei Personen mit häufigen und chronischen Alpträumen fanden sich signifikant höhere Werte der Skalen Schizophrenie, Hypochondrie, Hysterie und allgemeine Psychopathie, gemessen mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Hathaway & McKinley, 1943).

3.5 Aktuelle Stressbelastungen

Stressreiche Lebensereignisse gehen oft dem Auftreten von Alpträumen voraus. So berichtete Cernovsky (1984) eine positive Korrelation zwischen stressreichen Lebensereignissen (*“life events“*) und dem Auftreten von Alpträumen. Weitere Studien bestätigten den Zusammenhang zwischen aktuellem Stress und dem Auftreten von Alpträumen (Berquier & Ashton, 1992; Kales, Soldatos & Kales, 1981). In einer Untersuchung von Kales et al. (1980) gaben

90 % der Betroffenen an, dass Stress die Häufigkeit von Alpträumen erhöht haben und in 60 % aller Fälle belastende Ereignisse den Alpträumen voraus gingen. Ebenso konnten Krakow, Kellner, Neidhardt, Pathak und Lambert (1993) zeigen, dass über die Hälfte der Alpträumer ein traumatisches Ereignis oder eine belastende Periode vor dem Auftreten der Alpträume hatte. Stressreiche Umweltfaktoren (z.B. eine hohe Bevölkerungsdichte in Großstädten; Kales et al., 1981) erhöhen ebenso die Alpträumfrequenz wie starke psychische Belastungen (z. B. Prüfungsstress, Angst um den Arbeitsplatz, familiäre Probleme). Jedoch gibt es auch Studien, die keinen Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und dem Auftreten von Alpträumen aufzeigen (Hartmann, Russ, Oldfield, Sivan & Cooper, 1987). Neben der aktuellen Stressbelastung können natürlich auch belastende Erfahrungen im Sinne einer Traumatisierung zu posttraumatischen Alpträumen führen. Auch die Art der Stressverarbeitung scheint einen Einfluss auf die Alpträumhäufigkeit und Alpträumverarbeitung zu haben. So konnten Köthe, Lahl und Pietrowsky (2006) zeigen, dass häufige Alpträumer ein höheres Ausmaß an stresserhöhenden und ein geringeres Ausmaß an stressreduzierenden Bewältigungsstrategien aufweisen. Die Autoren fanden auch Zusammenhänge zwischen Stressverarbeitungs-faktoren und negativer Befindlichkeit sowie Verhaltenseffekten von Alpträumen im Sinne ungünstiger Konsequenzen nach Alpträumen.

3.6 Medikamente und Drogen

Alpträume können pharmakogen ausgelöst werden oder aufrechterhalten werden. Dies betrifft vor allem *Psychopharmaka*, z. B. trizyklische Antidepressiva, selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), Hypnotika, Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ sowie Dopaminagonisten (Thompson & Pierce, 1999; Pace-Schott, Gersh, Silvestri, Stickgold, Salzman & Hobson, 2001; Pagel & Helfter, 2003). Auch einige blutdrucksenkende Mittel vermögen Alpträume auszulösen. An dieser Stelle sei vor allem auf *Betarezeptorenblocker* verwiesen (Paykel, Fleminger & Waton, 1982; Dennis, Froman, Morrison, Holmes & Howes, 1991).

Da Alpträume vorwiegend ein Phänomen des REM-Schlafs sind, können Substanzen, die den REM-Schlaf unterdrücken, auch die Auftretenshäufigkeit von Alpträumen minimieren. Nach dem Absetzen dieser Substanzen kommt es jedoch in der Regel zu dem sogenannten *REM-Rebound*, das heißt einer Zunahme des REM-Schlafs, die sich auch schon in der ersten Nachthälfte zeigt. Durch diesen REM-Rebound steigt dann die Wahrscheinlichkeit für das Auftre-

ten von Alpträumen an. Substanzen, die den REM-Schlaf unterdrücken beziehungsweise bei Absetzen zu REM-Rebound führen, sind Alkohol, Benzodiazepine und bestimmte Antidepressiva. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der für Benzodiazepine berichteten Alpträume vor allem auf den REM-Rebound dieser Substanzen zurückzuführen ist. Da der Beginn einer REM-Schlaf-Episode durch die Zunahme cholinergischer Aktivität bei gleichzeitiger Hemmung noradrenerger und serotonerger Aktivität gekennzeichnet ist (McCarley & Hobson, 1975), wird die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Alpträumen durch die Gabe von Acetylcholin und die dadurch bedingte Zunahme des REM-Schlaf-Anteils erhöht. Ebenso können auch sekundär cholinerg wirksame Medikamente, wie Neuroleptika und Antidepressiva, zu Alpträumen führen.

Unter den *illegalen Drogen* sind Amphetamine, Kokain und Marihuana dafür bekannt, Alpträume auszulösen. Dies gilt auch für den Entzug von diesen Substanzen. Die genannten Drogen wirken vorwiegend auf das adrenerge und dopaminerge System. Im Fall von Marihuana lassen sich darüber hinaus Auswirkungen auf das cholinerge System beobachten. Bei der Einnahme von Drogen wird die Erhöhung der Alptrahmfrequenz vermutlich über eine dopaminerge Übererregung beziehungsweise einen REM-Rebound ausgelöst (Elbert & Rockstroh, 1990; Pagel & Helfter, 2003).

4 Alpträume und andere psychische Störungen

Die Prävalenz von Alpträumen ist bei Patienten mit psychischen Störungen erhöht (vgl. Kapitel 2.5). Alpträume treten gehäuft auf bei Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (vgl. auch Kapitel 2.3), Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit und schizophrenen Erkrankungen. Auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vom Borderline-Typ, leiden vermehrt unter Alpträumen. Daher ist es diagnostisch wichtig, die eigenständige Alptrahmdiagnose abzuklären beziehungsweise die Komorbidität beider Störungsbilder festzustellen (vgl. Kapitel 2.3). In diesem Kontext können Alpträume gegebenenfalls als ein Symptom der anderen Störung betrachtet werden. In diesen Alpträumen spiegelt sich oft das zentrale Thema der vermeintlich zugrunde liegenden psychischen Störung wider. Bei Personen mit phobischen Störungen ist häufig das phobische Objekt oder die phobische Situation Gegenstand des Alptrahms. Depressive Patienten be-

richten davon, dass in ihren Alpträumen das Thema Tod und Sterben sehr zentral ist, oder aber dass sie sich schuldig machen und schuldig fühlen am Leid oder Schicksal anderer, oder ähnliches. In der psychotherapeutischen Praxis werden Alpträume selten als eigenständige Störung klassifiziert. Diese gängige Praxis ist jedoch kein Beleg dafür, dass Alpträume nicht auch als eigenständiges Störungsbild neben der diagnostizierten psychischen Störung auftreten können.

Die Frage, ob Alpträume nun Bestandteil spezieller psychischer Störungen sind, oder ob sie bei Patienten mit psychischen Störungen lediglich aufgrund von bestimmten Faktoren wie erhöhtem Stress und einer höheren Anzahl negativer Lebensereignisse vermehrt auftreten, bleibt zunächst unklar. Schredl (1999, S. 112) stellt zusammenfassend fest: „Ob diese negativen Träume Ausdruck der belastenden Ereignisse sind, die die Krankheit mit begünstigt haben, ob sie die Belastung durch die Krankheit selbst widerspiegeln oder ob sie als Trait-Variable im Sinne einer Vulnerabilitätskomponente zu sehen sind, wurde bis heute kaum systematisch in Längsschnittstudien untersucht.“

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob behandlungsbedürftige Alpträume überhaupt im Rahmen von psychischen Störungen auftreten müssen, oder ob komorbide Störungen oder zumindest klinisch relevante psychopathologische Begleitsymptome hierfür relevant sind. Es suchen zwar insgesamt wenig Menschen psychotherapeutische Hilfe allein aufgrund ihrer Alpträume auf, die klinische Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass es durchaus Personen gibt, die ausschließlich über Alpträume klagen und bei denen es keine Anhaltspunkte für weitere psychische Störungen gibt. Auch diese Patienten haben zum Teil einen immensen Leidensdruck, der mit massiven Einbußen der Schlafqualität und Beeinträchtigungen am Folgetag („*Alpträumkater*“) in Form von Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit aber auch Grübeln, Nervosität und Vermeidungsverhalten bezüglich des zu Bett Gehens einher geht (Köthe & Pietrowsky, 2001; Pietrowsky & Köthe, 2003).

In jedem Fall gibt es keine Evidenz dafür, dass jene 5 % der Allgemeinbevölkerung, die laut größeren epidemiologischen Studien unter Alpträumen leiden (vgl. 2.5), alle auch unter anderen psychischen Störungen leiden. Ein weiteres Indiz für die Eigenständigkeit der Alpträume ist die klinische Erfahrung, dass Patienten mit komorbiden Störungsbildern häufig am Ende einer erfolgreichen Therapie ihre Alpträume zurückbehalten. Patienten, die zu uns in die Therapie kamen, hatten oft einen langen Leidensweg vorzuweisen. Zum einen war es vielen

unklar, an wen sie sich wenden könnten oder ob es überhaupt eine Möglichkeit gibt, ihre Alpträume behandeln zu lassen. Es wurde berichtet, dass Ärztinnen und Therapeutinnen Alpträume als normales Phänomen darstellten und ihre Patienten damit allein ließen, auch wenn diese regelmäßig mehrmals in der Woche unter schweren Alpträumen litten. Patienten, die aufgrund anderer Störungen in Behandlung waren, gaben an, die Alpträume als solche hätten während der Therapie kaum eine Rolle gespielt und sich auch nicht wesentlich gebessert. Auch befragte Therapeutinnen gaben zu, kein Behandlungskonzept für Alpträume zu haben und zu hoffen, dass diese sich zusammen mit der vermeintlich zugrunde liegenden Störung bessern würden.

Bezüglich der Diagnostik und Klassifikation von Alpträumen sollte spätestens dann eine eigenständige Diagnose vergeben werden, wenn die Alpträume zusätzliches Leiden, welches über die Belastung durch die komorbide Störung hinaus geht, verursachen und/oder nicht mit den Inhalten der Störung in Zusammenhang gebracht werden können.

Die Erforschung des Zusammenhangs von verschiedenen psychischen Störungen mit Träumen ist für viele Störungsgruppen wenig fundiert. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Patienten im Allgemeinen negativere Träume berichten als gesunde Kontrollpersonen (Schredl, 1999). Im Umkehrschluss bedeutet das aber nicht, dass nur Menschen mit psychischen Störungen negativ gefärbte Traum inhalte sowie Alpträume berichten. Auf den Zusammenhang zwischen Alpträumen und den beiden häufigen (komorbiden) Störungen Depressionen und PTBS wird im Folgenden näher eingegangen.

4.1 Alpträume und Depressionen

Depressive Patienten haben eine erhöhte Prävalenzrate für Alpträume (Ohayon et al., 1997). Darüber hinaus besteht auch ein Zusammenhang zwischen der Alpträumerhäufigkeit und dem Auftreten von Suizidgedanken oder -absichten. So haben depressive Patienten mit häufigen Alpträumen, besonders Frauen, eine deutlich höheres Suizidrisiko (Agaragün et al., 1998).

Wie kommt dieser Zusammenhang zustande? Depressionen gehen üblicherweise mit einer Störung der Schlafarchitektur einher. Die Tiefschlafanteile im ersten Drittel der Nacht sind deutlich reduziert, der REM-Schlaf tritt schon sehr früh nach dem Einschlafen auf (verkürzte REM-Latenz), die erste REM-Schlaf-Episode ist deutlich verlängert und der Anteil des REM-

Schlafs am nächtlichen Schlaf ist insgesamt erhöht (Giles, Kupfer, Rush & Roffwarg, 1998). Aufgrund des erhöhten REM-Schlaf-Anteils bei Depressiven ist die Grundlage für das Auftreten von Alpträumen erhöht.

Durch die Gabe von antidepressiven Medikamenten reduziert sich der REM-Schlaf-Anteil. Dies kann neben der Reduktion der depressiven Symptomatik auch zu einer Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit von Alpträumen führen. Neben der verkürzten REM-Latenz und erhöhten REM-Dichte resultieren vermehrte Alpträume bei Depressiven vermutlich auch aus einer grundlegend erhöhten Besorgnis und vermehrten Schuldgefühlen der betroffenen Patienten. Sind neben der affektiven Störung auch die Kriterien für Alpträume erfüllt, werden beide Diagnosen vergeben.

4.2 Alpträume und Posttraumatische Belastungsstörung

Im Rahmen Posttraumatischer Belastungsstörungen liegt ein gehäuftes Auftreten von Alpträumen auf der Hand, da Posttraumatische Wiederholungen in Form von Alpträumen neben tagsüber auftretenden Flashbacks bereits zu den Diagnosekriterien gehören. So belegen zahlreiche Studien erhöhte Prävalenzraten für Alpträume bei Patienten mit PTBS, aber auch für Patienten mit traumatischen Erlebnissen allgemein, bei denen das Vollbild einer PTBS nicht erfüllt ist (vgl. Kapitel 2.5). Wie hoch in diesem Zusammenhang die Rate von idiopathischen Alpträumen war, ist dabei nicht ganz klar. Eine Übersicht über mehrere Studien ergibt, dass es sich bei rund der Hälfte der Alpträume von PTBS-Patienten um idiopathische, bei der anderen Hälfte um posttraumatische Alpträume handelt (Spoormaker, 2008). Davis (2009) stellt fest, dass Alpträume grundsätzlich mit Stress assoziiert sind. Ob es daran anschließend zu Alpträumen kommt, hängt von der berichteten Belastung und dem Ausmaß derjenigen Symptome ab, die mit einem Wiedererleben des Traumas in Verbindung stehen (Intrusionen, Flashbacks). Im Verlauf der Erkrankung werden die Alpträume dann selbst zum Stressor.

Da die alpträumhaften posttraumatischen Wiederholungen ein wesentliches Kriterium der PTBS darstellen (Ehlers, 1999), werden sie bislang nicht als eigenständige Störung kodiert. Vielmehr werden sie als Symptom der zugrunde liegenden (und zu kodierenden) PTBS angesehen. Es wird aktuell diskutiert, ob die posttraumatischen Wiederholungen bei der PTBS anstatt eines Symptoms dieser Störung nicht auch eine eigenständige Störung darstellen

können. Insofern gestatten das ICD-10 seit der 10. Revision im Jahr 2007 sowie die ICSD in seiner 2. Revision die eigenständige Klassifikation von Alpträumen neben der PTBS-Diagnose. Die eigenständige Klassifikation von Alpträumen neben einer PTBS ist vor allem in solchen Fällen indiziert, in denen (auch) idiopathische Alpträume auftreten, also Träume, die nicht das Wiedererleben des Traumas beinhalten. Sowohl bei posttraumatischen Wiederholungen als auch bei idiopathischen Alpträumen im Rahmen von PTBS kann eine Alpträumtherapie hilfreich und notwendig sein.

5 Alpträumbehandlung

Auch wenn Alpträume kein seltenes Phänomen sind, spielten sie in der psychotherapeutischen Praxis bisher eher eine untergeordnete Rolle. Auch wenn es seit den 1980er Jahren Überlegungen und auch empirische Untersuchungen zur spezifischen Behandlung von Alpträumen gibt, so sind diese den praktisch arbeitenden Psychotherapeutinnen nach wie vor weitestgehend unbekannt. Wenn Patienten mit Alpträumen psychotherapeutisch behandelt werden, konzentriert sich die Therapie in der Regel vor allem auf mögliche andere Störungen und Symptome. Bezüglich auftretender Alpträume blieb bisher oft nur die Hoffnung, dass sie sich schon irgendwie „mit bessern“, wenn die vermeintlich zugrunde liegende Störung therapiert wird oder sie wurden mit unspezifischen Verfahren wie Entspannungsverfahren behandelt. Bevor Alpträume Eingang in die psychotherapeutische Praxis fanden, wurden vor allem somatisch und external orientierte Ansätze genutzt. Auch heute sprechen vor allem ärztliche Kolleginnen immer noch Empfehlungen aus, die auf diesem Ansatz basieren (z.B. Ernährungsumstellung, Wechsel der Matratze, Vermeidung physikalischer Reize während des Schlafens, wie Lärm oder Mondlicht). Es mangelt hierfür allerdings nach wie vor an empirischer Evidenz.

Die psychologischen Therapieansätze zur Behandlung von Alpträumen (sowohl als komorbide wie auch als alleinige Störung) haben sich aus unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen und theoretischen Ansätzen entwickelt. Wichtige und erfolgreiche Ansätze sind hierbei vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische und hypnotherapeutische Behandlungsmethoden. Dabei bedienen sich die hypnotherapeutischen Verfahren der hypnotischen Suggestion, um den Alpträuminhalt zu ändern. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsan-

sätze für Alpträume sind Expositionsverfahren, Luzides Träumen und die Imagery Rehearsal Therapy. Darüber hinaus gibt es erste Versuche einer psychopharmakologischen Behandlung.

Bevor die bestehenden unspezifischen sowie spezifischen Behandlungsansätze im Verlauf dieses Kapitels näher erläutert werden, wird kurz auf den grundsätzlichen Umgang mit Träumen und Alpträumen in den verschiedenen Therapieschulen eingegangen.

5.1 Alpträume in der psychotherapeutischen Praxis

Diese Dissertation beschäftigt sich mit der Entwicklung und Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapiemanuals. Bevor in die verschiedenen, vorrangig kognitiv-behavioralen Therapieansätze eingeführt wird, soll zunächst ein kleiner Einblick gegeben werden, wie in der psychotherapeutischen Praxis verschiedener Therapieschulen üblicherweise mit Träumen beziehungsweise Alpträumen umgegangen wird. Während einige Therapieschulen Alpträumen wenig Aufmerksamkeit schenken, wird in anderen mehr oder weniger intensiv mit den Träumen gearbeitet. In diesem Kapitel werden neben der Verhaltenstherapie auch die Psychoanalyse und die Gestalttherapie betrachtet. Dabei handelt es sich um eine Auswahl von Therapierichtungen, innerhalb derer Konzepte zum Umgang mit Träumen und Alpträumen bestehen. Diese Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll lediglich einen „Blick über den Tellerrand hinaus“ ermöglichen.

5.1.1 Alpträume in der Verhaltenstherapie

In der verhaltenstherapeutischen Praxis wurden Alpträume als eigene zu behandelnde Störung oder zumindest als spezifisch zu behandelndes Symptom bislang eher als Stiefkind angesehen. Obwohl in der psychologischen Fachliteratur seit Jahrzehnten Therapieansätzen, Fallstudien und kontrollierten Therapiestudien zur Behandlung von Alpträumen berichtet wird, ist die Möglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Alpträumen erstaunlich wenig bekannt. In der Regel wurde die komorbide Störung (z. B. Depression, Angststörung, PTBS) als Basisstörung angenommen und in der Hoffnung behandelt, dass sich mit der Heilung oder Linderung dieser Störung auch die begleitenden Alpträume reduzieren oder sogar vollkommen verschwinden. Diesem Ansatz liegt eine Hierarchisierung der Symptome zugrun-

de, die davon ausgeht, dass die Alpträume der komorbiden Störung untergeordnet sind und lediglich ein Symptom derselben darstellen. Allerdings hat sich gezeigt, dass Alpträume oft auch noch nach dem Rückgang der erfolgreich behandelten, komorbiden Störung persistieren (Cellucci & Lawrence, 1978b; Spoomaker, 2008). Auch wird die beschriebene hierarchisierende Herangehensweise Alpträumen nicht gerecht, die als alleinige Störung auftreten. Gerade diese Patienten wurden bisher wenig ernst genommen oder ihnen wurde keine adäquate Therapie vermittelt, wenn sie sich hilfeschend an Ärztinnen oder Psychotherapeutinnen gewandt haben.

5.1.2 Alpträume in der Psychoanalyse

Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie, im Rahmen derer ein Alptraum zunächst als Symptom betrachtet wird, schreibt die Psychoanalyse Träumen eine wichtige Funktion zu (vgl. auch Kapitel 3.1). Insbesondere im REM-Schlaf werden Tageserlebnisse mit bisherigen Lebenserfahrungen abgeglichen. Traumanlässe sind nicht nur unverarbeitete Tagesreste, sondern auch Außenreize oder physiologische Bedürfnisse. Nach Freud werden diese Inhalte überlagert von verdrängten Konflikten oder hervordrängenden Triebansprüchen. Auch wenn die ursprüngliche These vom Traum als „Hüter des Schlafes“ heute als nicht mehr haltbar gilt, werden in vielen Fällen kindliche Szenen aktualisiert, die Hinweise auf den neurotischen Konflikt geben. Dabei versucht das Ich den ursprünglichen, latenten Trauminhalt (unbewusste Wünsche) durch Verdichtung, Verschiebung und Bildsprache derart zu verändern, dass dieser nicht mehr ängstigend ist (Revenstorf, 1994). Dieses Traumverständnis macht deutlich, dass Träume, und auch Alpträume, in der Psychoanalyse zunächst nicht als Symptom verstanden werden, sondern als Möglichkeit durch Traumdeutung Zugang zu den unbewussten Konflikten zu erhalten. Neben der Wunscherfüllung beziehungsweise der Wiederholung kindlicher Konflikte wurden dem Traum im Verlauf auch die Funktionen der Problemlösung und der Selbstdarstellung zugestanden (ebd.). Auch hier ist eine symptomatische Behandlung augenscheinlich kontraindiziert.

Es liegen keine systematischen Untersuchungen darüber vor, inwieweit die Deutung eines Alptraums und die daran anschließende Durcharbeitung des dahinterliegenden Konfliktes zu einem Verschwinden des Alptraums oder zur Verbesserung der Schlafqualität beitragen.

5.1.3 Alpträume in der Gestalttherapie

„Die Gestalttherapie ist ein ganzheitlicher Ansatz, der zugleich Persönlichkeitstheorie, Theorie der Neurose, Therapie und Philosophie sein will.“ (Revenstorf, 1993, S. 49). Die zentrale Idee der Gestalttheorie ist, dass die Gestalt ein Ganzes ist, wobei die Summe der Gestalt etwas anderes ist, als die Summe der einzelnen Teile. Nach Pearls, dem Begründer der Gestalttherapie, enthalten Träume existentielle Botschaften beziehungsweise Ratschläge einer Person an sich selbst, die diese jedoch nicht ohne Weiteres zu erkennen in der Lage ist. Diese Botschaften gilt es zu verstehen. Nicht immer enthält der Traum schon die Lösung eines Problems. So können Lösungen auch in Form einer Art Situationsbeschreibung auftreten. Demzufolge werden auch hier Träume gedeutet, jedoch in der Regel nicht die ganzen Träume in Form von zusammenhängenden Geschichten (ebd.). Der Traum umfasst dabei das fragmentierte Skript des eigenen Lebens. Traumfiguren, Symbole, Gestalten, und so weiter repräsentieren dabei Anteile des Träumers beziehungsweise der Träumerin (Holzinger, 2007). Im Vergleich zur Psychoanalyse, bei der ein Großteil der Traumdeutung durch die Analytikerin erfolgt, ist sie im Rahmen dieses eher humanistischen Verfahrens angehalten, sich zurückzunehmen und dem oder der Träumenden selbst die aktive Rolle zukommen zu lassen (ebd.). Die Traumarbeit erfolgt mit verschiedenen gestalttherapeutischen Techniken (z.B. Rollenspiele, „heißer Stuhl“-Technik), häufig in Gruppen. Dabei geht es neben der Beleuchtung der Traum Inhalte im Dialog insbesondere um eine Erlebnisaktivierung. „Traum Inhalte werden als Projektionen aufgefasst, die der Klient zu spielen aufgefordert wird. Sie bilden Verhaltensmöglichkeiten und Umstrukturierungen wie auch Bedürfnisse des Träumers ab.“ (Revenstorf, 1993, S. 78).

5.2 Unspezifische Therapieverfahren und -ansätze

Wie bereits mehrfach angeführt, gibt es wenig Therapieverfahren oder Therapietechniken, die spezifisch zur Behandlung von Alpträumen entwickelt wurden. Häufig werden Alpträume daher mit unspezifischen Therapiemethoden behandelt. Hierzu gehören die Anwendung von Entspannungsverfahren und schlafhygienische Aspekte, die bei einem breiten Spektrum von psychischen Störungen sowie im Bereich der Prävention Anwendung finden. Darüber hinaus kommen Hypnotherapie sowie Expositionsverfahren wie die Konfrontationsbehandlung und

systematische Desensibilisierung, die ursprünglich zur Behandlung von Angststörungen entwickelt wurden, zum Einsatz. Die genannten Verfahren werden im Folgenden vorgestellt.

5.2.1 Entspannungsverfahren

Eine Methode zur Behandlung von Alpträumen ist die Entspannung. Hintergrund dieses Ansatzes ist die Annahme, dass sich einerseits durch die körperliche und mentale Entspannung die aktuelle Stressbelastung des Patienten reduziert und andererseits die Schwelle zur Auslösung eines Alptraums erhöht wird (Spoomaker, 2008). Die wohl bekanntesten Entspannungsverfahren sind die Progressive Muskelrelaxation (PMR), die zu Anfang des 20. Jahrhunderts von Edmund Jacobson an der Harvard University gegen Angst- und Spannungszustände entwickelt wurde (Bernstein, Borkovec, Höfler & Kattenbeck, 2007) und das Autogene Training (AT), das von dem Berliner Psychiater Johannes Heinrich Schultz in den 1920er Jahren entwickelt wurde (Schultz, 1991). Es wären aber auch andere Verfahren wie Meditation (Kabat-Zinn, 2006) oder Yoga (Bund Deutscher Yogalehrer, 2003) denkbar.

Bei der PMR wird durch systematische und sukzessive An- und Entspannung einzelner Muskelgruppen und die bewusste Konzentration auf damit einhergehende Gefühle im An- und Entspannungszustand ein Gefühl tiefer Entspannung herbeigeführt. Die PMR existiert in unterschiedlich umfangreichen Versionen. Positiv am Verfahren ist die einfache Handhabung und Erlernbarkeit, wodurch ein unkomplizierter Einsatz im Rahmen einer Psychotherapie ermöglicht wird.

Das Autogene Training ist ein vergleichsweise komplexeres Entspannungsverfahren. Es umfasst eine Reihe aufeinander aufbauender Übungen, die in drei Stufen (Grund-, Mittel- und Oberstufe) gegliedert sind. Die Übungen der Grundstufe richten sich an das vegetative Nervensystem. So wird beispielsweise das Erleben von „Schwere“ oder „Wärme“ suggeriert und geübt, wodurch Einfluss auf den Muskeltonus und die Durchblutung genommen wird. In der Mittelstufe wird mit formelhafter Vorsatzbildung, zum Beispiel „Ich bleibe ruhig und gelassen“ gearbeitet. Die Oberstufe ist psychoanalytisch geprägt, auf dieser Stufe soll beispielsweise die „Eigenfarbe“ und später das „Eigen-Gefühl“ aufgefunden und erfahren werden. In der psychotherapeutischen Praxis werden in der Regel vor allem Elemente aus der Grund- oder Unterstufe genutzt.

Vor dem Hintergrund, dass Stress nächtliche Alpträume induzieren kann, erscheint die Anwendung von Entspannungsübungen im Kontext der Schlafhygiene sinnvoll. Allerdings ist sie als alleinige Behandlungsmethode nicht überzeugend. Burgess, Gill und Marks (1998) verglichen in ihrer Studie die Alptrahmhäufigkeit von drei Probandengruppen. Die Versuchsteilnehmer der ersten Gruppe führten anhand eines Manuals eine Selbstexpositionsbehandlung zu Hause durch. Die Teilnehmer der zweiten Gruppe führten selbstständig gemäß einem Manual Entspannungsübungen zu Hause durch. Sie sollten täglich 30-60 Minuten lang die PMR nach Jacobson üben. Die dritte Gruppe war eine Wartelisten-Kontrollgruppe. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Selbstexpositionsgruppe die Alptrahmhäufigkeit signifikant stärker reduziert wurde als in den beiden anderen Gruppen. Die Teilnehmer der Selbstentspannungsgruppe zeigten gegenüber den Teilnehmern der Wartelisten-Kontrollgruppe keine stärkere Reduktion der Alptrahmhäufigkeit. In keiner der Gruppen zeigte sich eine Verminderung der Alptrahmintensität. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt eine Studie von Miller und DiPilato (1983), bei der ebenfalls die Alptrahmfrequenz und Alptrahmintensität als abhängige Variablen in drei Gruppen untersucht wurde. In der ersten Gruppe wurde die PMR durchgeführt, in der zweiten Gruppe nahmen die Versuchsteilnehmer an einer Systematischen Desensibilisierung teil. Die dritte Gruppe war eine Wartelisten-Kontrollgruppe. Nach 15 Wochen zeigte sich, dass die Alptrahmfrequenz in den beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Wartelisten-Kontrollgruppe signifikant abnahm. Zwischen den beiden Interventionsgruppen gab es jedoch keine signifikanten Unterschiede. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich der Alptrahmintensität. Nach weiteren zehn Wochen berichtete die Gruppe, die die Systematische Desensibilisierung durchgeführt hatte, eine geringere Alptrahmintensität als die Entspannungsgruppe, einen signifikanten Gruppenunterschied bezüglich der Alptrahmfrequenz konnte hingegen nicht nachgewiesen werden. Daher kann geschlossen werden, dass Entspannungsverfahren als alleinige Behandlungsmethode von Alpträumen Expositionsbehandlungen unterlegen ist.

5.2.2 Schlafhygiene

Es gibt Faktoren, die sowohl einen Einfluss auf die Schlafqualität im Allgemeinen, als auch auf die Auftretenshäufigkeit von Alpträumen haben. Hierzu gehören verschiedene Stressoren. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Stress, Schlafqualität und Alpträumen liegt es

nah, Alpträumen indirekt zu begegnen, indem Stress reduziert wird, um das Schlafverhalten zu verbessern. Hierfür macht man sich neben Entspannungsverfahren (vgl. Abschnitt 5.2.1) vor allem psychoedukative Ansätze und Konditionierungsprozesse zu Nutze.

Im Rahmen der Psychoedukation wird versucht Einfluss auf die Schlafgewohnheiten des Patienten zu nehmen. Hierbei wird mittels gezielter Aufklärung auf mögliche Faktoren verwiesen, die die Qualität des Schlafs beeinflussen. Dazu gehören die verschiedenen Aspekte der Schlafhygiene, namentlich Ernährung, Bewegung, Schlafumgebung, Stimulantien und Alkohol, sowie Stress- und Problembewältigung (Fischer, Mayer, Peter, Rieman, & Sitter, 2001). Auch wenn es keine Evidenz für die Wirksamkeit schlafhygienischer Maßnahmen für die Reduktion von Alpträumen gibt, so erscheint es plausibel, ein geregeltes Schlafverhalten und die Minimierung möglicher Störfaktoren als basal für einen erholsamen Schlaf und somit auch für eine erfolgreiche Alpträumtherapie anzusehen. Neben einer psychoedukativen Aufklärung der Patienten über schlaffördernde beziehungsweise schlafhemmende Faktoren und ihrer Implementierung in den Alltag gehören zur Psychoedukation auch Maßnahmen, die eine Verhinderung oder Auflösung von konditionierten Wachreizen an die Schlafumgebung nach sich ziehen beziehungsweise nach sich ziehen wollen. Dazu gehört beispielsweise, dass Wachreize wie Nahrungsaufnahme oder Fernsehen vom Schlafort entkoppelt werden. Das Bett selbst soll nur noch zum Schlafen oder für das Durchführen von Geschlechtsverkehr aufgesucht werden. Außerdem sollen die Patienten, wenn sie nicht schlafen können, das Bett verlassen und sich solange beschäftigen, bis sie (wieder) müde sind, diese Technik funktioniert besonders gut, wenn es sich dabei um eine aversive Beschäftigung handelt.

Psychoedukation kann darüber hinaus im konkreten Fall des Alptraumes eine Rolle spielen. So können zuvor dem Patienten gegebene Informationen über Alpträume (beispielsweise epidemiologische Eckdaten, Informationen über die Beschaffenheit von Alpträumen, Auftrittshäufigkeit) zu einer Entlastung des Betroffenen führen. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass sich auf diese Art und Weise die Anzahl der Alpträume reduzieren lässt. Es gibt keine Studien, die eine signifikante Verbesserung der Alpträumsymptomatik allein mit Psychoedukation empirisch untersucht haben.

5.2.3 Exposition

Grundgedanke der Anwendung von Expositionsbehandlungen bei Alpträumen ist die Annahme, dass Alpträume, wie jedes andere Verhalten, Konditionierungsmechanismen wie Verstärkung und Löschung unterworfen sind (Marks, 1978). Alpträume sind demnach gleichzusetzen mit anderen angstbesetzten Stimuli in der Angstbehandlung. Bei der Exposition setzen sich die Patienten dem angstbesetzten Alptraum in ihrer Vorstellung so lange aus, bis dieser keine Angst mehr induziert (Halliday, 1987). Eine Form der Expositionsbehandlung ist die *Systematische Desensibilisierung*. Bei dieser Therapietechnik werden zunächst Angst induzierende Komponenten eines Alptraums identifiziert. Daran anschließend wird der Patient für diese Komponenten desensibilisiert. Hierzu wird der Patient gebeten beziehungsweise angeleitet, sich zu entspannen. Dabei kann beispielsweise die PMR nach Jacobson verwendet werden, aber auch andere Entspannungsübungen sowie positive Vorstellungsübungen können durchgeführt werden, um einen Angst-inkompatiblen Zustand zu erlangen. Ist der Patient entspannt, soll er sich zunächst den ersten Teil seines Alptraums vorstellen. Dies wird solange wiederholt, bis der Patient sich diesen Teil des Alptraumgeschehens angstfrei vorstellen kann. Anschließend wird mit dem nächsten Teil des Alptraums ebenso verfahren. Im Gegensatz zur Exposition bei Phobien folgt die Exposition gegenüber Alptrauminhalten in der Regel nicht einer hierarchischen Abfolge der Angst induzierenden Alptraumsequenzen, sondern deren zeitlicher Sequenz (ebd.). Cellucci und Lawrence (1978b) verglichen in einer Studie die Wirksamkeit der Systematischen Desensibilisierung mit der Selbstaufzeichnung von Alpträumen und einer Placebo-Behandlung, bei der die Alpträume diskutiert wurden. Die Patienten aus der Desensibilisierungsgruppe zeigten eine signifikant stärkere Reduktion der Alptraumhäufigkeit sowie der wahrgenommenen Intensität im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Die oben bereits erwähnte Studie von Miller und DiPilato (1983) erbrachte ebenfalls eine Evidenz für die Überlegenheit der Systematischen Desensibilisierung gegenüber einem Entspannungsverfahren.

Eine andere Form der Expositionsbehandlung ist die *Selbstexposition*. Bei der Selbstexposition werden die Patienten gebeten, ihre Alpträume zu notieren und sich diese daran anschließend noch einmal vorzustellen. Der Unterschied zur Systematischen Desensibilisierung liegt darin, dass bei diesem Ansatz weder ein schrittweises Vorgehen noch eine Entspannung erfolgen. In den Studien von Burgess et al. (1998) wurde der Ansatz der Selbstexposition untersucht. Im Vergleich zu einer Entspannungsbedingung und einer Wartelistenbedingung

konnte die Alptraumfrequenz erfolgreicher reduziert werden. In der Studie von Grandi, Fabri, Panattoni, Gonnella und Marks (2006) verbesserte sich die Alptraumsymptomatik durch eine Selbstexpositionsbehandlung innerhalb von vier Wochen. Verglichen mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe war dies selbst noch in einem 4-Jahres-Follow-up der Fall.

Allerdings sind Expositionsbehandlungen allgemein, sei es in Form einer Systematischen Desensibilisierung oder in Form einer Selbstexposition, mit einer großen Belastung für die Patienten verbunden, da sie sich dem angstbesetzten Stimulus aussetzen müssen. Vor diesem Hintergrund werden die genannten Therapietechniken von vielen Patienten gemieden. So erklärt sich vermutlich, dass die Expositionsgruppe in der Studie von Burgess et al. (1998) eine hohe Drop-out Rate aufwies. Besonders bei Patienten mit posttraumatischen Alpträumen kann die Alptraumexposition eine große Belastung darstellen und darum kontraindiziert sein. Auch käme eine Expositionsbehandlung in diesem Fall einer Traumatherapie (inklusive Traumakonfrontation) gleich, was den Umfang der Behandlung ungleich vergrößern würde und in der Regel nicht in Form einer *Selbstexposition* möglich sein wird.

5.2.4 Hypnotherapie

Hypnotherapeutische Verfahren werden seit langem in der Behandlung von Alpträumen eingesetzt. Es besteht eine gewisse inhaltliche Nähe zwischen Hypnose und Träumen insofern, dass beide Phänomene mit einem geänderten Bewusstseinszustand einhergehen und in ihnen dissoziative Prozesse stattfinden (Kennedy, 2002). So wird davon ausgegangen, dass unter Hypnose die durch einen Alptraum ausgelösten Affekte leichter zugänglich und leichter verändert werden können. Es lassen sich verschiedene Ansatz- und Erklärungsweisen für die Hypnotherapie bei Alpträumen unterscheiden (ebd.):

- Transformation des Alptraufs während der Patient diesen unter Hypnose wieder erinnert; dabei werden neue Elemente zum Traum hinzugefügt oder andere eliminiert oder geändert.
- Exposition des Alptraufs unter Hypnose, so dass der Patient den Alptraum bewältigen kann, z. B. durch Unterbrechen der Alptraumexposition oder sukzessiver Einbettung in weniger bedrohliche Kontexte.

- Lösen des Alptraums, indem der Patient in Hypnose zu der Stelle des Alptraums geführt wird, an der er ursprünglich erwachte und dann ein gutes Ende für den Traum gefunden wird.

Mehrere Kasuistiken bestätigten die Wirksamkeit der Hypnosetherapie bei Alpträumen. So konnte etwa Seif (1985) bei einem Patienten mit seit neun Jahren immer wiederkehrenden Alpträumen und sekundärer Insomnie durch eine entlastende hypnotische Instruktion ein vollständiges Verschwinden der Alpträume und der Insomnie erreichen. Kingsbury (1993) berichtet in mehreren Kasuistiken, mit Hilfe der Methode unter Hypnose den Alptraum ab dem ursprünglichen Aufwachzeitpunkt neu zu gestalten und zu einem guten Ende zu führen, ein Verschwinden häufiger, wiederkehrender Alpträume. Mit Hilfe der Technik, unter Hypnose den Alptraum zu transformieren, und bestimmte ängstigende Elemente zu verändern, konnte auch Kennedy (2002) bei einer Patientin wiederkehrende Alpträume beenden. Es muss allerdings beachtet werden, dass für die Wirksamkeit der Hypnosetherapie bei Alpträumen bislang ausschließlich Kasuistiken und keine kontrollierten Therapiestudien vorliegen. Bei traumatisierten Patienten kann das Verfahren jedoch an seine Grenzen stoßen, da es diesen Patienten häufig unmöglich ist, ausreichend Kontrolle abzugeben, sodass eine hypnotisierter oder Trancezustand erreicht werden kann, und unter Umständen kontraindiziert sein.

Die genannten hypnotherapeutischen Vorgehensweisen unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden der Alptraumbehandlung (siehe nachfolgender Abschnitt 5.3). Sie werden hier aber trotzdem separat aufgeführt, weil die Methodik, wie diese Ziele durch Transformation, Exposition oder Lösung des Alptraums erreicht werden, sich durch die Verwendung der hypnotischen Trance deutlich unterscheidet. Zugleich weist aber die Konvergenz der hypnotherapeutischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze auf die Existenz eines grundlegenden therapeutischen Mechanismus hin, der durch verschiedene Techniken oder Methoden aktiviert werden kann.

5.3 Spezifische Therapieansätze

In diesem Kapitel werden nun die bestehenden, vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansätze vorgestellt, die Alpträume mit spezifischen Techniken zu behandeln. Dazu gehören der Ansatz des *luziden Träumens* und die *Imagery Rehearsal Therapy* sowie

ihre Weiterentwicklung zum *Exposure, Relaxation and Rescripting Treatment* zur Behandlung von posttraumatischen Alpträumen sowie Schlafstörungen bei PTBS-Patienten. Anschließend wird die standardisierte Alptraumtherapie vorgestellt (Thünker & Pietrowsky, 2010).

5.3.1 Luzides Träumen

Luzides Träumen bedeutet, dass sich eine Person der Tatsache bewusst ist, dass sie gerade träumt (Spoormaker, Schredl & von den Bout, 2006). In einer repräsentativen Umfrage haben 26% der Befragten angegeben, das Phänomen des luziden Träumens zu kennen. Schlafphysiologisch sind luzide Träume den REM-Phasen zuzuordnen (Schredl, 1999). Die Nutzbarmachung des luziden Träumens als Behandlungsansatz lässt sich den „kognitiv-restrukturierenden Therapien“ zurechnen (Spoormaker, 2008). Luzide zu träumen ist eine von den meisten Menschen (mehr oder weniger leicht) erlernbare Fähigkeit; eine Übersicht über die verschiedenen Techniken zum Erlernen luziden Träumens bietet Schredl (2008).

Tholey und Utecht (1987) beschreiben weitere Kriterien für das luzide Träumen:

1. Klarheit über den Bewusstseinszustand, d. h., man weiß, dass man träumt.
2. Klarheit über die eigene Entscheidungsfreiheit, d. h., man entscheidet über Flucht, Konfrontation oder Annäherung etwa bei einer Begegnung mit einer (Alp)Traumfigur.
3. Klarheit des Bewusstseins, im Gegensatz zum Verwirrtheits- oder Dämmerzustand.
4. Klarheit über das Wachleben, d. h., man weiß, wer man ist und was man sich für diesen Traum vorgenommen hat.
5. Klarheit der Wahrnehmung. Man sieht, hört, riecht, schmeckt und fühlt.
6. Klarheit über den Sinn des Traumes.
7. Klarheit der Erinnerung an den Traum.

Die Kriterien eins bis vier werden in diesem Zusammenhang als notwendige Kriterien angesehen, während die Kriterien fünf bis sieben nicht zwingend zutreffen müssen.

Luzides Träumen kann in der Behandlung von Alpträumen eingesetzt werden, da es den Träumenden ermöglicht, modulierend in die Alptraumhandlung einzugreifen. Vor diesem Hintergrund ist es ein vielversprechender Therapieansatz. Bislang wurden jedoch nur wenige Studien zur Evaluation dieses Ansatzes durchgeführt (Spoormaker, 2008). So haben beispielsweise Zadra und Pihl (1997) in fünf Fallstudien die Effektivität des Ansatzes untersucht.

Zwei ihrer Alptraum-Patienten wurden mit PMR, Imaginationsübungen sowie luzidem Träumen therapiert, während die anderen drei Patienten allein das luzide Träumen als Therapiemaßnahme erhielten. Alle fünf Patienten zeigten eine Verbesserung der Alptraumsymptomatik. Laut Zadra und Pihl (1997) bestätigen diese Befunde die Ergebnisse anderer Studien, die ebenfalls das luzide Träumen als wirksame Therapie bei Alpträumen belegen konnten. Den Autoren folgend bleibt jedoch fraglich, ob die Luzidität die entscheidende Wirkkomponente zur Verbesserung der Alptraumsymptomatik darstellt oder ob es nicht schlicht die Fähigkeit ist, bestimmte Alptrauaspekte zu verändern. In der Studie von Spoomaker und van den Bout (2006) zeigte sich, dass Luzidität keine notwendige Bedingung für die Reduktion der Alptraumfrequenz war, so dass die primär therapeutische Komponente dieses Therapieansatzes weiterhin unklar ist. Auch ist das Erlernen des luziden Träumens relativ zeitaufwendig und vermutlich nicht allen Menschen gegeben.

5.3.2 Imagery Rehearsal Therapy

Der Therapieansatz der *Imagery Rehearsal Therapy* (IRT) geht ebenfalls kognitiv-restrukturierend vor (Spoomaker, 2008). Das Verfahren wurde von der Arbeitsgruppe um Barry Krakow an der University of New Mexico in Albuquerque entwickelt und gilt als ein sehr effektiver und einfacher Ansatz, da in der Regel wenige Therapiestunden (z. B. vier zweistündige Sitzungen im Gruppensetting) benötigt werden (Krakow & Zadra, 2006). Es basiert auf früheren Arbeiten, in denen Alpträume durch das Wiederholen (*Rehearsal*) des Alptraums (Marks, 1978) oder das Wiederholen des Alptraums mit einem geänderten Ausgang (Bishay, 1985) erfolgreich behandelt wurden. Die Weiterentwicklung der IRT aus den Rehearsal-Ansätzen besteht vor allem darin, dass zum einen die Wiederholung des *veränderten* Traums explizit unter Imagination stattfindet, wodurch eine lebhaftere Vorstellung des neuen Traums erfolgt und zum anderen die Patienten bei der Änderung des zu imaginierenden neuen Traumskriptes angeleitet werden.

Im Einzelnen beinhaltet die IRT folgende Therapiebausteine (Krakow & Zadra, 2006):

- Informationen über das Verfahren und das Auftreten von Alpträumen.
- Einführung in und üben von Imaginationstechniken.

- Der Kern der IRT besteht darin, dass der Patient den Verlauf eines Alptraums ändert, so wie er es wünscht (“change the nightmare in any way you wish“). Das neue Traumskript wird dann vom Patienten in seiner Vorstellung einmal pro Tag mindestens für drei bis sieben Tage geübt, bevor er einen neuen Alptraum bearbeitet.
- Selbstständiges Anwenden der Methode auf weitere oder neu auftretenden Alpträume.

Bei der Veränderung des Alptraums ist es wichtig, dass das neue Alptraumskript nicht allzu sehr von dem ursprünglichen Alptraum abweicht, sodass noch eine große assoziative Nähe zum ursprünglichen Alptraum gegeben ist, und nur besonders bedrohliche Szenen oder Konsequenzen abgeändert werden.

Die IRT zur Behandlung von Alpträumen wurde in der Regel als Gruppentherapie durchgeführt, wobei in Kleingruppen mit fünf bis zwölf Teilnehmern die Instruktion zur Alptraummodifikation erfolgte (Kellner, Neidhardt, Krakow & Pathak, 1992; Krakow et al., 1995; Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1996). In den ersten Studien zur IRT erfolgte die Instruktion – und damit auch der Kontakt zwischen Patient und Therapeutin – in nur einer Therapiesitzung, die bis zu zweieinhalb Stunden dauern konnte. Dann wurde den Patienten eine Handanweisung zur Durchführung der IRT mitgegeben und sie führten die Therapie als angeleitete Selbsthilfemaßnahme selbst durch (Kellner et al., 1992; Krakow et al., 1995; Krakow et al. 1996). Später wurden die Instruktionssitzungen erweitert, z. B. auf zwei dreistündige Sitzungen und eine einstündige Follow-up-Sitzung (Krakow, Hollifield et al., 2001). Spormaker et al. (2006) bezeichnen das IRT momentan als Therapie der Wahl bei Alpträumen.

Bei Kindern kann auch eine *Maltherapie*, die auf den Kernelementen der IRT basiert, durchgeführt werden. Die Kinder werden dabei dazu aufgefordert, einen schlechten Traum zu malen, dieses Bild dann so zu verändern, dass es nicht mehr bedrohlich ist. Gegebenenfalls kann dieses Vorgehen durch das Malen eines neuen Bildes von einem fröhlichen Traum ergänzt werden. Dieses kann sich das Kind anschließend über sein Bett hängen (Schredl, 2006; Webb, 2001).

Die IRT ist dasjenige Verfahren, das bisher am besten evaluiert wurde. Erste Einzelfallstudien bei Patienten mit schweren und häufigen Alpträumen sowie komorbiden Störungen (PTBS, Panikstörungen) wurden bereits 1991 durchgeführt (Kellner, Singh & Irigoyen-Rascon, 1991).

Zu diesem Zeitpunkt wurden allerdings noch keine konkreten Vorgaben gemacht, wie die Patienten die Alpträume unter Imagination ändern sollten (“when you come to the end of the nightmare change the ending“). Es konnte eine deutliche Reduktionen der Alptrraumhäufigkeit und -intensität festgestellt werden. In einer weiteren, kontrollierten Studie untersuchten Kellner et al. (1992) die Effekte der IRT im Vergleich zu einer Systematischen Desensibilisierungsbehandlung bei 28 Alptrraum-Patienten. Zu den Follow-up-Messzeitpunkten nach vier und sieben Monaten zeigte sich in beiden Behandlungsgruppen eine signifikante Reduktion der Alptrraumhäufigkeit, es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Behandlungsmethoden. Ebenso zeigte sich für beide Behandlungsgruppen bei einem Follow-up nach sieben Monaten ein signifikanter Rückgang der Ängstlichkeit, Depressivität, Feindseligkeit (jeweils gemessen mit der Symptom-Checkliste SCL-90; Franke, 1995) und des SCL-90 Gesamtscores. Neidhardt, Krakow, Kellner und Pathak (1992) verglichen die Effekte einer einmaligen IRT-Sitzung mit anschließendem selbstständigen Anwenden der Technik mit den Effekten des Aufschreibens von Alptrräumen bei Personen mit häufigen Alptrräumen in einer randomisierten kontrollierten Studie. Beide Behandlungsverfahren reduzierten signifikant die Alptrraumhäufigkeit, während nur die IRT auch eine Abnahme der Depressivität, Somatisierung, Feindseligkeit und der allgemeinen Symptombelastung (gemessen mit der SCL-90) zur Folge hatte. In einer weiteren randomisierten Kontrollgruppen-Studie an einer unselektierten Stichprobe häufiger Alptrräumer konnten Krakow, Kellner et al. (1995) zeigen, dass die IRT einer Wartelisten-Kontrollgruppe bezüglich der Reduktion der Alptrraumfrequenz drei Monate nach Beginn der Behandlung überlegen war. In einer weiteren Studie konnte die Arbeitsgruppe zeigen, dass die Reduktion der Alptrräume auch zu einem deutlich späteren Messzeitpunkt von 18 Monaten nach Beginn der Behandlung noch erhalten ist und die Alptrraumfrequenz gegenüber dem drei-Monats-Zeitpunkt sogar nochmals abgenommen hat (Krakow et al., 1996). Es bestand auch ein signifikanter korrelativer Zusammenhang zwischen der Reduktion der Alptrräume und einer verbesserten Schlafqualität zum Follow-up Erhebungszeitpunkt nach 18 Monaten.

In einer Untersuchung an 168 Patienten mit einer PTBS aufgrund eines sexuellen Übergriffes und häufigen Alptrräumen konnten Krakow, Hollifield et al. (2001) zeigen, dass die IRT gegenüber der randomisierten Wartelisten-Kontrollgruppe zu einer signifikanten Abnahme der Alptrräume und der PTBS-Symptomatik und einer Zunahme der Schlafqualität nach drei und sechs Monaten geführt hat. In einer unkontrollierten Studie an Verbrechenopfern mit einer

PTBS konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die IRT (hier in Kombination mit Instruktionen zur Schlafhygiene und Schlafrestriktion) zu einer signifikanten Reduktion der Alptraumfrequenz im Prä-Post-Vergleich führte (Krakow, Johnston et al., 2001). Die Reduktion der Alptraumhäufigkeit korrelierte signifikant mit dem Rückgang zentraler PTBS-Symptome wie Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Erregung (*Arousal*). Auch verbesserten sich die Insomnie sowie die Schlafqualität insgesamt; aufgrund der zusätzlichen Therapieelemente zur Schlafhygiene und Schlafrestriktion kann jedoch keine Aussage darüber gemacht werden, welche Maßnahme in welchem Ausmaß für diesen Therapieeffekt verantwortlich ist.

In einer Übersicht über die Effektivität und Effizienz der IRT bei der Behandlung von Alpträumen kommt Krakow (2004) zu dem Schluss, dass das Verfahren in mehr als 90 % der von ihm oder seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angewandten Fällen gut angenommen wurde und gute Erfolge erzielt werden konnten. Voraussetzung war, dass die Technik mindestens einigen Wochen angewandt wurde. Bei Patienten mit PTBS ist der Behandlungserfolg geringer, weil mehr als ein Drittel der traumatisierten Patienten die Therapie gar nicht begonnen hat oder zu einem frühen Zeitpunkt beendet hat. Allerdings war bei den PTBS-Patienten, die die IRT für mindestens einige Wochen durchgeführt hatten, ebenfalls eine 90-prozentige Response-Rate zu beobachten. Zudem zeigte sich, dass die IRT bei PTBS-Patienten auch zu einer Reduktion der PTBS-Symptomatik führte, was vermutlich auf eine bessere Integration der Alpträume in die eigene Biographie, eine verbesserte Schlafqualität und eine erhöhte Selbstwirksamkeitsüberzeugung durch die IRT zurückzuführen ist.

Inzwischen liegen auch Bestätigungen für die erfolgreiche Anwendung der IRT zur Behandlung von Alpträumen von anderen Arbeitsgruppen vor. Hauptzielgruppen waren dabei fast immer traumatisierten Patienten. So konnte eine australische Arbeitsgruppe (Forbes, Phelps, McHugh, Debenham, Hopwood & Creamer, 2001; 2003) bei Soldaten mit einer PTBS mit Hilfe der IRT die Alptraumhäufigkeit und Alptraumintensität signifikant reduzieren. Dies war sowohl zum Therapieende, als auch in einer Katamnese nach drei Monaten und zwölf Monaten der Fall. Wie bei den zuvor ausgeführten Studienergebnissen nahm auch hier die Alptraumsymptomatik im Katamnesezeitraum noch weiter ab, wobei dieser Rückgang vor allem zu Beginn des Follow-up-Intervalls besonders deutlich war. Mit anderen Worten: in allen Studien mit einem längeren Katamnesezeitraum zeigt sich eine zeitstabile Reduktion der Alptraumsymptomatik. Mit der Wirksamkeit einer einmaligen, dreistündigen IRT-Sitzung

(mit anschließendem alleinigem Üben) auf idiopathische und posttraumatische Alpträume beschäftigten sich die kanadischen Forscher Germain und Nielsen (2003). Auch in dieser Studie reduzierte sich die Alptraumfrequenz und Ängstlichkeit. Es fanden sich keine Unterschiede zwischen den Personen mit idiopathischen und posttraumatischen Alpträumen. In einer weiteren Untersuchung (Germain, Shear, Hall & Buysse, 2007) wurde der Effekte einer einmaligen, 90-minütigen IRT-Sitzung (mit anschließendem alleinigem Üben) bei Patienten mit posttraumatischen Alpträumen evaluiert. Hier konnten ausschließlich Effekte auf die PTBS-Symptomatik (weniger Intrusionen und Hyperarousal), jedoch nicht auf die Alptraum-symptomatik beobachtet werden.

Eine spezielle Modifikation der IRT für Patienten mit einer PTBS wurde von Davis entwickelt (Davis, 2009; Davis & Wright, 2006). Dieses so genannte *Exposure, Relaxation & Rescripting Treatment* (ERRT) enthält neben den IRT-Techniken Entspannung, Alptraummodifikation und Imagination noch eine spezifische intensive Exposition des Traumageschehens sowie eine Änderung von Schlafgewohnheiten. Erste Evaluationen des Verfahrens in Kasuistiken und randomisierten Kontrollstudien zeigen, dass das ERRT eine erfolgreiche modifizierte Anwendung der IRT für traumatisierte Patienten darstellt. So konnte in vier Einzelfallstudien gezeigt werden, dass das ERRT bei allen Patienten zu einer reduzierten Alptraumintensität führte. Bei drei der vier Patienten zeigte sich eine Reduktion der Alptrahmhäufigkeit, der PTBS-Symptomatik, der Depressivität und der Schlafprobleme (Davis, 2009). In einer randomisierten Kontrollstudie führte das Verfahren zu einer signifikanten Reduktion der Alptrahmhäufigkeit und -intensität, von Schlafproblemen, der PTBS-Symptomatik und der Depressivität im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe. Die Effekte waren auch nach einem Katamnesezeitraum von sechs Monaten noch stabil (Davis & Wright, 2006).

Die Wirksamkeit der IRT bei der Behandlung von Alpträumen wird auch in einer Literaturübersicht über die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden von Alpträumen bestätigt (Lancee, Spoormaker, Krakow & van den Bout, 2008). Lancee et al. (2008) kommen zu dem Ergebnis, dass die IRT inzwischen bei der Mehrzahl der publizierten Therapiestudien zur Alptraumbehandlung angewandt wird. In allen publizierten Studien mit dieser Methode wurden dabei signifikante Verbesserungen bezüglich der Alptraumfrequenz im Intra-Gruppen-Vergleich (vor der Behandlung vs. nach der Behandlung) gefunden. Da nicht alle der Studien Kontrollgruppen hatten, sind die Aussagen zur Wirksamkeit gegenüber anderen oder

keinen Behandlungen (Inter-Gruppen-Vergleich) nicht in diesem Umfang möglich. So fehlen etwa Studien, in denen die IRT mit dem Ansatz des luziden Träumens verglichen wurde. Ebenfalls fehlen Studien zum Vergleich des IRT mit reinen Entspannungsmethoden (ebd.).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die bisherige Evidenz für die Wirksamkeit der IRT bei Alpträumen überzeugend ist und dieses Verfahren damit als eine leicht anwendbare, ökonomische und effektive Behandlungsmethode bei der Behandlung von Alpträumen gelten kann. Insbesondere bei der Behandlung von Patienten mit PTBS wurde das Verfahren (oder das daraus modifizierte ERRT) in den letzten Jahren viel eingesetzt. Allerdings wurde die IRT überwiegend im Gruppensetting durchgeführt oder – im deutschen Sprachraum – als ein Selbsthilfehandbuch angeboten (Krakow & Neidhardt, 1995).

5.3.3 Standardisierte Alptraumtherapie

Aufgrund der gegebenen empirischen Evidenz der IRT und der gleichzeitigen Abwesenheit von einer standardisierten und evaluierten (deutschsprachigen) Alptraumtherapie erschien es ratsam, das Verfahren in einer manualisierten Version aufzubereiten und anzubieten. Dieses Manual (Thünker & Pietrowsky, 2010) wurde im Rahmen der vorliegenden Dissertation entwickelt. Es basiert auf der Technik der IRT, ähnlich wie beim ERRT spielen aber auch die Aspekte Entspannung, Imagination und Schlafverhalten eine Rolle. Die standardisierte Therapie wurde für die Behandlung im Einzelsetting konzipiert. Eine adaptive Anwendung in Gruppen ist dabei nicht grundlegend ausgeschlossen. Eine besondere Intention dieser manualisierten Therapie ist es, eine Behandlungsmöglichkeit gerade für diejenigen Patienten zu schaffen, die in der Vergangenheit immer weiter aus dem Fokus der Alptraumforschung gerückt sind, nämlich diejenigen, die primär unter häufigen Alpträumen leiden, ohne komorbide Störungen aufzuweisen. Auf die Schwierigkeiten dieser Patienten, überhaupt ein therapeutisches Angebot zu finden, wurde in den Kapiteln 5 und 5.1 bereits eingegangen. Die entwickelte standardisierte Alptraumtherapie umfasst insgesamt acht Therapiesitzungen mit einer Dauer von je 50 Minuten (siehe Kapitel 9). Die Therapie ist explizit als alleinige Psychotherapie, im Rahmen einer bestehenden ambulanten Psychotherapie oder zusätzlich zu einer bestehenden psychotherapeutischen Behandlung, ggf. auch teilstationär oder stationär (*add-on Prinzip*) durchführbar.

5.4 Medikamentöse Behandlung

Insbesondere bei posttraumatischen Alpträumen lässt sich eine erhöhte adrenerge Aktivität im zentralen Nervensystem feststellen, die zu einer Zunahme und Arousals und REM-Schlaf-fragmentierung zu führen scheint, diese wiederum können traumabezogene Alpträume provozieren. Prozasin als zentral wirksamer Alpha-1-Antagonist wird deshalb zur Therapie von Alpträumen und PTBS-assoziierten Schlafstörungen diskutiert. In einer placebo-kontrollierten Studien an Kriegsveteranen (Raskind et al., 2003) wurden positive Effekte auf die Anzahl wiederkehrender Alpträume, Einschlafschwierigkeiten, Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal gefunden. Auch in einer zweiten Studie konnte ein Reduktion von traumaassoziierten Alpträumen sowie eine Verbesserung der Schlafqualität und des globalen klinischen Status gemessen werden (Raskind et al., 2007). In einer weiteren Studie an 13 zivilen, ambulanten PTBS-Patientinnen (Taylor et al., 2008) ist es gelungen, die Gesamtschlafzeit signifikant zu verlängern, die REM-Latenz zu verkürzen und die REM-Schlafzeit bedeutsam zu verlängern. Außerdem kam es zu einer signifikanten Besserung der PTBS-Symptome sowie zu einer positiven Veränderung der Traumhalte. Bisher können jedoch keine hinreichenden Aussagen über Langzeiteffekte, Absetzphänomene sowie Neben- und Wechselwirkungen gemacht werden. Spormaker, Schredl und van den Bout (2006) stehen den ersten Versuchen einer pharmakologischen Behandlung von Alpträumen skeptisch gegenüber, sie zweifeln eine langfristige Wirksamkeit an.

6 Hypothesen

Die im Rahmen des Promotionsvorhabens entwickelte standardisierte Alptraumtherapie soll einer Evaluation unterzogen werden. Es wird angenommen, dass diese Therapie sowohl einen quantitativ (Anzahl) als auch einen qualitativ (Intensität) positiven Effekt auf Alpträume hat. Dieser Effekt tritt unabhängig davon auf, ob andere, komorbide Störungen vorliegen, die Therapie ist also sowohl bei Patienten wirksam, die ausschließlich unter häufigen Alpträumen leiden, als auch bei solchen, die unter komorbiden Störungen wie Depressionen oder Posttraumatischer Belastungsstörung leiden. Die Symptomatik der komorbiden Störungen, insbesondere das Ausmaß der Depressivität bleibt durch die Alptraumbehandlung weitestgehend unberührt. Der positive Effekt der standardisierten Alptraumtherapie ist nicht nur

unmittelbar nach Abschluss der Therapie, sondern auch nach einem Katamnesezeitraum von zehn Wochen noch zu beobachten.

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

1. Nach Beendigung der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die Anzahl der Alpträume gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.
2. Nach der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die durch die Alpträume ausgelöste Angst gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.
3. Nach Abschluss der Therapie findet eine Stabilisierung der Symptomatik statt, sodass es keine signifikanten Veränderungen der Alptraumhäufigkeit zwischen Therapieende und Follow-up-Zeitpunkt gibt.
4. Nach Abschluss der Therapie findet eine Stabilisierung der Symptomatik statt, sodass es keine signifikanten Veränderungen der erlebten Angst zwischen Therapieende und Follow-up-Zeitpunkt gibt.
5. Nach der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die Anzahl der Alpträume zu einem Follow-up-Zeitpunkt zehn Wochen nach Therapieende gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.
6. Nach der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die durch die Alpträume ausgelöste Angst zu einem Follow-up-Zeitpunkt zehn Wochen nach Therapieende gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.
7. Die Verringerung der Alptraumhäufigkeit und der mit den Alpträumen erlebten Angst findet sich sowohl bei Patienten, die ausschließlich unter Alpträumen leiden, als auch bei Patienten mit komorbiden Depressionen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen.
8. Die Verringerung der Alptraumhäufigkeit und der mit den Alpträumen erlebten Angst durch die standardisierte Alptraumtherapie ist signifikant stärker ausgeprägt als in einer Wartelisten-Kontrollgruppe.
9. Eine bestehende Depression wird durch die standardisierte Alptraumtherapie beeinflusst gebessert.

II. Methoden

7 Stichprobe

Für diese Untersuchung wurden drei Gruppen von Patienten rekrutiert: (1) Patienten, die primär unter Alpträumen leiden („häufige Alpträumer“), (2) depressive Patienten mit komorbiden Alpträumen und (3) Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), die unter Alpträumen leiden.

Rekrutierung

Beworben wurde die Studie in der lokalen Presse (Zeitung, Radio), über Aushänge in Apotheken, bei Hausärzten sowie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und über Kontaktaufnahme und Kooperationen mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und umliegenden Tageskliniken. Ein Großteil der PTBS-Patienten wurde über eine Kooperation mit dem Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer Krankenhauses in Krefeld rekrutiert.

Eingeschlossen wurden Patienten ab einem Alter von 18 Jahren, die mind. einmal im Monat einen Alptraum hatten und subjektiv darunter litten. Patienten aus der Gruppe der häufigen Alpträumer sollten die rund 5 % Betroffenen der Allgemeinbevölkerung repräsentieren, welche unter behandlungsbedürftigen Alpträumen leiden. In die Gruppe der depressiven Patienten mit komorbiden Alpträumen konnten solche Patienten eingeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Einschlusses unter einer zumindest mittelgradigen depressiven Symptomatik, operationalisiert über einen Wert von mindestens 18 auf dem Becks-Depressions-Inventar (BDI; Beck, Steer & Hautzinger, 1995), litten. In der PTBS-Gruppe wurde die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung entweder bereits im Vorfeld gestellt oder im Rahmen eines halbstrukturierten diagnostischen Interviews ermittelt. Ausgeschlossen wurden solche Patienten, die zusätzlich einen Substanzmissbrauch oder Substanzabusus hatten, unter Psychosen litten oder aufgrund degenerativer Erkrankungen kognitiv stark beeinträchtigt waren.

Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 71 Patienten rekrutiert (vgl. Abbildung 2), hierunter 23 häufige Alpträumer, 23 depressive Patienten und 25 Patienten mit einer PTBS. Von diesen Patienten schlossen 53 die Alptraumtherapie ab („Completers“).

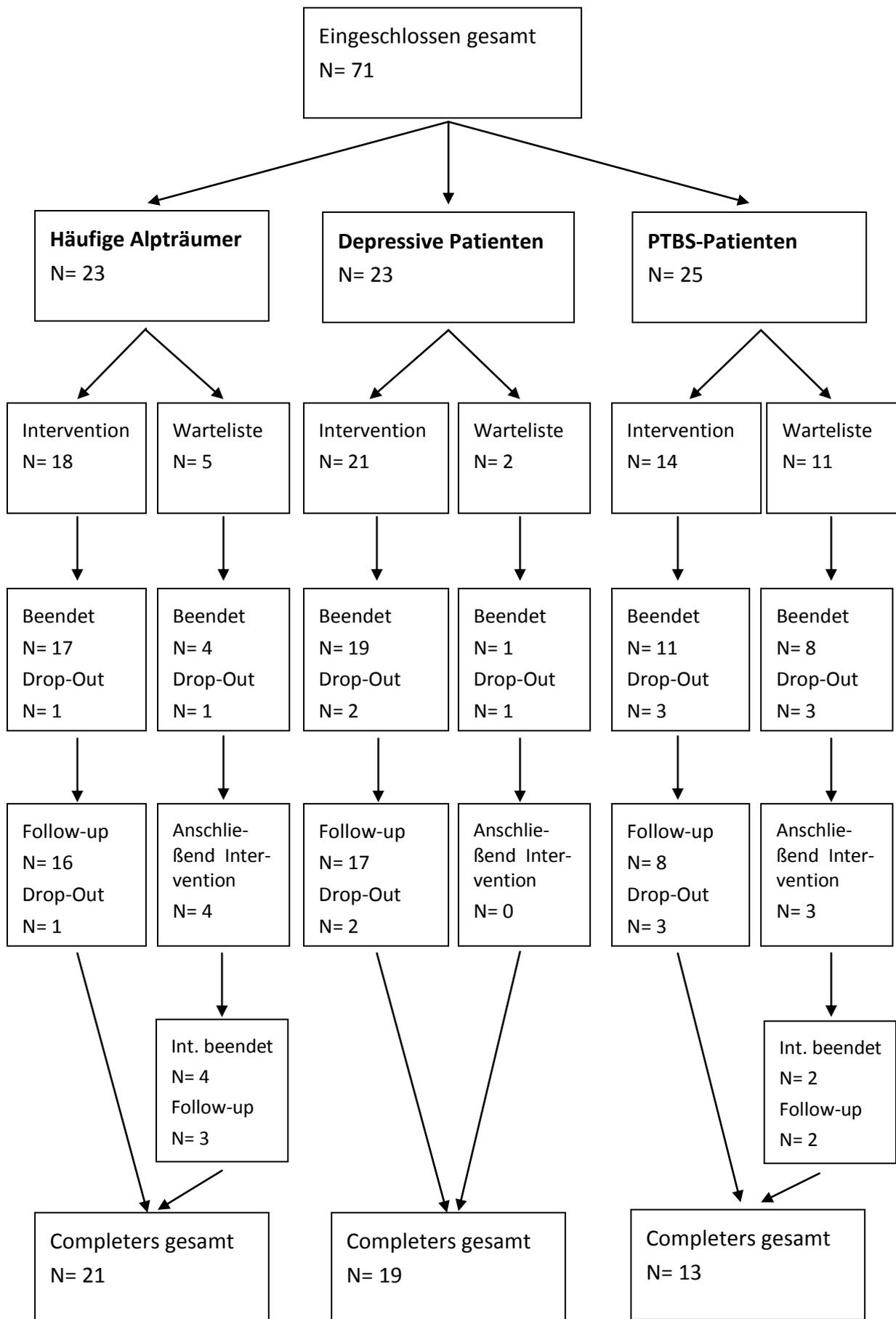


Abbildung 2: Flussdiagramm Stichprobe

13 Patienten durchliefen zunächst den Wartezeitraum, 7 von ihnen nahmen anschließend das Angebot der Alptraumtherapie wahr. 7 Patienten brachen die Studie während der Intervention ab (Gründe dafür waren andere Erwartungen, kein Interesse mehr, nicht mehr erreichbar, Weg zu weit, Beginn einer teilstationären Behandlung), 5 Patienten brachen während der Wartezeit ab (Gründe dafür waren fehlendes Interesse, nicht mehr erreichbar und ein hohes Ausmaß an Instabilität).

Von den 53 Patienten, die die Alptraumtherapie durchlaufen haben, waren 42 weiblich und 11 männlich. Sie waren im Durchschnitt 37.0 ($SD = 13.5$) Jahre alt. 21 von ihnen waren häufige Alpträumer, 19 litten unter komorbiden Depressionen und 13 unter einer PTBS. Die meisten Patienten aus den beiden zuletzt genannten Gruppen befanden sich während der Studie in psychotherapeutischer Behandlung und/oder nahmen Psychopharmaka (vor allem Antidepressiva) ein. In der Gruppe der häufigen Alpträumer waren die meisten Patienten über die Alpträume hinaus psychopathologisch unauffällig. Zwei dieser Patienten litten allerdings unter einer Angststörung, einer unter einer Anpassungsstörung, drei weitere berichteten von Ängstlichkeit oder Unsicherheiten. Vereinzelt wurden auf die Frage nach psychischen Problemen Stress, Schlafstörungen und Entscheidungskonflikte berichtet. In der Gruppe der depressiven Patienten litten ebenfalls 5 Personen unter komorbiden Angst- oder Panikstörungen. In der Gruppe der PTBS-Patienten zeigten beinahe alle Patienten eine depressive Begleitsymptomatik, außerdem litten einige Patienten unter komorbiden Persönlichkeitsstörungen (emotional instabile und narzisstische Persönlichkeitsstörungen). In der Gruppe der häufigen Alpträumer hatte knapp die Hälfte (47 %) der Patienten Vorerfahrungen mit Entspannungsverfahren, in der Gruppe der depressiven Patienten waren es 39 %, und in der Gruppe der PTBS-Patienten hatten fast alle (92 %) Patienten bereits Erfahrungen mit Entspannungsverfahren gemacht.

Zum Einschlusszeitpunkt reichte die selbst berichtete Alptraumhäufigkeit von einmal monatlich bis mehrmals pro Nacht, im Durchschnitt betrug sie 10.1 ($SD = 8.6$) Alpträume pro Monat. Die durchschnittliche Angst gemessen auf einer 7-Punkte-Skala betrug im Mittel 6.2 ($SD = 0.9$) Skalenpunkte und war somit vergleichsweise hoch. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Daten sowie die Symptomatik der drei Teilstichproben.

Tabelle 2: Soziodemografische Daten und Symptomatik im Vergleich inklusive Test auf Unterschiedlichkeit; M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, N=Anzahl

Variable	häufige Alpträumer	Depressive	PTBS-Patienten	Signifikanztest
Alter (M, SD)	35.9 (16.1)	34.9 (10.0)	42.0 (12.9)	F(2,50)=1.21, n.s.
Geschlecht m/w (N)	2/19	6/13	2/11	$\chi^2=3.24$, df=2, n.s.
Status				$\chi^2=4.47$, df=2, n.s.
Berufstätig	38.1%	26.3%	46.2%	
Schüler/Student	42.9%	31.6%	7.7%	
Berentet	14.3%	0.0%	15.4%	
Arbeitslos	0.0%	26.3%	15.4%	
Sonstiges	4.8%	15.8%	15.4%	
Alptraumfrequenz (M, SD)	7.4 (8.9)	9.0 (6.4)	16.0 (8.6)	F(2,50)=4.89, p<.05
Erlebte Angst (M, SD)	5.9 (0.9)	6.2 (1.0)	6.5 (0.8)	F(2,50)=1.61, n.s.
BDI (M, SD)	8.5 (5.9)	23.7 (6.9)	31.5 (11.7)	F(2,49)=36.02, p<.001
Psychotherapie ja/nein (N)	1/19	8/9	13/0	$\chi^2=18.31$, df=2, p<.001
Psychopharmaka ja/nein (N)	2/16	15/3	10/2	$\chi^2=32.33$, df=2, p<.001

Kontrollgruppe

13 Patienten durchliefen zunächst die Wartelistenkontrollbedingung. Von ihnen waren 4 häufige Alpträumer, 1 Patient litt unter komorbiden Depressionen und 8 unter einer PTBS. Sie wurden mit 13 Patienten, welche die Intervention durchlaufen haben, verglichen. Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht statistisch bezüglich der Parameter Alter, Geschlecht und Symptomatik (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Soziodemografische Daten und Symptomatik der Wartelisten-Kontrollgruppe und der parallelisierten Interventionsgruppe im Vergleich inklusive Test auf Unterschiedlichkeit; M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, N=Anzahl

Variable	Interventionsgruppe	Wartelistenkontrollgruppe	Signifikanztest
Alter (M, SD)	40.0 (11.8)	42.6 (14.9)	t(24)=0.50, n.s.
Geschlecht m/w (N)	3/10	3/10	Z=.00, n.s.
Alptraumfrequenz (M, SD)	12.8 (8.9)	12.4 (10.8)	t(24)=-.09, n.s.
Erlebte Angst (M, SD)	6.2 (0.8)	5.9 (1.2)	t(24)=.88, n.s.
BDI (M, SD)	23.5 (14.0)	25.4 (11.0)	t(24)=.39, n.s.

8 Durchführung

Die Studie umfasste pro Patient in der Interventionsgruppe einen zeitlichen Umfang von rund 20 Wochen. Der Wartelistenzeitraum betrug 10 Wochen und den Patienten wurde angeboten, anschließend an der Intervention teilzunehmen, sodass sie (bis zu) 30 Wochen an der Studie teilnahmen. In der Interventionsgruppe wurde in den ersten zehn Wochen die standardisierte Alptraumtherapie (Thünker & Pietrowsky, 2010) durchgeführt.

Die Therapien wurden größtenteils in den Räumlichkeiten der Psychotherapeutischen Institutsambulanz der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf sowie in den Räumlichkeiten des Zentrums für Psychotraumatologie des Alexianer Krankenhauses in Krefeld durchgeführt. Einige weitere Therapien wurden in den Räumen der psychiatrischen Tageskliniken der RHG Kliniken in Neuss durchgeführt.

Ein Großteil der Therapiesitzungen wurde von Diplom-Psychologinnen durchgeführt, die sich in der Weiterbildung zu Psychologischen Psychotherapeutinnen befanden. Ein Teil der depressiven Patienten (N=10) sowie einige der häufigen Alpträumer (N=5) wurden nach einer entsprechenden Schulung von Diplomandinnen im Fach Psychologie unter Supervision behandelt.

Der Verlauf der Alptraumbehandlung wurde von der Erhebung quantitativer Daten begleitet. Diese Datenerhebung erfolgte in Form von Selbstbeurteilungsfragebögen. In der ersten Therapiesitzung wurden neben allgemeinen soziodemografischen Daten unter anderem die Alptraumfrequenz der Patienten und die Intensität der dabei erlebten Angst erhoben (Prä-Erhebung). Zudem wurden komorbide depressive Symptome mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI; Beck et al., 1995) gemessen. Die gleichen Daten bezüglich der Alptraumsymptomatik und Depressivität sowie einige retrospektive Variablen wurden ein zweites Mal in der letzten Therapiesitzung erhoben (Post-Erhebung). Zur Erfassung der langfristigen Wirksamkeit fand eine dritte Erhebung nach einem zehnwöchigen Katamneseintervall statt (Follow-up-Erhebung). Diese Fragebögen wurden den Patienten per Post zugestellt. Nähere Informationen zur Erhebung der quantitativer Daten in Kapitel 10.

9 Das Therapieverfahren

Das hier vorgestellte standardisierte Therapieverfahren (siehe auch Thünker & Pietrowsky, 2010) wurde entwickelt, um im deutschsprachigen Raum einen standardisierten und evidenzbasierten Therapieansatz zur Behandlung von Alpträumen zur Verfügung zu haben.

Im Rahmen des hier verwendeten Therapiemanuals wurde zusätzlich besonderer Wert auf eine detaillierte Alptraumrekonstruktion sowie das Erlernen eines Entspannungsverfahrens gelegt. Um die Modifikation des Traum Inhaltes im intensiveren Austausch zwischen Therapeutin und Patienten stattfinden lassen zu können, wurde das Manual spezifisch auf die Einzeltherapie ausgelegt. Eine Modifikation für Gruppentherapien wird dadurch nicht ausgeschlossen.

Die Alptraumtherapie selbst umfasst acht Einzelsitzungen von jeweils 50 Minuten Dauer und ist in mehrere Therapiebausteine unterteilt. Die Therapiebausteine im zeitlichen Verlauf sind für einen besseren Überblick in Tabelle 4 dargestellt. Eine Adaptation an die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten sollte im Einzelfall erfolgen.

Zu Beginn der Therapie stehen der Aufbau einer therapeutischen Beziehung sowie psychoedukative Elemente im Vordergrund (vgl. Kapitel 9.2). Zur Vorbereitung der Alptraummodifikation ist eine detaillierte Rekonstruktion der Alpträume notwendig (vgl. Kapitel 9.3). Ebenfalls elementare Grundbausteine sind das Erlernen einer Entspannungstechnik (vgl. Kapitel 9.4) und Imaginationsübungen (vgl. Kapitel 9.5). Ziel der Imaginationsübungen ist neben der damit einhergehenden Entspannung die Schulung der Vorstellungskraft sowie das Erkennen vorherrschender Sinnesmodalitäten während der Imagination. Nach diesen vorbereitenden Therapiemodulen schließt der Hauptteil der Therapie, die Alptraummodifikation (vgl. Kapitel 9.6), an. Ziel ist der selbstständige Einsatz der zuvor erlernten Techniken durch den Patienten. Nach einer ca. dreiwöchigen Pause wird im Rahmen der Abschlusssitzung (vgl. Kapitel 9.7) überprüft, ob die Anwendung der Therapietechniken erfolgreich war. In diesem Zusammenhang werden ggf. einzelne Elemente noch einmal besprochen und/oder praktisch geübt.

Tabelle 4: Überblick der Therapiebausteine im zeitlichen Verlauf

Sitzungen	Therapiebausteine
1. Sitzung	<p>Einführung in die Alptraumtherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitiges Vorstellen und Kennenlernen - Vorstellung der Inhalte und Ziele der Alptraumtherapie - Psychoedukation (Alpträume: Entstehungsmodelle und Epidemiologie; Schlafhygiene) - Rekonstruktion des/eines Alptrausms - Anleitung zur Alptraumdokumentation
2. Sitzung	<p>Entspannung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführung in ein Entspannungsverfahren - Durchführung einer Entspannungsübung - Anleitung zur selbstständigen Durchführung
3. Sitzung	<p>Imagination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einführung in die Imaginationstechniken - Durchführung einer ersten Phantasiereise - Besprechung der Übung und Herausarbeiten der vorherrschenden Sinnesmodalitäten - ggf. Durchführung weiterer Phantasiereisen - Durchführung einer Vertiefungsübung mit Veränderung der Szene - Anleitung zur selbstständigen Durchführung
4. – 7. Sitzung	<p>Alptraummodifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auswahl und Rekonstruktion eines Alptrausms - Herausarbeiten von negativ besetzten Elementen - Herausarbeiten von charakteristischen Elementen - Erarbeitung von alternativen Traumelementen und im Anschluss eines alternativen Traumhergangs - Erprobung des alternativen Traums im Rahmen einer Imaginationsübung, ggf. weitere Modifikation - Betrachtung der verwendeten Technik - ggf. Bearbeitung eines weiteren Alptrausms - Anleitung zur selbstständigen Durchführung
8. Sitzung	<p>Therapieabschluss</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bericht des Patienten über die Erfahrungen mit der selbstständigen Alptraummodifikation - ggf. wiederholtes Üben einzelner Elemente mit Unterstützung der Therapeutin - Klärung offener Fragen - Bilanzierung und Rückmeldung

Für ein effektives Erlernen der Therapietechniken ist es notwendig, dass die Patienten schon während des Behandlungszeitraums im Rahmen von Hausaufgaben die einzelnen Therapiebausteine üben. Die Patienten erhalten hierzu eine Reihe von Handouts mit Informationen zu den Inhalten der Therapie sowie Arbeitsblättern, die den Patienten in den jeweiligen Sitzungen ausgehändigt werden sollen.

9.1 Allgemeine Informationen zum therapeutischen Vorgehen

Grundsätzlich kann die Alptraumtherapie unabhängig davon durchgeführt werden, ob weitere psychische Störungen vorliegen. Kontraindiziert ist die Therapie vor allem bei akutem psychotischem Erleben oder bei Substanzmissbrauch. Ausgeschlossen werden sollte außerdem, dass die Alpträume erst nach Einnahme psychotroper Medikamente wie beispielsweise trizyklischer Antidepressiva oder Benzodiazepinen aufgetreten sind. In diesen Fällen sollte vorrangig eine Veränderung der Medikation beziehungsweise der Entzug derselbigen in Betracht gezogen werden. Auch eine demenzielle Erkrankung erschwert die Behandlung deutlich oder macht sie unmöglich.

Abgewogen werden muss die Behandlung der Alptraumsymptomatik nach dem hier vorliegenden Manual, wenn der Patient durch komorbide Störungen akut sehr beeinträchtigt ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn aufgrund einer schweren depressiven Episode keinerlei Antrieb besteht, zum Beispiel um Hausaufgaben selbstständig durchzuführen. Auch bei einem Mangel an Auffassungs- oder Konzentrationsfähigkeit, beispielsweise um der Therapeutin während der Therapiesitzung zu folgen, ist eine erfolgreiche Alptraumtherapie unwahrscheinlich. Hier sollte gegebenenfalls zunächst eine Behandlung der depressiven Episode im Vordergrund stehen.

Bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und Alpträumen, die im Zusammenhang mit dem Trauma stehen, muss bedacht werden, dass auch eine unvollständige Alptraumrekonstruktion eine Konfrontation mit dem Trauma unumgänglich macht und zu einer Labilisierung führen kann. Hier wäre eine zusätzliche psychotherapeutische Betreuung im Hinblick auf das Trauma wünschenswert, wenn nicht sogar notwendig. Zusätzlich sollte eruiert werden, inwieweit die Alpträume posttraumatische Inhalte haben, ob bisher Traumakonfrontationen im Rahmen anderer Therapien stattgefunden haben und wie stabil der

Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist. Manchmal bietet es sich an, die Alptraubehandlung erst nach einer abgeschlossenen Trauma-Behandlung zu beginnen. Auf die Spezifika der Alptraubherapie bei Trauma-Patienten wird im Kapitel 9.8 explizit eingegangen.

9.2 Einführung in die Alptraubherapie

Wie bei jedem psychotherapeutischen Erstkontakt bildet der Beziehungsaufbau die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie. Im Rahmen dieses achtstündigen Therapieprogramms ist eine ausführliche biografische Anamnese nicht möglich (und auch nicht erforderlich). Im Rahmen des Erstkontakts erfolgt eine Anamnese, die sich primär auf die Alptraubesymptomatik und die damit verbundenen Faktoren konzentriert. In diesem Kontext findet in der Regel auch eine erste Rekonstruktion, d. h. die möglichst vollständige Beschreibung des wiederkehrenden beziehungsweise eines typischen Alptraubes statt, dem Patienten daran anschließend zunächst das Therapieverfahren vorgestellt sowie mögliche Rückfragen geklärt. Es folgt ein psychoedukativer Teil, der sich zum Einen mit Informationen zu Alpträumen selbst, zum Anderen mit Aspekten der Schlafhygiene beschäftigt. Zu Hause soll der Patient während des kompletten Therapieverlaufs seine Alpträume dokumentieren, über mögliche Dokumentationstechniken wird er am Ende der ersten Sitzung informiert, ein Merkblatt sowie ein Fragebogen mit Leitfragen sind im Manual enthalten und werden ausgehändigt.

9.2.1 Informationsvermittlung: Inhalte und Ziele der Alptraubherapie

Im Rahmen einer transparenten therapeutischen Vorgehensweise und einem Therapieansatz, der eine gewisse Eigenverantwortlichkeit aufseiten des Patienten voraussetzt, ist es wichtig, zu Beginn der Therapie den Ablauf der Behandlung sowie konkret die möglichen Ziele zu besprechen. So ist insbesondere der Abgleich der Patientenziele mit den Therapiezielen des Manuals unumgänglich, um eine erfolgreiche Therapie zu ermöglichen. Häufig kommen Patienten mit sehr diffusen Zielen in die Behandlung oder wünschen sich, dass sie erfahren werden, warum sie genau diese Träume haben und welche Aussagekraft dies für ihr Leben hat (Wunsch nach Traumdeutung). Manche Patienten lehnen die Behandlung sogar ab, wenn sie erfahren, dass es sich primär um eine „Behandlung des Symptoms“ handelt. Ein Beispiel für die konkreten Erläuterungen ist im nachfolgenden Kasten dargestellt.

Informationen über die Therapie

„Ich möchte Ihnen zunächst berichten, was auf Sie zukommt, wenn Sie sich entscheiden, die Alptraumtherapie zu machen. Im Durchschnitt umfasst die Therapie acht ambulante Einzelsitzungen von jeweils 50 Minuten Dauer, die im wöchentlichen Abstand stattfinden. Eine Ausnahme bildet die letzte Sitzung, die mit einem Abstand von zwei bis drei Wochen durchgeführt wird. In diesen acht Therapiesitzungen sollen Sie lernen, selbstständig mit Ihren Alpträumen umgehen zu können. Das heißt auch, dass Sie bereits während der Therapie mitarbeiten müssen. Es wird Hausaufgaben geben, in denen Sie die einzelnen Therapiebausteine selbstständig erproben sollen.

Was ich Ihnen nicht anbieten kann, ist eine Traumdeutung. Es wird darum gehen, dass die Alpträume weniger werden und Ihnen nicht mehr so viel Angst machen, nicht darum, was sie bedeuten und warum Sie diese Träume haben.

Sicherlich fragen Sie sich, wie man überhaupt dafür sorgen will, dass Alpträume weniger werden oder sogar ganz weg gehen. Ich will einmal versuchen, Ihnen das folgendermaßen zu erklären: Alpträume können als eine Art „Horrorfilm“ verstanden werden. In der Alptraumtherapie werden wir gemeinsam das „Drehbuch“ zu diesem Horrorfilm verändern, so dass am Ende ein Traum entsteht, mit dem Sie weiterschlafen können, der also keine Angst oder andere negative Gefühle hervorruft.

Bevor wir uns an die Veränderung Ihrer Alpträume machen, werden wir heute in der ersten Sitzung erstmal gemeinsam schauen, wie Ihre persönlichen Alpträume aussehen. Außerdem möchte ich Ihnen einige allgemeine Informationen über Träume und Alpträume geben und mit Ihnen über Ihr Schlafverhalten sprechen. In der kommenden Woche wird es um Entspannung gehen. Die Möglichkeit, sich (zumindest bis zu einem gewissen Grad) zu entspannen, bildet die Grundlage für die darauf folgende Sitzung, in der wir uns mit Vorstellungsübungen beschäftigen werden. Die Schulung Ihrer Vorstellungskraft sowie das Herausfinden, mit welchen Sinnen Sie sich Dinge hauptsächlich vorstellen, ist Teil der Vorbereitung auf die anschließende Alptraumveränderung. Sowohl die Entspannungs- als auch die Vorstellungsübungen sollten Sie zuhause selbstständig weiterüben. Dazu werden Sie von mir eine CD bekommen. Die Alptraumveränderung ist der Kern der Therapie, sie umfasst ca. vier Sitzungen. Wie eingangs schon gesagt, werden wir gemeinsam ein oder zwei Alpträume verändern, mit dem Ziel, dass Sie die entsprechende Technik im Anschluss an die Therapie selbstständig anwenden können. Dazu werden wir auch verschiedene Arbeitsblätter verwenden. Die veränderten Träume werden mithilfe von Vorstellungsübungen „ausprobiert“, wenn Sie bei der Vorstellung des neuen Traums keine negativen Gefühle mehr empfinden und sich vorstellen können, dabei ruhig weiterzuschlafen, wird es Ihre Aufgabe sein, sich den Traum regelmäßig, am besten vor dem zu Bett gehen vorzustellen. Damit Sie lernen, die verwendeten Techniken wirklich selbstständig

anzuwenden, machen wir vor der letzten Sitzung eine kleine Therapiepause von ca. 2-3 Wochen. So haben Sie die Möglichkeit, Probleme, die dabei auftreten, in der Abschlusssitzung zu besprechen, und ich kann Ihnen Hilfestellungen geben, damit die selbstständige Alptraumveränderung zukünftig besser klappt.“

Patienten, die nicht ausschließlich unter Alpträumen leiden, haben häufig Fragen, die das Setting betreffen. Ob zum Beispiel eine weitere Therapie durchgeführt oder während der Alptraumtherapie begonnen werden kann oder ob es möglich ist, sich im Rahmen der Alptraumtherapie auch mit anderen Themen, die eher Geschehnisse am Tage betreffen, zu beschäftigen. Auf das therapeutische Setting wurde bereits in Abschnitt 9.1 eingegangen, demnach ist es möglich und in bestimmten Fällen auch erwünscht, dass nicht ausschließlich die Alptraumsymptomatik behandelt wird. Weitere zu Beginn der Therapie häufig gestellte Fragen sind in Tabelle 5 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 5: Häufige Fragen von Patienten

Frage	Antwortbeispiel
„Ist es wirklich möglich, in so kurzer Zeit Einfluss auf die Alpträume zu nehmen? (Meine Alpträume habe ich schon so lange, sie sind so stark und ich habe schon so viel ausprobiert.)“	„Die therapeutische Erfahrung und die wissenschaftliche Forschung haben gezeigt, dass es durchaus möglich ist, in diesem Zeitraum eine Besserung zu erwirken. Langfristige positive Effekte werden Sie aber nur haben, wenn Sie das Erlernte auch nach Abschluss der Therapie weiter anwenden.“
„Was ist, wenn ich keine Zeit habe, immer die Hausaufgaben zu machen?“	„Die Therapie steht und fällt mit Ihrer Mitarbeit. Es ist völlig normal, wenn man mal keine Zeit oder auch keine Lust hat, sich mit den Alpträumen auseinander zu setzen. Aber insbesondere die Vorstellungsübungen müssen mehrmals in der Woche durchgeführt werden. Der Zeitaufwand hierfür beträgt in der Regel rund 15-20 Minuten. Können Sie sich vorstellen, die Zeit in die Therapie und damit in Ihr Wohlbefinden zu investieren?“
„Ich habe bereits die Erfahrung gemacht, dass ich mich nicht gut entspannen kann. Kann ich die Alptraumtherapie trotzdem machen.“	„Es ist nicht notwendig, sich „perfekt“ entspannen zu können. Das Üben des Entspannungsverfahrens ist jedoch hilfreich, um sich auf die Vorstellungsübungen einzulassen. Darum möchte ich Sie bitten, es zu versuchen.“

9.2.2 Psychoedukation

Der psychoedukative Baustein zu Beginn der Therapie ist untergliedert in zwei Teile. Im ersten Teil geht es um die Wissensvermittlung rund um das Thema Traum beziehungsweise Alptraum. Im zweiten Teil um eine kurze Unterweisung bezüglich schlafhygienischer Aspekte.

Psychoedukation: Traum und Alpträume

Viele Patienten haben fehlerhafte oder fehlende Vorstellungen bezüglich der Auftretenshäufigkeit und den Ausprägungen von Alpträumen. Häufig haben sie sich lange nicht getraut, eine Therapeutin aufzusuchen, weil Sie Angst davor hatten, als „verrückt“ angesehen zu werden oder weil sie die Befürchtung hatten, die Alpträume seien Anzeichen für eine schwere psychische Erkrankung oder auch, dass ihre Alpträume nicht so gravierend seien, dass diese eine Therapie rechtfertigten. Auch im persönlichen Umfeld sprechen viele Patienten oft nicht über ihre Alpträume, aus den oben beschriebenen Befürchtungen oder aus Angst, nicht ernst genommen zu werden.

Es wirkt in der Regel entlastend, wenn in der ersten Sitzung einige Basisdaten über Alpträume vermittelt werden. Wichtig dabei ist insbesondere die Vermittlung der folgenden Botschaften: Viele Menschen haben Alpträume (5 % der Allgemeinbevölkerung leiden regelmäßig unter Alpträumen, mehr als die Hälfte aller Erwachsenen haben hin und wieder welche), Alpträume halten sich nicht an die physikalischen Gesetzmäßigkeiten, das heißt, es ist völlig normal, dass ihre Inhalte häufig unrealistisch oder sogar bizarr sind.

Auch die Frage, woher Alpträume kommen, wie sie entstehen, beschäftigt viele Patienten, in der Regel wird ein unmittelbarer Bezug zum Alltagsgeschehen oder zu vergangenen Erlebnissen gesehen. Manche Patienten schreiben ihren Träumen sogar die Fähigkeit zu, zukünftige Ereignisse vorauszusagen. Berücksichtigt man solche Annahmen, ist es nachvollziehbar, dass es Patienten in tiefe Verzweiflung stürzen kann, wenn sie ihre Träume nicht interpretieren können oder wenn sie in ihren Alpträumen selbst als Aggressor auftreten und nun befürchten, auch im Alltag das geträumte Verhalten zu zeigen.. Eine sehr stark vereinfachte Erklärung zur Entstehung von Träumen könnte folgendermaßen aussehen:

Entstehung von Träumen (Erklärungsmodell)

„Die Frage, wie Träume und speziell Alpträume entstehen, beschäftigt schon seit langer Zeit Philosophen, Psychologen, Ärzte und Laien. Dabei gab es ganz unterschiedliche Vorstellungen. Eine extreme Vorstellung von naturwissenschaftlich geprägten Theoretikern ist es, dass alles, was wir im Schlaf erleben, völlig willkürlich passiert, dass im Gehirn ungesteuerte Prozesse ablaufen, die eine wirre Zusammensetzung von Bildern und Vorstellungen erzeugt, die keinerlei Zusammenhang aufweisen. Das andere Extrem ist eine Vorstellung, die von der Psychoanalyse kommt und besagt, dass Träume unbewusste Konflikte widerspiegeln und man somit jeden Traum deuten kann. Die Wahrheit liegt wohl irgendwo in der Mitte. Heute weiß man, dass im Traum viele Dinge, die wir im Alltag erleben, verarbeitet werden. Auch Gedanken, Ängste oder Befürchtungen, die man am Tag hat, können in Träume eingebaut werden. Allerdings werden einzelne „Bruchstücke“ als Alltagswahrnehmungen, Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen zum Teil wahllos miteinander verknüpft, sodass Träume häufig für den Träumenden keinen Sinn ergeben (können) und auch nicht interpretierbar sind.“

Neben der grundsätzlichen Frage nach der Entstehung von Träumen steht die spezifische Frage nach der Entstehung von Alpträumen. Als mögliche Ursachen beziehungsweise Auslöser von Alpträumen gelten:

Ursachen und Auslöser von Alpträumen

- Horrorfilme
- Stress
- Medikamente oder Drogen (z. B. Alkohol)
- physische Krankheiten
- psychische Störungen (z. B. Depression, Psychosen)
- traumatische Ereignisse (z. B. Missbrauchserfahrungen, Kriegserfahrungen)
- ungelöste innere Konflikte (z. B. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz)

Begünstigt werden kann das Auftreten von Alpträumen durch bestimmte Persönlichkeitszüge. So hat man herausgefunden, dass sehr kreative Menschen häufiger unter Alpträumen leiden als Menschen die weniger kreativ sind. Auch das Konzept der dünnen Grenzen scheint bei der Entstehung von Alpträumen eine Rolle zu spielen (vgl. Kapitel 3.4). Darüber hinaus erreichen emotional stark negativ besetzte Träume leichter die Bewusstseinsschwelle und bleiben damit eher in Erinnerung.

Schlafhygiene

Schlafhygiene spielt deshalb eine Rolle, weil ein Mangel an schlafhygienischen Vorkehrungen die Alptraumsymptomatik noch verstärken kann, die Berücksichtigung von schlafhygienischen Grundsatzregeln allein führt in der Regel jedoch noch nicht zu einem Rückgang der Alpträume. Dies sollte dem Patienten kommuniziert werden, damit keine Enttäuschung darüber auftritt, dass durch das Einhalten der vorgestellten Regeln keine Besserung eingetreten ist. Im Rahmen der Psychoedukation sollte die Therapeutin sich vom Patienten zunächst kurz sein übliches Schlafverhalten schildern lassen und daran anschließend die relevanten Aspekte der Schlafhygiene erörtern. Ein Handout „Regeln zur Schlafhygiene“ wird dem Patienten am Ende der Stunde mit nach Hause gegeben (Thünker & Pietrowsky, 2010).

9.3 Alptraumrekonstruktion und -dokumentation

In der ersten Sitzung soll der Patient erstmals die Gelegenheit bekommen, einen seiner Alpträume zu berichten. Auch wenn die Alpträumhalte erst ab der vierten Sitzung in den Fokus der Therapie rücken, ist es zum einen für viele Patienten wichtig, dass es bereits zu Beginn um „ihre Alpträume“ geht, zum anderen wissen sie dann, was bei der Rekonstruktion der Alpträume von ihnen erwartet wird. Bei sehr ängstlichen Patienten oder Patienten mit posttraumatischen Alpträumen kann es sinnvoll sein, diesen Therapiebaustein auf eine der kommenden Sitzungen zu verschieben, damit erst eine vertrauensvolle therapeutische Basis geschaffen werden kann. Zum besonderen Vorgehen bei traumatisierten Patienten vgl. Kapitel 9.8. Bei der Alptraumrekonstruktion schildert der Patient einen aktuellen, besonders eindrucksvollen oder immer wiederkehrenden Alptraum. Die Aufgabe der Therapeutin ist es, zusammen mit dem Patienten den geschilderten Alptraum möglichst genau zu erfassen. Die Therapeutin wird also immer wieder nachfragen, wenn etwas in der Schilderung unklar geblieben ist. Auch wird sie den Patienten nach erlebten Sinneseindrücken und Gefühlen während des Traums befragen. Während der Rekonstruktion protokolliert die Therapeutin den berichteten Traum möglichst genau. Das so angefertigte Protokoll stellt in vielen Fällen die Grundlage für die spätere Alptraummodifikation dar.

Der Patient sollte am Ende der ersten Therapiesitzung dazu aufgefordert werden, im Laufe der Therapie die erlebten Alpträume aufzuzeichnen. Als Grundlage für die spätere Modifi-

kation eines Alptraums im Rahmen der Therapie ist eine möglichst detailgetreue Kenntnis der Träume für den Patienten und die Therapeutin entscheidend. Zum einen muss sich die Therapeutin ein genaues Bild von dem Inhalt der Träume machen können, um den Patienten bei seinen Bewältigungsstrategien und der Modifikation des Traums zu unterstützen, zum anderen benötigt der Patient zur Bearbeitung und Umarbeitung seines Alptraumes ein ebenso exaktes Bild. Das Aufzeichnen der Alpträume stellt also gewissermaßen die Basis für den letzten und entscheidenden Schritt in der Therapie dar. Im Falle einer größeren Menge oder für den Patienten sehr belastender Alpträumen kann erwogen werden, nicht alle Alpträume aufzuschreiben. Auch besteht die Möglichkeit, bei posttraumatischen Alpträumen besonders negative Elemente oder das Ende auszusparen (vgl. Kapitel 9.8).

Aufgrund der Tatsache, dass die Fähigkeit, sich an Traum Inhalte zu erinnern, mit zunehmendem Zeitabstand zum Traum immer mehr abnimmt, ist es notwendig, den Alptraum möglichst unmittelbar nach dem Erwachen aufzuschreiben. Jede zeitliche Verzögerung führt dazu, dass Einzelheiten vergessen werden. Zudem besteht die Gefahr, dass Erinnerungslücken unbewusst gefüllt werden. Diese Füllungen entsprechen dann aber nicht dem tatsächlichen Traumgeschehen. Es ist ferner auch möglich, dass dem Patienten in zeitlichem Abstand zum Traum manche Dinge unangenehm oder schamvoll besetzt erscheinen und er sie durch bewusste oder unbewusste Zensur bei einer zeitlich verzögerten Aufzeichnung weglässt. Darum sollte die Therapeutin den Patienten anleiten, den jeweiligen Alptraum möglichst direkt nach dem Erwachen aufzuzeichnen.

Die Aufzeichnung (Dokumentation) eines Alptraumes kann auf drei verschiedene Arten erfolgen: schriftlich in Form eines Tagebuches, verbal mittels eines Diktiergerätes oder anhand eines speziellen Fragebogens („Fragebogen zur Aufzeichnung von Alpträumen“, vgl. nachfolgender Kasten). Stellt sich heraus, dass der Patient mit den ersten beiden freieren Formen der Alptraumdokumentation nicht zurechtkommt, so kann er den Fragebogen als Protokollbogen für seine Alpträume nutzen. Andernfalls kann der Fragebogen als eine Art Leitfaden für die Dokumentation der Alpträume ausgehändigt werden. In jedem Fall sollte die Therapeutin in der Therapiesitzung die relevanten Fragen des Fragebogens mit dem Patienten besprechen. Neben Fragen nach den verschiedenen Sinneseindrücken wird auch nach der Anzahl und der Art des Alptraumes (zum Beispiel. „Selbst ins Traumgeschehen involviert?“, „Realer, fiktiver oder bizarrer Traum?“), beinhaltet der Bogen auch Fragen nach dem eige-

nen Verhalten im Traum sowie Gedanken und Emotionen sowohl während als auch nach dem Traum (vgl. nachfolgender Kasten). So werden auch Details dokumentiert, die sonst nicht spontan berichtet würden, aber für die spätere Modifikation relevant sind.

Wichtige Fragen für die Dokumentation von Alpträumen

1. Frage: Hatten Sie heute Nacht einen oder mehrere Alpträume? (falls mehrere Alpträume, bitte für jeden Alptraum einen Fragebogen verwenden!)
2. Frage: Haben Sie das Traumgeschehen von außen beobachtet oder waren Sie selbst involviert?
3. Frage: Haben Sie die geträumte Situation schon einmal erlebt oder war es eine fiktive, bizarre und unrealistische Situation?
4. Frage: Was haben Sie beobachtet bzw. wie haben Sie sich verhalten?
5. Frage: Was haben Sie gesehen?
6. Frage: Was haben Sie gehört?
7. Frage: Was haben Sie gerochen/geschmeckt?
8. Frage: Haben Sie etwas gespürt? (z. B. auf der Haut o. ä.)
9. Frage: Was haben Sie gedacht?
10. Frage: Welche Emotionen hatten Sie während des Traums?
11. Frage: Welche Emotionen hatten Sie nach dem Aufwachen?

Unabhängig von der gewählten Art der Dokumentation sollten die folgenden Punkte bei der Aufzeichnung des Alptraumes beachtet werden (vgl. nachfolgender Kasten). Diese können dem Patienten auch auf dem „Merkblatt zur Aufzeichnung von Alpträumen“ am Ende der Sitzung mitgeben werden.

Merkblatt zur Aufzeichnung von Alpträumen

- Gehen Sie abends mit dem Vorsatz ins Bett, sich am Morgen nach dem Aufwachen an den Traum erinnern zu wollen.
- Legen Sie ein Blatt Papier bzw. Tagebuch und Stift / Diktiergerät / Fragebogen griffbereit neben Ihr Bett.

- Zeichnen Sie Ihre Alpträume möglichst direkt nach dem Erwachen auf. Denn: Je mehr Zeit zwischen dem Alptraum und der Aufzeichnung vergeht, umso mehr Erinnerungslücken und Verzerrungen treten auf.
- Verwenden Sie Formulierungen in der Gegenwarts- und Ich-Form, wodurch es Ihnen leichter fällt, sich detailliert an den Alptraum zu erinnern und diesen auch entsprechend zu beschreiben. Wichtig ist auch, dass alles aufgezeichnet wird, was Ihnen einfällt: alle Handlungen, alle Wahrnehmungen, alle während des Alptraums empfundenen Gefühle sowie auch vage „Fetzen“ und scheinbar unwichtige oder peinliche Details.
- Bei mehreren Alpträumen bietet es sich an, diese in der Reihenfolge aufzuzeichnen, in der sie auftraten.
- Erst nach der Aufzeichnung des Alptraumes ist eine Ergänzung durch spätere im Wachzustand auftretende Gedanken und Gefühle ratsam, da sonst die Gefahr besteht, dass die im Alptraum erlebten Gefühle mit den im Wachzustand erlebten Gefühlen vermengt werden.

Da die Aufzeichnung der Alpträume zu Hause und in Eigenverantwortung des Patienten erfolgt, sollte zum Zwecke der Überprüfung die Durchführung dieser Aufgabe zu Beginn der nächsten Sitzung thematisiert werden. Bei dieser Nachbereitung sollten folgende Aspekte erfragt werden:

- Hat der Patient seine Alpträume aufgezeichnet? (Wenn nein, warum nicht?)
- Welche Aufzeichnungsart wurde verwendet?
- War die Aufzeichnung erfolgreich? (Wie detailliert ist die Aufzeichnung?)
- Was ist dem Patienten bei der Aufzeichnung leicht gefallen?
- An welchen Stellen ergaben sich möglicherweise Probleme?
- Benötigt der Patient eventuell eine erneute Einweisung?

9.4 Entspannungsverfahren

In der zweiten Sitzung wird in der Regel in ein Entspannungsverfahren eingeführt. Ziel ist die Vermittlung einer Kurzversion wahlweise der Progressiven Muskelentspannung (PMR) nach Jacobson (Jacobson, 1990) oder des Autogenen Trainings (AT) nach Schultz (1991) (vgl. Kapi-

tel 5.2.1). Verfügt der Patient bereits über Kenntnisse in diesem Bereich, kann der Therapiebaustein entsprechend gekürzt werden.

Das Beherrschen eines Entspannungsverfahrens im Rahmen der Alptraubehandlung hat zwei Funktionen: Zum einen soll der Einsatz von Entspannungsverfahren die Patienten darin unterstützen, generell entspannter und ruhiger zu werden, was seinerseits zu einem Rückgang der psychischen Belastung und des erlebten Stresses führt. Zum anderen sind die in dem vorliegenden Therapiemanual nachfolgenden Therapiebausteine (Imagination, Modifikation des Alptraus) stark an die Fähigkeit zur körperlichen Entspannung und zur geistigen Gelassenheit geknüpft.

Im Therapiemanual wird je eine Übung der PMR und des AT beschrieben, die für die meisten Patienten einfach zu erlernen sein sollten und deren Durchführung nicht länger als 20-25 Minuten dauert. Welches der beiden Verfahren gewählt wird, kann nach den Vorlieben der Patienten entschieden werden. Hat der Patient noch keinerlei Vorerfahrungen mit Entspannungsverfahren, ist die PMR häufig leichter zu erlernen und umzusetzen.

In der Regel werden das Grundprinzip der Entspannung und das Verfahren selbst im Rahmen der zweiten Therapiesitzung vorgestellt. Danach wird das Entspannungstraining mit dem Patienten durchgeführt und anschließend besprochen. Bis zur nachfolgenden Therapiesitzung soll er das erlernte Entspannungsverfahren dann weiter üben. Auf eine umfassende Erläuterung der parasympathischen Entspannungsreaktion wird aus Zeitgründen verzichtet werden. Wichtig ist jedoch, dass dem Patienten vor der Durchführung der Übung erklärt wird, dass eine Entspannungsübung sowohl auf der körperlichen als auch auf der geistigen Ebene zu einer Entspannungsreaktion führt beziehungsweise führen kann und durch eine Minderung der muskulären Anspannung und der kardiovaskulären Aktivierung körperliche Veränderungen wie ein Gefühl der Schwere, Taubheit oder Kribbeln auftreten können und dass eine langsame Rücknahme mit ausgiebigem Strecken und kurzem Anspannen der Muskulatur wichtig ist, um Schwindel vorzubeugen.

Im Anschluss an die Übung wird besprochen, wie der Patient die Übung erlebt hat. In der Regel führt erst ein regelmäßiges, nach Möglichkeit tägliches Üben dazu, eine Tiefenentspannung erreichen zu können. Das sollte dem Patienten insbesondere dann erklärt werden,

wenn es ihm beim ersten Mal nicht gelungen ist, sich auf die Übung einlassen und sich entspannen zu können.

Am Ende der Therapiesitzung sollten auch die Rahmenbedingungen erläutert werden, unter denen der Patient die Übungen zu Hause durchführt. Es bietet sich an, zunächst einige grundsätzliche Verhaltensregeln bei der Durchführung von Entspannungsübungen zu benennen und sich anschließend vom Patienten seine Vorstellungen schildern zu lassen, wann und wo er die Übungen durchführen will. Sollten sich die geplanten Umstände als ungünstig erweisen, besteht so die Möglichkeit, bereits zu diesem frühen Zeitpunkt zu intervenieren und Misserfolge vorzubeugen. Das Handout „Leitfaden für das Entspannungstraining“ (vgl. Anhang A) sollte ihm zusätzlich ausgehändigt werden.

Auch diese Hausaufgabe sollte zu Beginn der nächsten Sitzung nach besprochen werden. Relevante Fragen sind in diesem Fall:

- Hat der Patient die Entspannungsübung durchgeführt? (Wenn nein, warum nicht?)
- Gab es möglicherweise Schwierigkeiten? Wenn ja, welche?

Wenn die Übungen gar nicht durchgeführt wurden, sollte nachgefragt werden, warum dies der Fall war. Stellt sich heraus, dass es Unsicherheiten in der Durchführung der Übung gab, sollten diese ausgeräumt werden. Gegebenenfalls kann erneut eine Übung in der Therapiesitzung durchgeführt werden. In jedem Fall sollte ausdrücklich auf die Wichtigkeit des selbstständigen Übens des Entspannungsverfahrens hingewiesen werden. Auch wenn beim Üben Schwierigkeiten aufgetreten sind, sollten diese thematisiert werden. Ein häufiger Fehler ist, dass Patientinnen die Übung nur dann einsetzen, wenn Sie sehr erregt sind und das Gefühl haben, sich entspannen zu müssen. An dieser Stelle muss erneut erklärt werden, dass ein Einsatz in Zuständen von starker Anspannung nur nach intensivem Üben möglich ist.

Sollte ein Patient beide vorgestellten Verfahren grundsätzlich ablehnen und aus diesem Grund die Hausaufgaben nicht gemacht haben, gibt es die Möglichkeit nach Alternativen (z. B. Yoga, Meditation) zu suchen, die der Patient zu Hause oder in entsprechenden Kursen eigenständig erlernt und durchführt oder möglicherweise auch schon erlernt hat.

9.5 Imagination

Die bildliche Vorstellung (Imagination) bildet die Grundlage für das weitere Vorgehen in der Alptraubehandlung. Darum sind die Imaginationsübungen essenzieller Bestandteil der Alptraubtherapie. Eine Einführung in die Imagination findet in der Regel in der dritten Therapie-sitzung statt. Ziel dieser Sitzung ist es, herauszuarbeiten, mit welchen Sinnen die Vorstellung am besten klappt. Die so identifizierten Sinneskanäle werden in der nachfolgenden Alptraubveränderung gezielt angesprochen. Zudem soll die Imaginationsfähigkeit insgesamt gesteigert werden. In der Regel fühlen sich Patienten ihren Alpträumen hilflos ausgeliefert. Sie sollen im Rahmen der Alptraubehandlung erlernen, dass es durchaus eine Möglichkeit zur internen Kontrolle gibt. Ziel der Imaginationsübungen ist es, dass der Patient mithilfe seiner Vorstellungskraft gezielt Szenen hervorrufen und verändern kann. Auch bei diesem Therapiebaustein ist das regelmäßige selbstständige Üben durch den Patienten eine Voraussetzung für die Verbesserung seiner Imaginationsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund führt die Therapeutin den Patienten im Verlauf dieser Stunde in die Technik ein und leitet ihn an, weitere Übungseinheiten durchzuführen.

An Phantasievorstellungen können alle Sinnesmodalitäten beteiligt sein, auch Emotionen spielen häufig eine Rolle. Bei vielen Menschen dominieren eine oder zwei Sinnesmodalitäten, häufig ist eine davon der Gesichtssinn (visuelle Modalität). Auch wenn bei den meisten Personen in Alpträumen visuelle Eindrücke dominieren, ist es für die Behandlung nicht von Bedeutung, ob ein Patient sich die Szenen visuell vorstellen kann. Grundlegend ist es unerheblich, wie viele Sinne an der vorgestellten Szene beteiligt sind und um welche Sinne es sich dabei handelt. Es ist wichtig, dass dies auch dem Patienten gegenüber immer wieder betont wird, um falschem Ehrgeiz und Frustrationen während der Imaginationsübungen vorzubeugen. Wichtig ist lediglich, dass herausgefunden wird, mit welchen Sinnen der Patient während der Imaginationsübungen wahrnimmt, denn diese Sinnesmodalitäten können dann später bei der Alptraubmodifikation bevorzugt angesprochen werden.

Im Rahmen dieses Therapiebausteins soll zunächst eine Phantasiereise durchgeführt werden. Hierzu stellt das Manual vier verschiedene Phantasiereisen zur Auswahl, mit deren Hilfe geübt werden kann. Anhand dieser ersten Imaginationsübung wird anschließend mit dem Patienten erarbeitet, welche Sinnesmodalitäten vorherrschend sind. Eine exemplarische Übung inklusive Leitfragen zur Besprechung selbiger findet sich im nachfolgenden Kasten.

Phantasiereise „Am Strand“

Instruktion:

Machen Sie es sich bequem -

Schließen Sie die Augen -

Sie fühlen Ihren Körper ganz bewusst -

Sie sind ruhig -

Ihre Hände und Arme sind angenehm schwer -

Ihre Füße und Beine sind schwer -

Ihr Nacken und Ihre Schultern sind entspannt -

Ihr ganzer Körper ist angenehm warm -

Ihre Atmung ist ruhig und gleichmäßig -

Ihr Gesicht ist ganz entspannt und gelöst -

Ihr Kopf ist frei und leicht -

Stellen Sie sich vor,

Sie stehen am Strand eines Meeres.

Ihre nackten Füße sinken leicht im feuchten Sand ein,

Sie spüren die Brandung, die ihre Fußknöchel umspielt.

Das Wasser ist angenehm kühl.

Sie schauen den Strand entlang,

Nicht weit von Ihnen erreicht das Wasser eine Sandburg.

Sie riechen das Salz des Meeres, den Seetang, ...

Sie gehen weiter den Strand entlang.

Unter ihren Füßen spüren Sie kleine Steine und Muscheln.

Wenn Sie wollen, heben Sie eine der Muscheln auf.

Sie hören das gleichmäßige Rauschen des Meeres.

Die Sonne scheint.

Ihre Haut ist angenehm warm.

Sie spüren einen leichten Wind, der Sie umschmeichelt.

Der Wind bläst in ihr Haar und streicht über Ihre Haut.

Sie sehen wieder auf das Meer.

Die Sonnenstrahlen glitzern auf dem Wasser.

Am Strand ist auch eine kleine Bar mit Liegestühlen.

Sie gehen dorthin und lassen sich in einem der Liegestühle nieder.

Sie merken, dass Sie durstig sind.

Ihnen wird ein Glas oder eine Tasse gebracht.

Darin ihr Lieblingsgetränk.

In Ihrer Hand halten Sie das Getränk,

Sie riechen daran.

Sie setzen das Glas an die Lippen und trinken.

Es schmeckt gut.

Sie Atmen tief und befreit durch.

Genießen Sie den Augenblick.

Nach einer Weile kommen Sie wieder in die Realität zurück.

Sie strecken die Arme und räkeln sich, wie nach einem langen und erholsamen Schlaf.

Die Wärme und die Ruhe bleiben Ihnen.

Öffnen Sie langsam die Augen und finden Sie sich wieder im Raum zurecht.

Fragen nach der Imaginationsübung:

- Haben Sie sich während der Phantasiereise wohlfühlt?
- Gab es etwas, was Sie sich besonders gut vorstellen konnten?
- Konnten Sie sich vorstellen, wie die Wellen an den Strand rollten oder wie beispielsweise die Muscheln aussahen?
- Konnten Sie das gleichmäßige Rauschen des Meeres hören?
- Haben Sie in Ihrer Phantasiereise eine der Muscheln aufgehoben?
- Hatten Sie den Eindruck die Sonne auf ihrer Haut spüren zu können?
- Konnten Sie sich die Wellen vorstellen, die gegen ihre Knöchel geschlagen sind?
- Was haben Sie sich vorgestellt, zu trinken?
- Hatten Sie den Eindruck das Getränk schmecken zu können?
- Konnten Sie das Meer riechen?

Im weiteren Verlauf der Sitzung wird dann noch eine weitere, vertiefende Übung durchgeführt. Die Vertiefungsübung soll dem Patienten die Möglichkeit geben, Szenen weiter zu entwickeln und zu verändern. Es ist im Verlauf der Behandlung essenziell, dass der Patient in der Lage ist, die Szenen in seinem Alptraum bewusst verändern zu können. Es hat sich als sinn-

voll herausgestellt, bei dieser Vertiefungsübung an die zuvor imaginierte Szene anzuknüpfen und in dieser Szene eine Veränderung, in diesem Fall des Wetters (siehe nachfolgender Kasten), herbeizuführen. Die konkrete Reaktion des Patienten auf die Veränderung bleibt ihm überlassen und wird anschließend besprochen. Ziel dieser Vertiefungsübung ist es nicht, die Hilfslosigkeit des Patienten zu verstärken, sondern ihm im Gegenteil anhand eines neutralen Beispiels (die imaginierte Szene ist weniger stark emotional besetzt als der Alptraum) zu zeigen, dass es die Möglichkeit gibt, aktiv zu handeln.

Vertiefungsübung „Wetterveränderung“

Instruktion:

Stellen Sie sich noch einmal den Ort vor, an dem Sie eben in Ihrer Phantasie waren.

Sie sitzen dort bei schönstem Wetter am Strand.

Die Sonne wärmt ihre Haut.

Plötzlich spüren Sie, wie es kühler wird.

Dicke Wolken sind am Himmel aufgezogen und verdecken die Sonne.

Es wird windiger.

Sie spüren, wie der kühle Wind über Ihre Haut streicht.

Nach kurzer Zeit fällt ein erster Regentropfen auf Ihren Arm, dann ein zweiter und schließlich ein ganzer Regenschauer.

Es ist ein warmer Sommerregen.

Sie spüren Tropfen auf ihrer Haut.

Sie überlegen sich, was Sie nun wohl tun werden ...

Fragen nach der Imaginationsübung:

- Wenn Sie sich die Szene noch einmal in Erinnerung rufen, was konnten Sie sich am besten vorstellen?
- Welche Veränderung haben Sie zuerst bemerkt?
- Was ging Ihnen durch den Kopf, als sie die Veränderung bemerkt haben?
- Haben Sie überlegt, die Situation zu verändern?
- Wie haben Sie dann reagiert?
- Wie haben Sie sich am Ende der Übung gefühlt?

Treten Schwierigkeiten bei den einzelnen Übungen auf, sollten diese wiederholt und ggf. durch weitere Übungen ergänzt werden. Ein Übergang zum nächsten Therapiebaustein macht erst dann Sinn, wenn der Patient im Imaginieren der suggerierten positiven Szenen sicher ist.

Wichtig für den Erfolg der Behandlung ist ein regelmäßiges Training zu Hause. Bis zur nachfolgenden Therapiesitzung und ggf. auch noch darüber hinaus ist die tägliche Durchführung von mindestens einer Imaginationsübung empfehlenswert. Hierzu kann die CD, die bereits in der zweiten Sitzung ausgehändigt wurde, verwendet werden. Wichtig ist, dass vor allem das Verändern der vorgestellten Szenen geübt wird.

Während des Imaginationstrainings zu Hause ist es notwendig, dass der Patient nach Möglichkeit ungestört ist. Ihm sollte das Handout „Leitfaden zur Durchführung von Imaginationsübungen“ aus dem Manual an die Hand gegeben werden, damit er wichtige Aspekte nachlesen kann. In diesem Zusammenhang sollte auch noch einmal auf die Regeln zur Durchführung von Entspannungsübungen verwiesen werden, die hier ebenfalls gelten.

Zu Beginn der folgenden Sitzung werden die Erfahrungen und Erfolge bei der selbstständigen Durchführung der Imaginationsübungen thematisiert. Wenn Schwierigkeiten aufgetreten sind, werden diese ebenfalls besprochen. Bei Bedarf müssen weitere Imaginationsübungen gemeinsam durchgeführt werden.

9.6 Alptraummodifikation

Bei der Alptraummodifikation handelt es sich um den wichtigsten und vor allem den spezifischsten Aspekt der Alptraumtherapie. In der Regel wird damit in der vierten Sitzung begonnen. Es gilt einen emotional negativ besetzten Traum so zu modifizieren, dass er für den Patienten keine Belastung mehr darstellt. Der Patient hat in den letzten Wochen seine Alpträume schriftlich festgehalten. Es kann sich dabei entweder um mehrere verschiedene oder einen wiederkehrenden Alptraum handeln. Das Ziel der Therapie besteht nicht darin, alle Alpträume zu bearbeiten. Vielmehr sollte dem Patienten die Fähigkeit vermittelt werden, seine (Alp-) Träume selbstständig zu verändern. Das heißt, dass bei einem Patienten mit mehreren Alpträumen zum Beispiel während der Therapie zwei Alpträume bearbeitet werden, beim ersten finden große Teile der Alptraummodifikation in den Sitzungen mit viel Un-

terstützung der Therapeutin statt, die Modifikation des zweiten Alptraums würde dann mehr in die Hausaufgaben verlagert werden. Der genaue zeitliche Ablauf der Modifikationssitzungen hängt unmittelbar davon ab, ob es einen wiederkehrenden oder mehrere verschiedene Alpträume gibt (siehe auch Tabelle 6).

Tabelle 6: Zeitliches Vorgehen bei wiederkehrenden vs. unterschiedlichen Alpträumen

Sitzung	Ein wiederkehrender Alptraum	Verschiedene Alpträume
4	Besprechung des Alptraums Gemeinsame Planung der anstehenden Modifikation	Ermittlung von Alptraumthemen/Clustern der Alpträume Auswahl eines Traums Besprechung des Alptraums, ggf. Beginn der Modifikation
5	Beginn der Modifikation mithilfe des Arbeitsblattes (Therapeutin unterstützt Patient bei möglichst eigenständigem Vorgehen)	Modifikation des Traums (Therapeutin unterstützt viel), Aufschreiben durch die Therapeutin Üben (Imagination) als Hausaufgabe
6	Fortsetzung Modifikation (Erarbeitung eines alternativen Traumhergangs) Aufschreiben und Üben (Imagination) des Traums als Hausaufgabe	Auswahl und Besprechung des zweiten Traums Besprechung der Modifikationstechnik, Einführung Arbeitsblatt/Vorbereitung der eigenständigen Modifikation Selbstständige Modifikation als Hausaufgabe
7	Besprechen der Hausaufgabe und Reflektieren der durchgeführten Schritte	Besprechung der eigenständig durchgeführten Modifikation

Falls es sich um einen wiederkehrenden Alptraum handelt, sollte dieser besprochen werden. In diesem Fall steht für den einzelnen Traum natürlich mehr Zeit zur Verfügung, allerdings muss der Patient auch während dieser einen Modifikation erlernen, die Technik anzuwenden. Gibt es mehrere Träume, werden in der Regel zwei davon während der Therapie behandelt, im Rahmen der ersten Modifikation übernimmt die Therapeutin noch viele Schritte, die Technik wird demonstriert, bei der zweiten Modifikation sollen mehr Arbeitsschritte eigenständig von der Patientin durchgeführt werden.

Handelt es sich um unterschiedliche Alpträume, sollte zunächst ein als besonders typisch empfundener Traum gewählt werden. Grundsätzlich ist es irrelevant, welcher Traum zuerst modifiziert wird, es bietet sich allerdings aus Gründen der Therapiemotivation an, mit dem subjektiv am stärksten belastenden Traum zu beginnen. Es kann auf den Traum zurückgegrif-

fen werden, der bereits zu Beginn der Therapie besprochen wurde, dies ist aber nicht notwendig. Grundsätzlich müssen bei verschiedenen Alpträumen auch mehrere Alpträume modifiziert werden, zwei davon im Rahmen der Alptraumtherapie, weitere ggf. eigenständig durch den Patienten, allerdings können die Alpträume auch thematisch geordnet werden. Bei sehr ähnlichen Alpträumen geht man derzeit davon aus, dass der gewünschte Effekt generalisiert und jeweils nur eine Lösung erarbeitet werden muss. Hat ein Patient sehr viele Alpträume, wäre ein erster Schritt also zunächst das thematische Ordnen (Clustern) der Alpträume und anschließend die Auswahl des Alptraummotivs, mit dem er sich als erstes beschäftigen will (Beispiel siehe Kasten). Innerhalb dieses Motivs sollte dann ein konkreter Traum exemplarisch modifiziert werden.

Fallbeispiel Frau N.

Frau N., eine 30-jährige Patientin, kommt in die Therapie und schildert, dass sie jede Nacht die unterschiedlichsten Alpträume habe. Mal sei sie selbst bedroht und müsse um ihr Leben kämpfen, mal ginge es um ihre Tiere oder Menschen, die ihr am Herzen liegen. Manchmal wisse sie gar nicht, wovor sie Angst habe, wisse aber, dass sie zu einem bestimmten Ort nicht hinwolle oder sie falle einfach ins bodenlose. Sie sei sehr verunsichert, ob die Traumarbeit ihr helfen könne, weil die meisten Träume nur einmal auftauchen würden, und dafür immer wieder neue.

Beim genaueren Hinschauen stellte sie fest, dass sie ihre Träume in vier Gruppen einteilen könnte:

1. Versuch wegzulaufen, dazu gehören Träume, in denen irgendwer hinter ihr her rennt, mal ein Mann, mal ein „dunkles Wesen“ oder es bleibt unklar, mal im Wald, mal in der Stadt oder an einem unklaren Ort, das Weglaufen gelingt nicht, weil sie sich nicht bewegen kann, weil die Bewegungen sind wie aus Kaugummi, weil ihr etwas den Weg versperrt oder sie etwas festhält
2. Versuch zu helfen, dazu gehören Träume wie der Tod eines Haustiers, den man hilflos mit ansehen muss, weil alle Hilfemaßnahmen versagen ebenso wie Angehörige, vor den eigenen Augen verunglücken, mal die Mutter, mal die Geschwister, usw.
3. Fahrt zu einem unheimlichen Ort, bei diesem Traum ist die Pat. mit verschiedenen Hilfsmitteln, z. B. dem Fahrrad in einem Wald unterwegs zu einem Haus, von dem eine Bedrohung ausgeht, sie weiß, dass sie dort nicht hin will, kann aber auch nicht anhalten oder umdrehen
4. Fallen, diese Träume haben oft keine wirkliche Handlung, sondern bestehen nur aus einem Fall ins Bodenlose, in seltenen Fällen auch von einer Klippe, etc.

Es gibt bei der Modifikation der Alpträume verschiedene Möglichkeiten. Manche Patienten geben dem Traum ab einem bestimmten Schreckmoment eine positive Wendung. Mit Schreckmoment ist der Augenblick im Alptraum gemeint, bis zu dem vermeintlich alles in Ordnung war, und wo der Traum dann eine erschreckende Wendung nimmt, zum Beispiel in einem Traum, in dem der Träumende mit dem Fahrrad nach Hause fährt, und plötzlich springt eine dunkle Gestalt aus dem Gebüsch. Den Schreckmoment als Teil des modifizierten Traums bestehen zu lassen, ermöglicht bei vielen Patienten eine erfolgreichere Modifikation, da die Struktur des modifizierten Traums nah an den ursprünglichen Alptraum angelehnt ist, bei anderen Patienten ist er zu stark emotional negativ besetzt und die Alptraummodifikation muss schon vorher einsetzen. Es gibt auch Patienten, bei denen es keinen bestimmten Schreckmoment oder Wendepunkt im Alptraum gibt, an dem sie plötzlich große Angst empfinden, sondern mehrere angstbesetzte Details innerhalb des gesamten Alptraums oder eine negativ Traumstimmung von Anfang an. Solche Patienten müssen möglichst diese Details des Alptraums modifizieren, können den Alptraumverlauf an sich jedoch häufig beibehalten.

Nachfolgend wird das schrittweise Vorgehen der Alptraummodifikation beschrieben (siehe auch Abbildung 3), die sich über mehrere Sitzungen erstreckt.

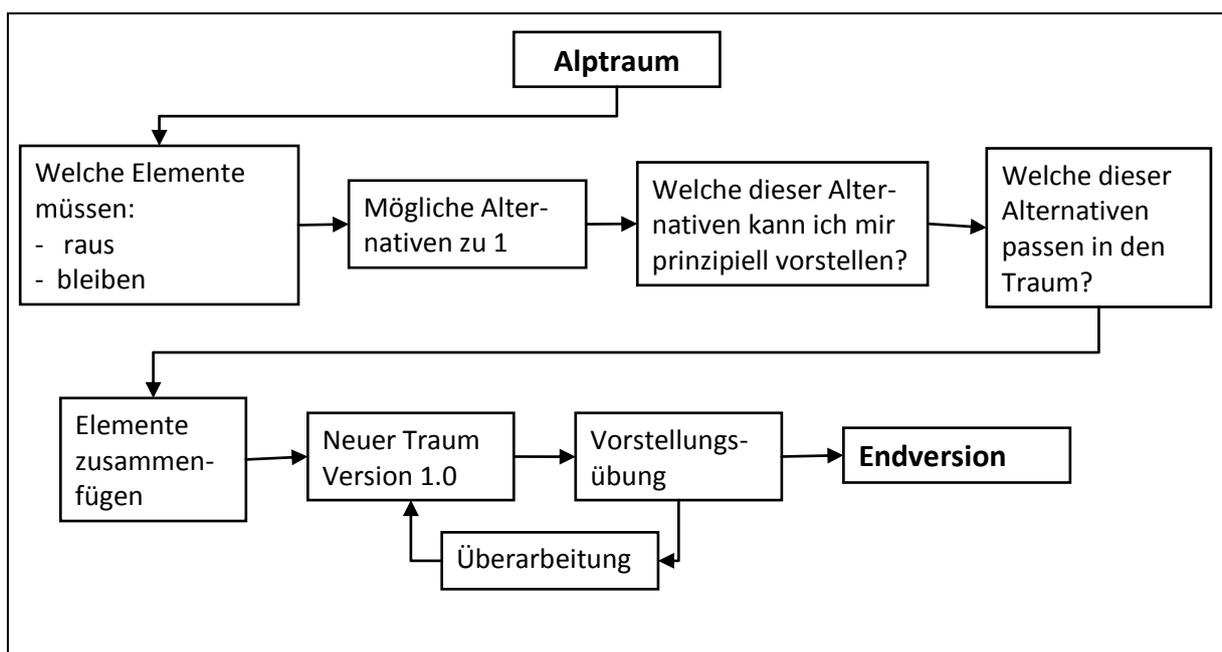


Abbildung 3: Schrittweises Vorgehen bei der Alptraummodifikation im Überblick

Wie lange für die einzelnen Schritte benötigt wird und ob letztendlich ein zweiter Traum besprochen werden kann und sollte, ist individuell unterschiedlich. Grundsätzlich hat es sich bewährt, einen ersten Alptraum vollständig, oder nahezu vollständig während der Sitzungen zu modifizieren und einen weiteren Traum primär in Eigenregie des Patienten verändern zu lassen. Hat der Patient nur einen wiederkehrenden Alptraum, würde man sich für die Modifikation dieses Traumes mehr Zeit lassen und den Patienten von vorneherein eher bei der eigenständigen Veränderung des Traumes unterstützen. Wichtig ist, dass der Patient am Ende der Therapie den Eindruck gewinnen konnte, das Verfahren eigenständig anwenden zu können (Selbstwirksamkeit).

9.6.1 Alptraumbesprechung

Nachdem der Patient sich für einen Alptraum entschieden hat, den er bearbeiten möchte (dabei darf er ruhig nach dem Kriterium der persönlichen Relevanz vorgehen), wird dieser Alptraum zunächst auf die Modifikation vorbereitend besprochen. Der Patient berichtet den Alptraum, die Therapeutin fasst das Erzählte immer wieder zusammen und fragt nach, so dass ein möglichst vollständiges Bild des Alptraums entsteht. Dabei kann auf die angefertigten Alpträumenaufzeichnungen zurückgegriffen werden.

Das erneute Durchleben der Alpträume kann den Patienten emotional sehr belasten. Es ist nicht zwingend notwendig, Szenen, die ohnehin grundlegend verändert werden müssen, bis ins kleinste Detail berichten zu lassen, das gilt insbesondere bei traumatisierten Patienten (vgl. Kapitel 9.8). Da der Beginn der Alptraummodifikation in einem emotional erregten Zustand erschwert ist, kann es sich anbieten, im Anschluss an die Alptraumrekonstruktion eine Entspannungsübung durchzuführen.

Fallbeispiel Frau N.

Frau N., die bereits im vorangegangenen Abschnitt vorgestellt wurde, entschied sich für den dritten Traum, in dem es um die Fahrt zu einem bedrohlichen Ort ging.

Therapeutin (T.): Sie haben sich für einen Alptraum entschieden, worum geht es darin?

Patientin (P.): Es gibt unterschiedliche Versionen dieses Traumes, aber ich bin immer in einem Wald.

T.: Versuchen Sie einmal, sich auf einen konkreten Traum zu beziehen, vielleicht auf eine Version, die

Sie besonders häufig träumen.

P.: Okay, ich versuche es..

T.: Wie muss ich mir das vorstellen, sind Sie selbst in das Traumgeschehen involviert oder nehmen Sie eher die Rolle eines Beobachters ein?

P.: Ich bin selbst in den Traum involviert.

T.: Und der Traum spielt in einem Wald?

P.: Ja, genau.

T.: Ist das ein Wald, den Sie kennen?

P.: Nein, das ist ganz komisch, der Wald ist eher wie aus einem Film. Er wirkt unecht und mittendrin merkt man richtig, wie er sich verändert. Ich habe schon gedacht, jetzt werde ich wirklich verrückt.

T.: Das hatten wir ja besprochen, dass die Trauminhalte nicht immer real sein müssen, das kommt häufig vor. Was meinen Sie damit, dass der Wald sich verändert.

P.: Also ich fahre auf diesem Weg und weiß, dass ich eigentlich gar nicht ankommen will. Und als mir klar wird, dass ich nicht anhalten oder umkehren kann, da verdunkelt sich der Wald und es gibt eine ganz gruselige Stimmung. Da bekomme ich noch mehr Angst.

T.: Aha. Also am Anfang ist eigentlich alles noch okay, und irgendwann „kippt“ der Traum dann?

P.: Genau.

T.: Und sehen Sie diesen Wald nur, oder hören Sie auch Geräusche in Ihrem Traum?

P.: Jetzt wo Sie es sagen, erinnere ich mich, dass ich am Anfang noch Vögel und so höre. Wenn sich der Wald verfinstert, sind diese Geräusche aber weg und es ist bedrohlich still.

T.: Und wie ist es mit Gerüchen? Riechen Sie irgendetwas in ihrem Traum?

P.: Nein, ich habe nichts gerochen oder so. Das spielt für den Traum aber auch keine Rolle, denke ich mir.

T.: Sie haben in Ihrem Traum also vor allem Dinge mit dem Sehsinn wahrgenommen.

P.: Wofür ist das wichtig?

T.: Naja, wenn wir später einen alternativen Traum entwickeln wollen, bietet es sich an, die Sinneskanäle anzusprechen, die auch im Traum vorrangig sind. Darum würde mich auch noch interessieren, ob Sie Dinge gespürt haben. Also haben sie zum Beispiel Unebenheiten auf dem Waldweg fühlen können oder Wind im Gesicht gespürt.

P.: Ja, das schon. Ich habe richtig gemerkt, wie es kälter wurde.

T.: Sind Sie alleine unterwegs in ihrem Traum?

P.: Ja, ganz alleine.

T.: Und wissen Sie, was Sie an Ihrem Ziel erwartet?

P.: Nein, nicht genau. Ich weiß nur, dass ich auf gar keinen Fall dorthin will.

T.: Okay. Und Sie fahren auf einem Waldweg dorthin.... Versuchen Sie im Verlauf des Traumes umzukehren oder anzuhalten?

P.: Nein.

T.: Warum nicht?

P.: Naja, es ist im Traum eigentlich völlig klar, dass das nicht geht, darum brauchte ich es gar nicht erst versuchen.

T.: Verstehe. Und was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie auf diesen bedrohlichen Ort zufahren?

P.: Ich kann gar nicht klar denken. Mir geht immer wieder durch den Kopf „Mist, ich will da nicht hin.“ Und die Panik wird immer größer.

T.: Kommen Sie denn an Ihrem Ziel an im Verlauf des Traumes? Oder wachen Sie möglicherweise vorher auf?

P.: Also so richtig ankommen tue ich nicht. Aber ich weiß, dass am Ende ein großes Haus steht. Manchmal kann ich es am Ende sehen, bevor ich aufwache. Und ich weiß, dass ich auf gar keinen Fall dort ankommen möchte, weil mich dort etwas Schlimmes erwartet.

T.: Okay, da gibt es also ein Haus. Kennen Sie dieses Haus irgendwoher?

P.: Ich kann mich nicht erinnern. Aber vielleicht ist da ja irgendetwas, was ich verdrängt habe.

T.: Das ist theoretisch möglich, aber es kann auch gut sein, dass die Elemente aus ihrem Traum willkürlich zusammengepuzzelt wurden.

P.: Das kann ich mir nicht vorstellen.

T.: Das spielt auch erstmal nur eine untergeordnete Rolle. Erinnern Sie sich, wie das Haus aussieht?

P.: Von außen sieht es sehr groß aus, eine alte Villa oder so etwas.

T.: Haben Sie auch eine Vorstellung, wie es im Inneren aussehen könnte?

P.: Nein. Ich war da nie drin.

T.: Okay. Wie endet der Alptraum für gewöhnlich.

P.: Meistens wache ich auf. Manchmal „verliert“ sich der Traum im Laufe der Nacht. Er hat dann kein richtiges Ende, ich träum dann einfach irgendwann etwas anderes.

T.: Ich denke, wir konnten uns ein gutes Bild von Ihrem Alptraum machen und können nun mit der Veränderung des Traumes beginnen.

In diesem Fallbeispiel fällt auf, dass die Patientin ihren Traum immer wieder als eine Art Nacherzählung formuliert, während die Therapeutin versucht, über den Traum in der Gegenwart zu sprechen. Eine Formulierung in der ersten Person und im Präsens kann es erleichtern, sich an Details und mit dem Traum verknüpfte Emotionen zu erinnern. Bei der Alptraumrekonstruktion ist es dabei durchaus tolerabel, wenn die Patientin sich durch die Wahl der Vergangenheitsform von den Geschehnissen im Alptraum distanziert. Da für den modifizierten Traum eine möglichst konkrete Formulierung im Präsens jedoch essenziell ist, sollte die Therapeutin schon bei der Rekonstruktion darauf achten, Tempus und Person entsprechend zu verwenden, um diese einzuführen und mit derartigen Formulierungen vertraut zu machen.

9.6.2 Identifikation negativer und charakteristischer Elemente

Der nächste Schritt ist die Identifikation negativer Elemente im Traum, sprich der Patient soll herausfinden, welche Teile des Traums bei ihm negative Gefühle wie Angst oder Ekel erzeugen. Diese Elemente werden nach Möglichkeit auf einem Flip-Chart etc. oder auf dem Arbeitsblatt „Alptraumveränderung“ (vgl. Abbildung 4) schriftlich festgehalten.

In vielen Fällen fällt dieser Schritt dem Patienten verhältnismäßig leicht, weil es im Traum einen Wendepunkt gibt, an dem die Stimmung kippt und der Traum zum Alptraum wird. Bei Träumen, in denen es einzelne Details sind, die die negativen Emotionen hervorrufen, kann dies schon schwieriger werden. Insbesondere Träume, die sehr wenig Handlung haben oder die nicht vollständig erinnert werden, können Schwierigkeiten bereiten. Hier ist zu beachten, dass zum einen auch negative Emotionen oder Gedanken auf die „Negativ-Liste“ gehören und es zum anderen nicht von Belang ist, dass sehr viele Elemente aufgeschrieben werden, sondern dass die Liste erschöpfend ist.

In einigen Fällen ist dem Träumenden im Nachhinein unklar, warum er während des Traums Angst erlebt hat und erwacht ist, bei der Nacherzählung kommt ihm der Traum wenig bedrohlich oder sogar albern vor. Ist dies der Fall, kann es hilfreich sein, den berichteten Traum in Form einer Imaginationsübung noch einmal mit allen beteiligten Sinnen zu rekonstruieren, damit der Patient ihn ganzheitlicher erleben und sich an seine Emotionen erinnern kann.

Sehr vorsichtig umgehen sollte man mit dieser Technik bei sehr aufwühlenden und speziell posttraumatischen Träumen.

Die modifizierte Traumfassung sollte bei dem Patienten keine starken negativen Emotionen mehr hervorrufen, oder gar zu einer so starken emotionalen Erregung führen, dass er erwacht. Nichtsdestotrotz kann der Alptraum nicht einfach durch einen völlig anderen Traum ersetzt werden, da eine kognitive Verknüpfung zwischen beiden Traumversionen unmöglich gemacht würde. Häufig ist es eine Gratwanderung zwischen zu viel Veränderung (Zusammenhang zum ursprünglichen Alptraum fehlt) und zu wenig Veränderung (bei der neuen Traumversion handelt es sich nach wie vor um einen Alptraum). Um diesem Problem entgegen zu wirken, werden vor der eigentlichen Modifikation solche Elemente erarbeitet, beziehungsweise herausgearbeitet, die eine Verknüpfung beider Träume ermöglichen, das heißt charakteristisch für den Alptraum sind, ohne starke negative Gefühle hervorzurufen. Es handelt sich dabei häufig zum Beispiel um die Umgebung im Traum, das Setting des Traumanfangs oder einzelne Gegenstände oder Personen. Gelegentlich gibt es sogar einzelne Details, die als positiv empfunden wurden, auch diese Elemente dürfen und sollen selbstverständlich in der neuen Traumgeschichte wieder auftauchen. Die Auswahl der Elemente ist immer subjektiv, nur der Patient kann wissen, welche Bestandteile seines Traumes für ihn so elementar sind, dass sie in der modifizierten Traumfassung wieder vorkommen müssen und auch nur er kann entscheiden, ob die Elemente ausreichend wenig negative Emotionen hervorrufen, um im Traum bleiben zu dürfen. Diese Bestandteile des Traums können in der mittleren Spalte des Arbeitsblattes „Alptraumveränderung“ (Abbildung 4) notiert werden.

Veränderung meines Alptraums		
Welche Elemente müssen raus?	Welche Elemente müssen bleiben?	Alternativen zum ursprünglichen Traum
<ul style="list-style-type: none"> - zunehmende Bedrohlichkeit der Umgebung - Haus, bzw. Bedrohung, die davon ausgeht - aufsteigende Panik 	<ul style="list-style-type: none"> - Waldweg - Fahrrad 	

Abbildung 4: Arbeitsblatt „Alptraumveränderung“, am Beispiel von Patientin Frau N.

Falls es schwierig ist, überhaupt Elemente zu finden, die im Traum enthalten bleiben sollen, kann überlegt werden, welche Elemente, die eigentlich Angst machen, in abgeschwächter Form fortbestehen können.

9.6.3 Erarbeitung eines alternativen Traumhergangs

In der Regel fällt es Patienten zunächst schwer, Alternativen zu ihrem Alptraum zu finden. Sie haben meist über einen längeren Zeitraum hinweg gelernt, ihrem Alptraum hilflos gegenüber zu stehen und schaffen es in der Regel nicht, spontan einen alternativen Traumhergang zu entwickeln. Darum hat sich ein Vorgehen in Einzelschritten bewährt, was nachfolgend genauer beschrieben wird. Außerdem kann es den Patienten entlasten, wenn die Therapeutin ihm mitteilt, dass diese anfängliche „Blockade“ aus eben genanntem Grund völlig normal ist.

Grundsätzlich gilt immer, dass der Patient möglichst eigenständige Veränderungsversuche machen soll. Gelingt es ihm nicht, eigenständige Ideen zu generieren, kann die Therapeutin unterstützen und kann auch Beispiele nennen. Dabei sollte sie allerdings stets darauf hinweisen, dass es individuell unterschiedlich ist, welche Traumelemente sich eignen und dass der Patient letztendlich selbst entscheiden muss, welche Elemente er sich vorstellen kann und wie sein neuer Traum für ihn schlüssig wird. Die Nennung von nur einem Beispiel ist demzufolge ungünstig, wenn sollten immer mehrere Beispiele genannt werden. Es sollte darauf geachtet werden, dass stets genug Raum für eigene Ideen des Patienten bleibt.

Wenn der Patient spontan keine Ideen hat, wie er die gesamte Traumgeschichte modifizieren kann, was speziell bei komplexeren Träumen in der Regel der Fall ist, werden zunächst für die einzelnen negativen Traumelemente Alternativen gesucht.

Um dem Patienten die Generierung von möglichen Alternativen weiter zu erleichtern beziehungsweise erst zu ermöglichen, kann die Therapeutin ihn ermuntern, zunächst einmal einen Schritt weg vom persönlichen Traum zu machen und zu überlegen, was man in der jeweiligen Situation im Allgemeinen ändern könnte. Eine mögliche Frage könnte sein, was man einer anderen Person empfehlen würde, was sie in der Situation tun würde oder was ganz grundsätzlich anders sein könnte, um den negativen Affekt abzumildern. Wenn man sich im Traum hilflos fühlt, könnte man beispielsweise Hilfe einer eigentlich unbeteiligten,

fremden Person bekommen, die zufällig vorbei kommt, man könnte um Hilfe rufen und gehört werden, es könnte jemand von sich aus unterwegs sein, der einem hilft, man könnte selbst eine Möglichkeit entwickeln, sich aus der prekären Lage zu bringen, die Situation könnte sich als ein Missverständnis herausstellen, etc. Eine solche Liste kann für jedes negative Element des Traums erstellt werden und kann auf dem Arbeitsblatt „Alptraumveränderung“ (Abbildungen 4 und 5) oder einem separaten Blatt notiert werden.

Veränderung meines Alptraums		
Welche Elemente müssen raus?	Welche Elemente müssen bleiben?	Alternativen zum ursprünglichen Traum
<ul style="list-style-type: none"> - zunehmende Bedrohlichkeit der Umgebung - Haus, bzw. Bedrohung, die davon ausgeht - aufsteigende Panik 	<ul style="list-style-type: none"> - Waldweg - Fahrrad 	<ul style="list-style-type: none"> - Der Wald bleibt hell und freundlich, Vögel zwitschern - Ich brauche nicht beim Haus ankommen - Ich lasse mich von jemandem wegrufen (z. B. per Telefon) - Ich kann das Fahrrad anhalten - Ich werde durch einen Sturz etc. zum Anhalten gezwungen - Ich erreiche das Haus und gehe hinein - Ich nehme jemanden mit

Abbildung 5: Arbeitsblatt „Alptraumveränderung“ mit erarbeiteten Alternativen zum ursprünglichen Traumhergang, am Beispiel von Frau N.

Im Anschluss wird die jeweilige Liste an Alternativen dahin gehend geprüft, ob der Patient grundsätzlich in der Lage ist, sie sich vorzustellen. Neben einer subjektiven Einschätzung des Patienten können hierbei kurze Imaginationsübungen eingesetzt werden. Alle Ideen, die der Patient sich nicht vorstellen kann, werden wieder von der Liste gestrichen.

Im nächsten Schritt werden die noch verbleibenden Ideen zur Modifikation dahin gehend überprüft, ob sie grundsätzlich in die Traumgeschichte passen könnten. Befindet man sich beispielsweise in einer dunklen Höhle und das negative Element ist die Dunkelheit, ist es we-

nig passend, einfach einen Lichtschalter zu betätigen oder die Vorhänge aufzuziehen. Eine Grubenlampe zu besitzen oder einen Ausgang oder ein Loch zu finden, durch den Licht in die Höhle fällt, wären hingegen mit dem Ort des Traumgeschehens zu vereinbaren.

Bei der Entwicklung einer vollständigen, alternativen Traumgeschichte geht es primär darum, aus der Liste an möglichen Ideen diejenigen auszuwählen, die am besten zusammenpassen und sie zu einer zusammenhängenden, in sich schlüssigen Geschichte zu erstellen. Eine wichtige Frage ist dabei immer, wie viel negativer Effekt (a) sein muss, um die neue Traumgeschichte mit dem ursprünglichen Alptraum in der Verbindung zu bringen und (b) sein darf, damit die neue Traumgeschichte ohne stärkere negative Affekte vorstellbar ist. Gegebenenfalls muss die Therapeutin den Patienten darauf hinweisen, dass es reicht, eine neutrale Geschichte zu entwickeln und leichte negative Gefühle sowie eine zeitweise leichte Anspannung durchaus auftreten dürfen. Wie viel davon gut zu ertragen ist, liegt wieder im Ermessen des Patienten.

Die neue Traumgeschichte kann ähnlich lang sein wie der ursprüngliche Alptraum, sie kann aber auch sehr viel kürzer oder sehr viel länger werden. Ein kürzerer Traum entsteht in der Regel dann, wenn eine lange bedrohliche Episode zu einem frühen Zeitpunkt aufgelöst oder verhindert werden kann. Eine längere Traumversion kann beispielsweise dann entstehen, wenn der ursprüngliche Traum sehr wenig Handlung hatte, und für den neuen Traum praktische eine neue Rahmenhandlung entwickelt werden muss. Die Länge der neuen Traumgeschichte ist nicht von Belang. Wichtig ist, dass der Patient in der Lage ist, sie sich gut vorzustellen. Dies wird dadurch erleichtert, dass die neue Traumgeschichte sehr detailliert beschrieben wird. Schreibt der Patient die Geschichte auf, sollte er immer die erste Person Präsens verwenden, um eine möglichst lebhaftere Geschichte zu gestalten. Die Verwendung von wörtlicher Rede und auch der wörtlichen Wiedergabe von Gedanken ist ebenfalls hilfreich. Im nachfolgenden Kasten ist exemplarisch die Erarbeitung der neuen Traumgeschichte von Frau N. dargestellt.

Fallbeispiel Frau N.

Frau N. entschied sich, dass der Wald in jedem Fall hell und freundlich sein müsse. Der Idee, im Haus anzukommen und hineinzugehen, schien ihr zunächst im Sinne einer „Bewältigung“ des Traumes am sinnvollsten. Eine erste kurze Imaginationsübung rief jedoch so viel Angst hervor, dass diese Idee ver-

worfen werden musste. Der Gedanke, dass sie jemand anrufen könnte, und sie darum umkehren könnte, erschien ihr ebenso unwahrscheinlich, wie dass sie das Fahrrad ohne äußeren Anlass anhalten könnte.

Der neue Traum lautete letztendlich wie folgt:

„Ich fahre durch den Wald. Einzelne Sonnenstrahlen scheinen durch die Äste. Ich höre einige Vögel zwitschern. Der Weg, auf dem ich fahre, ist schmal und voller Moos. Während ich immer weiter fahre, kommt mir in den Sinn, dass ich eigentlich gar nicht zu dem Ort möchte, zu dem ich auf dem Weg bin. Ehe ich weiter darüber nachdenken kann, merke ich, wie mein Fahrrad einen Ruck bekommt und ich stürze um. Ich lande auf dem Waldboden, ‚autsch, was war das denn?‘, schießt mir durch den Kopf, und ich merke, wie mein Knöchel schmerzt, bin aber auch erleichtert, dass ich aufgehalten werde. Ich sehe mir mein Fahrrad an, ein Ast hat sich in den Speichen verfangen. Ich fummel ihn heraus, das geht gar nicht so einfach. Die Kette ist ebenfalls abgesprungen. So kann ich unmöglich weiterfahren, ich muss erstmal nach Hause, um das Fahrrad zu reparieren. Ich stehe auf und drehe energisch das Fahrrad um und schiebe es zurück in Richtung Waldrand. Je näher ich dem Rand des Waldes komme, desto heller und freundlicher wird es, ich kann die Vögel hören.“

Nachdem in der vierten Therapiesitzung gemeinsam das Arbeitsblatt ausgefüllt und erste Ideen für mögliche Alternativen besprochen wurden, schrieb die Patientin die Rohfassung der hier beschriebenen endgültigen Traumversion als Hausaufgabe auf. In der fünften Therapiesitzung wurde diese besprochen.

Besteht eine erste Version der neuen Traumgeschichte, die entweder der Patient selbst oder die Therapeutin notiert hat, wird diese Traumgeschichte erprobt, sprich in einer Imaginationübung daraufhin überprüft, ob der Patient sie sich zum einen gut vorstellen kann und zum anderen, ob negative Gefühle auftreten.

Fällt es dem Patienten schwer, sich die Szenen des neuen Traumes vorzustellen, wird zunächst überprüft, ob eine detailliertere Schilderung Abhilfe schaffen kann. Auch ist es gerade bei Patienten mit weniger stark ausgeprägter Phantasie und Vorstellungskraft möglich, dass die Imagination erst beim zweiten oder dritten Versuch gelingt. Falls dies nicht zum gewünschten Erfolg führt, muss erwogen werden, die Traumgeschichte selbst noch einmal zu verändern. Das Gleiche gilt, wenn die Szene nach wie vor einen starken negativen Affekt hervorruft. Da es eher die Regel als die Ausnahme ist, dass eine Geschichte nach der ersten Erprobung noch weiter verändert oder gar in ihrer ersten Fassung vollständig verworfen

wird, sollte dies dem Patienten frühzeitig mitgeteilt werden, sodass keine unnötige Frustration entsteht.

Eine erneute Erprobung in Form einer Imaginationsübung erfolgt dann, wenn die aufgetretenen Schwierigkeiten augenscheinlich behoben worden sind. Dieser Vorgang wird solange wiederholt, bis eine Traumfassung besteht, die folgende Kriterien erfüllt:

- Der Patient kann sich die Traumgeschichte vollständig vorstellen.
- Der Traum ist in sich schlüssig und hat in der Regel kein offenes Ende.
- Er erzeugt keine starken negativen Affekte, die zum Erwachen des Patienten führen könnten (leichte negative Affekte oder Anspannung sind möglich).
- Es besteht ein Zusammenhang zum ursprünglichen Alptraum, dieser ist aber nicht zu groß.

Die Alptraummodifikation erstreckt sich in der Regel über insgesamt vier Therapiesitzungen. Zu Beginn, also während der Modifikation des ersten Traumes, sollen höchstens kleine Arbeitsschritte selbstständig im Rahmen von Hausaufgaben erfolgen. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass eine neue Traumgeschichte, die in der Therapiesitzung vollständig besprochen wurde, schriftlich abgefasst wird, oder dass Möglichkeiten für ein Traumende erwogen werden sollen. Nach Abschluss der ersten und nach jeder weiteren Modifikation soll der neue Traum regelmäßig, nach Möglichkeit täglich, für einen Zeitraum von mindestens vier Wochen imaginiert werden.

Wird ein zweiter Traum während der Therapie modifiziert, sollen größere Anteile selbstständig erfolgen. Das heißt, die Therapeutin und der Patient können in der Therapiesitzung gemeinsam einen Alptraum besprechen und negative sowie charakteristische Elemente sammeln. Der Patient erarbeitet dann zu Hause mögliche Alternativen.

Bei vielen verschiedenen Alpträumen kann zusätzlich eine komplette Modifikation zwischen der vorletzten und letzten Sitzung durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob die Technik wirklich vollständig erlernt wurde und angewandt werden kann. Das Gleiche gilt auch, wenn nach der vorletzten Therapiesitzung ein neuer Alptraum aufgetreten ist.

Wenn es in bestimmten Bereichen besondere Schwierigkeiten gibt, beispielsweise der Einstieg in die Modifikation schwerfällt, weil dem Patienten keine möglichen Alternativen ein-

fallen, das weitere Vorgehen nach diesem Schritt jedoch leicht fällt, können auch einzelne Arbeitsschritte isoliert geübt werden. Ein Patient mit vielen verschiedenen Alpträumen könnte so für drei Träume, die ihn wenig belasten, jeweils nur eine oder zwei Alternativen erarbeiten.

9.6.4 Imagination des neuen Traums

Mit der Modifikation ist der größte Schritt im Rahmen des Therapieprogramms gemacht, mit ihr allein ist jedoch kein Therapieerfolg zu erwarten. Der Traum in seiner neuen Fassung muss nun im Rahmen von Imaginationsübungen regelmäßig geübt werden. Das geschieht zum einen in der therapeutischen Sitzung unter der Anleitung der Therapeutin, genauso wie die Vorstellungssequenz in der Imaginationsübung. Zum anderen soll sich der Patient seinen neuen Traum in den nächsten Wochen nach Möglichkeit täglich vorstellen. Besonders günstig wären diese Vorstellungsübungen vor dem zu Bett gehen. Treten bei der Imagination Probleme auf, können diese in der nächsten Therapiesitzung (spätestens in der Abschluss-sitzung) besprochen werden. Sind Änderungen an der Traumgeschichte nötig, die der Patient eigenständig durchführen kann, sollte er dies auf jeden Fall tun.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, diese Imaginationsübung durchzuführen. Speziell bei kurzen Traumgeschichten können sich die Patienten den Inhalt oft nach kurzer Zeit merken und gehen die Geschichte praktisch im Kopf durch. Gelingt dies nicht oder ist die Geschichte länger, ist es möglich, eine Audio-Aufnahme zu erstellen oder sich die Geschichte von einem Angehörigen vorlesen zu lassen. Wenn dies alles nicht möglich ist, kann der Text abschnittsweise gelesen und die jeweilige Textstelle anschließend imaginiert werden.

9.6.5 Reflexion des Vorgehens

Nachdem der erste Alptraum erfolgreich modifiziert wurde, soll der Patient nun lernen, wie genau die einzelnen Schritte der Alptraumveränderung aussehen und was jeweils beachtet werden muss. Dazu kann rückblickend auf den modifizierten Traum reflektiert werden, wie man vorgegangen ist und daraus kann man ableiten, wie man grundsätzlich vorgehen sollte. Da das Vorgehen in mehreren Teilschritten nicht immer auf Anhieb nachvollzogen werden kann, ist es ratsam, die Schilderungen und Erklärungen der Therapeutin visuell zu

unterstützen. Dazu kann wahlweise eine Tafel oder ein Flip-Chart verwendet werden, oder dem Patienten wird der „Leitfaden Alptraumveränderung“ (Abbildung 6) ausgehändigt, auf dem ein entsprechendes Flussdiagramm zu sehen ist.

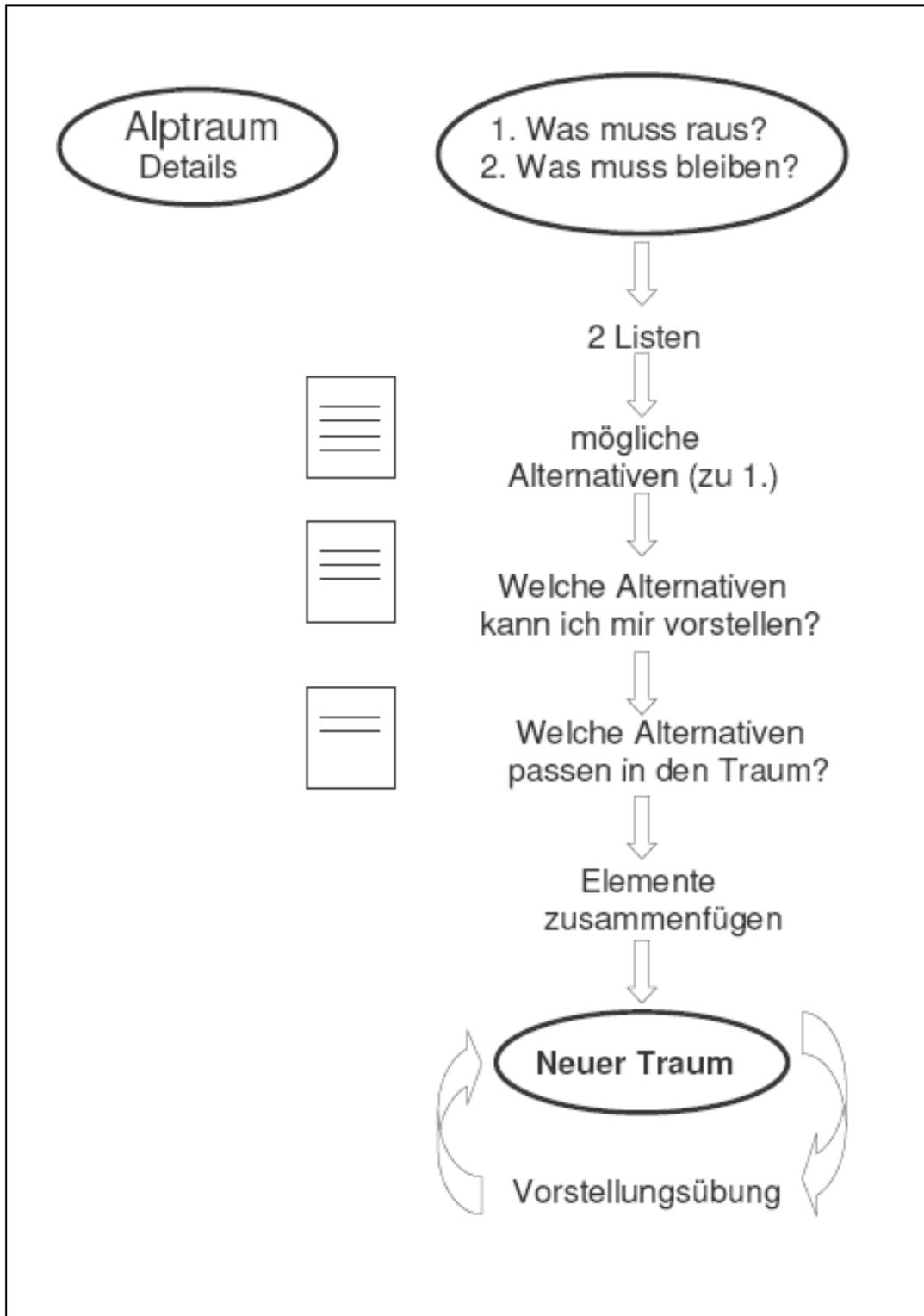


Abbildung. 6: Handout „Leitfaden Alptraumveränderung“

Auch wenn der Patient schon zu Beginn der Alptraummodifikation spontan eine neue Traumfassung generieren konnte, sollte ihm an dieser Stelle erläutert werden, wie er vorgehen könnte, wenn ihm dies einmal nicht ohne Weiteres gelänge. Die Therapeutin sollte das Verfahren grundsätzlich unter Bezugnahme auf die bisherigen Erfahrungen des Patienten im Rahmen der Alptraumtherapie erläutern und gegebenenfalls weitere Beispiele nennen. An dieser Stelle sollte auch Raum sein für die Frage, welche Schritte dem Patienten potenziell leicht fallen würden und wo es am ehesten Schwierigkeiten geben könnte. Diese Schritte werden dann besonders ausführlich besprochen. Der Leitfaden, der dem Patienten übergeben wird, beinhaltet neben dem Flussdiagramm ebenfalls einen erklärenden Text.

9.7 Therapieabschluss

Die Abschlusssitzung dient dazu, die Ergebnisse der Alptraumtherapie im Verlauf zu stabilisieren. Aus diesem Grund sollte diese letzte Therapiesitzung mit einem Abstand von mindestens zwei, besser drei Wochen zu der vorangegangenen Therapiesitzung erfolgen.

Die zentralen Fragen im Rahmen dieser Sitzung beziehen sich auf die Erfahrungen mit der Alptraummodifikation während der „Therapiepause“ und natürlich die Alptraumfrequenz sowie der Grad der Belastung, der von der Alptraumsymptomatik ausgeht. Ist die Therapie erfolgreich verlaufen und sind die Alpträume verschwunden, so sollte sich die Patientin die erarbeiteten alternativen Traumfassungen weiterhin regelmäßig (z. B. einmal pro Woche über mehrere Wochen) im Rahmen einer Imaginationsübung vorstellen. Dies erhält die Übung, hält die neue Traumfassung im Gedächtnis präsent und erleichtert die Anwendung für den Fall, dass erneut Alpträume auftreten sollten.

Wenn Schwierigkeiten berichtet werden, ist es wichtig, zu eruieren, woher diese rührten. Wenn die Probleme durch eine unzureichende Anwendung der erlernten Therapietechniken zustande kamen, gilt es diese erneut zu thematisieren. Ist die Frequenz der Alpträume nicht zurückgegangen, obwohl eine oder mehrere modifizierte Traumfassungen regelmäßig imaginiert wurden, ist zu differenzieren, ob es sich um modifizierte oder bisher unbearbeitete Alpträume handelte. Treten modifizierte Träume weiterhin in ihrer ursprünglichen Version auf, so muss die Modifikation überdacht und ggf. verändert werden, es könnte beispielsweise sein, dass die Modifikation entweder nicht umfassend genug war, oder aber die neue

Traumfassung zu weit entfernt war vom ursprünglichen Alptraum und eine kognitive Verknüpfung somit unmöglich gemacht wurde. Handelt es sich bei dem oder den weiterhin auftretenden Alpträumen um bisher unbearbeitete Alpträume, so bleibt zu empfehlen, diese Träume ebenfalls zu modifizieren.

Im Rahmen der Abschlussitzung sollte auch eine gemeinsame kritische Reflexion des Therapieverfahrens und des damit erlangten Erfolgs erfolgen sowie gegebenenfalls weitere erforderliche Therapieschritte besprochen werden (z. B. Trauma-Therapie).

9.8 Besonderheiten bei Trauma-Patienten

Traumatisierte Patienten bringen bezüglich ihrer Symptomatik einige Besonderheiten mit, die eine Adaptation der Alptraumbehandlung notwendig machen. Zum einen treten bei dieser Patientengruppe neben den idiopathischen Alpträumen häufig auch posttraumatische Alpträume auf.

Bei Patienten mit PTBS besteht während einer Therapiesitzung eine hohe emotionale Belastung, die Gefahr, dass dissoziativen Zustände oder Flashbacks auftreten, ist relativ hoch. Im Manual vorgesehen ist insbesondere eine Anpassung bezüglich der Alptraumrekonstruktion und der Einführung in die Imagination. Aber auch darüber hinaus darf und sollte die Therapeutin sich gängiger Stabilisierungstechniken bedienen, auch ein Einsatz von Entspannungsverfahren über die zweite Sitzung hinaus ist hilfreich.

9.8.1 Anpassung der Alptraumrekonstruktion

Die Belastung, die durch das Nacherzählen, sprich die Rekonstruktion der Alpträume entsteht, ist bei Träumen mit traumatischem Inhalt ungleich höher als bei anderen Alpträumen. Eine vollständige Alptraumrekonstruktion entspräche in diesem Fall einer Traumaexposition, die in acht Sitzungen zum einen nicht zu leisten ist und zum anderen auch nicht unmittelbares Ziel der Alptraumbehandlung ist. Darum ist es ausreichend, wenn der Patient den Alptraum lediglich skizziert und besonders belastende Details ausspart. Da diese Träume ohnehin in der Regel sehr präsent sind, würde eine vollständige Rekonstruktion keinen entscheidenden Beitrag dazu leisten, dass der Patient sich den Alptraum besser vorstellen kann und

somit eine breitere Basis für die Modifikation hat. Lediglich der Therapeutin können möglicherweise Detailinformationen fehlen.

9.8.2 Anpassung der Einführung in die Imagination

Bei traumatisierten Patienten kann die Einführung der Imaginationsübungen eine besondere Herausforderung darstellen. Die Gefahr, dass sich die in der Übung suggerierten, positiven Bilder mit negativen Erinnerungen (Flashbacks) vermischen, ist groß. Darum empfiehlt es sich, zum einen für die Imaginationsübungen insgesamt mehr Zeit einzuplanen, zum anderen auch als Erstes eine zusätzliche Übung, nämlich die „Übung vom sicheren Ort“ einzuführen. Das Manual beinhaltet dabei eine durch die Autorin und den Autor vorgenommene Modifikation der entsprechenden Übung von Reddemann (2007). Ist dieser Ort in der Vorstellung erst einmal entwickelt, kann er im weiteren Therapieverlauf als eine Art „Anker“ benutzt werden, wenn negative Bilder die Vorstellung dominieren oder der Patient Angst bekommt. Außerdem gilt – analog zu den Entspannungsübungen – dass die Augen zunächst geöffnet bleiben können.

Bei Patienten, die während der Übungen dissoziieren, sollte vereinbart und geübt werden, wie dies frühzeitig unterbrochen werden kann. Viele Patienten können, wenn dies ausdrücklich erlaubt wird, die jeweilige Übung unterbrechen, bevor das Vollbild eines dissoziativen Zustandes beziehungsweise Flashbacks auftreten. Weist die Therapeutin nicht explizit vor der ersten Imaginationsübung darauf hin, dass das Unterbrechen der Übungen zur Verhinderung von Flashbacks ein adäquates Mittel ist, trauen sich viele Patienten nicht, die Übung zu verlassen, mit der Folge, dass sie dissoziieren. Traut der Patient sich eine verbale Äußerung nicht zu, kann auch ein anderes Signal, zum Beispiel das Öffnen der Augen oder eine Handbewegung vereinbart werden. Oft gelingt es Patienten, die Übungen bis zum Ende durchführen zu können, nachdem sie sie in der Anfangsphase einige Male gestoppt haben (Selbstwirksamkeit). Manchmal gelingt auch ein angeleitetes Zurückkehren zum Inhalt der Übung und damit zu den positiven Bildern (z. B. „Sie drehen das negative Bild aus Ihrer Erinnerung an einem Regler immer schwächer/unschärfer und stellen die Szene aus der Phantasie wieder scharf“ oder „Sie schieben das negative Bild energisch zur Seite, sodass Sie sich wieder auf die Situation [...] konzentrieren können“). Diese Form des Umgangs mit negativen Erinnerungen sollte mit dem jeweiligen Patienten aber auf jeden Fall

besprochen werden, manchmal gibt es sogar schon Vorerfahrungen mit solchen und ähnlichen Techniken, auf die zurückgegriffen werden kann.

In seltenen Fällen kann es passieren, dass Flashbacks bereits in dem Moment eintreten, wo der Patient sich passiv auf die Imaginationsübung einlässt und somit zumindest im subjektiven Erleben ein Stück der Kontrolle abgibt. Ein erster Schritt könnte sein, dass der Patient die passive Rolle verlässt und beispielsweise seinen sicheren Ort laut beschreibt. Auch ein Gegenstand, den der Patient in der Hand hält, um in Verbindung mit dem „Hier und Jetzt“ zu bleiben, der vielleicht sogar im Zusammenhang mit dem sicheren Ort steht, kann hilfreich sein. Auf dem Umgang mit dissoziativen Zuständen in der Therapiesitzung können wir hier nicht weiter eingehen, wir verweisen darum auf Ehlers (1999).

9.8.3 Anpassung der Alptraummodifikation

Ähnlich wie bei der Imagination gibt es auch bei der Alptraummodifikation einige Dinge, die bei traumatisierten Patienten beachten werden sollten.

Das beginnt bereits mit der Auswahl des Traumes. Die Belastung durch posttraumatische Alpträume ist meist höher, als diejenige durch andere Alpträume. Darum ist es ratsam, dass Trauma-Patienten für die erste Modifikation nicht den Traum aussuchen, den sie als bedeutendsten oder schlimmsten erleben, sondern denjenigen, dessen Vorstellung am besten auszuhalten ist und bei dem sie sich zutrauen, darüber in der Therapie zu sprechen.

Für die Imagination der neuen Traumfassung gilt Ähnliches wie für die Imagination der Phantasie Reisen. Die Wahrscheinlichkeit, dass traumatische Bilder auftauchen, die zum Beispiel durch den Traumanfang getriggert werden, ist relativ hoch. Wird die Belastung für den Patienten zu hoch, kann Bezug genommen werden auf den „sicheren Ort“, der im Rahmen der dritten Therapiesitzung entwickelt wurde oder auch eine Entspannungsübung durchgeführt werden. Ist eine Imagination von Traumhalten nur sehr schwer möglich, kann der Patient auch zunächst versuchen, die Inhalte seines neuen Traums zu verbalisieren, bis er ihn in allen Details verinnerlicht hat. Details sind bei der neuen Traumfassung im Gegensatz zur Rekonstruktion des ursprünglichen Alptrausms von großer Bedeutung, da sie es ermöglichen, sich die Szene besser vorstellen zu können und "Lücken" in der Traumgeschichte nicht so einfach mit Inhalten aus dem ursprünglichen Traum gefüllt werden können.

Bei selbstständigen Alptraummodifikationen oder Teilschritten zu Hause und beim wiederholten Imaginieren des modifizierten Traumes ist es sinnvoll, dies in Situationen zu machen, wo eine anschließende Stabilisierung möglich ist, also beispielsweise zunächst nicht, wenn der Patient anschließend alleine ist und nicht unmittelbar vor dem Schlafen gehen. Wenn der neue Traum angstfrei imaginiert werden kann, sollten die Imaginationsübungen dann auf den Abend verlegt werden.

10 Erhebung der abhängigen Variablen

Wie in Kapitel 8 bereits angemerkt, wurde eine Evaluation der neu entwickelten Alptraumtherapie mit Selbstbeurteilungsbögen durchgeführt. Dabei handelt es sich neben speziell für diese Studie entwickelten alptraumbezogenen Fragebögen auch um das Beck-Depressions-Inventar (BDI) zur Kontrolle der depressiven Begleitsymptomatik. Diese Fragebögen wurden am Anfang (Prä-Messung) und am Ende (Post-Messung) des Interventionszeitraums sowie nach einem 10-wöchigen Katamneseintervall (Follow-up-Messung) durchgeführt.

10.1 Erhebung alptraumspezifischer Daten

Da es kein entsprechendes deutschsprachiges Messinstrument gab, wurde eine Reihe von Items zusammengestellt, die die relevanten Symptome im Zusammenhang mit Alpträumen abbilden sollten. Vor Beginn der Therapie wurden folgende Maße erhoben (siehe Fragebogen Anhang B): Zentrale Parameter sind zum einen die absolute Häufigkeit der Alpträume pro Monat (*Alptraumfrequenz*) als auch die *erlebte Angst* während der Alpträume, abgebildet auf einer 7-Punkte-Likert-Skala (1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst).

Darüber hinaus wurden ebenfalls auf einer 7-stufigen Skala die *Angst vor der Wiederholung der Alpträume* (1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst), der *erlebten Hilflosigkeit* während des Alptraus (1 = maximale Kontrolle bis 7 = ich fühle mich dem Traum hilflos ausgesetzt) und dem *Kontrollerleben* während des Alptraus (1 = maximale Kontrolle bis 7 = keine Kontrolle) eingeschätzt. Ergänzend wurden in einer offenen Frage die *Themen der Alpträume* erfasst. Zwei weitere Items bezogen sich auf die Folgen der Alpträume bezüglich der Schlaf- und Lebensqualität beziehungsweise Leistungsfähigkeit im Alltag. Die Patienten sollen

angeben, ob sie *von ihren Alpträumen aufwachen* (immer – meistens – manchmal – nie) und ob sie sich *am nächsten Morgen durch die Alpträume beeinträchtigt fühlen* (ja – nein, wenn ja in welcher Form?).

Am Ende der Therapie (Post-Messung) wurde ein ähnlicher Bogen vorgelegt (siehe Anhang C), bestehend aus denselben Items zur Alptrauumsymptomatik wie bei der Prä-Messung. Darüber hinaus sollten die Patienten auf 7-Punkte-Skalen retrospektiv beurteilen, ob Sie eine *Veränderung empfunden* haben (1 = Verschlechterung bis 7 = Verbesserung) und ob ihre *Erwartungen an die Therapie erfüllt* wurden (1 = Erwartungen gar nicht erfüllt bis 7 = Erwartungen übertroffen). Außerdem konnten in zwei offenen Fragen noch positive sowie negative Aspekte der Therapie insgesamt angegeben werden.

In der Follow-up-Untersuchung zehn Wochen nach Ende der Therapie wurde zusätzlich gefragt, ob der jeweilige Patient sich *in der Lage fühlt, das Gelernte anzuwenden* (1 = fühle mich gar nicht in der Lage bis 7 = fühle mich in der Lage) und ob sie das *Gelernte* dann auch *angewandt* hat, wenn Alpträume aufgetreten sind (ja-nein, wenn nein, warum nicht?). Auch auf diesem Fragebogen (Anhang D) kann noch einmal angegeben werden, was im Nachhinein positiv oder negativ bewertet wird.

10.2 Erhebung alptraumunspezifischer Daten

Zu Beginn der Untersuchung wurden auf dem Prä-Fragebogen (Anhang B) als soziodemografische Daten das *Alter*, das *Geschlecht* und der *sozioökonomische Status* erfasst.

Eine weitere offene Frage auf diesem ersten Fragenbogen war, ob andere *psychische Probleme* über die Alpträume hinaus vorliegen. Hierbei wurde bewusst nicht nach psychiatrischen Diagnosen gefragt, um auch Informationen über die Probleme solcher Patienten zu bekommen, die bisher noch keine Therapie gemacht oder keine Diagnose genannt bekommen haben, aber dennoch wissen, dass bei ihnen gewisse psychische Schwierigkeiten vorliegen. Abschließend wurde auf diesem Fragebogen noch nach bisherigen *Erfahrungen mit Entspannungsverfahren* (ja – nein) und mit einer, ebenfalls offen formulierten, Frage nach der *Motivation*, an der Therapie teilzunehmen, gefragt.

Neben den beschriebenen, alptraumspezifischen und eigens für die Studie entwickelten Fragebögen wurde zu den jeweiligen Messzeitpunkten (Prä, Post, Follow-up) auch ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung von Depressivität eingesetzt. Das hierzu verwendete BDI (Beck et al., 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das seit über 30 Jahren national und international weit verbreitet ist und vielfältig eingesetzt wird, um den Schweregrad von depressiven Symptomen zu erfassen. Der aus 21 Items bestehende Fragebogen hat sich auch für Verlaufsuntersuchungen als geeignetes und gut akzeptiertes Instrument erwiesen. Sowohl die Reliabilität (abhängig von der Stichprobe zwischen $\alpha=.73$ und $\alpha=.95$) als auch die Validität (Korrelation mit anderen Selbstbeurteilungsskalen bei depressiver Symptomatik $r=.76$) sind sehr zufriedenstellend, deutsche Normwerte liegen vor. Für die Zwecke dieser Studie war das Instrument ideal, weil es innerhalb einer kurzen Bearbeitungsdauer von rund zehn Minuten einen guten Einblick in die allgemeine depressive Symptomatik ermöglichte und außerdem im Rahmen der Verlaufsuntersuchungen wiederholt einsetzbar war.

11 Analyse

Es wurden zwei inferenzstatistische Analysen durchgeführt: Zum einen wurden die Daten derjenigen Patienten, die die Intervention vollständig durchlaufen hatten („Completers“) in einer Drei-Punkt-Analyse untersucht, zum anderen erfolgte ein Vergleich mit einer parallelierten Wartelisten-Kontrollgruppe. Ergänzend fand eine Analyse möglicher Moderatorvariablen statt, und es wurden die Angaben zu den Alptraumthemen sowie die Ergebnisse der retrospektiv erhobenen Daten zum Therapieerfolg deskriptiv ausgewertet. Die statistische Auswertung wurde mithilfe des Statistikprogramms SPSS 12.0 durchgeführt.

11.1 Drei-Punkt-Analyse

Bei dieser Datenauswertung handelt es sich um ein zweifaktorielles Messwiederholungsdesign mit drei Messzeitpunkten (Prä, Post, Follow-up) und drei Gruppen (häufige Alpträumer, Depressive, PTBS-Patienten). Dabei werden zunächst die Daten aller Gruppen gemeinsam analysiert (Effekte des Messzeitpunkts) und anschließend die Gruppen untereinander verglichen.

Für die teststatistische Analyse der beiden primären abhängigen Variablen Alptraumfrequenz und erlebte Angst während der Alpträume sowie die intervallskalierten Variablen Angst vor der Wiederholung der Alpträume, Hilflosigkeit, Kontrolle sowie Depressivität wurden zunächst einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (für die drei Messzeitpunkte Prä, Post und Follow-up) durchgeführt und mögliche Zeiteffekte betrachtet. Nachfolgend wurden t-Tests für abhängige Stichproben zum Vergleich von jeweils zwei Messzeitpunkten verwendet. Eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit den beiden dreistufigen Faktoren Messzeitpunkt (Prä, Post, Follow-up) und Gruppe (häufige Alpträumer, Depressive, PTBS-Patienten) wurde durchgeführt, um Informationen über mögliche Haupteffekte für die Gruppen sowie Interaktionseffekte zu erhalten. Anschließend wurden die Effekte des Messzeitpunkts für jede der Patientengruppen separat mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung sowie nachfolgenden t-Test für abhängige Stichproben zum Vergleich von jeweils zwei Messzeitpunkten untersucht.

Da die beiden anderen alptraumbezogenen Parameter Aufwachen und Beeinträchtigung am Folgetag die Kriterien der Intervallskalierung nicht erfüllen, wurden sie mit non-parametrischen Tests inferenzstatistisch ausgewertet. Zunächst wurde ein Friedman-Test als verteilungsfreies Verfahren zur Analyse der Messwiederholungseffekte gerechnet. Die Vergleiche der einzelnen Messzeitpunkte erfolgte mithilfe des Wilcoxon-Rangtests. Für das dichotome Item Beeinträchtigung wurde der Cochran-Test verwendet. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Messzeitpunkten wurden mithilfe des Chi-Quadrat-Tests nach McNemar ermittelt. Um mögliche Unterschiede des angenommenen Therapieeffekts auf die unterschiedlichen Gruppen ausmachen zu können, wurden die Gruppen zu den jeweiligen Messzeitpunkten mit dem Kruskal-Wallis-Test verglichen. Auch für diese beiden Parameter wurden die Gruppen anschließend separat betrachtet.

11.2 Vergleich mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe

In diese Analyse gingen diejenigen Patienten ein, die ein zehnwöchiges Warteintervall durchlaufen hatten sowie eine gleich große Anzahl Patienten einer parallelisierten Interventionsgruppe, die mit der Alptraumtherapie behandelt worden waren. Parallelisiert wurde bezüglich der Verteilung des Geschlechts sowie der Mittelwerte von Alter und Symptomschwere sowohl bezüglich der Alpträume als auch bezüglich der Depressivität. Da für diese Analyse

keine Katamnese-Daten vorliegen, handelt es sich um ein 2x2 Design mit zwei Messzeitpunkten (Prä vs. Post) sowie zwei Gruppen (Intervention vs. Warteliste).

Die Parameter sind identisch mit der in 11.1 beschriebenen Analyse. Bezüglich der intervallskalierten Daten wurde eine zweifaktorielle ANOVA mit Messwiederholung mit den Faktoren Messzeitpunkt (Prä vs. Post) sowie Gruppe (Interventions- vs. Wartelisten-Kontrollgruppe) gerechnet. Ergänzend fanden Einzelpaarvergleiche innerhalb der Gruppen mittels t-Test für abhängige Stichproben statt.

Für den ordinalskalierten Parameter Aufwachen wurde zum Vergleich der beiden Messzeitpunkte in den jeweiligen Gruppen ein Wilcoxon-Rangtest berechnet, für das dichotome Item Beeinträchtigung der Vierfelder-Chi-Quadrat-Test (McNemar). Die Werte der beiden Gruppen zu den jeweiligen Messzeitpunkten wurden zusätzlich mit dem Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz verglichen.

11.3 Moderatoranalyse

Ergänzend zu den beiden beschriebenen inferenzstatistischen Analysen wurde eine explorative Analyse möglicher moderierender Variablen durchgeführt. Da viele der Patienten, die im Rahmen der Studie mit der Alptraumtherapie behandelt wurden, nicht nur unter Alpträumen litten, sondern zusätzlich *weitere psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote* in Anspruch genommen haben, lässt sich vermuten, dass ein möglicher Therapieerfolg auch nicht ausschließlich auf die durchgeführte Alptraumtherapie zurückzuführen ist. Außerdem könnte das Ausmaß der *affektiven Beeinträchtigung*, gemessen mit dem BDI zu Beginn des Interventionszeitraums (Prä-Messung), einen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Außerdem könnten die genannten potentiellen Moderatorvariablen zusätzlich einen Effekt auf die Depressivität haben, sodass sich eine mögliche Veränderung dort nicht oder nur teilweise über die Effekte der betrachteten Alptraumtherapie

Die nachfolgende Analyse wurde analog der ersten Analyse (vgl. Kapitel 11.1) über die Gesamtstichprobe aller Patienten gerechnet, die den Interventionszeitraum durchlaufen hatten. Als Maß für den *Therapieerfolg* der Alptraumtherapie, auf den die möglichen Einflüsse der Moderatorvariablen untersucht werden sollen, wurde von den abhängigen Variablen *Alptraumfrequenz* und *erlebter Angst* jeweils der Differenzwert zwischen den Daten der

Post-Erhebung und der Prä-Erhebung gebildet, analog wurde mit der Variable *Depressivität* verfahren um mögliche Einflussfaktoren auf die affektive Beeinträchtigung zu untersuchen. Mögliche Zusammenhänge dieser Daten mit den beiden dichotomen Variablen Psychotherapie und Pharmakotherapie wurden mittels punkt-biserialer Korrelation bestimmt (Pospeschill, 2006). Da diese Analyse bei dem verwendeten Statistikprogramm nicht verfügbar war, wurde sie per Hand gerechnet. Die Korrelation des Therapieerfolgs mit dem intervallskalierten Depressivitätsmaß BDI sowie der Anzahl der Alptraumthemen wurde mithilfe der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Bei der Korrelationsanalyse bezüglich des Einflusses der Depressivität wurde auf eine Bestimmung des Zusammenhangs mit der Verbesserung der Depressivität verzichtet. Bei der Korrelationsanalyse bezüglich der Anzahl der Alptraumthemen wurde zusätzlich das Ausmaß des Zusammenhangs mit der *Angst vor der Wiederholung des Alptraums*, da diese augenscheinlich davon abhängt, ob immer der gleiche Traum geträumt wird, oder ob es viele verschiedene Alpträume gibt. Zur Bestimmung der Anzahl der Alptraumthemen wurde eine Klassifikation analog Kapitel 11.4 vorgenommen. Bei mehreren Themen aus der Rubrik „Sonstiges“ wurde jedes dieser Themen als eine Kategorie verstanden.

11.4 Betrachtung der Alptraumthemen

Die inhaltliche Analyse von Alpträumen ist nicht das zentrale Thema dieser Arbeit. Trotzdem erschien es interessant zu betrachten, mit welchen Themen sich die Patienten der verschiedenen Gruppen in ihren Alpträumen beschäftigt haben. Aufgrund der relativ dünnen Datenlage findet hier jedoch lediglich eine deskriptive Betrachtung der vorhandenen Daten statt.

Die Themen der Alpträume wurden im Rahmen der Untersuchung auf zweierlei Weise erfasst. Eine Erhebung der Alptraumthemen in Form einer Selbstauskunft fand zum einen im Rahmen der Prä-Messung statt (vgl. Kapitel 10.1), zum anderen gaben die Alptraumprotokolle, die im Rahmen der Therapie ausgefüllt wurden (vgl. Kapitel 9.3), Aufschluss über die Inhalte der Alpträume. Allerdings bestand die Schwierigkeit bei der Analyse der Alptraumprotokolle darin, das entsprechende Thema beziehungsweise die entsprechenden Themen eindeutig zu klassifizieren. Außerdem waren diese Protokolle von sehr unterschiedlicher Qualität, während ein Teil der Patienten jeden Alptraum detailliert dokumentierte, liegen von anderen Patienten nur Stichpunkte, unvollständige Protokolle oder sogar gar keine

Protokolle vor. Darum werden bei dieser Betrachtung ausschließlich die Angaben zu den Alptraumthemen im Rahmen der Prä-Messung berücksichtigt.

In diese Analyse flossen die Daten aller Patienten ein, die in die Studie eingeschlossen worden waren und Angaben zu den Themen ihrer Alpträume gemacht hatten. Die Themen der Alpträume wurden hierzu verschiedenen Kategorien zugeordnet. Diese Kategorien wurden analog der erarbeiteten Klassifikation von Köthe (1999) gewählt und um zwei weitere Kategorie („Tod und Sterben“, „Verlust/Verlassen werden“), die als typisch für klinische Stichproben, insbesondere mit depressiven Patienten gelten (Schredl, 1999), ergänzt. Demzufolge wurden die Alpträume den Themen „Bedrohung/Verfolgung“, „Krankheit“, „Unfall/Katastrophe“, „gewalttätige Angriffe“, „Tiere und andere Wesen“, „Tod und Sterben“ sowie „andere“. Es erfolgt eine Darstellung der Häufigkeiten sowohl gruppenübergreifend als auch für die drei Teilstichproben getrennt.

11.5 Deskriptive Betrachtung der retrospektiven Daten

Ebenfalls nur deskriptiv betrachtet wurden jene Items, die sich retrospektiv mit der Beurteilung des Therapieverfahrens selbst befassen, die Einschätzung der empfundenen Veränderung durch die Therapie (Post- und Follow-up-Messung), die Angabe darüber, inwieweit die zuvor gesetzten Erwartungen erfüllt wurden (Post Messung) sowie die offenen Fragen nach positiven und negativen Aspekten (Post- und Follow-up-Messung) der Therapie. Auch die Antworten auf die offenen Fragen wurden für eine sinnvolle Darstellung zuvor kategorisiert.

III. Ergebnisse

12 Ergebnisse der Drei-Punkt-Analyse

In dieser inferenzstatistischen Analyse werden alle 53 Patienten berücksichtigt, die den Interventionszeitraum komplett durchlaufen haben („Completers“). Von 45 dieser Patienten liegen darüber hinaus Daten der Follow-up Erhebung vor. Von den übrigen 8 Patienten schickten 7 nach dem zehnwöchigen Katamneseintervall die per Post zugestellten Fragebögen nicht zurück (und/oder waren telefonisch nicht mehr erreichbar), eine weitere Patientin suizidierte sich in diesem Zeitraum.

Betrachtet werden zunächst die Ergebnisse der drei Erhebungszeitpunkte Prä (Beginn der Intervention), Post (Ende der Intervention) und Follow-up (nach 10 Wochen Katamnesezeitraum) für die Gesamtstichprobe der Completers, anschließend werden die Ergebnisse der drei Substichproben der häufigen Alpträumer, der Depressiven und der PTBS-Patienten separat betrachtet beziehungsweise verglichen.

12.1 Ergebnisse für die Gesamtstichprobe

Die *Alptraumfrequenz* sank von zunächst durchschnittlich 10.1 (SD=8.6) Alpträumen im Monat bei der Prä-Messung auf 5.7 (SD=7.6) bei der Post-Messung und auf 5.4 (SD=7.0) Alpträume bei der Follow-up-Erhebung (Abbildung 7). In der Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt des Messzeitpunkts ($F(2,43)=18.21$, $p<.001$). Es kam also über alle Gruppen hinweg zu einer signifikanten Reduktion der Alptraumanzahl. Vergleicht man einzelnen Messzeitpunkte mit abhängigen t-Tests, so stellt man fest, dass die Alptraumfrequenz während des Interventionszeitraums gesunken ist (Vergleich Prä – Post), $t(51)=5.84$, $p<.001$. Während des Katamnesezeitraums kam es zu einer Stabilisation (Vergleich Post – Follow-up), $t(44)=0.50$, n.s.. Wird der gesamte Messzeitraum betrachtet (Vergleich Prä – Follow-up), so kann auch hier eine hochsignifikante Verbesserung der Symptomatik festgestellt werden, $t(45)=6.24$, $p<.001$.

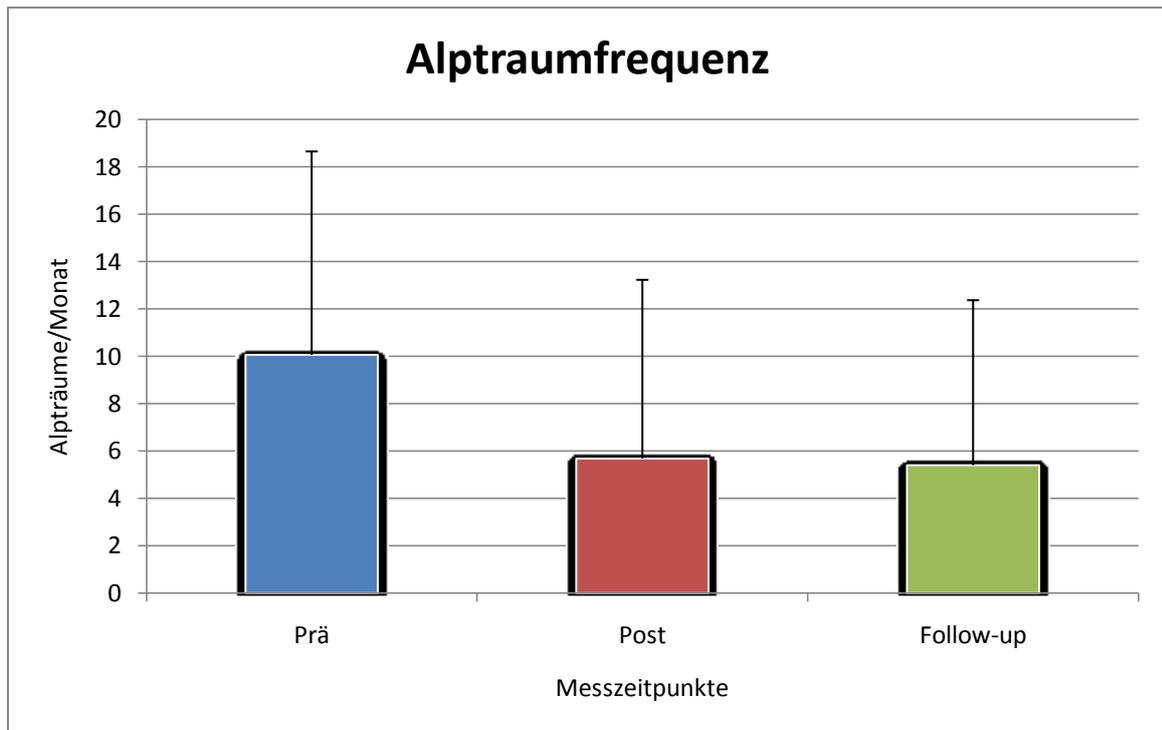


Abbildung 7: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Alptraumfrequenz

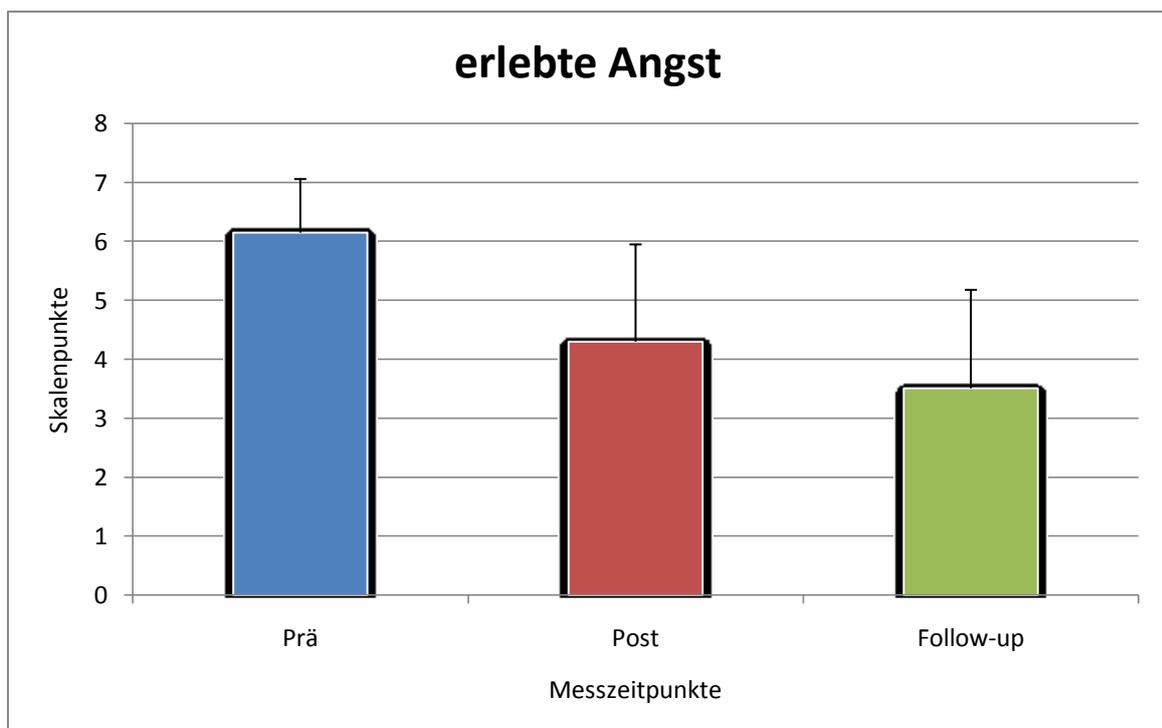


Abbildung 8: Mittelwerte und Standardabweichungen für die erlebte Angst (Skalierung von 1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst)

Die *erlebte Angst* während des Alptraus sank ebenfalls signifikant. Während sie bei der Prä-Messung 6.2 (SD=0.9) Skalenpunkte betrug, sank sie im Verlauf zunächst auf 4.3 (SD=1.6) bei der Post-Messung und dann auf 3.5 (SD=1.7) bei der Follow-up-Messung (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(2,43)=64.38$, $p<.001$; Abbildung 8). Wie sich aufgrund der deskriptiven Daten bereits vermuten ließ, sank die erlebte Angst während des Alptraus sowohl während der Interventionsphase, $t(51)=8.83$, $p<.001$ als auch tendenziell während des Katamnesezeitraums, $t(44)=2.91$, $p<.1$, sodass es auch über den Gesamtzeitraum (Prä – Follow-up) hinweg zu einer hochsignifikanten Reduktion der Angst kam ($t(45)=11.02$, $p<.001$).

Die *Angst vor der Wiederholung des Alptraus* wurde signifikant reduziert (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(2,29)=12.32$, $p<.001$; Abbildung 9). Sie sank von 5.6 (SD=2.0) zu Beginn der Therapie auf 4.1 (SD=2.0) am Ende der Intervention ($t(34)=4.77$, $p<.001$), während des Katamnesezeitraums stabilisierte sich der Messwert, sodass er zum Follow-up Messzeitpunkt noch 3.5 (SD=1.9) Skalenpunkte betrug (Post – Follow-up: $t(30)=1.34$, n.s.). Über den gesamten Messzeitraum hinweg kam es ebenfalls zu einer hochsignifikanten Reduktion der Angst ($t(30)=5.04$, $p<.001$).

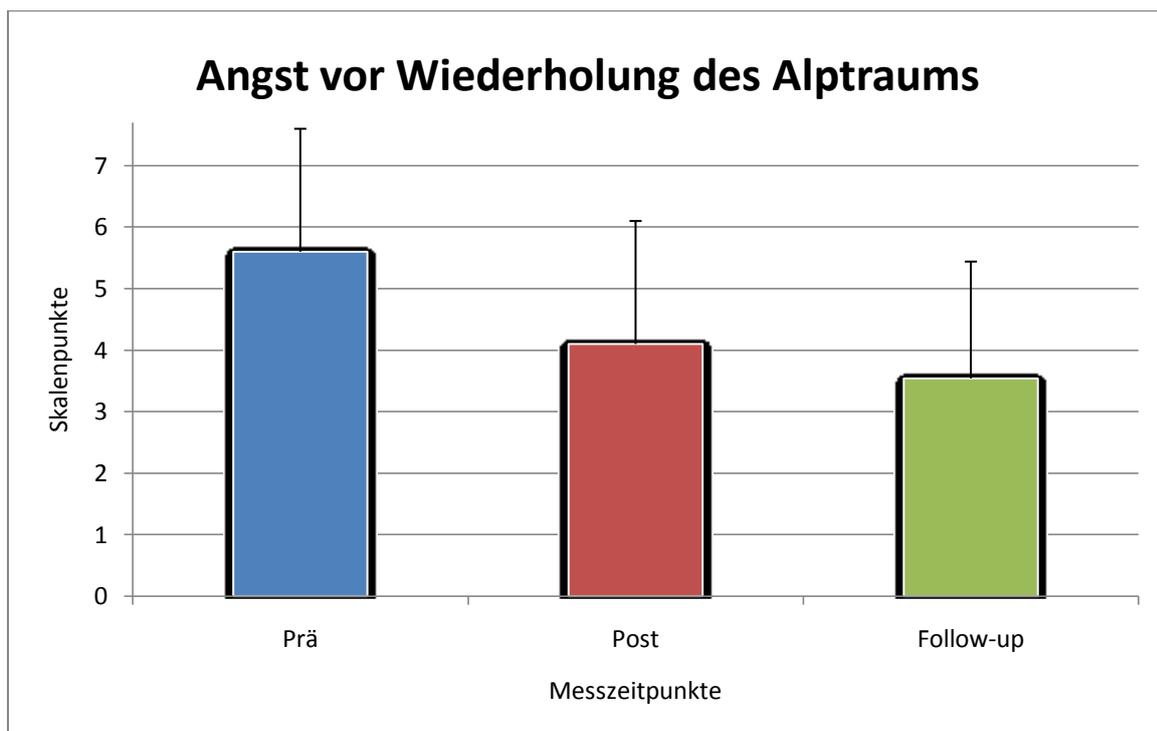


Abbildung 9: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Angst vor der Wiederholung des Alptraus (Skalierung von 1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst)

Die *Hilflosigkeit* während des Alptrausms ließ ebenfalls nach (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(2,28)=30.10$, $p<.001$; Abbildung 10). Sie sank während der Interventionsphase von anfangs 6.4 (SD=0.8) auf 4.5 (SD=1.6) Skalenpunkte ($t(33)=7.22$, $p<.001$), während des Katamnesezeitraums blieb dieser Wert nahezu konstant mit 4.0 (SD=1.9) Skalenpunkten (Post – Follow-up: $t(29)=.22$, n.s.). Während des Gesamtzeitraums der Untersuchung konnte eine hochsignifikante Verbesserung für diese Variable erzielt werden (Prä – Follow-up: $t(30)=6.68$, $p<.001$).

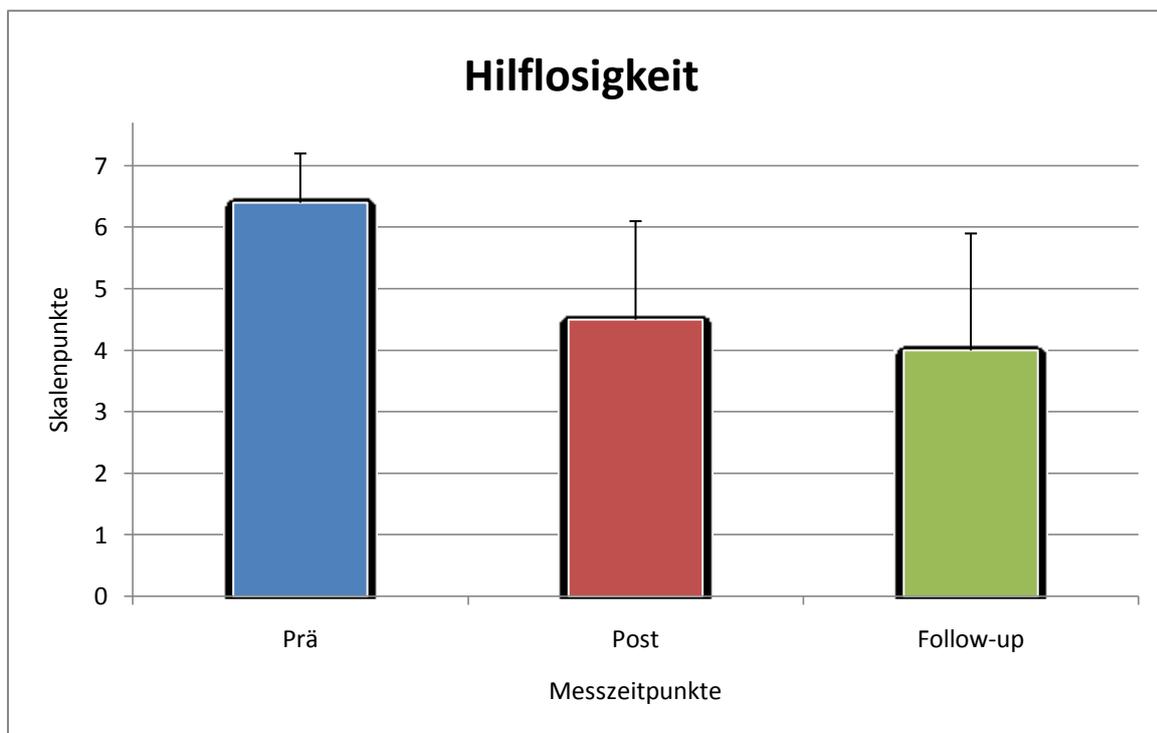


Abbildung 10: Mittelwerte und Standardabweichungen für die *Hilflosigkeit* während des Alptrausms (Skalierung von 1 = maximale Kontrolle bis 7 = hilflos ausgeliefert fühlen)

Ähnlich verhielt es sich mit der erlebte Kontrolle (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(2,28)=41.07$, $p<.001$; Abbildung 11). Hier kam es zu einer Steigerung des Kontrollerlebens und somit zu einem Rückgang der Symptomatik von 6.2 (SD=1.3) zu Beginn der Therapie auf 3.7 (SD=1.5) Skalenpunkte am Ende der Therapie ($t(34)=7.92$, $p<.001$). Während des Katamnesezeitraumes kam es auch hier nicht zu einer statistisch signifikanten Veränderung, der Skalenwert betrug bei der Follow-up Erhebung 3.9 (SD=1.5) Punkte (Post – Follow-up: $t(29)=-1.62$, $p=.12$). Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg kam es auch hier zu einer hochsignifikanten Verbesserung (Prä – Follow-up: $t(29)=7.16$, $p<.001$).

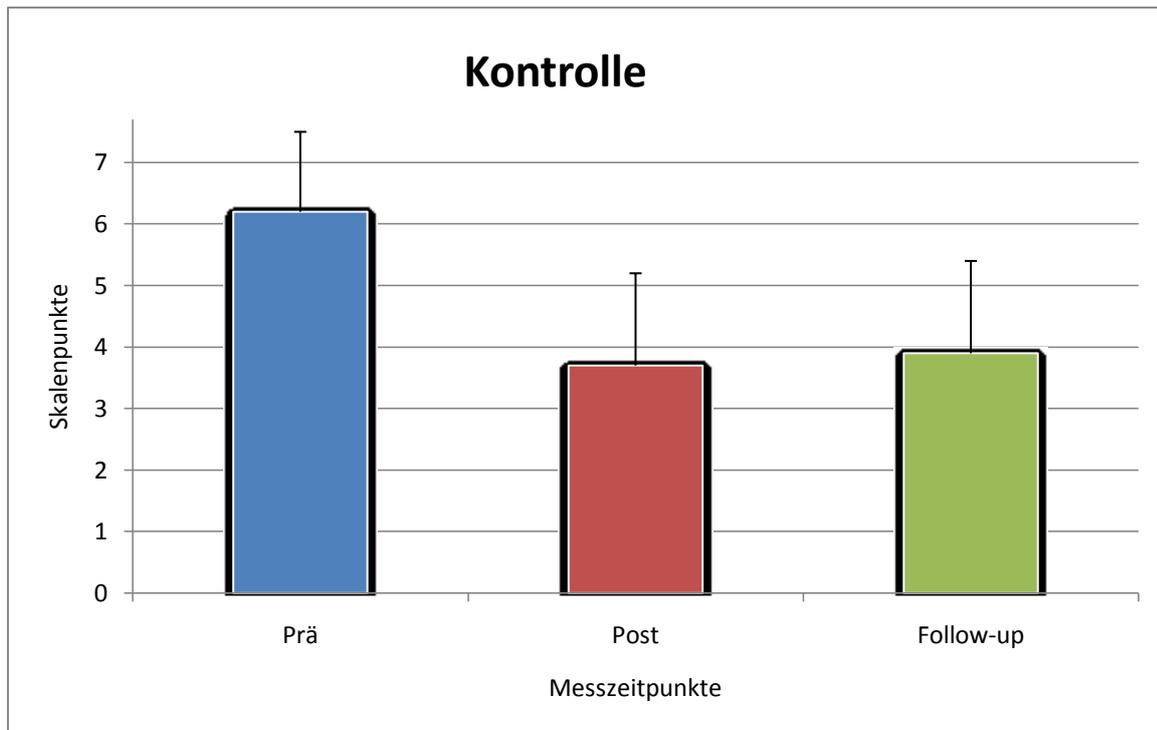


Abbildung 11: Mittelwerte und Standardabweichungen für die erlebte Kontrolle während des Alptrauums (Skalierung von 1 = maximale Kontrolle bis 7 = keine Kontrolle)

Für das *Erwachen aus dem Alptraum* konnte gezeigt werden, dass die Patienten infolge der Alptraumtherapie seltener aufwachten ($\chi^2=7.58$, $df=2$, $p<.05$; Friedman Test). Bei der Prä-Messung gaben 24% der Patienten an, immer zu erwachen, 46% meistens, 22% manchmal und 4% erwachten nie infolge ihrer Alpträume. Nach der Therapie bei der Post-Messung gaben noch 21% an, immer von ihren Alpträumen zu erwachen, nur noch 23% erwachten meistens, sodass mehr als die Hälfte nur noch manchmal (50%) oder sogar nie (6%) erwachten. Zum Follow-up Zeitpunkt waren es nur noch 13%, die immer aufwachten, 36% meistens, 42% manchmal und 9% nie (Abbildung 12). Werden der Interventions- sowie der Katamnesezeitraum separat betrachtet, stellt man fest, dass es während des Interventionszeitraums (Wilcoxon-Rangtext, $Z=-2.20$, $p<.05$) sowie während des gesamten Untersuchungszeitraums ($Z=-2.54$, $p<.05$) jeweils eine signifikante Veränderung gab, nicht jedoch zwischen Therapieabschluss und Follow-up Erhebung ($Z=.00$, n.s.).

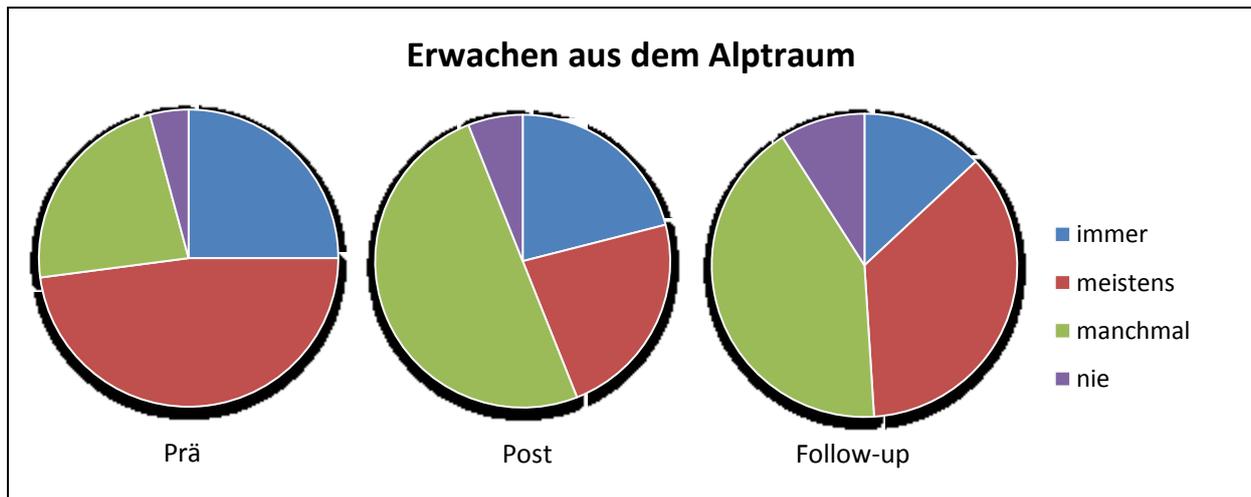


Abbildung 12: Erwachen aus dem Alptraum, Verteilung der relativen Häufigkeiten

Noch deutlicher war der Effekt bezüglich der *Beeinträchtigung am Folgetag* (Cochran's $Q=26.33$, $df=2$, $p<.001$). Zu Beginn der Therapie fühlten sich 98% der Patienten am Folgetag durch ihre Alpträume beeinträchtigt, die meisten gaben an, müde, unerholt und unkonzentriert zu sein, außerdem beklagten sie Nervosität und Grübeln. Bei der Post-Erhebung gaben 69% der Patienten an, sich beeinträchtigt zu fühlen und bei der Follow-up Messung waren es noch 61% (Abbildung 13). Auch hier zeigt ein Vergleich der einzelnen Messzeitpunkte, durchgeführt mit dem Vierfelder-Test nach McNemar, dass es zu einer deutlichen Verbesserung während des Interventionszeitraums ($p<.001$) sowie während des gesamten Untersuchungszeitraums kam ($p<.001$), die vermeintliche Verbesserung von 8% während des Katamnesezeitraums von Post nach Follow-up ist jedoch nicht statistisch signifikant.

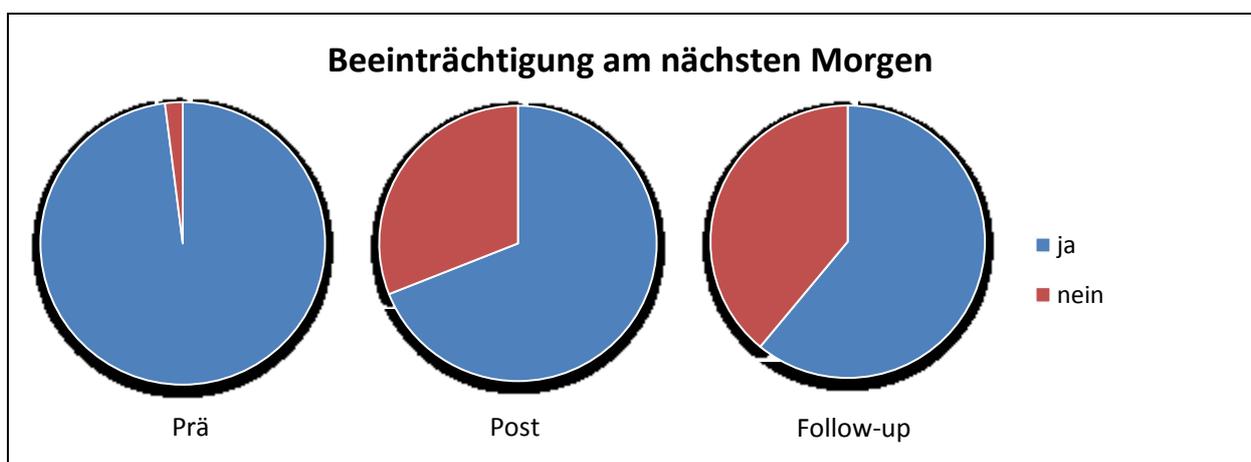


Abbildung 13: Beeinträchtigung am nächsten Morgen, Verteilung der relativen Häufigkeiten

Entgegen der ursprünglichen Annahme, dass alptraumunspezifische Symptome durch die Behandlung keine Verbesserung erfahren, ließ sich für diese Stichprobe ebenfalls eine Verbesserung der *Depressivität* feststellen (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(2,39)=15.44$, $p<.001$; Abbildung 14). Der BDI-Wert sank während des Interventionszeitraums von 19.8 (SD=12.4) auf 12.8 (SD=10.2) Skalenpunkte ($t(49)=6.37$, $p<.001$). Eine weitere statistisch relevante Veränderung während des Katamneseintervalls erfolgte nicht ($t(40)=-.12$, n.s.), der BDI-Wert stabilisierte sich und betrug zum Follow-up Zeitpunkt 12.9 (SD=10.8) Skalenpunkte. Über den gesamten Messzeitraum gesehen kam es zu einer hochsignifikanten Verbesserung der Depressivität ($t(40)=5.09$, $p<.001$).

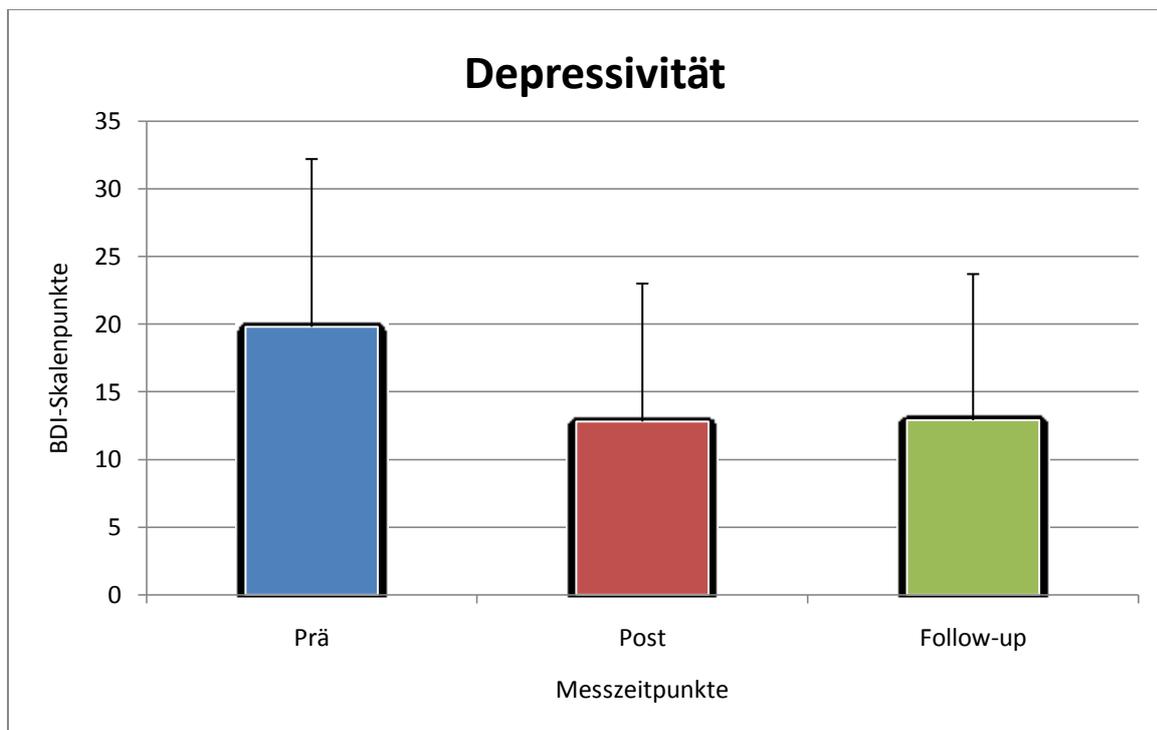


Abbildung 14: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Depressivität

12.2 Unterschiede zwischen den Gruppen

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der drei jeweiligen Gruppen häufige Alpträumer, Depressive und PTBS-Patienten sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen der intervallskalierten Parameter für die drei Patienten-Subgruppen

Parameter	Häufige Alpträumer			Depressive			PTBS-Patienten			
	Messzeitpunkt	Prä	Post	Follow-up	Prä	Post	Follow-up	Prä	Post	Follow-up
Alptraumfrequenz		7.4 ± 8.9	3.7 ± 6.5	3.2 ± 6.9	9.0 ± 6.4	4.2 ± 4.0	4.8 ± 4.8	16.0 ± 8.6	11.0 ± 10.4	10.5 ± 8.3
Erlebte Angst		5.9 ± 8.9	4.1 ± 1.8	4.1 ± 1.8	6.2 ± 1.0	3.6 ± 1.3	3.0 ± 1.0	6.5 ± 0.8	5.6 ± 1.2	5.6 ± 1.0
Angst vor Wiederholung		5.4 ± 2.1	3.5 ± 2.3	3.5 ± 2.3	5.3 ± 2.3	3.1 ± 1.2	2.9 ± 1.2	6.2 ± 1.7	5.5 ± 1.5	5.4 ± 1.4
Hilflosigkeit		6.1 ± 1.0	4.2 ± 1.9	2.9 ± 2.0	6.3 ± 0.8	3.5 ± 0.8	3.6 ± 1.0	6.8 ± 0.6	5.6 ± 1.3	6.0 ± 1.2
Kontrolle		6.2 ± 1.3	3.7 ± 2.0	3.2 ± 1.0	6.6 ± 0.5	2.9 ± 0.5	3.3 ± 1.1	5.8 ± 1.7	4.5 ± 1.2	5.6 ± 1.4
Depressivität (BDI)		8.5 ± 5.9	4.6 ± 4.3	5.4 ± 4.9	23.7 ± 6.9	13.9 ± 6.9	13.5 ± 6.5	31.5 ± 11.7	24.0 ± 10.0	26.5 ± 13.5

Eine Übersicht über die Ergebnisse der 2-faktoriellen Varianzanalyse (3 X 3 ANOVA) mit Messwiederholung bietet die nachfolgende Tabelle 8.

Tabelle 8 Ergebnisse der 3 X 3 ANOVA mit Messwiederholung

Parameter	Zeiteffekte	Gruppeneffekte	Interaktionseffekte
Frequenz	F(2,41)=15.86, p<.001	F(2,42)=3.60, p<.05	F(4,84)=0.93, n.s.
Angst	F(2,41)=74.23, p<.001	F(2,42)=11.40, p<.001	F(4,84)=5.32, p<.001
Angst vor Wiederholung	F(2,27)=13.05, p<.001	F(2,28)=5.39, p<.01	F(4,56)=1.34, n.s.
Hilflosigkeit	F(2,26)=37.23, p<.001	F(2,27)=10.26, p<.001	F(4,54)=3.74, p<.01
Kontrolle	F(2,26)=57.63, p<.001	F(2,27)=3.88, p<.05	F(4,54)=5.30, p<.001
Depressivität (BDI)	F(2,37)=15.41, p<.001	F(2,38)=29.54, p<.001	F(4,76)=2.58, p<.05

Aufgrund der Tatsache, dass in der zweifaktoriellen Varianzanalyse sowohl Gruppenunterschiede als für einige Gruppen auch Interaktionseffekte gefunden wurden, wurden im Anschluss die drei Gruppen bezüglich dieser Parameter separat betrachtet (Tabelle 9).

Tabelle 9: Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse für die drei Subgruppen

Variable	Häufige Alpträumer	Depressive Patienten	PTBS-Patienten
Alptraumfrequenz	F(2,16)=6.58, p<.01	F(2,15)=11.28, p<.001	F(2,8)=23.65, p<.001
Angst	F(2,15)=31.09, p<.001	F(2,16)=70.10, p<.001	F(2,8)=3.76, p<.1
Angst vor Wiederholung	F(2,7)=6.43, p<.05	F(2,10)=9.02, p<.01	F(2,8)=1.11, n.s.
Hilflosigkeit	F(2,6)=7.08, p<.05	F(2,10)=32.48, p<.001	F(2,8)=4.85, p<.05
Kontrolle	F(2,7)=29.72, p<.001	F(2,10)=310.00, p<.001	F(2,7)=4.77, p<.05
Depressivität (BDI)	F(2,14)=4.18, p<.05	F(2,15)=10.69, p<.01	F(2,6)=2.35, n.s.

Die *Alptraumfrequenz* unterschied sich signifikant zwischen den Gruppen, wobei die PTBS-Patienten die meisten und die häufigen Alpträumer die wenigsten Alpträume hatten (vgl. Tabelle 8 und Abbildung 15). Die PTBS-Patienten hatten bereits zu Beginn der Untersuchung signifikant mehr Alpträume als die Gruppe der häufigen Alpträumer ($t(32)=-2.78, p<.01$) und auch als die depressiven Patienten ($t(30)=-2.62, p<.05$). Die Interaktion zwischen Gruppe und Messzeitpunkt wurde nicht signifikant, was nahe legt, dass der reduzierende Effekt auf die Alptraumfrequenz durch die Therapiemaßnahme nicht unterschiedlich bei den einzelnen Gruppen wirkte. Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung, die für alle drei Gruppen getrennt durchgeführt wurde, bestätigt diese Annahme, alle Gruppen zeigten eine Verbesserung (vgl. Tabelle 9). Während des Interventionszeitraums war die Alptraumfrequenz in allen drei Gruppen rückläufig (häufige Alpträumer: $t(20)=2.58, p<.05$, depressive Patienten: $t(17)=4.24, p\leq.001$, PTBS-Patienten: $t(12)=4.00, p<.01$). Unterschiedliche Ergebnisse für die Gruppen gab es lediglich im Katamnesezeitraum. Während die Alptraumfrequenz in der Gruppe der häufigen Alpträumer tendenziell weiter rückläufig war, $t(17)=2.04, p<.1$, kam es in der Gruppe der Depressiven zu einer Verschlechterung, $t(16)=-2.1, p<.05$ und in der PTBS-Gruppe zu einer Stabilisierung, $t(9)=.47, n.s.$

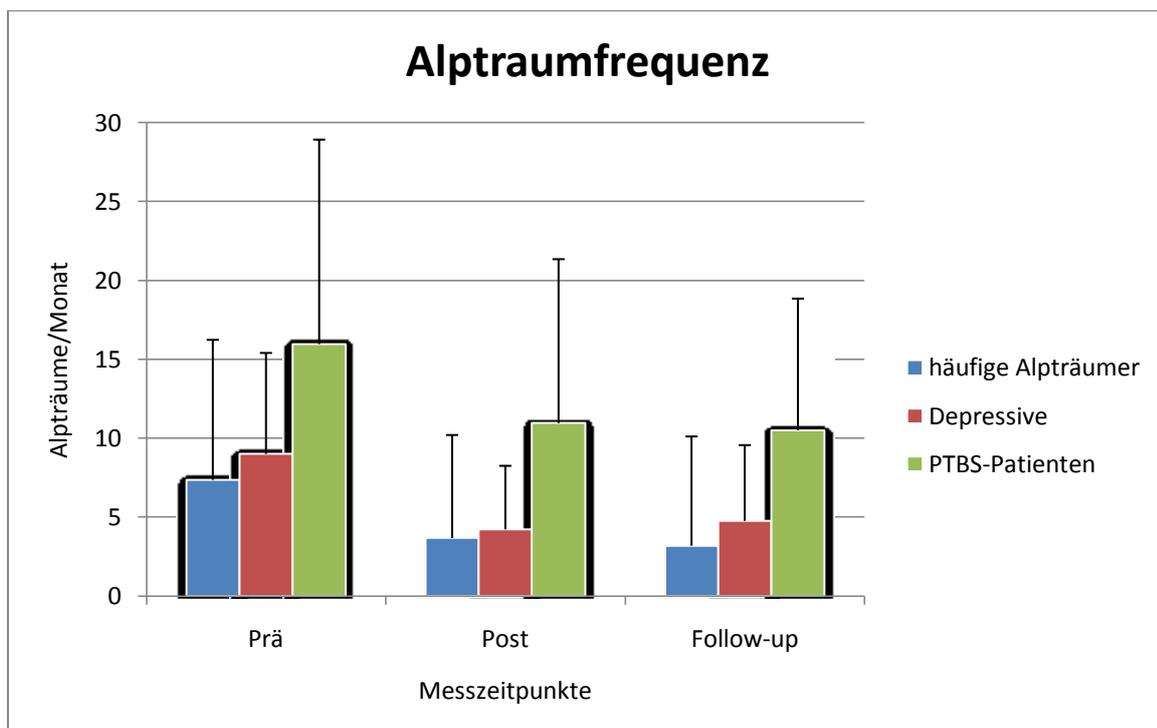


Abbildung 15: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Alptraumfrequenz, unterteilt nach Substichproben

Vergleich man die Daten der Prä- mit denen der Follow-up Erhebung, so gab es für alle Gruppen, auch für die depressiven Patienten, signifikante Verbesserungen (häufige Alpträumer: $t(17)=3.14$, $p<.01$, depressive Patienten: $t(17)=4.41$, $p<.001$, PTBS-Patienten: $t(9)=4.80$, $p\leq.001$).

Bei der *erlebten Angst* (Abbildung 16) zeigte sich ein hochsignifikanter Gruppeneffekt (vgl. Tabelle 8). Auch für diese Variable war die Symptomatik der PTBS-Patienten am stärksten ausgeprägt, sie unterschied sich zum Beginn der Untersuchung allerdings nicht signifikant von der erlebten Angst der depressiven Patienten ($t(23)=-.77$, n.s.) und nur marginal von der Angst der häufigen Alpträumer ($t(32)=-1.86$, $p<.1$). Für die erlebte Angst wurde außerdem ein hochsignifikanter Interaktionseffekt gefunden, es kam abhängig von der Gruppenzugehörigkeit zu unterschiedlichen Reaktionen auf die Therapie. Während es in den Gruppen der häufigen Alpträumer und der Depressiven deutliche Verbesserungen gab, konnte in der Gruppe der PTBS-Patienten lediglich eine tendenzielle Verbesserung erreicht werden (vgl. Tabelle 9).

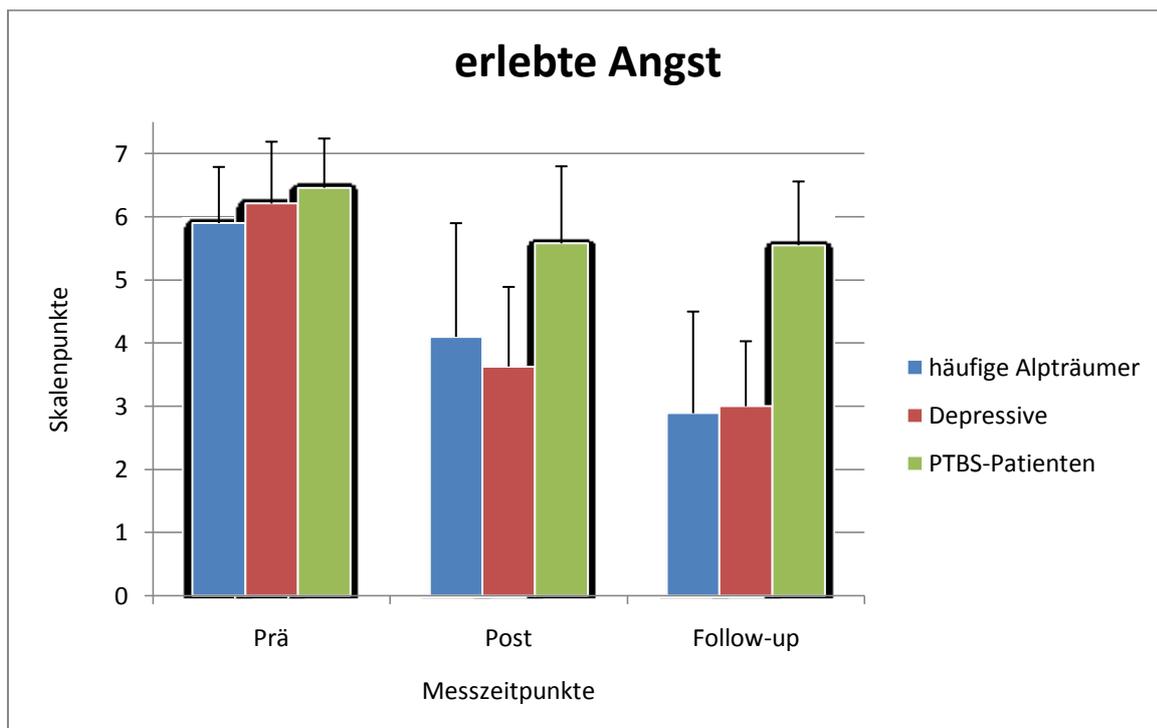


Abbildung 16: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Angst während des Alptraums, unterteilt nach Substichproben (Skalierung von 1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst)

Während des Interventionsintervalls (Prä – Post) war die Angst in allen drei Gruppen zunächst rückläufig (häufige Alpträumer: $t(19)=5.75$, $p<.001$; depressive Patienten: $t(18)=7.67$, $p<.001$; PTBS-Patienten: $t(12)=2.53$, $p<.05$). Betrachtet man den Katamnesezeitraum, kann man in der Gruppe der häufigen Alpträumer einen deutlichen weiteren Rückgang der Angst während des Alptraus finden ($t(16)=3.41$, $p<.01$), während es solche Effekte für die beiden anderen Gruppen nicht gibt (depressive Patienten: $t(17)=1.38$, n.s., PTBS-Patienten: $t(9)=.25$, n.s.). Bei einer Betrachtung des gesamten Erhebungszeitraums kann man für alle Gruppen signifikante Effekte finden (Prä – Follow-up, häufige Alpträumer: $t(17)=8.20$, $p<.001$, depressive Patienten: $t(17)=10.20$, $p<.001$, PTBS-Patienten: $t(9)=2.82$, $p<.05$).

Bezüglich der *Angst vor der Wiederholung eines Alptraus* zeigte sich ein Gruppeneffekt (vgl. Tabelle 8 und Abbildung 17). In der Gruppe der häufigen Alpträumer zeigte sich eine signifikante Reduktion der Angst vor der Wiederholung eines Alptraus, ebenso in der Gruppe der depressiven Patienten. In der PTBS-Gruppe konnte kein statistisch signifikanter Rückgang der Angst vor der Wiederholung des Alptraus verzeichnet werden (vgl. Tabelle 9).

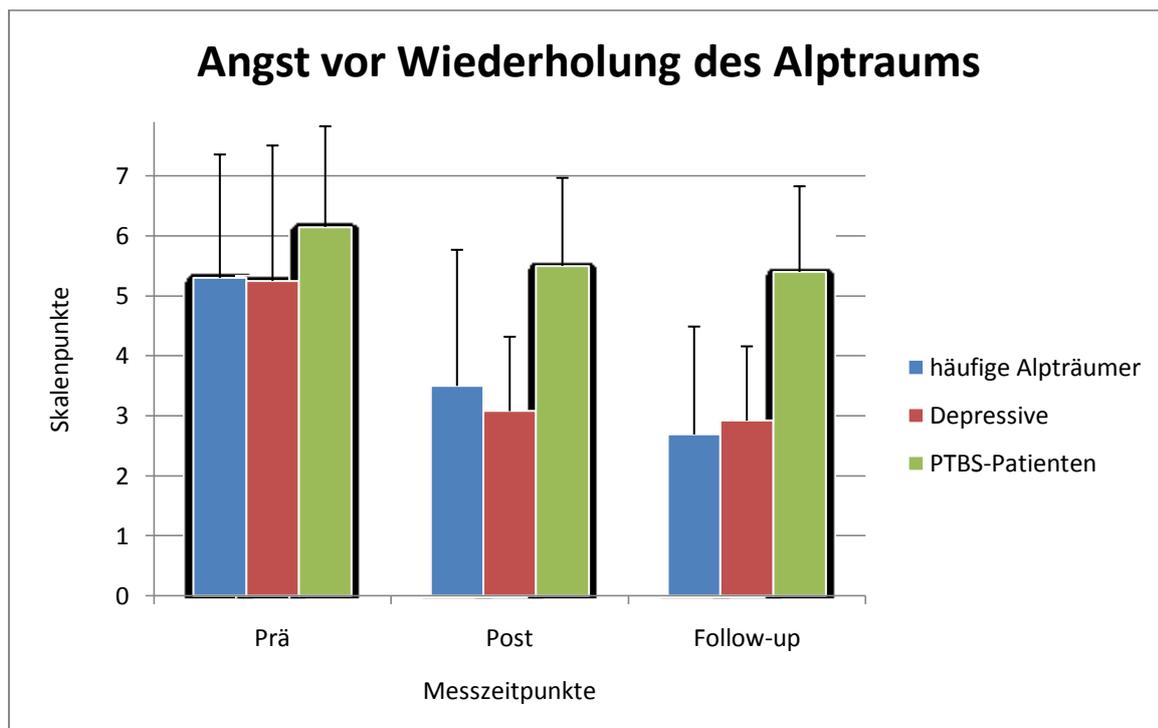


Abbildung 17: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Angst vor der Wiederholung des Alptraus, unterteilt nach Substichproben (Skalierung von 1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst)

Ein statistisch signifikanter Interaktionseffekt trat nicht auf. Auch bei separater Betrachtung des Interventionszeitraums konnte in der PTBS-Gruppe kein statistisch signifikanter Rückgang der Angst vor der Wiederholung des Alptraus verzeichnet werden, $t(12)=1.39$, n.s. (häufige Alpträumer: $t(9)=2.86$, $p<.05$, depressive Patienten: $t(11)=4.24$, $p\leq.001$). Während des Katamnesezeitraums, also zwischen der Post- und der Follow-up-Messung, veränderten sich die Werte für keine der Gruppen (häufige Alpträumer: $t(8)=1.16$, n.s., depressive Patienten: $t(11)=0.56$, n.s., PTBS-Patienten: $t(9)=0.67$, n.s.). Bei dem Vergleich der Baseline-Messung (Prä-) mit der Follow-up-Messung bestätigte sich dieses Bild (häufige Alpträumer: $t(8)=3.59$, $p<.01$, depressive Patienten: $t(11)=3.69$, $p<.01$, PTBS-Patienten: $t(9)=1.56$, n.s.).

Bezüglich der *Hilflosigkeit* (Abbildung 18) lässt sich in der zweifaktoriellen Varianzanalyse ein Gruppeneffekt finden, der Interaktionseffekt zeigen, dass der Therapieerfolg abhängig ist davon, welcher Gruppe der Patient angehört (vgl. Tabelle 8). Im Unterschied zu der zuvor beschriebenen Variable kommt es jedoch in allen drei Gruppen zu einer signifikanten Verbesserung, lediglich die Größe der Effekte sind unterschiedlich groß (vgl. Tabelle 9).

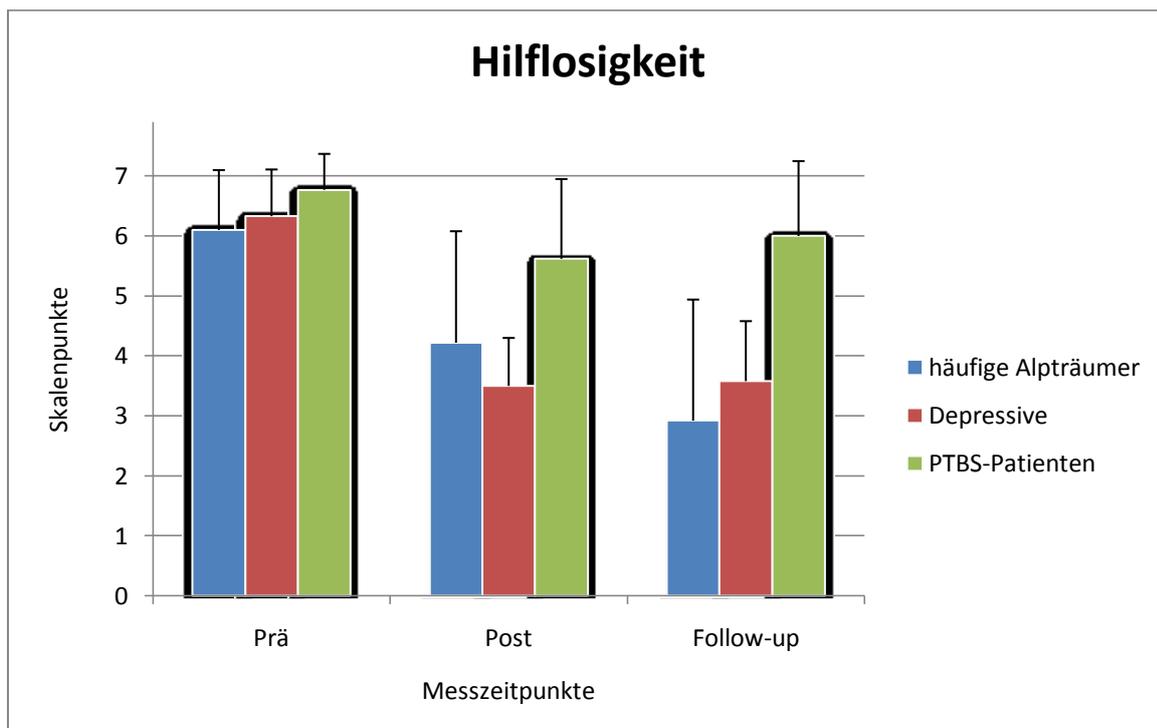


Abbildung 18: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Hilflosigkeit, unterteilt nach Substichproben (Skalierung von 1 = maximale Kontrolle bis 7 = dem Traum hilflos ausgesetzt)

Auch im zeitlichen Verlauf gab es Unterschiede zwischen den Gruppen: Zunächst kam es in allen Gruppen zu einer Verbesserung während der Interventionsperiode (häufige Alpträumer: $t(8)=2.87$, $p<.05$, Depressive: $t(11)=8.22$, $p<.001$, PTBS-Patienten: $t(12)=3.43$, $p<.01$). Während des Katamnesezeitraums kommt es in keiner der Gruppen zu einer signifikanten Veränderung (häufige Alpträumer: $t(7)=1.29$, n.s., Depressive: $t(11)=-.32$, n.s., PTBS-Patienten: $t(9)=-1.33$, n.s.). Aufgrund der Tatsache, dass die Veränderung der Symptomatik nach Therapieabschluss tendenziell in unterschiedliche Richtungen geht, relativiert sich dieses zunächst positive Ergebnis bei Betrachtung des Vergleichs der Prä- mit den Follow-up-Werten. Hier lässt sich für die PTBS-Gruppe lediglich noch einen tendenziellen positiven Effekt, $t(9)=2.09$, $p<.01$ finden (häufige Alpträumer: $t(8)=4.35$, $p<.01$, Depressive: $t(11)=7.40$, $p<.001$).

Auch für die *Kontrolle* (Abbildung 19) konnte ein signifikanter Gruppeneffekt gefunden werden. Darüber hinaus gab es einen hochsignifikanten Interaktionseffekt (vgl. Tabelle 8). Bei separater varianzanalytischer Betrachtung der einzelnen Gruppen ließ sich auch hier für alle drei Gruppen ein signifikanter Zeiteffekt finden (vgl. Tabelle 9).

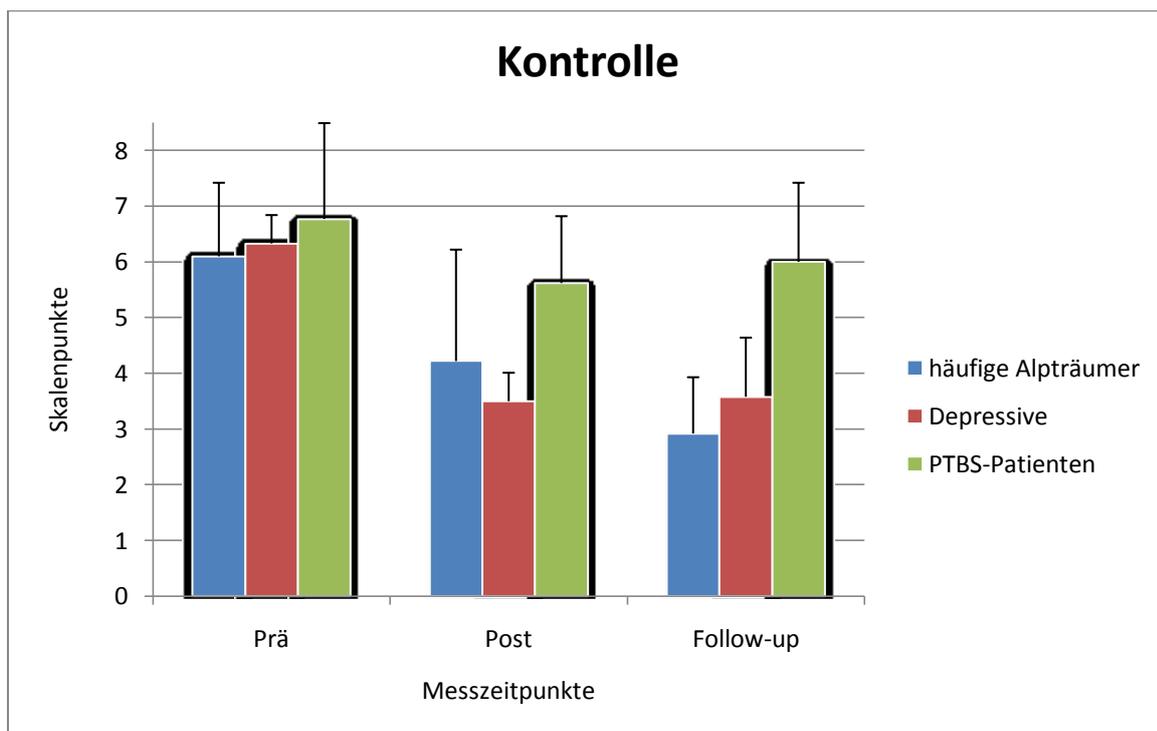


Abbildung 19: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Kontrolle, unterteilt nach Substichproben (Skalierung von 1 = maximale Kontrolle bis 7 = keine Kontrolle)

Auch kam es in allen Gruppen während der Interventionsperiode zu einer Verbesserung des Kontrollerlebens (häufige Alpträumer: $t(9)=4.16$, $p<.01$; Depressive: $t(11)=25.80$, $p<.001$; PTBS-Patienten: $t(12)=2.44$, $p<.05$). Während des Katamnesezeitraums stabilisierte es sich in der Gruppe der häufigen Alpträumer ($t(8)=-.39$, n.s.) und der Depressiven ($t(11)=-1.08$, n.s.), in der Gruppe der PTBS-Patienten hingegen kam es zu einer signifikanten Verschlechterung ($t(8)=-3.16$, $p<.05$). Ebenso zeigte sich über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg keine Verbesserung für die PTBS-Gruppe ($t(8)=.84$, n.s.), während für die anderen beiden Teilstichproben es über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg zu einer hochsignifikanten Verbesserung kam (häufige Alpträumer: $t(8)=8.05$, $p<.001$; Depressive: $t(11)=9.38$, $p<.001$).

Die Werte für die beiden Parameter *Aufwachen* und *Beeinträchtigung* sind für einen besseren Überblick in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Verteilung der absoluten (und relativen Häufigkeiten) bezüglich des Erwachens und der Beeinträchtigung am Folgetag (Fu = Follow-up)

Parameter	Häufige Alpträumer			Depressive Patienten			PTBS-Patienten		
	Prä	Post	Fu	Prä	Post	Fu	Prä	Post	Fu
Aufwachen									
<i>immer</i>	3 (17%)	4 (20%)	3 (18%)	4 (21%)	1 (5%)	0 (0%)	5 (38%)	6 (46%)	3 (30%)
<i>meistens</i>	11 (61%)	3 (15%)	4 (24%)	9 (47%)	7 (37%)	9 (50%)	3 (23%)	2 (15%)	3 (30%)
<i>manchmal</i>	3 (17%)	11 (55%)	8 (47%)	5 (26%)	11 (58%)	8 (44%)	3 (23%)	4 (31%)	3 (30%)
<i>nie</i>	1 (6%)	2 (10%)	2 (12%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (6%)	2 (15%)	1 (8%)	1 (10%)
Beeinträchtigung									
<i>ja</i>	18 (95%)	9 (45%)	6 (33%)	19 (100%)	14 (74%)	13 (72%)	13 (100%)	13 (100%)	9 (90%)
<i>nein</i>	1 (5%)	11 (55%)	12 (67%)	0 (0%)	5 (26%)	5 (28%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)

Für das *Aufwachen* zeigt zunächst der Kruskal-Wallis-Test, dass sich die Gruppen weder zu Beginn der Untersuchung ($\chi^2=0.59$, $df=2$, n.s.) noch zu einem der folgenden Messzeitpunkte

(Post: $\chi^2=3.12$, $df=2$, n.s.; Follow-up: $\chi^2=1.14$, $df=2$, n.s.) voneinander unterscheiden, es gibt also keinen Gruppeneffekt. Der für die jeweiligen Gruppen separat durchgeführte Friedman-Test zeigt, dass die Gruppe der häufigen Alpträumer infolge der Alptraumtherapie seltener aufwachte ($\chi^2=7.17$, $df=2$, $p<.05$) in der Gruppe der depressiven Patienten ließ sich nur eine tendenzielle Veränderung feststellen ($\chi^2=4.92$, $df=2$, $p<.1$) und bei den PTBS-Patienten gab es gar keine statistisch relevante Veränderung ($\chi^2=1.33$, $df=2$, n.s.). Einzelpaarvergleiche mit dem Wilcoxon-Rangtest, zeigen, dass es nur in der Gruppe der häufigen Alpträumer während des Interventionszeitraums zu einer signifikanten Verbesserung und damit zu einem Rückgang der Häufigkeit des Aufwachens kam ($Z=-2.50$, $p<.05$). Die Gruppe der depressiven Patienten wachte am Ende der Intervention nur tendenziell seltener auf ($Z=-1.81$, $p<.1$) und bei den PTBS-Patienten ließ sich keine Veränderung feststellen ($Z=-.54$, n.s.). Während des Katamnesezeitraums kommt es in allen drei Gruppen zu einer Stabilisierung der Häufigkeit des Aufwachens durch einen Alptraum (häufige Alpträumer: $Z=-.71$, n.s.; depressive Patienten: $Z=.00$, n.s.; PTBS-Patienten: $Z=-1.00$, n.s.). Über den Gesamtzeitraum betrachtet kam es sowohl für die Gruppe der häufigen Alpträumer als auch für die Depressiven jeweils nur zu einer tendenziellen Verbesserung, keine Veränderung gab es für die PTBS-Patienten (häufige Alpträumer: $Z=-1.89$, $p<.1$; Depressive: $Z=-1.81$, $p<.1$; PTBS-Patienten: $Z=-.38$, n.s.).

Etwas anders stellt sich die Datenlage für die Beeinträchtigung am nächsten Tag dar. Hier zeigt der Kruskal-Wallis-Test keinen signifikanten Unterschied der Daten der jeweiligen Gruppen für den Prä-Messzeitpunkt ($\chi^2=1.68$, $df=2$, n.s.), zu den beiden nachfolgenden Zeitpunkten gibt es jedoch sehr wohl deutliche Unterschiede (Post: $\chi^2=11.25$, $df=2$, $p<.01$; Follow-up: $\chi^2=10.04$, $df=2$, $p<.01$), was auf einen Interaktionseffekt bezüglich dieser Variable hindeutet. Betrachtet man die drei Patientengruppen separat, so stellt man fest, dass die Beeinträchtigung in der Gruppe der häufigen Alpträumer am stärksten rückläufig war (Cochran's $Q=18.73$, $df=2$, $p<.001$), bei den Patienten mit komorbider Depression kam es ebenfalls zu einem signifikanten Rückgang ($Q = 7.00$, $df=2$, $p<.05$), während für die PTBS-Patienten keine Verbesserung nachweisbar war ($Q = 2.00$, $df=2$, n.s.). Der Vierfelder-Chi-Quadrat-Test zeigt, dass es in Gruppe der häufigen Alpträumer während des Interventionszeitraums zu einer signifikanten Verbesserung kommt, $p<.01$, in der Gruppe der Depressiven kommt es zu einer tendenziellen Verbesserung, $p<.1$, während es in der Gruppe der PTBS-Patienten zu keinerlei Veränderung kommt. Während des Katamnesezeitraums kommt es in keiner der drei Gruppen zu einer statistisch relevanten Veränderung.

Bezüglich der *Depressivität* gemessen mit dem BDI (Abbildung 20), zeigte sich ebenfalls ein hochsignifikanter Haupteffekt Gruppe (vgl. Tabelle 8). Die Gruppenunterschiede waren so groß, dass sich die einzelnen Patientengruppen bereits zu Beginn der Untersuchung signifikant unterschieden, die BDI-Skalenwerte der PTBS-Gruppe waren am höchsten und unterschieden sich sowohl von den Werten der häufigen Alpträumer ($t(31)=-7.50$, $p<.001$) als auch von denen der depressiven Patienten ($t(30)=-2.40$, $p<.05$), die depressiven Patienten wiederum unterschieden sich von den häufigen Alpträumern ($t(37)=-7.42$, $p<.001$). Besonders für die Gruppe der häufigen Alpträumer und der depressiven Patienten kam es durch die Therapie zu einer Verringerung der Symptomatik, während dies für die PTBS-Patienten nicht nachgewiesen werden konnte (vgl. Tabelle 9).

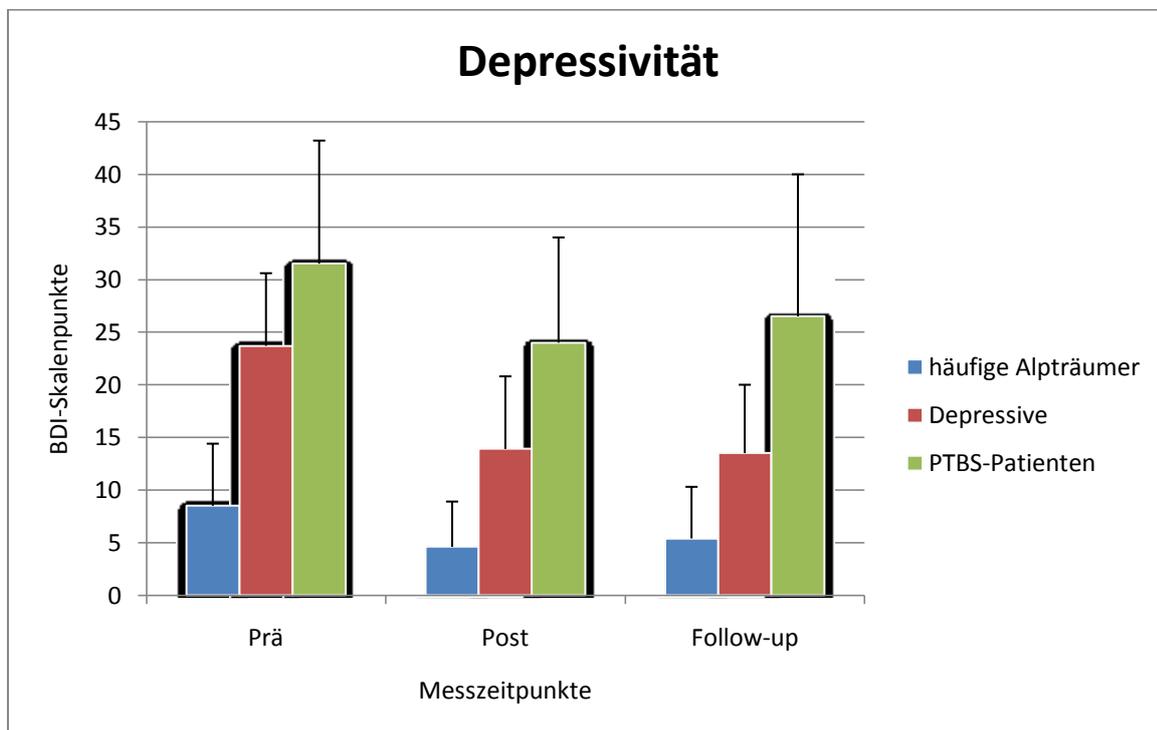


Abbildung 20: Mittelwerte und Standardabweichungen für *Depressivität*, unterteilt nach *Substichproben*

Bei der Betrachtung des Vergleichs der einzelnen Messzeitpunkte innerhalb der jeweiligen Patientengruppen stellt man fest, dass es zunächst jeweils zu einer Verbesserung kam (häufige Alpträumer: $t(18)=3.27$, $p<.01$; depressive Patienten: $t(18)=5.18$, $p<.001$; PTBS-Patienten: $t(11)=3.12$, $p<.01$) und dann zu einer Stabilisierung der Symptomatik während des Ka-

tamnesezeitraums (häufige Alpträumer: $t(15)=-1.01$, n.s., depressive Patienten: $t(16)=1.43$, n.s., PTBS-Patienten: $t(7)=-.81$, n.s.) kam. Beim Vergleich der Prä- mit den Follow-up-Werten kommt es in der Gruppe der häufigen Alpträumer zu einer Verbesserung ($t(15)=2.55$, $p<.05$), ein hochsignifikantes Ergebnis ließ sich für die Gruppe der depressiven Patienten finden ($t(16)=4.73$, $p<.001$), während die PTBS-Patienten am Ende der Studie nicht signifikant weniger depressiv waren, als zu Beginn, ($t(7)=1.73$, n.s.).

13 Vergleich mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe

Die Ergebnisse bezüglich der *Alptrahmfrequenz* sind in Abbildung 21 dargestellt. Die zweifaktorielle Varianzanalyse zeigt, dass es für diese Variable keinen signifikanten Zeiteffekt gibt ($F(1,24)=2.87$, n.s.), es kommt also nicht über alle untersuchten Patienten hinweg zu einer statistisch relevanten Verbesserung. Einen Haupteffekt Gruppe gibt es nicht ($F(1,24)=0.26$, n.s.). Ein marginaler Interaktionseffekt ($F(1,24)=3.96$, $p<.1$) deutet auf eine differentielle Wirkung der Interventionen auf die Alptrahmhäufigkeit hin.

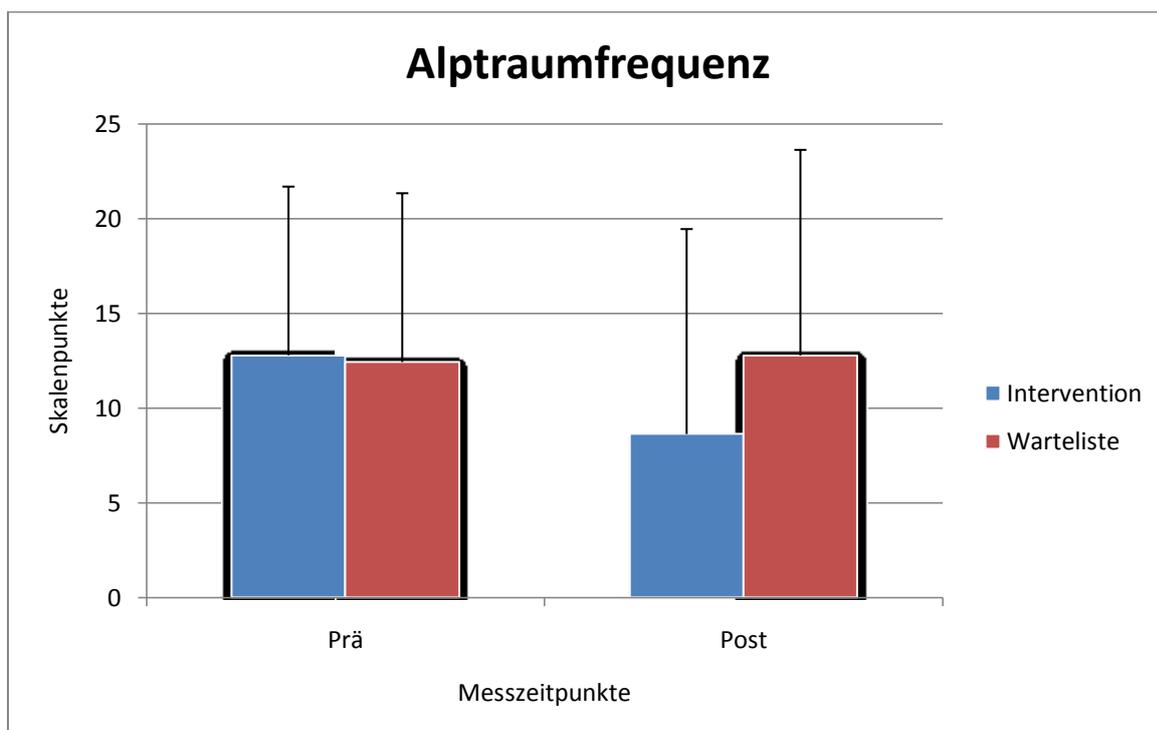


Abbildung 21: Mittelwerte und Standardabweichungen für Alptrahmfrequenz, Wartelisten- und Interventionsgruppe im Vergleich

Bei einer separaten Betrachtung der jeweiligen Gruppen konnte in der Interventionsgruppe ein signifikanter Rückgang der Alptraumfrequenz von 12.8 (SD=8.9) auf 8.6 (SD=8.9) Alpträume pro Monat beobachtet werden ($t(12)=3.13$, $p<.01$), während die Alptraumfrequenz in der Wartelisten-Kontrollgruppe mit 12.4 (SD=10.8) Alpträumen im Monat bei der Prä-Erhebung und 12.8 (SD=8.0) Alpträumen bei der Post-Erhebung nahezu unverändert blieb ($t(12)=-.18$, n.s.).

Für die *erlebte Angst* während des Alptrausms zeigt sich ein Rückgang der Angst in beiden Gruppen (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(1,24)=16.03$, $p\leq.001$). Ein Gruppeneffekt ließ sich auch hier nicht finden ($F(1,24)=1.73$, n.s.). Der Rückgang der erlebten Angst war in der Interventionsgruppe stärker als in der Wartelistengruppe (Interaktionseffekt: $F(1,24)=10.90$, $p<.01$; Abbildung 22). Der Einzelpaarvergleich bestätigt, dass diejenigen Patienten, die mit der Alptraumtherapie behandelt wurden, einen signifikanten Rückgang der Angst von 6.2 (SD=0.8) auf 4.2 (SD=1.7) Skalenpunkten aufwiesen ($t(12)=3.95$, $p<.01$), während kein solcher Effekt für die Kontrollgruppe gefunden werden konnte (Prä-Zeitpunkt: 5.9 (SD=1.2), Post-Zeitpunkt 5.7 (SD=1.3), $t(12)=.92$, n.s.).

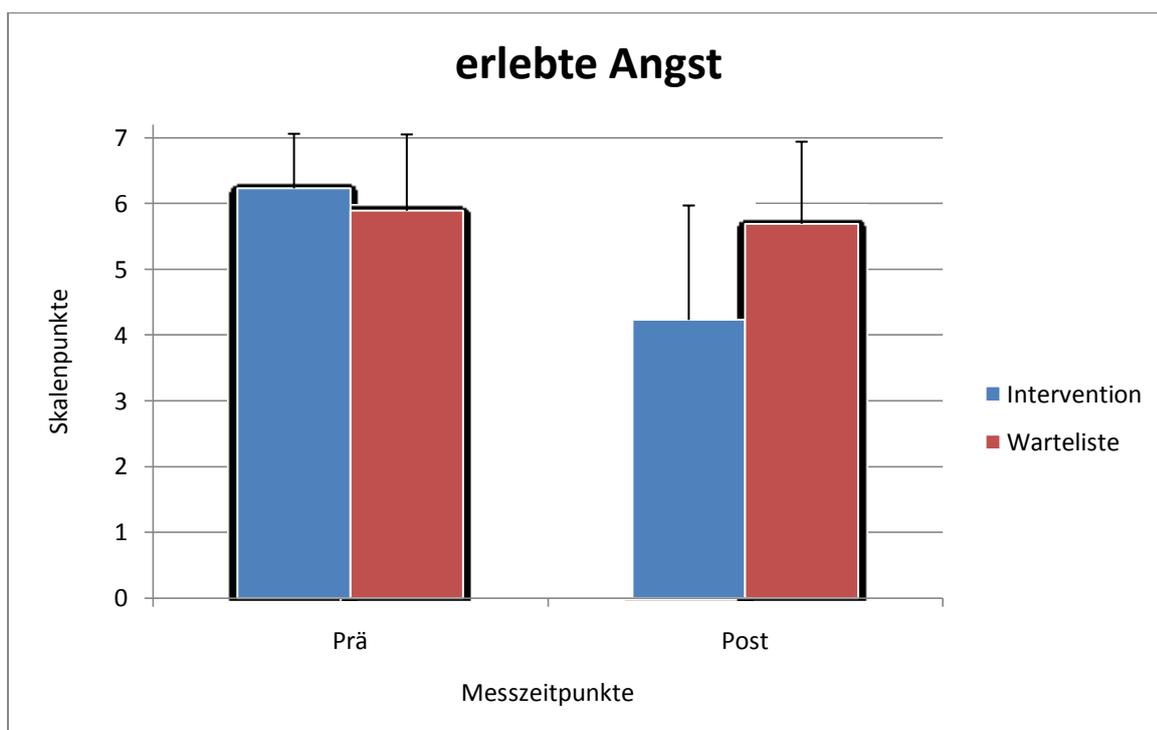


Abbildung 21: Mittelwerte und Standardabweichungen für erlebte Angst, Wartelisten- und Interventionsgruppe im Vergleich (Skalierung von 1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst)

Für die *Angst vor der Wiederholung des Alptrausms* (Abbildung 23) konnte weder ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Messzeitpunkt ($F(1,17)=.31$, n.s.) noch für den Faktor Gruppe ($F(1,17)=1.34$, n.s.) gefunden werden. Auch ein Interaktionseffekt zeigte sich nicht in keinsten Weise ($F(1,17)=.06$, n.s.). Auch bei der separaten Betrachtung der jeweiligen Gruppen ließ sich keine signifikante Verbesserung feststellen, in der Interventionsgruppe betrug die Angst vor Beginn der Intervention 5.2 (SD=2.4) und anschließend 4.9 (SD=2.1) Skalenpunkte ($t(9)=.64$, n.s.), in der Kontrollgruppe betrug sie bei der Prä-Messung 6.0 (SD=1.0) und bei der Post-Messung 5.9 (SD=1.5) Skalenpunkte, $t(8)=.18$, n.s., die Angst blieb hier jeweils auf einem hohen Niveau.

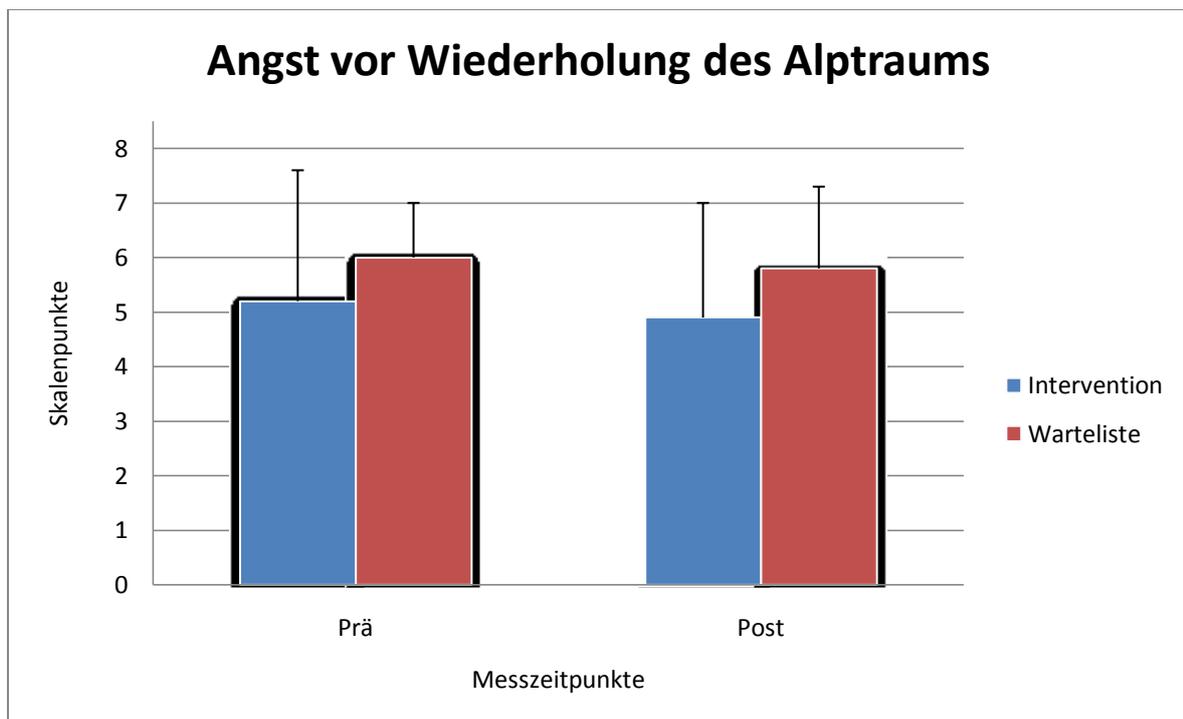


Abbildung 23: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Angst vor der Wiederholung des Alptrausms, Wartelisten- und Interventionsgruppe im Vergleich (Skalierung von 1 = keine Angst bis 7 = sehr starke Angst)

Bezüglich der *Hilflosigkeit* (Abbildung 24) zeigte sich in der Varianzanalyse ein signifikanter Rückgang der Symptomatik (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(1,17)=7.98$, $p<.05$) bei ausbleibendem Gruppenhaupteffect ($F(1,17)=1.23$, n.s.). Die Reaktionen der beiden Gruppen waren dabei zu wenig voneinander verschieden, als das es einen Interaktionseffekt gegeben hätte ($F(1,17)=.23$, n.s.). Im Einzelpaarvergleich wurde dann jedoch deutlich, dass in der Interven-

tionsgruppe ein signifikante Verbesserung von 6.9 (SD=0.3) auf 5.6 (SD=1.5) Skalenpunkte stattfand ($t(9)=3.07$, $p<.05$), während es in der Wartelisten-Kontrollgruppe mit 6.2 (SD=1.1) Skalenpunkten zum Prä-Zeitpunkt und 5.7 (SD=1.2) Skalenpunkten zum Post-Zeitpunkt keine statistisch bedeutsamen Veränderungen gab ($t(8)=1.05$, n.s.).

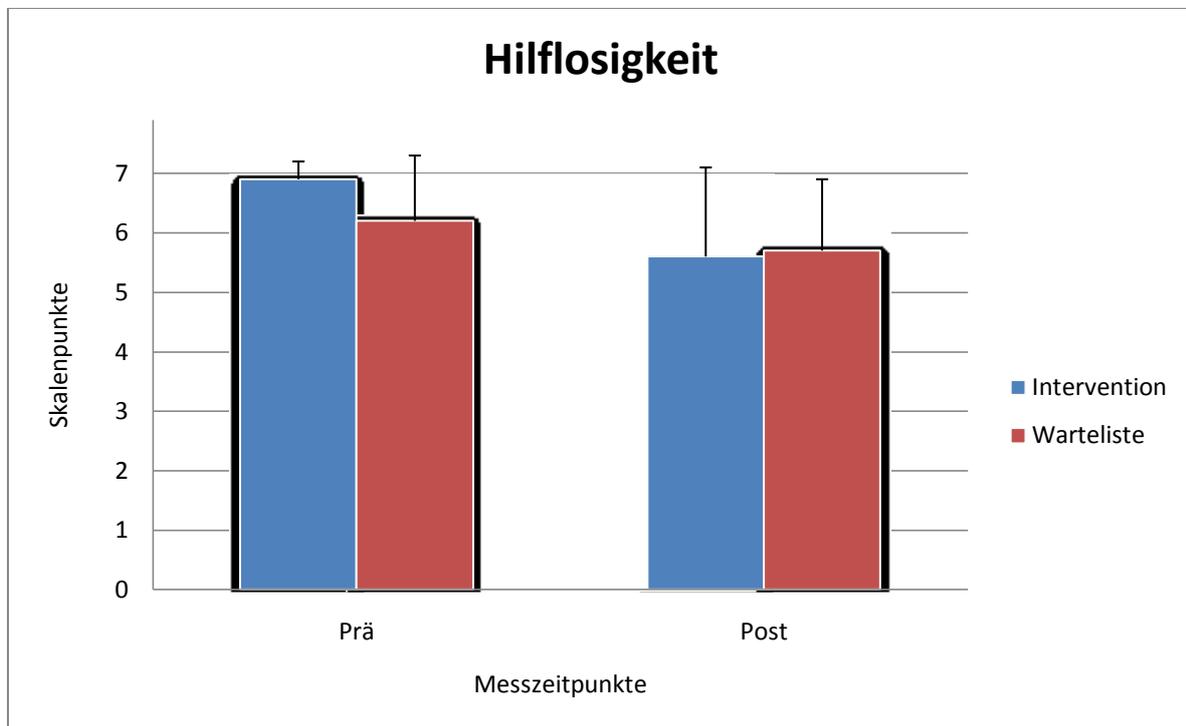


Abbildung 24: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Hilflosigkeit, Wartelisten- und Interventionsgruppe im Vergleich (Skalierung von 1 = maximale Kontrolle bis 7 = hilflos ausgeliefert fühlen)

Auch für das Item *Kontrolle* gab es eine signifikante Verbesserung der Symptomatik über beide Gruppen hinweg (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(1,17)=10.64$, $p<.01$), ebenfalls keinen Gruppenhaupteffekt ($F(1,17)=0.92$, n.s.), aber auch keinerlei Interaktionseffekt ($F(1,17)=.00$, n.s.). Die deskriptiven Daten, darstellt in Abbildung 25, lassen ebenfalls einen Rückgang der Symptomatik in beiden Gruppen vermuten. Tatsächlich sinken die Skalenwerte in der Interventionsgruppe von 6.1 (SD=1.4) auf 4.6 (SD=1.6) Skalenpunkte ($t(9)=2.36$, $p<.05$), auch in der Wartelisten-Kontrollgruppe wird das Signifikanzniveau nur knapp verfehlt, und zumindest eine tendenziellen Verbesserung von 6.6 (SD=0.7) auf 5.0 (SD=1.7) Skalenpunkte erreicht ($t(9)=2.26$, $p<.1$).

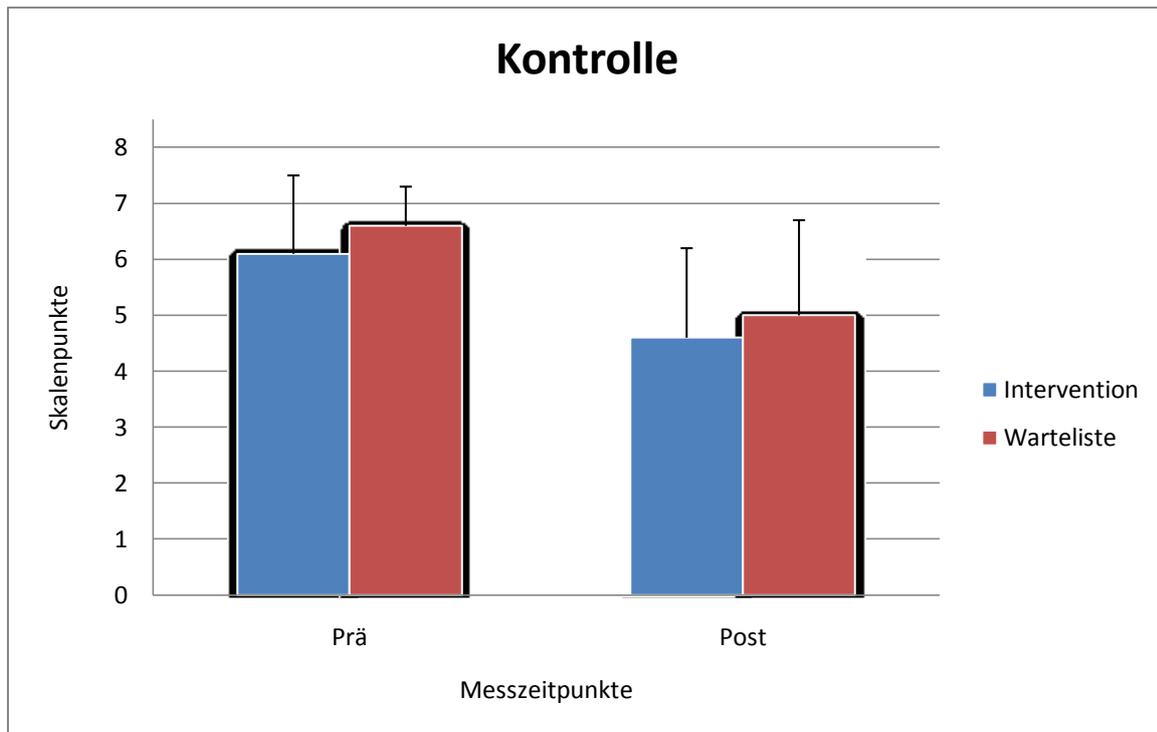


Abbildung 25: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Kontrolle, Wartelisten- und Interventionsgruppe im Vergleich (Skalierung von 1 = maximale Kontrolle bis 7 = keine Kontrolle)

Einen Überblick über die Daten der beiden Items Aufwachen und Beeinträchtigung gibt Tabelle 11. Betrachtet man für die Variable *Aufwachen* für die beiden Gruppen getrennt die Prä- und Post-Werte im Vergleich, so zeigt der Wilcoxon-Rangtest, dass sie die Daten weder in der Interventionsgruppe ($Z=-1.518$, n.s.) noch in der Kontrollgruppe ($Z=.00$, n.s.) signifikant voneinander unterscheiden. Vergleicht man darüber hinaus die Werte der beiden Gruppen zu den jeweiligen Messzeitpunkten mithilfe des Mann-Whitney U-Tests, so wird deutlich, dass sich die Verteilung der Daten zum Zeitpunkt der Prä-Erhebung nicht voneinander unterscheiden ($U=68.5$, $Z=-.54$, n.s.), während es für die Daten der Post-Erhebung zumindest einen tendenziellen Unterschied gibt ($U=38.0$, $Z=-2.06$, $p<.1$).

Für das dichotome Item *Beeinträchtigung am Folgetag* zeigt der Vierfelder-Chi-Quadrat-Test ebenfalls für keine der beiden Gruppen eine signifikante Veränderung. Beim Vergleich der beiden Stichproben zu Beginn der Untersuchungszeitraum ließ sich ebenfalls kein Unterschied finden ($U=84.50$, $Z=.00$, n.s.), während es zum Post-Zeitpunkt einen signifikanten Unterschied gibt ($U=60.00$, $Z=-2.00$, $p<.05$).

Tabelle 11: Verteilung der absoluten (und relativen) Häufigkeiten bezüglich des Aufwachens und der Beeinträchtigung am Folgetag, Wartelisten- und Interventionsgruppe im Vergleich

Paramter	Interventionsgruppe		Wartelisten-Kontrollgruppe	
	Prä	Post	Prä	Post
Aufwachen				
<i>immer</i>	5 (42%)	2 (15%)	5 (38%)	2 (18%)
<i>meistens</i>	2 (17%)	2 (15%)	4 (31%)	7 (64%)
<i>manchmal</i>	2 (17%)	7 (54%)	4 (31%)	2 (18%)
<i>nie</i>	3 (25%)	2 (15%)	0 (0%)	0 (0%)
Beeinträchtigung				
<i>ja</i>	12 (92%)	10 (77%)	12 (92%)	12 (92%)
<i>nein</i>	1 (8%)	3 (23%)	1 (8%)	1 (8%)

Widersprüchlich mit der Ausgangshypothese ist auch hier eine Veränderung der *Depressivität* (Abbildung 26). Die ANOVA zeigt eine Verbesserung für beide Gruppen (Haupteffekt Messzeitpunkt: $F(1,23)=12.98$, $p<.01$), und keinen Gruppeneffekt. Die Verbesserung in der Interventionsgruppe ist jedoch deutlich größer (Interaktionseffekt: $F(1,23)=6.91$, $p<.05$).

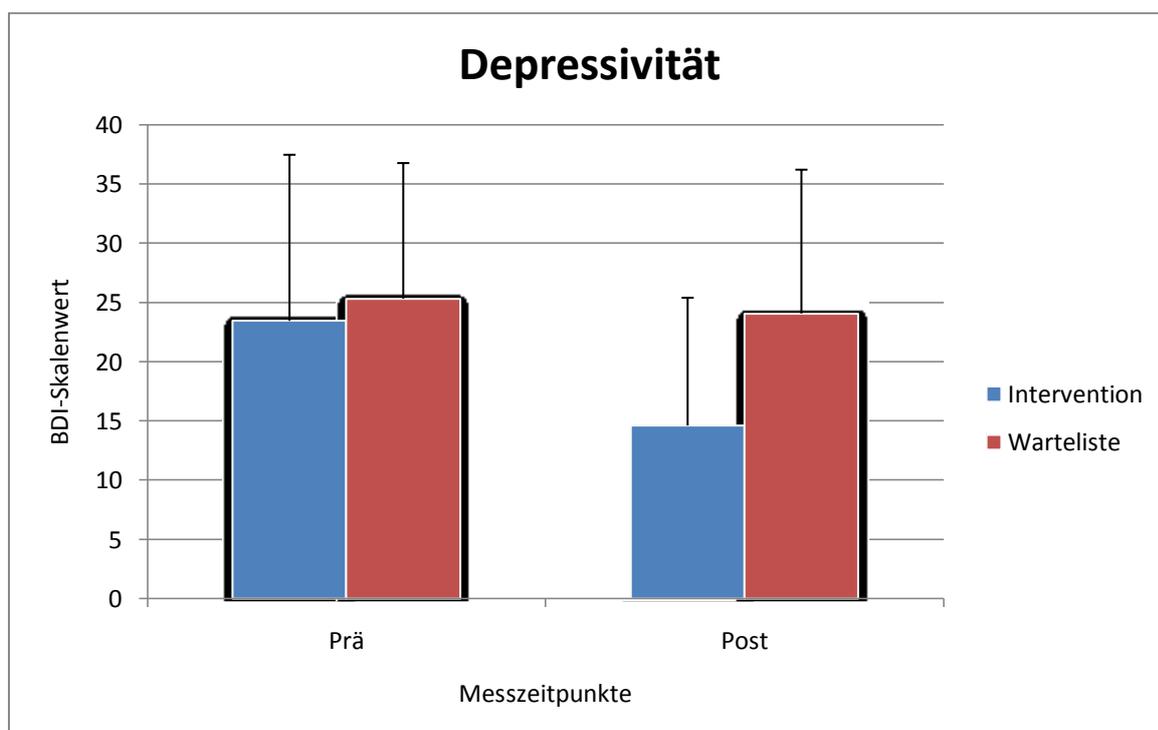


Abbildung 26: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Depressivität, Wartelisten- und Interventionsgruppe im Vergleich

Im t-Test für die jeweiligen Gruppen separat wird deutlich, dass in der Interventionsgruppe ein Rückgang der Depressivität von 23.5 (SD=14.0) auf 14.6 (SD=10.8) BDI-Skalenpunkte zu finden ist ($t(12)=4.8$, $p<.001$), während der BDI in der Kontrollgruppe mit 25.3 (SD=11.5) BDI-Punkten bei der Prä- und 24.1 (SD=12.1) Punkten bei der Post-Erhebung nahezu konstant blieb ($t(11)=.56$, n.s.).

14 Moderatorenanalyse

Im Rahmen der Moderatorenanalyse wurden Zusammenhänge zwischen dem Therapieerfolg und (1) der Einnahme von Psychopharmaka, (2) dem Nutzen einer weiteren psychotherapeutischen Maßnahme, (3) der affektiven Beeinträchtigung zu Beginn der Therapie sowie (4) der Anzahl der Alptraumthemen untersucht.

14.1 Einflüsse einer Psychopharmakotherapie

Einundzwanzig der behandelten Patienten nahmen zum Zeitpunkt der Alptraumtherapie Psychopharmaka, primär Antidepressiva ein. Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der *Einnahme von Psychopharmaka* und dem Therapieerfolg wurde eine punktbiseriale Korrelationsanalyse durchgeführt.

Der Korrelationskoeffizient für die Korrelation zwischen der Einnahme von Psychopharmaka und der Veränderung der *Alptraumfrequenz* (Differenz zwischen Prä- und Post-Wert) beträgt $r=-.21$, beim Test auf statistische Signifikanz ergibt sich ein t-Wert von $t(2)=-1.49$, damit wird der kritische t-Wert von $t_{krit. .05}=2.92$ bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=.05$ und zweiseitiger Testung nicht erreicht. Keinerlei Zusammenhang ließ sich finden zwischen der Einnahme von Psychopharmaka und der Veränderung der *erlebten Angst* ($r=-0.06$, $t=0.40$, n.s.). Auch für die Reduktion der *Depressivität* konnte kein signifikanter Zusammenhang mit der Einnahme von Psychopharmaka gefunden werden ($r=-.20$, $t(2)=1.39$, n.s.).

14.2 Einflüsse einer weiteren Psychotherapie

Vierundzwanzig Patienten nutzten parallel zur Alptraubehandlung im Rahmen dieser Studie weitere psychotherapeutische Angebote. Diese unterschieden sich zum Teil erheblich bezüglich ihrer Frequenz, Intensität und bezüglich des therapeutischen Settings, begannen bei einer vollstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsmaßnahme für traumatisierte Patienten, über teilstationäre Therapien in psychiatrisch-psychotherapeutischen Tageskliniken, wöchentliche ambulante Psychotherapie bis hin zum niederfrequenten Besuch einer psychotherapeutischen Institutsambulanz einmal monatlich.

Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der *Teilnahme an einer Psychotherapie* und dem Therapieerfolg wurde ebenfalls eine punktbiseriale Korrelationsanalyse durchgeführt. Der Korrelationskoeffizient für die beiden Parameter Psychotherapie und Veränderung der *Alptraubfrequenz* beträgt $r=-.38$, der dazugehörige t-Wert zur Testung auf Signifikanz beträgt $t(2)=-2.85$, $p<.1$. Das bedeutet, dass es, wenn überhaupt, einen lediglich tendenziellen negativen Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Alptraubfrequenz mit der Inanspruchnahme von Psychotherapie gibt. Der Korrelationskoeffizient für Psychotherapie und Verbesserung der *erlebten Angst* beträgt $r=.14$, ($t(2)=.93$, n.s.). Für den Zusammenhang zwischen der *Depressivität* und dem Vorliegen einer zusätzlichen Psychotherapie konnte eine tendenzielle negative Korrelation nachgewiesen werden ($r=-.32$, $t(2)=-2.49$, $p<.1$).

14.3 Zusammenhänge mit der Depressivität

Aufgrund der Vermutung, das Ausmaß der Depressivität könnte etwas mit dem Ausmaß des Therapieerfolgs zu tun haben, wurde auch die Korrelation des Ausmaßes der Depressivität zum Beginn der Intervention (BDI Prä-Wert) mit den Differenzen der verschiedenen alptraubspezifischen, intervallskalierten Variablen. Für keine der Variablen wurden Zusammenhänge von signifikantem Ausmaß gefunden (BDI – Reduktion der *Alptraubfrequenz*: $r=-.10$, n.s.; BDI – Reduktion der *erlebten Angst*: $r=.05$, n.s.).

15 Darstellung der Alptraumthemen

In diese Darstellung flossen die Daten aller eingeschlossenen Patienten ein (N=71), da auch diejenigen, die nach der ersten Datenerhebung ihre Bereitschaft an einer weiteren Teilnahme an der Studie zurückgezogen haben, die Frage nach den Alptraumthemen beantwortet haben. Allerdings machten insgesamt 6 Patienten keine Angaben zu ihren Alpträumen. Die Alpträume wurden entsprechend ihres Inhalts einer der acht Kategorien („Bedrohung/Verfolgung“, „Krankheit“, „Unfall/Katastrophe“, „gewalttätige Angriffe“, „Tod/Sterben“, „Verlust/Verlassen werden“, „Tiere und andere Wesen“, „andere“) zugeordnet. Da es keinen Traum aus der Kategorie „Krankheit“ gab, wurde auf die Darstellung dieser Kategorie hier verzichtet. 43 Patienten und damit über die Hälfte aller Befragten gaben an, unter Alpträumen aus mehr als einer Kategorie zu leiden. Die Verteilung der Daten ist Tabelle 12 sowie in Abbildung 27 dargestellt.

Tabelle 12: Verteilung der absoluten Häufigkeiten der Alptraumthemen nach Gruppen sowie für die Gesamtstichprobe

Kategorie	Häufige Alpträumer (N=23)	Depressive Patienten (N=23)	PTBS-Patienten (N=25)	Gesamt (N=71)
Bedrohung/Verfolgung	7	7	8	22
gewalttätige Angriffe	3	2	14	19
Tod/Sterben	5	7	4	16
Verlust/Verlassen werden	3	6	1	10
Unfall/Katastrophe	1	1	5	7
Tiere und andere Wesen	0	4	1	5
andere	14	7	8	29
keine Angaben	2	2	2	6

Die relativen Häufigkeiten, dargestellt in Abbildung 27, beziehen sich dabei jeweils auf die Anzahl an Personen innerhalb einer Gruppe, die ein Thema oder mehrere Themen aus dieser Kategorie angegeben haben im Verhältnis zur Anzahl der Personen derselben Gruppe, die Angaben zu ihren Alptraumthemen gemacht haben, diese Darstellung wurde gewählt, um trotz unterschiedlich großer Stichproben eine Vergleichbarkeit der deskriptiven Daten zu schaffen.

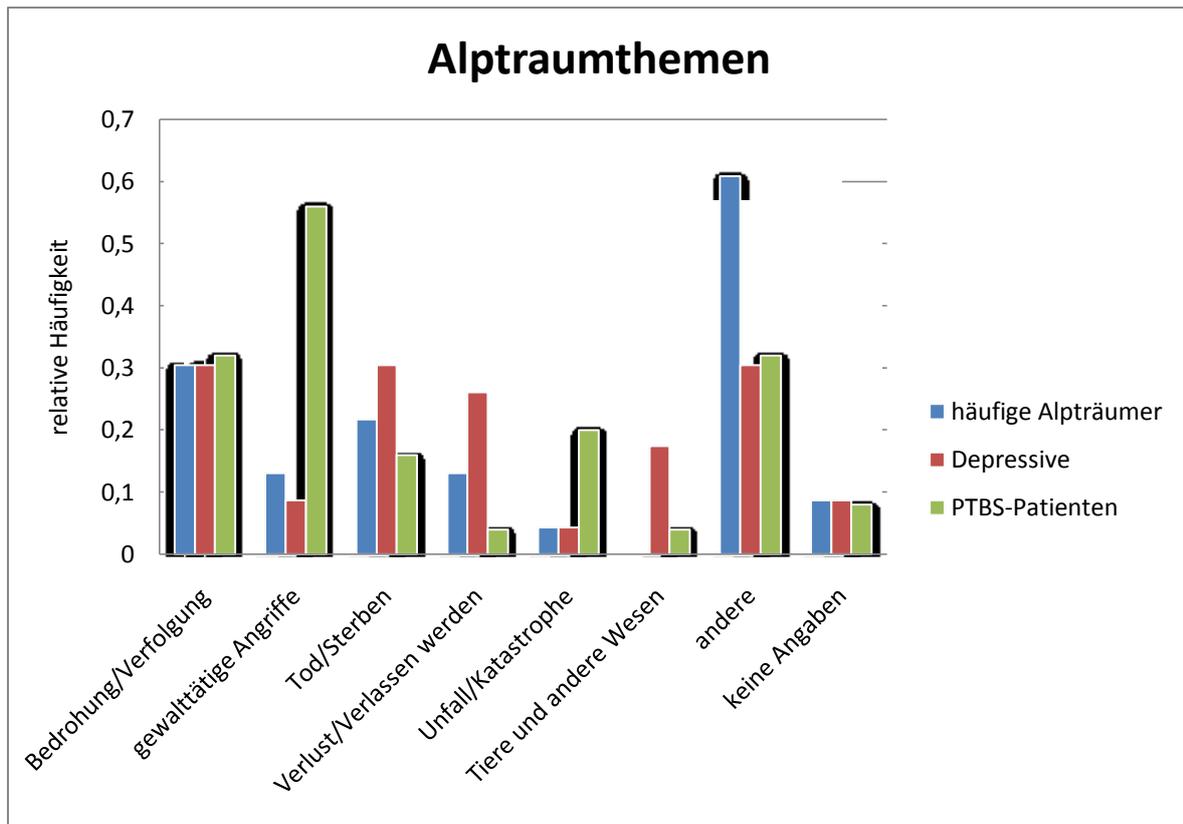


Abbildung 27: Verteilung der Alptraumkategorien, Darstellung der relativen Häufigkeiten nach Gruppen

Betrachtet man die dargestellte Verteilung, so fällt auf, dass die Anteile von bedrohlichen Alpträumen oder Alpträume mit Verfolgung in allen Gruppen ähnlich aus fällt, dieses Alptraumkategorie scheint also nicht spezifisch für eine bestimmte Patientengruppe zu sein. Anders verhält es sich mit gewalttätigen Angriffen, unter denen auch sexuelle Übergriffe gefasst sind. Mehr als die Hälfte der PTBS-Patienten leidet unter Alpträumen aus dieser Kategorie, während sie in den beiden anderen Gruppen jeweils nur einen kleinen Anteil ausmachen. In der Gruppe der depressiven Patienten sind Träume aus den Kategorien Tod und Sterben sowie Verlust und Verlassen werden überrepräsentiert, während in der Gruppe der häufigen Alpträumer der große Anteil Träume in der Kategorie „andere“ darauf hindeutet, dass es hier viele unterschiedliche Alptraumthemen gibt, die nicht in die „klassischen Alptraumkategorien“ passen, hier wurden beispielsweise stressige Alltagssituationen oder Konflikte mit Familie oder Freunde genannt.

16 Deskriptive Betrachtung der retrospektiven Daten

Im Rahmen sowohl der Post- als auch der Follow-up-Messung wurde retrospektiv mit jeweils einem Item nach der empfundenen *Veränderung* durch die Alptraumtherapie gefragt. Zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses (Post-Messung) gab ein Patient (2%) an, er habe keine Veränderung empfunden, 18 Patienten (35%) gaben an, eher eine Verbesserung empfunden zu haben, 15 Patienten (29%) gaben an, eine leichte bis mittlere Verbesserung empfunden zu haben und 17 Patienten (33%) gaben an, eine Verbesserung empfunden zu haben. Kein Patient beklagte eine Verschlechterung. Der durchschnittliche Skalenwert der empfundenen Veränderung über alle Patienten hinweg betrug 5.9 (SD=0.9) Skalenpunkte der 7-stufigen Likert-Skala. Zum Zeitpunkt der Follow-up Untersuchung gab ein Patient (2%) an, eher eine Verschlechterung erlebt zu haben, bei 4 Patienten (9%) gab es keine Veränderung, bei 15 (34%) eher eine Verbesserung, bei 13 (30%) eine leichte bis mittlere Verbesserung und bei 11 Patienten (25%) eine Verbesserung. Der durchschnittliche Skalenwert zum Zeitpunkt der Follow-up Erhebung betrug 5.7 (SD=1.0) Skalenpunkte. Einen Überblick über die Antworten der Patienten gibt Abbildung 28.

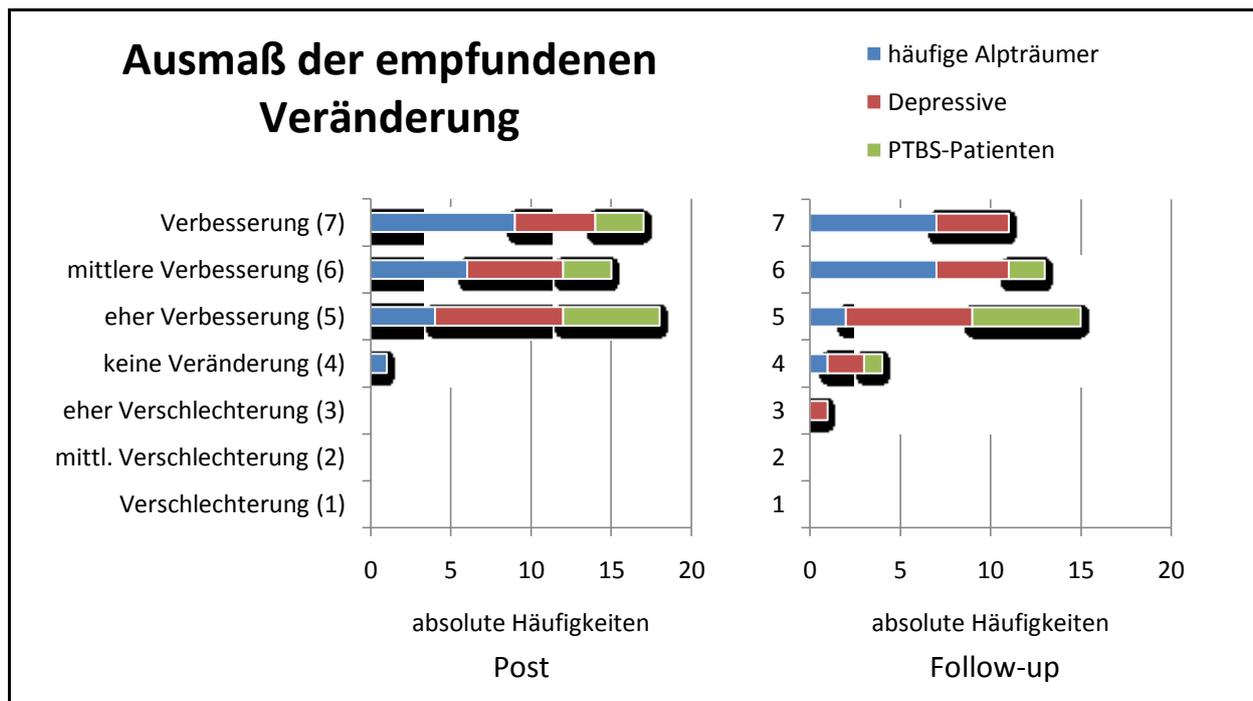


Abbildung 28: Einschätzungen der erlebten Veränderung zum Post- sowie zum Follow-up-Zeitpunkt, absolute Häufigkeiten nach Gruppen

Da ein Therapieerfolg auch davon abhängig ist, ob das *Gelernte* im Anschluss *angewendet* werden konnte, wurde auch hiernach gefragt. im Rahmen der Follow-up-Erhebung gab ein Patient (2%) an, sich gar nicht in der Lage zu fühlen, das Gelernte anzuwenden, einer (2%) gab an, das Gelernte kaum anzuwenden, 4 (9%) gaben an, es eher nicht anzuwenden, 8 Patienten (18%) gaben an, es etwas anzuwenden, 7 (16%) konnten es eher schon anwenden, 8 (18%) weitere hielten sich für ziemlich in der Lage, es anzuwenden und 15 Patienten (34%) gaben an, sich in der Lage zu fühlen, das Gelernte anzuwenden. In Abbildung 29 sind diese Angaben graphisch und getrennt für die drei Patientengruppen dargestellt.

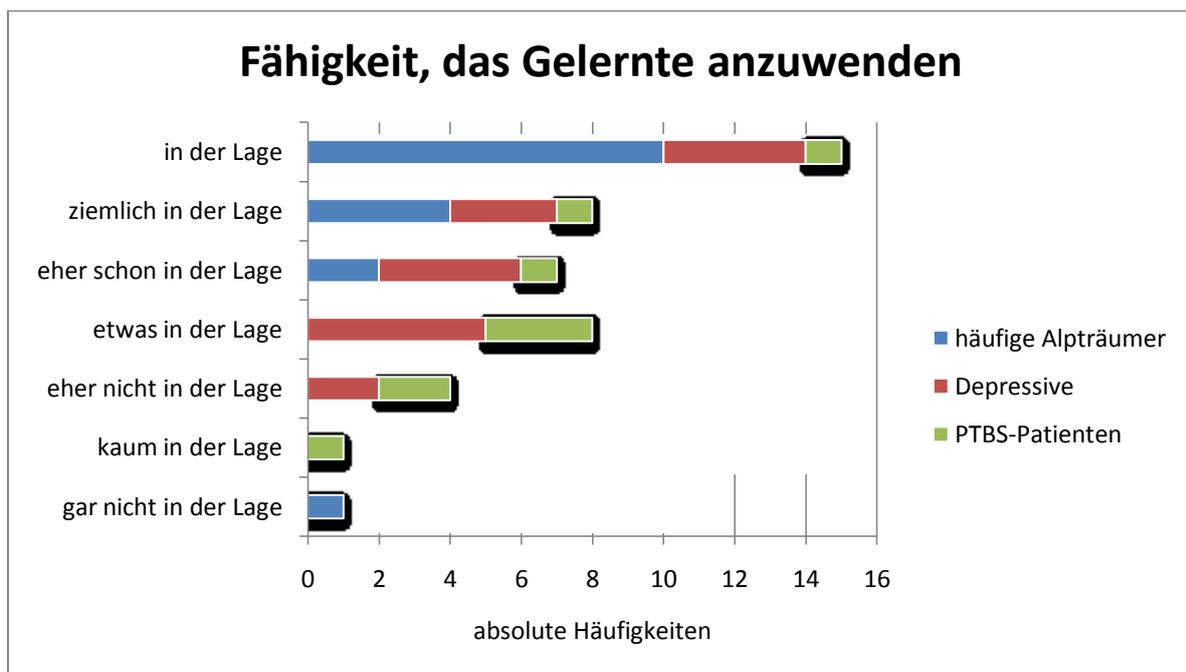


Abbildung 29: Antworten auf die Frage, ob das Gelernte angewendet werden konnte, absolute Häufigkeiten nach Gruppen

Ergänzend wurde auch danach gefragt, ob das Gelernte tatsächlich angewendet wurde, diese Frage wurde von 38 Patienten (86%) mit ja, von den übrigen 6 Patienten (14%), die zu diesem Zeitpunkt noch an der Studie teilnahmen, mit nein beantwortet, diese Patienten stammten vor allem aus der Gruppe der häufigen Alpträumer (N=5) und einer aus der Gruppe der depressiven Patienten. Als Gründe, warum das Gelernte nicht angewendet wurde, wurden folgende Angaben gemacht:

- „Bei den Träumen, die ich als schwierig empfand, fühlte ich mich überwältigt.“
- „Es hat nicht dazu geführt, dass der Alptraum aufgehört hat.“
- „Nur Entspannungsübungen gemacht und die modifizierten Träume wiederholt.“
- „Keine [Alpträume] mehr vorhanden.“
- „Weil die Träume nicht so schlimm waren.“
- „Würde sie anwenden, hatte aber seit der Therapie gar keine Alpträume mehr.“

Bei Therapieabschluss, also im Rahmen der Post-Erhebung, wurde auch danach gefragt, ob die Erwartungen an die Behandlung erfüllt wurden. Ein Patient (2%) gab an, seine Erwartungen seien eher nicht erfüllt worden, bei 12 Patienten (24%) entsprach die durchgeführte Behandlung den Erwartungen, bei 9 Patienten (18%) wurden sie eher übertroffen, bei 23 (45%) wurde sie etwas übertroffen und 6 Patienten (12%) gaben an, ihre Erwartungen seien deutlich übertroffen worden. Das ergibt einen durchschnittlichen Skalenwert von 5.4 (SD=1.0). In Abbildung 30 sind die Ergebnisse dieser Befragung noch einmal unterteilt nach Gruppen dargestellt.

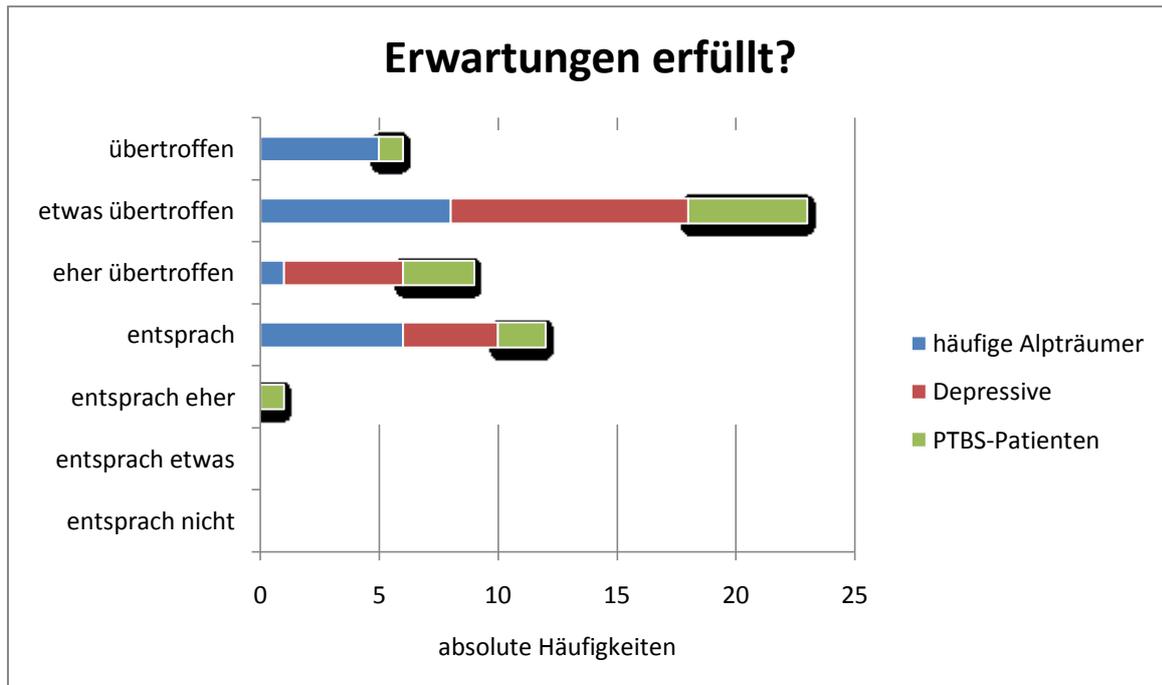


Abbildung 29: Antworten auf die Frage, ob die Erwartungen an die Therapie erfüllt wurden, absolute Häufigkeiten nach Gruppen

In offenen Fragen wurden die Patienten am Ende der Post- und Follow-up-Erhebung jeweils nach positiven und negativen Aspekten gefragt, Mehrfachnennungen waren möglich. Dabei gab es ganz unterschiedliche Reaktionen, einige Patienten machten gar keine Angaben, andere gaben mehrere Punkte an, die sie als positiv und negativ erlebt haben. Die beiden nachfolgenden Tabellen 13 und 14 geben einen Überblick über die Antworten.

Tabelle 13: Angaben positiver Aspekte zu den Zeitpunkten der Post- sowie der Follow-up-Erhebung (Fu), absolute Häufigkeiten, geclustert und nach Gruppen getrennt

Positive Aspekte	Häufige Alpträumer		Depressive Patienten		PTBS-Patienten		gesamt	
	Post	Fu	Post	Fu	Post	Fu	Post	Fu
Besser mit Alpträumen umgehen können	4	5	4	6	3	2	11	13
Informationsgewinn	2	2	1	0	0	1	3	3
Zeit zum Nachdenken/Reflektieren	1	1	2	0	0	0	4	1
Alptraum hat sich verändert/weniger Alpträume	1	4	2	1	1	2	4	7
Entspannungsübungen	4	1	1	2	1	1	6	4
Imaginationsübungen	0	3	1	1	1	2	2	6
Alptraummodifikation	0	1	0	0	2	0	2	1
Material (CD)	0	1	0	0	2	0	2	1
Positivere Gefühle	1	1	2	0	1	1	4	1
Mehr Kontrolle, weniger Hilflosigkeit	1	0	1	0	1	1	3	1
Verbesserung der Schlafqualität	1	1	3	0	1	1	5	2
Struktur der Therapie	1	3	0	0	1	2	2	5
Austausch über Alpträume	1	0	1	2	1	0	3	2
Gesprächsatmosphäre	8	1	1	1	3	0	12	2
Sonstiges	1	4	0	9	2	5	3	18
Keine Angaben	2	5	2	6	2	2	6	13

Über alle Gruppen hinweg wurden zum Post-Zeitpunkt am häufigsten folgende positiven Aspekte genannt: die Gesprächsatmosphäre, die Möglichkeit zum besseren Umgang mit den Alpträumen und die Entspannungsübungen; während zehn Wochen nach Therapieabschluss die Gesprächsatmosphäre bei den meisten Patienten in den Hintergrund gerückt war und die Möglichkeit zum besseren Umgang mit den Alpträumen, die Entspannungsübungen sowie

die Alptraummodifikation am häufigsten genannt wurden. Große Unterschiede zwischen den Gruppen ließen sich nicht finden, am ehesten gab es einen Unterschied für die Entspannungsübungen, diese wurden von den Patienten aus der Gruppe der häufigen Alpträumer am häufigsten als positiv erlebt, die depressiven Patienten gaben zum Post-Zeitpunkt überproportional häufig eine Verbesserung der Schlafqualität an und äußerten sich am wenigsten positiv über die Gesprächsatmosphäre. In der PTBS-Gruppe machten die meisten Patienten keine Angaben zu diesem Item.

Tabelle 14: Angaben negativer Aspekte zu den Zeitpunkten der Post- sowie der Follow-up-Erhebung (Fu), absolute Häufigkeiten, geclustert und nach Gruppen getrennt

Negative Aspekte	Häufige Alpträumer		Depressive Patienten		PTBS-Patienten		N gesamt	
	Post	Fu	Post	Fu	Post	Fu	Post	Fu
Symptomatik unverändert/schlimmer	1	0	0	0	0	1	1	1
Keine Kontrolle über die Alpträume	1	0	0	0	0	0	1	0
Mehr hektische, unruhige Träume	0	0	0	0	1	0	1	0
Alptraumdokumentation	1	0	0	0	0	0	1	0
Entspannungsübungen	1	1	0	0	0	0	1	1
Imaginationsübungen	2	0	0	2	0	0	2	2
Alptraummodifikation	0	0	0	0	1	1	1	1
Zu wenig Material	1	0	0	1	0	0	1	1
Therapie insgesamt zu kurz	1	1	2	0	1	0	4	1
Konfrontation mit den Alpträumen	2	0	1	0	1	1	4	1
Unsicherheit/nicht-weiter-wissen	2	1	0	0	0	0	2	1
Eigeninitiative/Anstrengung notwendig	0	0	1	0	1	0	2	0
Sonstiges	0	0	0	1	1	1	1	3
Keine Angaben	13	16	12	15	6	9	31	40

Bezüglich der negativen Aspekte gab es insgesamt über alle drei Gruppen hinweg weniger Angaben (vgl. Tabelle 14). Unmittelbar nach Abschluss der Therapie (Post-Zeitpunkt) wurde am häufigsten die Kürze der Therapie insgesamt sowie die Konfrontation mit den Alpträumen bemängelt, dies am häufigsten in der Gruppe der häufigen Alpträumer. Bei der Follow-up-Erhebung wurden lediglich die Imaginationsübungen häufiger als einmal genannt. Bezüg-

lich der Imaginationsübungen waren sich die Patienten uneinig darüber, wie viel Inhalt der Übung vorgegeben werden sollte (zu offen vs. zu strikt).

IV. Diskussion

17 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zusammengefasst, mit den Ausgangshypothesen abgeglichen und in den empirischen Kontext der Untersuchungen anderer Arbeitsgruppen eingeordnet sowie vor diesem Hintergrund interpretiert und diskutiert (Kapitel 17). Im nachfolgenden Kapitel (18) findet eine Diskussion der in dieser Untersuchung verwendeten Methoden statt, bevor daran anschließend mögliche Wirkfaktoren der untersuchten Alptraumtherapie vorgestellt und diskutiert werden (Kapitel 19). Eine abschließende Zusammenfassung sowie einen Ausblick gibt Kapitel 20.

17.1 Diskussion der Ergebnisse der Gesamtgruppe im zeitlichen Verlauf

Zunächst wurden alle Patienten betrachtet, die die Intervention durchlaufen haben. Für diese Gesamtstichprobe der sogenannten „Completers“ kann zusammenfassend berichtet werden, dass es für die beiden abhängigen Variablen Alptraumfrequenz und erlebte Angst jeweils eine Verbesserung zwischen Beginn und Ende der Intervention gab. Damit sind die ersten beiden Hypothesen bestätigt.

Hypothese 1:

Nach der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die Anzahl der Alpträume gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.

Hypothese 2:

Nach der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die durch die Alpträume ausgelöste Angst gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.

Wird der Katamnesezeitraum betrachtet, so findet man für die Alptraumfrequenz hypothesengemäß eine Stabilisierung, es kam nicht zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik in den ersten zehn Wochen nach Abschluss der Therapie. Hypothese drei ist somit bestätigt. Längerfristige Therapieeffekte wurden hier nicht untersucht, konnten aber bereits durch andere Gruppen (z.B. Krakow et al., 1993) gezeigt werden.

Hypothese 3:

Nach Abschluss der Therapie findet eine Stabilisierung der Symptomatik statt, sodass es keine signifikanten Veränderungen der Alptrahmhäufigkeit zwischen Therapieende und Follow-up-Zeitpunkt gibt.

Bezüglich der erlebten Angst kam es in diesem Zeitraum sogar zu einer Verbesserung der Symptomatik. Diese wurde in der Hypothese nicht formuliert, das erzielte Ergebnis geht sogar noch über die angenommene Stabilisierung hinaus.

Hypothese 4:

Nach Abschluss der Therapie findet eine Stabilisierung der Symptomatik statt, sodass es keine signifikanten Veränderungen der erlebten Angst zwischen Therapieende und Follow-up-Zeitpunkt gibt.

Auch bei der Betrachtung des gesamten Untersuchungszeitraums, also einem Vergleich der Baseline-Daten (Prä-Messung) mit den Follow-up-Ergebnissen konnte eine signifikante Verbesserung sowohl bezüglich der Alptrahmfrequenz als auch bezüglich der erlebten Angst gefunden werden. Somit gelten die beiden nachfolgenden Hypothesen fünf und sechs ebenfalls als bestätigt.

Hypothese 5:

Nach der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die Anzahl der Alpträume zu einem Follow-up-Zeitpunkt zehn Wochen nach Therapieende gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.

Hypothese 6:

Nach der standardisierten Alptraumtherapie hat sich die Anzahl der Alpträume zu einem Follow-up-Zeitpunkt zehn Wochen nach Therapieende gegenüber dem Beginn der Therapie signifikant verringert.

Dieses Ergebnis lässt sich vermutlich zum einen darüber erklären, dass sich viele Patienten auch nach Abschluss der Therapie weiter aktiv mit ihren Träumen auseinander gesetzt ha-

ben. Weitere Alptraummodifikationen und fortgesetztes Imaginieren der neuen Alptraumskripte könnten zu einer weiteren Symptomreduktion geführt haben. Zum anderen muss für eine Angstreduktion die (wiederholte) Erfahrung gemacht werden, dass die Alpträume wirklich weniger häufig und/oder weniger intensiv waren. Hieraus folgt der Schluss, dass die Reduktion der Alpträume hinsichtlich ihrer Frequenz und/oder Intensität eine weitere Reduktion der erlebten Angst während der Alpträume nach sich ziehen musste. Außerdem ist es möglich, dass es im Rahmen der Auseinandersetzung zu einer Umbewertung der Alpträume sowie der eigenen Einflussmöglichkeiten kam, sodass selbst im Falle unverändert auftretender Alpträume eine Reduktion der erlebten Angst vorstellbar wäre. Dieser Aspekt ist auch vor dem Hintergrund gut denkbar, dass viele Patienten bei Therapieabschluss berichtet haben, dass die Alpträume, die noch vorkamen, in unveränderter Form auftraten und die Einschätzung der erlebten Angst sich nur auf solche Situationen bezog, in der tatsächlich Alpträume aufgetreten sind. An dieser Stelle sei auch auf eine intensive Diskussion möglicher Wirkfaktoren in Kapitel 19 verwiesen.

Neben der Alptraumfrequenz und der erlebten Angst sollten die Patienten zusätzlich ihre Angst vor der Wiederholung des Alptrausms, die Hilflosigkeit während des Alptrausms sowie ihr Kontrollerleben einschätzen. Die Ergebnisse waren analog derer für die Alptraumfrequenz, es kam jeweils zu einer Verbesserung der Symptomatik im Verlauf der Intervention und dann zu einer Stabilisierung. Die signifikante Verbesserung während des Interventionszeitraums, sowie die Stabilisierung der Ergebnisse während des therapiefreien Katamnesezeitraums, zeigen ebenfalls, dass die positiven Befunde nicht ausschließlich auf die Unterstützung der Patienten durch die Therapeutinnen während der Intervention zurückzuführen sind.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass die Patienten infolge der Alptraumtherapie seltener aufwachten. Hier ergibt sich lediglich das methodische Problem der Definition eines Alptrausms. Das verwendete Item und somit die dargestellten Ergebnisse machen nur dann einen Sinn, wenn man voraussetzt, dass ein Angsttraum, also ein Traum mit starkem negativem Affekt ohne Erwachen, mit einem Alptraum, der gemäß den meisten Definitionen ein Erwachen des beziehungsweise der Träumenden nach sich zieht, gleichzusetzen ist. Wir haben dies in unserer Arbeitsdefinition des Alptrausms getan, weil die klinische Beobachtung zeigte, dass auch Träume ohne Erwachen sowohl während des Schlafs als auch am Folgetag

belastend für die Patienten sind und eine Behandlungsindikation besteht. Nichtsdestotrotz ist damit das Kriterium eines Alptrausms aufgeweicht und somit die Abgrenzung eines „schwächeren Alptrausms“ von einem „intensiveren normalen Traum“ erschwert.

Die Reduktion der Beeinträchtigung am Folgetag, die während des Interventionszeitraums erfolgte, ist ebenfalls ein Beleg für die Wirksamkeit der standardisierten Alptraumtherapie. Außerdem ist dies ein weiterer Aspekt, der die Alptraumtherapie auch bei jenen Patienten effektiv werden lässt, die relativ selten unter Alpträumen leiden. Gäbe es keine Beeinträchtigung am Folgetag oder keinen Rückgang selbiger infolge der Therapie, ließe sich die Behandlungsindikation bei denjenigen Patienten, die beispielsweise nur ein bis zwei Alpträume im Monat haben, in Frage stellen.

Entgegen der ursprünglichen Annahmen kam es über alle Patienten hinweg zu einer hochsignifikanten Verbesserung der depressiven Symptomatik während der Alptraumintervention beziehungsweise während des gesamten Untersuchungszeitraums. Hypothese neun konnte somit nicht belegt werden.

Hypothese 9:

Eine bestehende Depression wird durch die standardisierte Alptraumtherapie nicht gebessert.

Zunächst könnte angenommen werden, dass die Verbesserung der depressiven Symptomatik zumindest vorrangig durch weitere psychiatrische oder psychotherapeutische Angebote über die Alptraumtherapie hinaus bedingt sein könnte. Allerdings ist auffällig, dass es in den zehn Wochen nach Abschluss der Alptraumtherapie zu keiner weiteren Verbesserung kam, und das, obwohl viele der parallel laufenden Behandlungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen waren. Um diesen Einflussfaktoren näher auf den Grund zu gehen, wurde im Verlauf die Moderatorenanalyse durchgeführt. Eine Erklärung des Rückgangs der Depressivität ist nicht über Einflüsse von psychopharmakologischen Behandlungen und nur unzureichend über weitere psychotherapeutische Maßnahmen erklärbar (vgl. Abschnitt 17.4). Aufgrund der vorliegenden Daten muss deshalb davon ausgegangen werden, dass die angewandte, standardisierte Alptraumtherapie durchaus einen Einfluss auf die Depressivität hat. Neben unspezifischen Therapieeffekten lässt sich vermuten, dass insbesondere die Effekte

auf das Kontrollerleben der Patienten und die Reduktion der erlebten Hilflosigkeit die Verbesserung der depressiven Symptomatik bedingen oder zumindest beeinflussen. Vor allem vor dem Hintergrund des Konzeptes der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (Zimbardo, 1995) als ursächlicher Faktor für die Entstehung einer depressiven Erkrankung erscheint dies augenscheinlich plausibel. Die Tatsache, dass es keine signifikanten Veränderungen der depressiven Symptomatik während des Katamneseintervalls gab, es aber dennoch einen schwachen Zusammenhang zwischen der Verbesserung während des Interventionszeitraums und zusätzlichen psychotherapeutischen Angeboten, lässt ferner mutmaßen, dass die Inhalte der Alptraumtherapie eine gute Ergänzung zur klassischen Depressionsbehandlung darstellen und Synergieeffekte genutzt werden könnten. Dies spricht möglicherweise auch gegen die ursprünglich postulierte gebotene Vorsicht bezüglich der Indikation der Alptraumtherapie bei schwerer depressiv erkrankten Patienten.

Rückblickend gaben nahezu alle Patienten an, eine leichte bis deutliche Verbesserung durch die Therapie erlebt zu haben, nur vier Patienten gaben an, keine Veränderung zu bemerken, eine Verschlechterung wurde nur ein einziges Mal berichtet. Tendenziell waren die Einschätzungen des Therapieerfolgs zum Follow-up-Zeitpunkt etwas negativer als zum Post-Zeitpunkt. Allerdings wurde bei diesem retrospektiven Item nicht näher ausgeführt, in welcher Form die erlebte Verbesserung stattgefunden hat. Außerdem ist es denkbar, dass bei diesem Ergebnis sowohl der Aspekt der sozialen Erwünschtheit (Bortz & Döring, 2006) als auch die Attribuierung der Therapie als wirksam zur Vermeidung kognitiver Dissonanz (Festinger & Carlsmith, 1959) eine Rolle spielen („ich hab jetzt so viel investiert, da muss es ja etwas gebracht haben“). Außerdem gab ein Großteil der Patienten an, das Gelernte auch anwenden zu können, allerdings ist kritisch zu bewerten, dass rund ein Viertel der Patienten sich hierzu nur unzureichend („etwas“ bis „kaum“) oder gar nicht in der Lage fühlten. Es ist davon auszugehen, dass diese Patienten langfristig ihre Alpträume nicht erfolgreich eigenständig modifizieren können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Messwiederholungsdesign und über die Gesamtstichprobe die Wirksamkeit der Alptraumtherapie erwartungsgemäß bestätigt werden konnte, außerdem hat die Alptraumtherapie einen positiven Effekt auf die affektive Belastung der Patienten.

17.2 Diskussion des Vergleiches der Teilstichproben

Ein besonderer Aspekt dieser Studie im Vergleich zu vorangegangenen Untersuchungen der IRT war die Betrachtung und vor allem der Vergleich verschiedener Patientengruppen. Erwartungsgemäß unterschieden sich die Gruppen bezüglich der Schwere ihrer Symptomatik, für die meisten Variablen konnten Gruppeneffekte gefunden werden. Auch auf den Therapieerfolg hatte die Gruppenzugehörigkeit und damit das Vorliegen einer komorbiden Depression oder Posttraumatischer Belastungsstörung einen Einfluss, es konnten Interaktionseffekte gefunden werden und auch die separate Betrachtung der Gruppen zeigte, dass es Unterschiede in der Wirksamkeit der Alptraumtherapie gibt, je nachdem, welche Patientengruppe behandelt wurde.

Trotzdem konnte die Alptraumfrequenz in allen Gruppen signifikant reduziert werden, und zwar unabhängig davon, ob lediglich der Interventionszeitraum oder der gesamte Behandlungszeitraum betrachtet wurde. Die Angst während der Alpträume konnte ebenfalls in allen Gruppen reduziert werden. Damit ist die entsprechende Hypothese sieben bestätigt.

Hypothese 7:

Die Verringerung der Alptrahmhäufigkeit und der mit den Alpträumen erlebten Angst findet sich sowohl bei Patienten, die ausschließlich unter Alpträumen leiden, als auch bei Patienten mit komorbiden Depressionen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen.

Allerdings waren die Therapieeffekte abhängig von der Gruppenzugehörigkeit unterschiedlich groß und unterschieden sich auch im zeitlichen Verlauf. Häufige Alpträumer, also Patienten, die über die Alptrahmsymptomatik hinaus weitestgehend psychopathologisch unauffällig waren, zeigten einen Rückgang der Alptrahmfrequenz während der Interventionsphase sowie eine tendenzielle weitere Verbesserung während des Katamneseintervalls. Auch die erlebte Angst, die bereits während der Intervention deutlich rückläufig war, erfuhr in dieser Gruppe eine weitere signifikante Verbesserung bis zur Follow-up-Untersuchung. Währenddessen zeigten depressive Patienten zwar jeweils eine deutliche Verbesserung während der Intervention, anschließend kam es jedoch zu einer signifikanten Verschlechterung der Alptrahmfrequenz und zu keiner weiteren Verbesserung der erlebten Angst. In der Gruppe der traumatisierten Patienten gab nach einer Verbesserung während der Intervention keine wie-

tere signifikante Veränderung für beide Variablen, insbesondere bezüglich der erlebten Angst fiel die Verbesserung deutlich geringer aus, als in den beiden Vergleichsgruppen. Das heißt auch, dass der für die Gesamtgruppe gefundene Effekt (siehe Kapitel 17.1) für den Katamnesezeitpunkt ausschließlich auf die deutliche Verbesserung in der Gruppe der häufigen Alpträumer zurückzuführen ist.

Die deutliche Verbesserung bei den häufigen Alpträumen auch über den Zeitpunkt des Therapieabschlusses hinaus rührt vermutlich daher, dass diese Patientengruppe, die über die Alpträume hinaus am wenigsten beeinträchtigt war, die besten Voraussetzungen hatte, um während des Katamnesezeitraums die erlernten Techniken eigenständig anzuwenden. Außerdem kamen Patienten dieser Gruppe besonders häufig in die Therapie, wenn sie unter unterschiedliche Alpträume litten (im Gegensatz beispielsweise zu Patienten aus der PTBS-Gruppe, die häufig vor allem einen wiederkehrenden, posttraumatischen Alptraum beklagten). Bei mehreren unterschiedlichen Träumen konnten oft nicht alle Alpträume im Rahmen der Therapie modifiziert werden, sodass die Modifikation weiterer Alpträume im Anschluss notwendig war. Konnte diese erfolgreich durchgeführt werden, liegt ein weiterer Rückgang der Symptomatik auf der Hand. Der verhältnismäßig geringe Rückgang der erlebten Angst in der PTBS-Gruppe lässt sich vermutlich darüber erklären, dass posttraumatische Alpträume in der Regel mit einer größeren affektiven Belastung sowie Angst einhergehen und diese Ängste in der Regel nicht nur im Traum, sondern auch im Wachzustand auftreten beziehungsweise auftreten können. Somit ist es nachvollziehbar, dass die Angst während der Alpträume in dieser Gruppe weniger stark reduziert werden konnte.

Auch bezüglich der weiteren abhängigen Variablen gab es Gruppenunterschiede. Besonders ausgeprägt ist der Unterschied bezüglich des Therapieeffekts für die Angst vor der Wiederholung des Alptraums. Während die häufigen Alpträumer und die depressiven Patienten einen signifikanten Rückgang dieser Angst erlebten, gab es keinerlei Verbesserung in der Gruppe der Patienten mit PTBS. Vor dem Hintergrund dessen, dass in dieser Gruppe viele Alpträume posttraumatischer Natur waren, ist dieses Ergebnis nicht sonderlich erstaunlich. Patienten mit PTBS haben häufig wiederkehrende Alpträume, diese sind schwieriger zu reduzieren und die Angst vor einem Wiedererleben ist aufgrund der hohen affektiven Komponente dieser Alpträume und dem zusätzlichen Wiedererleben des Traumas in Form von Intrusionen im Wacherleben besonders hoch.

Auch bezüglich der Hilflosigkeit konnten die PTBS-Patienten am wenigsten von der angewandten Alptraumtherapie profitieren. Am deutlichsten war der Rückgang der erlebten Hilflosigkeit in der Gruppe der depressiven Patienten, am geringsten in der PTBS-Gruppe. Bei Betrachtung des gesamten Zeitraums konnte hier lediglich ein marginaler Effekt gefunden werden. Betrachtet man die deskriptiven Daten, so sind die häufigen Alpträumer die einzigen Patienten, bei denen im Verlauf des Katamnesezeitraums in der Tendenz eher eine weitere Verbesserung als eine Verschlechterung zu finden ist. Die depressiven Patienten profitierten am besten, möglicherweise wirkt sich hier die ergänzende psychotherapeutische Behandlung aus, die sich ebenfalls mit Aspekten wie Selbstwirksamkeit beschäftigen könnte. Bei den traumatisierten Patienten ist das sich-hilflos-ausgeliefert-Fühlen bezogen auf die traumatische Erfahrung zentrales Element der Belastungsstörung, sodass anzunehmen ist, dass die verwendete Alptraumtherapie alleine nicht ausreicht, um eine ausgeprägte Veränderung dieses Symptoms zu bewirken.

Vergleichbares gilt für das Kontrollerleben. Hier kommt es zwar in allen Gruppen während des Interventionszeitraums zu einer signifikanten Verbesserung, allerdings sinkt die erlebte Kontrolle in der PTBS-Gruppe anschließend wieder so stark, dass es über den Gesamtzeitraum betrachtet zu keiner Veränderung kommt. Dass zum Post-Zeitpunkt ein signifikant niedrigerer Skalenwert ermittelt werden konnte, mag damit zusammenhängen, dass die Patienten sich während der Therapie durch die Unterstützung der Therapeutin im Umgang mit ihren Alpträumen sicherer fühlten und somit auch ein größeres Gefühl von Kontrolle hatten. Dieser Effekt konnte sich nicht stabilisieren, weil in der verhältnismäßig kurzen Therapiezeit das ausgeprägte Gefühl des Kontrollverlusts bedingt durch die Traumatisierung nur unzureichend verändert werden konnte.

Die Einflüsse auf die Schlafqualität waren in den Gruppen ebenfalls unterschiedlich. Während die häufigen Alpträumer infolge der Alpträume signifikant seltener aufwachten, konnten in der Gruppe der depressiven Patienten lediglich tendenzielle Effekte gefunden werden. In der Gruppe der PTBS-Patienten gab es keine Verbesserung, was für eine erhöhte affektive Belastung der Patienten durch ihre Alpträume spricht. Weitere Schlafstörungen über die Alpträume hinaus könnten in den Gruppen der Patienten mit komorbiden Depressionen sowie mit PTBS ebenfalls eine Rolle spielen.

Die Beeinträchtigung am Folgetag ging in der Gruppe der häufigen Alpträumer deutlich zurück, bei den depressiven Patienten konnte ebenfalls ein Rückgang verzeichnet werden, während es in der Gruppe der PTBS-Patienten keine statistisch bedeutsame Veränderung gab. Dass es in dieser Gruppe weiterhin Beeinträchtigungen gibt, könnte damit zusammenhängen, dass diese Patienten weiterhin unter mehr Alpträume von höherer Intensität litten, als die beiden Vergleichsgruppen.

Bezüglich der Depressivität kam es in allen drei Gruppen kam es zu einer signifikanten Verbesserung im Interventionszeitraum. In der Gruppe der häufigen Alpträumer war die Verbesserung am kleinsten, allerdings lässt sich dies möglicherweise auch auf einen Bodeneffekt zurückführen. Die depressiven Patienten profitierte am meisten und gelangte damit im Mittel in einen subklinischen Bereich. Obwohl der Ausgangswert in der Gruppe der traumatisierten Patienten höher war, als in den beiden anderen Teilstichproben, konnte hier nur eine mittlere Verbesserung erreicht werden. Die Werte streuten in dieser Gruppe sehr stark, außerdem gab es eine leichte Verschlechterung während des Katamnesezeitraums. Im Vergleich des Prä-Wertes mit dem Ergebnis der Follow-up-Messung gab es jedoch in allen Gruppen eine Verbesserung.

Darüber hinaus muss zumindest angemerkt werden, dass in der Gruppe der PTBS-Patienten mehr Patienten die Behandlung abbrachen, oder, sofern sie zunächst in der Wartelistenkontrollbedingung waren, ein im Anschluss angenommenes Therapieangebot nicht wahrnahmen. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen zur IRT. So berichtet beispielsweise Krakow (2004), dass die IRT zwar in 90 % der durchgeführten Therapien erfolgreich sei, jedoch ein Drittel der PTBS-Patienten bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Bereitschaft zur Teilnahme zurückgezogen haben. Ursächlich ist vermutlich eine hohe Belastung durch die Grunderkrankung, Angst vor der Auseinandersetzung mit dem Alptraum und damit häufig auch dem Trauma und häufiges Auftreten von komorbiden Störungen, insbesondere auch Persönlichkeitsstörungen.

Diejenigen Patienten, die sich nicht ausreichend in der Lage fühlten, das in der Therapie Gelernte anzuwenden, waren insbesondere Patienten aus den Gruppen der depressiven und der PTBS-Patienten. Dies mag zum einen an der zusätzlichen Belastung beziehungsweise Beeinträchtigung durch die anderen psychischen Störungen bedingt sein, teilweise konnte auch nur ein (wiederkehrender) Alptraum besprochen werden und somit besteht weniger

„Übung“ im eigenständigen Umgang mit den Alpträumen. Außerdem waren insbesondere die traumatisierten Patienten auch im Wachzustand in besonderem Maße von ihren Alpträumen affektiv belastet, sodass sie sich oft nicht oder nur zögerlich traute, sich eigenständig mit den Alpträumen zu beschäftigen.

Auch bei der Analyse der Alptraumthemen konnten Besonderheiten für die jeweiligen Gruppen festgestellt werden. Traumatisierte Patienten träumen meistens von Bedrohungen oder Angriffen, in Anbetracht der hohen Anzahl posttraumatischer Alpträume, die per Definition mit einer massiven Bedrohung der eigenen oder einer nahestehenden Person einhergehen, ist dies nicht verwunderlich. Die von Engelhardt (1998; zitiert nach Schredl, 1999) postulierte Häufung von Alpträumen mit den Aspekten Tod/Trauer oder Zurückweisung (Schredl, 1999) bei depressiven Patienten konnte in dieser Studie bestätigt werden, überproportional viele depressive Patienten träumten von Tod oder Sterben sowie von Verlust und Verlassen werden. In der Gruppe der häufigen Alpträumer traten viele verschiedene Themen auf, in dieser Gruppe wurde am ehesten auch von Alltagssituationen und -belastungen geträumt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die verwendete Alptraumtherapie grundsätzlich einen positiven Effekt insbesondere bezüglich der beiden zentralen Parameter Alptraumfrequenz und erlebter Angst während des Alptraus hat und außerdem depressive Symptome reduziert. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn häufige Alpträumer, depressive oder PTBS-Patienten separat betrachtet werden. Für die differentielle Wirksamkeit der Alptraumtherapie macht es jedoch durchaus einen Unterschied, ob ein Patient neben der Alptraumsymptomatik noch unter weiteren psychischen Störungen leidet. Die Therapien der häufigen Alpträumer verliefen am unproblematischsten, die Patienten konnten sich in der Regel gut auf die Therapie einlassen und hatten wenige Schwierigkeiten, eigenständig einzelne Therapieschritte umzusetzen. In der Gruppe der depressiven Patienten wurden Aufgaben teilweise eher zögernd erledigt, die Motivation sowie der Antrieb stellten hier ein relevantes Thema dar. Darüber hinaus können ungünstige Attributionsstile („ich kann doch sowieso nichts ausrichten“) und eine niedrige Frustrationstoleranz vor allem die Alptraummodifikation erschweren. Depressive Patienten entwickelten selten spontan eigene Ideen zur Veränderung ihrer Alpträume, wie es häufige Alpträumer des Öfteren tun. Ob die Alptraumtherapie bei schwer depressiven Patienten kontraindiziert ist, lässt sich nach unseren Erfahrungen nur im Einzelfall klären, eine Abstimmung mit sonstigen therapeutischen Angeboten scheint in

jedem Fall sinnvoll oder gar erforderlich, inhaltlich scheinen beide Therapien von einer Wechselwirkung profitieren zu können. Bei dieser Patientengruppe ist insbesondere darauf zu achten, dass die Patienten Strategien entwickeln, eigenständig mit den Alpträumen umzugehen, damit es nicht zu einer erneuten Verschlechterung nach Therapieabschluss kommt. Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung können zwar von der Alptraumtherapie profitieren, allerdings ist die Therapie durch verschiedene Aspekte erschwert. Durch die PTBS sind häufig weitere Schlafstörungen bedingt, diese zusammen mit den Alpträumen ein ungesundes Schlafverhalten nach sich ziehen können, das insbesondere von einem Vermeidungsverhalten (des Schlafens als solchem, der Auseinandersetzung mit dem Schlafen und den Träumen) geprägt ist. Die affektive Belastung, die häufig besteht, zieht ähnliche Schwierigkeiten nach sich, wie die bei den depressiven Patienten. Die Tatsache, dass die meisten PTBS-Patienten zumindest auch unter posttraumatischen Alpträumen leiden, erschwert die Therapie ebenfalls. Zum einen ist die Auseinandersetzung mit dem Trauma oder traumaassoziierten Träumen für die Patienten häufig ungleich belastender als die Auseinandersetzung mit den Inhalten idiopathischer Alpträume, zum anderen sind diese Träume stärker affektiv besetzt und treten in der Regel häufiger auf, was zu einer höheren Resistenz gegen die Modifikationen führt. Weitere Symptome wie beispielsweise dissoziative Zustände erschweren insbesondere Entspannungs- und Imaginationsverfahren sowie das eigenständige Üben der Patienten. Komorbide Persönlichkeitsstörungen wie emotional-instabile oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen, die in dieser Patientenpopulation häufiger auftreten, können zusätzlich den therapeutischen Kontakt erschweren. Es lässt sich festhalten, dass die Ansprüche an die Therapiemotivation und auch das Engagement der Patienten insgesamt sehr hoch sind und vor allem in dieser Gruppe vor Therapiebeginn sorgfältig geprüft werden müssen.

17.3 Diskussion der Ergebnisse des Vergleiches mit der Wartelisten-Kontrollgruppe

Im Vergleich mit der Wartelisten-Kontrollgruppe zeigt sich ein signifikanter Rückgang der Alptraumfrequenz in der Interventionsgruppe, während es in der Wartelisten-Kontrollgruppe keinerlei Veränderungen gab. Auch der marginale Interaktionseffekt und der fehlende Zeiteffekt in der Varianzanalyse deuten darauf hin, dass die Veränderung der abhängigen Variable davon abhängt, welcher Gruppe der Patient zugewiesen wurde. Allerdings sind diese Effekte

nicht sehr groß, was zum einen auf eine relativ kleine Stichprobengröße zurückzuführen sein könnte, zum anderen auch dadurch mit bedingt sein könnte, dass ein großer Teil der Patienten in dieser Untersuchung unter PTBS litten und somit die Effekte in der Interventionsgruppe kleiner ausfielen, als es zu erwarten gewesen wäre, hätten die Gruppen primär aus häufigen Alpträumern bestanden.

Für die erlebte Angst waren die Veränderungen über beide Gruppen hinweg so groß, dass es in der Varianzanalyse nicht nur einen Haupteffekt Messzeitpunkt, sondern auch einen Interaktionseffekt gab. Bei separater Betrachtung der Gruppen zeigten sich lediglich in der Interventionsgruppe signifikante Effekte, und das obwohl auch in der Wartelisten-Kontrollgruppe mehr als die Hälfte der Patienten parallel andere psychotherapeutische Angebote nutzten. Somit ist die Hypothese 8 bestätigt.

Hypothese 8:

Die Verringerung der Alptrahmhäufigkeit und der mit den Alpträumen erlebten Angst durch die standardisierte Alptrahmtherapie ist signifikant stärker ausgeprägt als in einer Wartelisten-Kontrollgruppe.

Anders verhält es sich mit den Ergebnissen für die Angst vor der Wiederholung des Alptrahms. Hier konnte keine Überlegenheit der Intervention gegenüber der Wartebedingung festgestellt werden. Es gab keinen Interaktionseffekt, und in keiner der beiden Gruppen gab es eine nennenswerte Veränderung. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund, dass ein Großteil der untersuchten Stichprobe aus der Gruppe der PTBS-Patienten stammte, jedoch wenig verwunderlich (vgl. vorangegangener Abschnitt 17.2).

Bezüglich der Hilflosigkeit und Kontrolle konnte eine gewisse Überlegenheit der Intervention festgestellt werden. Der Rückgang der Symptomatik in der Interventionsgruppe wurde jeweils signifikant, während in der Kontrollgruppe immerhin eine tendenzielle Verbesserung bezüglich der Kontrolle gab. Das Ausmaß der Veränderung war so wenig verschieden, dass es in der Varianzanalyse keinen Interaktionseffekt geben konnte. Die tendenzielle Verbesserung des Kontrollerlebens in der Kontrollgruppe könnte zum einen ein Effekt der sonstigen therapeutischen Maßnahmen sein, zum anderen wäre es möglich, dass die Aussicht auf eine fundierte Alptrahmtherapie bereits einen Effekt hatte.

Für die beiden Variablen Aufwachen und Beeinträchtigung am nächsten Morgen ließen sich keine signifikanten Effekte finden. Ursächlich hier könnte die Kleinheit der Effekte in Kombination mit der Stichprobengröße ebenso sein, wie die Gruppenzugehörigkeit der untersuchten Patienten.

Die Ergebnisse für die Depressivität bestätigen das Bild, das sich bereits bei der Untersuchung der Gesamtstichprobe abzeichnete. Während es in der Interventionsgruppe zu einer deutlichen Verbesserung der Depressivität kam, gab es keinerlei Veränderungen in der Wartelistengruppe trotz sonstiger therapeutischer Angebote. Dieses Ergebnis ist erstaunlich, wenn man bedenkt, dass sich ein Teil der Patienten während dieser Warteperiode sogar in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befunden hat.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Alptraumtherapie einer Wartelisten-Kontrollbedingung bezüglich der alptraumbezogenen Symptomatik und – entgegen der Ausgangshypothese – auch bezüglich der Depressivität überlegen ist. Und das obwohl ein Großteil der Patienten aus derjenigen Patientengruppe stammt, die am schlechtesten auf die Therapie ansprechen (PTBS-Patienten, vgl. vorangegangener Abschnitt). Lediglich im Hinblick auf die Häufigkeit des Aufwachens aus den Alpträumen sowie der Beeinträchtigung am Folgetag lassen sich diese Effekte nicht finden. Diese Ergebnisse entsprechen auch den klinischen Beobachtungen, die gezeigt hatten, dass Alpträume eher selten infolge unspezifischer Behandlungen oder Behandlungen potentieller zugrunde liegender Störungen zurückgehen.

17.4 Diskussion der Ergebnisse der Moderatoranalyse

Verschiedene Einflussfaktoren auf die Therapieeffekte können angenommen werden. Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten angedeutet, lassen sich Effekte der weiteren therapeutischen Angebote, die die Patienten genutzt haben, vermuten. Auch die Einnahme von Psychopharmaka könnte den Therapieeffekt beeinflussen. Außerdem war von Interesse, in wie weit das Ausmaß der affektiven Belastung eine Rolle spielt, mutmaßlich könnten sich insbesondere Antriebsstörungen sowie ungünstige Attributionsstile negativ auf den Therapieeffekt auswirken (vgl. Abschnitt 17.2).

Im Rahmen der Moderatoranalyse wurden die korrelativen Zusammenhänge zwischen den angenommenen Moderatorvariablen und der Verbesserung der parametrischen Variablen berechnet. Auch wenn aus den Ergebnissen von Korrelationsanalysen keine unmittelbaren kausalen Schlüsse gezogen werden können, ist es ein Informationsgewinn, zu erfahren, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der Veränderung der alptraumspezifischen Symptomatik mit dem Vorhandensein von unspezifischen therapeutischen Angeboten, dem Ausmaß von affektiven Beeinträchtigungen sowie der Anzahl der unterschiedlichen Alpträume.

Im Rahmen der Analyse stellte sich heraus, dass die Einnahme von Psychopharmaka keinen statistisch relevanten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufweist. Auch mit der Veränderung der Depressivität ließ sich kein Zusammenhang finden, was erstaunlich ist, wenn man bedenkt, dass es sich bei den meisten der eingesetzten Psychopharmaka um Antidepressiva gehandelt hat.

Die Teilnahme an einer sonstigen Psychotherapie korreliert tendenziell mit einer Verbesserung der Alptraumfrequenz. Wenn es eine weitere psychotherapeutische Intervention gab, ging die Alptraumfrequenz stärker zurück. Eine Interpretation dieses Ergebnisses lässt sich auf zweierlei Weise vornehmen. Zum einen könnte es sein, dass psychotherapeutische Maßnahmen über die Alptraumtherapie hinaus den Therapieeffekt auf diese Variable tatsächlich positiv beeinflussen, entsprechende Synergieeffekte wurden im Bezug auf die Depressivität ja bereits diskutiert (vgl. 17.1). Zum anderen wäre es möglich, dass diejenigen Patienten, die weitere psychotherapeutische Angebote in Anspruch nahmen, auch eine stärker ausgeprägte Symptomatik hatten und aufgrund des höheren Ausgangswertes eine größere Reduktion eher möglich war. Für alle weiteren alptraumspezifischen Parameter gab es keine bedeutsamen Zusammenhänge.

Das Ausmaß der depressiven Symptomatik wies keinerlei Zusammenhang mit der Verbesserung irgendeiner alptraumspezifischen Variable auf. Dies bestätigt die bereits geäußerte Vermutung, dass eine Behandlung mit der Alptraumtherapie weitestgehend unabhängig vom Ausmaß der depressiven Symptomatik möglich ist. Da in die Studie jedoch wenige Patienten mit schweren depressiven Episoden eingeschlossen waren, lässt sich an dieser Stelle keine Aussage darüber treffen, ob es nicht eine „kritische Grenze“ gibt, ab der eine effektive Behandlung nicht mehr möglich ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es am ehesten einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer sonstigen (Psycho-)Therapie und dem Ausmaß des Rückgangs der Alptraumfrequenz gibt. Einen ausgeprägten moderierenden Einfluss kann man ergänzenden Therapien nicht zuschreiben. Die Depressivität zu Beginn der Therapie hatte keinerlei Effekt. Die Anzahl der Alptraumthemen wirkt sich moderierend auf die mit den Alpträumen verbundenen Ängste aus.

17.5 Therapiebewertung und Weiterentwicklung

Da sich das verwendete Therapieverfahren zum Zeitpunkt der Durchführung der vorliegenden Untersuchung noch in der Entwicklung befand, war die Evaluation des Verfahrens von besonderer Bedeutung. Die Patienten wurden gebeten, am Ende der Therapie zum einen zu bewerten, ob beziehungsweise in welchem Ausmaß ihre Erwartungen an die Behandlung erfüllt wurden. Zum einen hatten sie sowohl auf den Fragebögen am Ende der Therapie als auch bei der Katamnese-Erhebung die Möglichkeit, positive sowie negative Aspekte anzugeben. Darüber hinaus flossen auch Erfahrungen der Therapeutinnen und Aspekte aus den Abschlussgesprächen mit in die Therapieevaluation und Weiterentwicklung ein.

Insgesamt gaben die Patienten am Ende der Intervention an, ihre Erwartungen seien eher übertroffen worden. Nur ein einziger Patient beurteilte seine Erwartungen als eher nicht erfüllt. Dieses Ergebnis ist recht positiv und deutet auf eine hohe Zufriedenheit der Patienten hin. Allerdings ist dadurch zum einen nicht geklärt, anhand welcher (impliziten) Kriterien diese Beurteilung gefällt wurde, zum anderen ist es nicht auszuschließen, dass die Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit positiv verzerrt sind.

Die Antworten auf die offenen Fragen geben Anhaltspunkte darüber, was für die Patienten wesentliche Aspekte bei der Beurteilung der Therapie waren. In der letzten Therapiesitzung war der am häufigsten angegebene positive Aspekt die Gesprächsatmosphäre, erst dann wurde der bessere Umgang mit den Alpträumen als Ergebnis der Therapie genannt. Das heißt, es muss davon ausgegangen werden, dass für die Patienten zu diesem Zeitpunkt insbesondere wichtig war, ob sie sich in der Therapie wohlfühlt haben. Mit etwas zeitlicher Distanz bei der Follow-up-Messung rückte die Atmosphäre innerhalb der Therapie in den

Hintergrund und neben dem besseren Umgang mit den Alpträumen wurden verschiedene Therapieelemente wie Entspannungsübungen und Alptraummodifikation genannt.

Negative Aspekte wurden verhältnismäßig wenige genannt, was zum einen ein Beleg für die insgesamt recht hohe Zufriedenheit, zum anderen aber auch für die Scheu davor, die Therapeutin zu kritisieren, sprechen kann. Am unangenehmsten wurde die Konfrontation mit den Alpträumen empfunden, interessanterweise am häufigsten in der Gruppe der häufigen Alpträumer und nicht etwa in der Gruppe der traumatisierten Patienten. Möglicherweise liegt dies daran, dass in der PTBS-Gruppe die Alptraumrekonstruktion deutlich reduziert wurde oder aber daran, dass diese Patientengruppe es ohnehin gewohnt war, im therapeutischen Kontext über ihre Traumata beziehungsweise Alptrauminhalte zu sprechen. Dass in dieser Gruppe die Belastung der Therapie nicht als zu hoch angegeben wurde, ist positiv zu bewerten. Außerdem gaben einige Patienten an, die Therapie sei insgesamt zu kurz gewesen, diese Kritik deutet darauf hin, dass sie sich am Ende der Therapie nicht ausreichend sicher mit der erlernten Technik gefühlt haben und ist somit kongruent zu den Antworten auf die Frage, inwieweit das Gelernte angewendet werden kann.

Es ist interessant, dass die Möglichkeit des Umgangs mit den Träumen für die Patienten eine größere Rolle zu spielen scheint, als der Rückgang der Alpträume als solches, denn „weniger Alpträume“ oder „besserer Schlaf“ etc. wurde nur von verhältnismäßig wenigen Patienten angegeben, auch wenn sich die Symptomatik bei vielen von ihnen objektiv verbessert hatte. Dies scheint ein Indiz dafür zu sein, dass die Möglichkeit zum eigenständigen Handeln und damit das Erleben von Selbstwirksamkeit ein zentraler Wirkfaktor der Therapie sein könnte (vgl. Kapitel 19).

Neben der systematischen Befragung im Rahmen der Fragebogenerhebung wurde den Patienten auch im Rahmen der Abschlusssitzung die Möglichkeit gegeben, im Gespräch Kritik an der Therapie zu äußern und Verbesserungsvorschläge zu machen. In diesem Kontext war die Gefahr sozial erwünschter Antworten noch größer, sodass die Ergebnisse mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren sind. Dennoch wurden einige hilfreiche Anmerkungen gemacht, die dazu beigetragen haben, dass die standardisierte Therapie in ihrer endgültigen Form vorlag. So wurde beispielsweise durch zwei der ersten behandelten Patienten angeregt, den Ablauf der Alptraumtherapie schematisch darzustellen und den Patienten mit nach Hause zu geben, anstatt ihn nur in der Sitzung gemeinsam am Flip-Chart zu erarbeiten. Hie-

raus entstand dann das entsprechende Arbeitsblatt, das allen nachfolgenden Patienten mitgegeben werden konnte. Auch die Zusammenstellung sowie die Inhalte der Imaginationsübungen wurden im Verlauf angepasst, sowie die Spezifikationen für die Traumapatienten erarbeitet. Häufigstes Thema in den Abschlussgesprächen waren zum einen die Entspannungsübungen, zum anderen die Gesamtlänge der Therapie. Diejenigen Patienten, die bereits Vorerfahrungen mit einem Entspannungsverfahren hatten, empfanden es eher lästig und unnötig, dass eine ganze Sitzung dafür verwendet wurde. Diejenigen, die keine Vorerfahrung hatten, gaben zum einen meistens an, durch das Erlernen des Verfahrens profitiert zu haben, zum anderen aber auch, dass eine Stunde sehr knapp bemessen ist, um einen Zugang zu einem solchen Verfahren zu finden, sie hätten sich eine längere Einführung gewünscht. Im Rahmen der Therapie entstanden immer dann Schwierigkeiten, wenn aufgrund fehlender anfänglicher Erfolgserlebnisse unzureichend weitergeübt wurde. Letztendlich war es aber in allen durchgeführten Therapien grundlegend möglich, ausreichend Fähigkeit zur Entspannung zu erarbeiten, um darauf aufbauend Imaginationsübungen durchführen zu können. Dieser Tatbestand unterstreicht die Notwendigkeit, auch ein manualisiertes Vorgehen an die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Patienten anzupassen. Bei den im Rahmen der hier vorgestellten Evaluationsstudie durchgeführten Therapien erfolgte dies in einem eingeschränkten Rahmen. Bei Patienten, die bereits ein Entspannungsverfahren sicher beherrschten, wurde keine komplette Therapiesitzung darauf verwendet, bei unsicheren Patienten wurde in der Folgesitzung erneut zunächst das Entspannungsverfahren geübt und auch die Durchführung zu Hause sehr viel ausführlicher thematisiert.

Die Therapiegesamtlänge wurde ebenfalls von vielen Patienten angesprochen. Dabei gab es Antworten von „war viel zu kurz, kann ich noch gar nicht“ bis hin zu „wäre schön gewesen, noch ein bisschen mit Ihnen zusammen zu arbeiten“. Relativ häufig kam es vor, dass sich im Rahmen der Abschlusssitzung herausstellte, dass der jeweilige Patient das Therapieverfahren in seinen einzelnen Schritten verstanden hatte, und auch schon erfolgreich einzelne Schritte – oder bei mehreren Alpträumen in der Regel auch eine komplette Alptraummodifikation – durchgeführt hatte. Die meisten Patienten gaben auch an, zum Erlernen der Technik selbst genug Zeit gehabt zu haben, allerdings bestanden noch viele Sorgen oder Ängste, dem Alptraum oder den Alpträumen doch erneut machtlos gegenüberstehen zu können. Auf Nachfrage hätten sich die meisten Patienten also eine längere gemeinsame Übungsphase gewünscht, um mehr Sicherheit zu erlangen, das „Handwerkszeug“ selbst empfanden sie als

ausreichend. Dies gilt insbesondere für die Gruppen mit komorbiden Störungen. In der Gruppe der häufigen Alpträumer kam es teilweise sogar vor, dass die Therapie nach sechs oder sieben Sitzungen bereits abgeschlossen werden konnte. Neben einer unterschiedlichen Schwere der Alptraumsymptomatik, sind hierfür sicherlich auch die psychische Gesamtverfassung und insbesondere Aspekte wie günstige versus ungünstige Attributionsstile und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ursächlich. Auch bezüglich der Therapielänge gilt als Fazit, dass eine individuelle Anpassung insbesondere der Übungsphase sinnvoll ist.

18 Diskussion der Methode

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine teilweise kontrollierte Therapiestudie im Messwiederholungsdesign. Es wurden drei unterschiedliche Patientengruppen untersucht, die Zuordnung zu diesen drei Gruppen erfolgte aufgrund der vorliegenden psychopathologischen Auffälligkeiten beziehungsweise Störungen. Die abhängigen Variablen wurden ausschließlich mithilfe von Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben. Neben Prä- und Post-Daten liegen zum Teil Daten einer Katamneseuntersuchung vor, dabei umfasste der Katamnesezeitraum die gleiche Zeitspanne wie der Interventionszeitraum.

Unmittelbar auffällig bei dieser Studie ist die etwas ungleiche Verteilung der Stichprobengröße. Ursprünglich war geplant, für jede der drei Patientengruppen 30 Probanden zu rekrutieren, und davon jeweils 20 der Interventions- und 10 der Wartelistenkontrollbedingung zuzuordnen. Aus organisatorischen Gründen (ein Teil der Daten wurde im Rahmen von Diplomarbeiten erhoben, Rekrutierung von Patienten der verschiedenen Gruppen ging unterschiedlich schnell, Behandlungsabbrüche beziehungsweise Rücknahme der Bereitschaft zur Teilnahme) konnte im Rahmen der vorhandenen Zeit nicht die angestrebte Stichprobengröße mit der entsprechenden Verteilung der Patienten erreicht werden. Eine Stärke dieser Studie hingegen ist die hohe Heterogenität dieser Stichprobe. Die Imagery Rehearsal Therapy ist zwar in den letzten beiden Jahrzehnten mehrfach und auch von verschiedenen Arbeitsgruppen untersucht worden (vgl. Kapitel 5.3.2), allerdings wurden im Rahmen insbesondere der aktuelleren Studien fast ausschließlich traumatisierte Patienten untersucht und selbst innerhalb dieses Störungsbildes bezogen sich die jeweiligen Studien oft auf bestimmte Subgruppen dieser Patientenpopulation, entweder wurden Opfer sexuellen Missbrauchs

(z.B. Krakow, Hollifield et al., 2001; Krakow et al., 2002) oder krimineller Gewalt (z.B. Krakow, Johnston et al., 2001) untersucht oder es handelte sich bei den Patienten um Kriegsveteranen (z.B. Forbes et al., 2001; 2003). In der hier vorliegenden Studie gab es zum einen die drei Teilstichproben, die häufigen Alpträumer als Repräsentanten der fünf Prozent betroffenen Personen aus der Allgemeinbevölkerung (vgl. Schredl, 1999), der depressiven Patienten mit komorbiden Alpträumen und der PTBS-Patienten. Es ist erwähnenswert, dass auch innerhalb der Gruppe der PTBS-Patienten unterschiedliche Formen der Traumatisierungen zu finden sind, und zwar sowohl sexuellen Missbrauch als auch körperliche Übergriffe und Unfälle. Auch sind in der gesamten Stichprobe Patienten unterschiedlichen Alters, Geschlechts, unterschiedlicher Bildungsschichten, unterschiedlicher Schwere der psychopathologischen Beeinträchtigung und unterschiedliche Formen der Nutzung sonstiger therapeutischer Interventionen zu finden, sodass man auf eine hohe Generalisierbarkeit der Daten schließen kann. Darüber hinaus wurden in dieser Studie ein Vergleich der jeweiligen Gruppen sowie die Untersuchung möglicher moderierender Variablen möglich.

Aufgrund der Tatsache, dass die Teilstichproben am Ende unterschiedlich groß ausgefallen waren, wurden die beiden unterschiedlichen Auswertungsdesigns verwendet. Zum einen das Messwiederholungsdesign, um über alle Patienten hinweg eine Aussage über Effekte im zeitlichen Verlauf, insbesondere auch über den Therapieabschluss hinaus zu machen. In diesem Design wurden auch die drei Patientengruppen miteinander verglichen. Zum anderen wurden diejenigen Patienten, die den Wartelistenzeitraum durchlaufen hatten, mit einer parallelisierten Gruppe von behandelten Patienten verglichen, um eine konservativere Analyse auf einem höherrangigen Evidenzniveau durchführen zu können. In dieser zweiten Analyse gibt es allerdings keinen dritten Messzeitpunkt und somit keine Aussage über längerfristige Effekte, weil den Wartelistenpatienten nach Abschluss der zehnwöchigen Warteperiode ebenfalls eine Teilnahme an der Therapie angeboten wurde. Methodisch optimal wäre eine Untersuchung mit „vollständiger“ Stichprobe inklusive Katamnesezeitraum für alle Gruppen, sodass am Ende eine Auswertung im 3x2x3-Design (drei Patientengruppen häufige Alpträumer, depressive Patienten, PTBS-Patienten; Interventions- vs. Kontrollgruppe; drei Messzeitpunkte Prä, Post, Follow-up) durchgeführt werden könnte.

Methodisch zu hinterfragen bleibt die Auswahl der Messinstrumente. In der vorliegenden Untersuchung wurden ausschließlich Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet, die Auswahl

fiel dabei auf lediglich zwei Fragebögen. Ursächlich für diese Auswahl waren zum einen ökonomische Überlegungen. Mit Selbstbeurteilungsbögen kann man in kürzerer Zeit mehr valide und reliable Daten erheben, als es beispielsweise mit Interviewverfahren möglich gewesen wäre. Eine gute Alternative aus methodischer Sicht wären Fremdratings durch externe, möglichst verblindete Therapeutinnen gewesen, dies hätte den Rahmen der Untersuchung jedoch leider gesprengt. Gegen ein Rating durch die behandelnden Therapeutinnen sprach, dass nicht alle Patienten noch eine weitere Therapeutin hatten und die Versuchsleiterin aus Gründen der Objektivität selbstverständlich dafür nicht in Frage kam. Bei Selbstbeurteilungen im Messwiederholungsdesign kann aufgrund einer Verschiebung des Bezugsrahmens eine Verzerrung hin zu negativeren Beurteilungen auftreten. Bei der Auswahl der Fragebögen wurde darauf geachtet, die Patienten nicht zu sehr zu belasten und somit die Anzahl der verwendeten Fragebögen beziehungsweise Items zu optimieren. Der Fragebogen für die Alptraumsymptomatik selbst wurde eigens für diese Studie konzipiert, da es (zumindest im deutschsprachigen Raum) kein passendes Messinstrument gab. Die drei Items Angst vor Wiederholung des Alptraums, Hilflosigkeit und Kontrolle wurden erst im Verlauf der Untersuchung hinzugefügt, weil sich diese Aspekte als durchaus relevant für die Alptraumsymptomatik erwiesen. Darum resultiert die kleinere Menge vorhandener Daten für dieses Item. Bei der Verwendung des BDI, das gut validiert und geeignet für Verlaufsuntersuchungen ist, handelte es sich um einen Kompromiss zwischen ökonomischer Datenerhebung auf der einen Seite und Kontrolle der psychopathologischen beziehungsweise affektiven Beeinträchtigung auf der anderen Seite. Die zusätzliche Verwendung eines ähnlichen Maßes zur Erhebung von PTBS-Symptomen in der PTBS-Gruppe erscheint im Nachhinein als durchaus sinnvoll.

Etwas kritisch ist außerdem anzumerken, dass die hier berichteten Daten in den Therapiesitzungen rückblickend auf die letzten Wochen erhoben wurden. Wenn Patienten angehalten wurden, die Angst während des Traums unmittelbar nach dem Erwachen aus dem Alptraum einzuschätzen, fiel diese Einschätzung tendenziell höher aus. Infolgedessen ist eine Verzerrung der Antworten nicht auszuschließen. Allerdings wurden die Items zu Beginn der Therapie unter den gleichen Bedingungen eingeschätzt, sodass die Distanz zu den einzelnen Alpträumen jeweils gleich groß war.

19 Wirkfaktoren

Nachdem im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Wirksamkeit der standardisierten Alptraumtherapie nachgewiesen werden konnte, bleibt die Frage, welche Faktoren letztendlich für die Wirksamkeit der Therapie verantwortlich sind. Da bisher keine Dismantling-Studien vorliegen, lassen sich hierüber lediglich theoretische Überlegungen aus den Erfahrungen mit den durchgeführten Therapien ableiten.

Vorangegangene Studien, die mit unterschiedlichen Therapieansätzen gearbeitet haben, haben gezeigt, dass eine Veränderung des Alptraums einen signifikanten Rückgang der Symptomatik nach sich zieht, egal, ob diese Veränderung unter Hypnose (vgl. Kapitel 5.2.4), im Rahmen von Imaginationsübungen (vgl. Kapitel 5.3.2), unter Zuhilfenahme von luziden Träumen (vgl. Kapitel 5.3.1) oder im Gespräch mit anschließender Übung in Form von Imaginationsübungen (vgl. Kapitel 5.3.3) stattgefunden hat. Diese Tatsache legt nahe, dass diesem Therapiebestandteil eine spezifische Wirksamkeit zugeschrieben werden kann. Theoretisch erkläre ließe sich dieses über den kognitiven Ansatz der assoziativen Netzwerke (Stroebe, Jonas, & Hewstone, 2002) erklären. Wird ein alternativer Traum ausreichend gebahnt, sei es unter Hypnose oder durch wiederholte Imagination, wird er bei entsprechender Aktivierung zum Beispiel des Traumanfangs angestoßen. Aber handelt es sich dabei um einen notwendigen Bestandteil der Behandlung, oder ist es viel mehr die Auseinandersetzung mit dem Traum als solchem? Für die Hypothese, dass eine Auseinandersetzung mit dem Traum bereits eine Verbesserung nach sich ziehen kann, sprechen Studien mit erfolgreichem Einsatz konfrontativer Verfahren (vgl. Kapitel 5.2.3). Allerdings können über den Mechanismus der Habituation, der für die Wirksamkeit der konfrontativen Verfahren verantwortlich gemacht wird, die Effekte der hier vorliegenden Studie nicht, oder zumindest nicht vollständig, erklären lassen. Zum einen, weil jeweils nur eine einmalige (in sensu) Konfrontation mit dem Alptraum stattgefunden hat, und zum anderen, weil in der PTBS-Gruppe in der Regel keine Konfrontation mit dem vollständigen Alptraum stattfand. Außerdem sind Fälle bekannt, in dem eine Traumakonfrationsbehandlung keinen Effekt auf posttraumatische Alpträume hatte, was ebenfalls einen Hinweis darauf gibt, dass die Modifikation als zentrales Therapieelement ausschlaggebend ist.

Darüber hinaus bleibt zu hinterfragen, ob der Einsatz des Entspannungsverfahrens bereits positive Effekte nach sich ziehen könnte. Bisher ist die Evidenz für die Wirksamkeit von Ent-

spannungsverfahren bei Alpträumen unzureichend, und auch innerhalb dieser Studie konnte nicht der Eindruck entstehen, dass Entspannung allein wirksam sein könnte. Eine kleinere Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit hat gezeigt, dass eine Durchführung von PMR und Imaginationsübungen über einen Zeitraum von acht Sitzungen keinen signifikanten Effekt auf die Alptraumfrequenz und die erlebte Angst hatte (Giang, 2010). Es stellt sich jedoch die Frage, ob die nachfolgenden Alptraummodifikationen und Imaginationen im erforderlichen Ausmaß möglich gewesen wären, wenn vorher keine Einführung in ein Entspannungsverfahren oder vorbereitende Imaginationen stattgefunden hätten.

Interessant waren im Rahmen der Studie zwei weitere Aspekte. Zum einen das Phänomen, dass die Alpträume häufig bereits zu einem Zeitpunkt rückläufig waren, als noch gar keine Alptraummodifikation stattgefunden hatte, zum anderen die Tatsache, dass die Patienten bei der Therapieevaluation die Fähigkeit zum Umgang mit Alpträumen als hilfreicher einschätzten, als den absoluten Rückgang der Symptomatik (vgl. Kapitel 16). Ersteres könnte auf unspezifische Faktoren wie positive Therapieerwartungen zurückzuführen sein, die auch aus anderen psychotherapeutischen Interventionen bekannt sind. Allerdings scheint die Fähigkeit beziehungsweise allein die Möglichkeit, den Alpträumen, denen die Patienten bis dato machtlos gegenüberstanden, etwas entgegenzusetzen zu können, ein zentraler Faktor zu sein. Die Veränderung auf der kognitiven Ebene weg von dem Gedanken beziehungsweise der Bewertung „ich bin machtlos, ich kann nichts tun“ hin zu einer Bewertung im Sinne von „ich kann meinen Alpträumen etwas entgegenzusetzen, ich kann mein Schicksal selbst in die Hände nehmen“ und damit eine Veränderung der Attribution hin zu einem internen Attributionsmuster, zieht eine Reduktion von negativen Emotionen, insbesondere Angst und Anspannung nach sich. Wenn man annimmt, dass es sich dabei um Faktoren für die Aufrechterhaltung einer Alptraumstörung handelt, handelt es sich hierbei augenscheinlich um einen wichtigen Wirkfaktor.

Der Psychoedukation mit schlafhygienischen Maßnahmen wird keine eigene Wirksamkeit bei der Behandlung von Alpträumen zugeschrieben, wenn sie alleine eingesetzt werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass eine effektive Veränderung der Alptraumsymptomatik nur auf Basis eines physiologischen Schlafverhaltens möglich ist. Insbesondere Patienten mit ausgeprägter, chronifizierter Alptraumsymptomatik haben oft festgefahrene, ungesunde Verhaltensweisen geprägt von ausgeprägtem Vermeidungsverhalten (erst zu Bett gehen,

wenn man sich gar nicht mehr wach halten kann, im Bett fernsehen, um sich abzulenken, regelmäßiger Einsatz von sedierenden Medikamenten oder Alkohol zum Einschlafen, etc.). Einige versuchten den Nachtschlaf gar ganz zu vermeiden und schliefen nie länger als zwei oder drei Stunden am Stück über den Tag verteilt. Ein geregeltes Schlafverhalten oder gar ein Einschlafritual ließen sich bei den allerwenigsten Patienten finden, erwies sich aber als hilfreich, um die Basis für eine effektive Alptraumtherapie zu legen. Psychoedukative Elemente, die Informationen über Alpträume als solche vermitteln sollen, sind hilfreich, um die Therapiebereitschaft beziehungsweise -motivation zu fördern. Es ist davon auszugehen, dass es hilfreich ist, wenn die Patienten sich zum einen trauen, offen über ihre Alpträume sprechen zu können, und zum anderen Alpträumen keinen „höheren Nutzen“ etc. zuschreiben, wie es einige Patienten zu Beginn der Behandlung taten, sondern sie als behandelbare und oft auch behandlungsbedürftige Störung beziehungsweise behandelbares Symptom ansehen.

20 Ausblick

In der vorliegenden Arbeit konnte die Wirksamkeit einer standardisierten Alptraumtherapie an verschiedenen Patientengruppen nachgewiesen werden. In weiteren Untersuchungen wäre es sinnvoll, zum einen eine Validierung des Verfahrens an weiteren Patientengruppen durchzuführen und zum anderen eine genauere Analyse der Wirksamkeitsfaktoren vorzunehmen.

Als weitere relevante Patientengruppe bietet sich zunächst die Gruppe der Angstpatienten an. Insbesondere wäre hier interessant, wie die Wirksamkeit bei Alpträumen mit phobischen Objekten ausfällt. Eine weitere Gruppe, die bisher wenig Beachtung erfuhr, sind diejenigen Patienten, die Alpträume im Rahmen oder in Folge von schweren somatischen Erkrankungen bekommen haben. Insbesondere bei Krebserkrankungen und bei Patienten, bei denen eine Organtransplantation notwendig wurde, werden häufig Alpträume berichtet. Eine Besonderheit hierbei stellen solche Alpträume da, die im Rahmen von Aufenthalten auf der Intensivstation aufgetreten sind, und sich infolgedessen häufig wiederholen. Bei diesen Träumen handelt es sich nicht selten um Nahtoderlebnisse, sie muten häufig als traumatische Verarbeitung der Erlebnisse während oder nach Operationen an. Ob in diesen Fällen die vorge-

stellte standardisierte Alptraumtherapie in ihrer bestehenden Form indiziert ist, bleibt zu untersuchen.

Um nähere Aussagen über die Wirkfaktoren der Therapie zu machen, würden Dismantling-Studien notwendig. Eine erster Pilotstudie zum Vergleich der standardisierten Alptraumtherapie mit einer Patientengruppe, die nur mit den unspezifischen Therapieelementen, also Psychoedukation, Alptraumdokumentation, Entspannungs- und Imaginationsübungen behandelt wurden, fand statt (Giang, 2010). Weitere Untersuchungen in diese Richtung stehen noch aus.

21 Literaturverzeichnis

Agaragün, M. Y., Cilli, A., Kara, H., Tarhan, N., Kincir, F., & Oz, K. (1998). Repetitive and frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 198-202.

Agaragün, M. Y., Hayrettin, K., Özer, Ö. A., Yavuz, S., Kiran, Ü., & Özer, B. (2003). Clinical importance of nightmare disorders in patients with dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 57, 575-579.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. (4th edition). Washington D.C.: American Psychiatric Association. [Deutsche Bearbeitung: Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.

American Sleep Disorders Association (2005). *International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual (ICSD)*. (2nd edition). Westchester: American Academy of Sleep Medicine.

Baerde, C. (1994). The nightmare: biological and psychological origins. *Dreaming*, 4, 139-152.

Barrett, D. (1996). *Trauma and Dreams*. Cambridge: First Harvard University Press.

Bund Deutscher Yogalehrer (2003). *Der Weg des Yoga*. Petersberg: Via Nova.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Hautzinger, M. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch (2. überarbeitete Auflage). Bern: Huber.

Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 592-597.

Belicki, K., & Belicki, D. (1982). Nightmares in a university population. *Sleep Research*, 11, 116.

Belicki, K., Altay, H., & Hill, C. (1985). Varieties of nightmare experience. *Association of the Study of Dreams Newsletter*, 2, 1-3.

Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., Höfler, R., & Kattenbeck, M. (2007). *Entspannungs-Training: Handbuch der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Berquier, A., & Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 246-250.
- Birbaumer, N., & Schmidt, R. (2003). *Biologische Psychologie*. (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Bishay, N. (1985). Therapeutic manipulation of nightmares and the management of neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 147, 67-70.
- Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D., & Healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1257-1262.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsevaluation und Methoden für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Breger, L., Huner, I., & Lane, R.W. (1971). *The effect of stress on dreams*. New York: International University Press.
- Brockhaus, F. (1986). *Brockhaus Enzyklopädie in vierundzwanzig Bänden - Band 1 A-Apt.* (18. überarbeitete Auflage). Mannheim: F.A. Brockhaus GmbH.
- Brockhaus, F. (1993). *Brockhaus Enzyklopädie in vierundzwanzig Bänden - Band 22 Tep-Ur.* (19. überarbeitete Auflage). Mannheim: F.A. Brockhaus GmbH.
- Burgess, M., Gill, M., & Marks, I. M. (1998). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. *British Journal of Psychiatry*, 172, 257-267.
- Cartwright, R. (1991). Dreams that work: the relation of dream incorporation to adaptation to stressful events. *Dreaming*, 1, 3-9.
- Cellucci, A. J., & Lawrence, P. (1978a). Individual differences in self-reported sleep variable correlations among nightmare sufferers. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 721-725.
- Cellucci, A., & Lawrence, P. (1978b). The efficacy of systematic desensitization in reducing nightmares. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 109-114.

- Cernovsky, Z. (1984). Life stress measures and reported frequency of sleep disorders. *Perceptual and Motor Skills*, 58, 39-49.
- Claridge, G., Davis, C., Bellhouse, M., & Kaptein, S. (1998). Borderline personality, nightmares and adverse life events in the risk for eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 25, 339-351.
- Conesa, J. (1995). Relationship between isolated sleep paralysis and geomagnetic influences: a case study. *Perceptual Motor Skills*, 80, 1263-1273.
- Cowen, D., & Levin, R. (1995). The use of the Hartmann boundary questionnaire with an adolescent population. *Dreaming*, 5, 105-114.
- Davis, J. L. (2009). *Treating post-trauma nightmares*. New York: Springer.
- Davis, J., & Wright, D. (2006). Exposure, relaxation, and rescripting treatment for trauma-related nightmares. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 5-18.
- De Koninck, J. M., & Koulack, D. (1975). Dream content and adaptation to a stressful situation. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 250-160.
- Dennis, K., Froman, D., Morrison, A., Holmes, K., & Howes, D. (1991). Beta-blocker therapy: identification and management of side effects. *Heart and Lung*, 20, 459-463.
- Deutsche Bibelgesellschaft (Hrsg.) (1986). *Die Bibel nach der Übersetzung Luthers*. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft.
- Diepgen, P. (1912). *Traum und Traumdeutung als medizinisch-naturwissenschaftliches Problem im Mittelalter*. Berlin: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1995). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Domhoff, G. (1996). *Finding meaning in dreams: a quantitative approach*. New York: Plenum.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Elbert, T., & Rockstroh, B. (1990). *Psychopharmakologie*. Berlin: Springer.

- Feldman, M. J., & Hersen, M. (1967). Attitudes towards death in nightmare subjects. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 421-425.
- Ferenczi, S. (1934). Gedanken über das Trauma. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 20*, 5-12.
- Festinger, L., & Carlsmith, J. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 58*, 203-211.
- Fischer, J., Mayer, G., Peter, J. H., Rieman, D., & Sitter, H. (Hrsg.) (2001). *Nicht erholsamer Schlaf. Leitlinien "S2" der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin* (Kurzfassung). Stuttgart: Thieme.
- Forbes, D., Phelps, A., McHugh, A. F., Debenham, P., Hopwood, M., & Creamer, M. (2001). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 433-442.
- Forbes, D., Phelps, A. J., McHugh, A. F., Debenham, P., Hopwood, M., & Creamer, M. (2003). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 509-513.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - (SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freud, S. (1989). *Die Traumdeutung (1900)*. Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1916/17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: GW Bd. 11*. Frankfurt: Fischer.
- Germain, A., & Nielsen, T. A. (2003). Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. *Biological Psychiatry, 54*, 1092-1098.
- Germain, A., Shear, M. K., Hall, M., & Buysse, D. J. (2007). Effects of a brief behavioural treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 627-632.

Giang, M. T. (2010). *Vergleich der Wirksamkeit einer standardisierten Alptraumtherapie mit der eines herkömmlichen Entspannungsverfahrens*. Universität Düsseldorf: unveröffentlichte Diplomarbeit.

Giles, D. E., Kupfer, D. J., Rush, A. J., & Roffwarg, H. P. (1998). Controlled comparison of electrophysiological sleep in families of probands with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 155, 192-199.

Grandi, S., Fabbri, S., Panattoni, N., Gonnella, E., & Marks, I. (2006). Self-exposure treatment of recurrent nightmares: waiting-list-controlled trial and 4-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 384-388.

Greenberg, R., Pillard, R., & Pearlman, C. (1972). The effect of dream (stage REM) deprivation on adaptation to stress. *Psychosomatic Medicine*, 34, 257-262.

Halliday, G. (1987). Direct psychological therapies for nightmares: a review. *Clinical Psychological Review*, 7, 501-523.

Hartmann, E. (1984). *The nightmare: the psychology and biology of terrifying dreams*. New York: Basic Books.

Hartmann, E. (1989). Boundaries of dreams, boundaries of dreamers: thin and thick boundaries as a new personality measure. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14, 557-560.

Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the Mind*. New York: Basic Books.

Hartmann, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I., & Cooper, S. (1987). Who has nightmares? The personality of the lifelong nightmare sufferers. *Archives of General Psychiatry*, 44, 49-56.

Hathaway, S., & McKinley, J. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Haynes, S. N., & Mooney, D. K. (1975). Nightmares: etiological, theoretical, and behavioral treatment considerations. *The Psychological Record*, 25, 225-236.

Hersen, M. (1972). Nightmare behavior: a review. *Psychological Bulletin*, 78, 37-48.

- Hersen, M. (1971). Personality characteristics on nightmare sufferers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 27-31.
- Hobson, A. M., & McCarley, R. W. (1977). The brain as a dream state generator: an activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatry*, 134: 1335-1348.
- Holsboer, F., Gründer, G., & Benkert, O. (2007). *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. Berlin: Springer.
- Holzinger, B. (2007). *Anleitung zum Träumen. Träume kreativ nutzen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- James, T. (1995). *Dream, Creativity, and Madness in Nineteenth-Century France*. Oxford: Clarendon Press.
- Janson, C., Gislason, T., de Backer, W., Plaschke, P., Björnsson, E., Hetta, J., Kristbjarnason, H., Vermeire, P., & Boman, G. (1995). Prevalence of sleep disturbances among young adults in three European countries. *Sleep*, 18: 589-597.
- Jung, C. (1928). *Allgemeine Gesichtspunkte zur Psychologie des Traumes: GW Bd. 8*. Düsseldorf: Walter.
- Kabat-Zinn, J. (2006). *Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Das grundlegende Übungsprogramm zur Entspannung, Stressreduktion und Aktivierung des Immunsystems*. Frankfurt: Fischer.
- Kales, A., Soldatos, C., & Kales, J. (1981). Sleep disorders: evaluation and management in the office setting. In S. Arieti, & H. Brodie, *American Handbook of Psychiatry* (S. 7, 423-454). New York: Basic Books.
- Kales, A., Soldatos, C. R., Caldwell, A., Charney, D. K., Markel, D., & Cardieux, R. (1980). Nightmares: clinical characteristics and personality patterns. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1197-1201.
- Kellner, R., Neidhardt, J., Krakow, B., & Pathak, D. (1992). Changes in chronic nightmares after one session of desensitization or rehearsal instructions. *American Journal of Psychiatry*.

Kellner, R., Singh, G., & Irigoyen-Rascon, F. (1991). Rehearsal in the treatment of recurring nightmares in posttraumatic stress disorders and panic disorders: case histories. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 67-71.

Kennedy, G. (2002). A review of hypnosis in the treatment of parasomnias: nightmare, sleepwalking, and sleep terror disorders. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 99-155.

Kingsbury, S. (1993). Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 161-169.

Klink, M., & Quan, S. (1987). Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airway disease. *Chest*, 91, 540-546.

Köthe, M., & Pietrowsky, R. (2001). Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. *Dreaming*, 11, 43-52.

Köthe, M., Lahl, O., & Pietrowsky, R. (2006). Habituelle Stressverarbeitung, Befindlichkeit und Verhalten nach Alpträumen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 306-313.

Krakov, B. (2004). Imagery rehearsal therapy for chronic posttraumatic nightmares: a mind's eye review. In R. Rossner, W. Lyddon, & A. Freeman, *Cognitive therapy and dreams* (S. 89-109). New York: Springer.

Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Melendrez, D., Sandoval, D., & Prince, H. (2001). Imagery Rehearsal Therapy for Chronic Nightmares in Sexual Assault Survivors With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 286, 537-545.

Krakov, B., Johnston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T., Chavez-Kennedy, D., & Herlan, M.J. (2001). An Open-Label Trial of Evidence-Based Cognitive Behavior Therapy for Nightmares and Insomnia in Crime Victims with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2043-2047.

- Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, D., & Lambert, L. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: with a thirty month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 325-330.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D., & Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 837-843.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D., & Lambert, L. (1996). Long term reduction of nightmares with imagery rehearsal treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 135-148.
- Krakow, B., & Neidhardt, J. (1995). *Alpträume erfolgreich behandeln*. Niederhausen: Falken.
- Krakow, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M. P., Yau, L., & Cheng, D.T. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 175-190.
- Krakow, B., Tandberg, D., Scriggins, L., & Barey, M. (1995). A Controlled Comparison of Self-Rated Sleep Complaints in Acute and Chronic Nightmare Sufferers. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 183.
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45-70.
- Lancee, J., Spoormaker, V., Krakow, B., & van den Bout, J. (2008). A systematic review of cognitive-behavioral treatment for nightmares: toward a well-established treatment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4, 475-480.
- Levin, R. (1994). Sleep and dreaming characteristics of frequent nightmare subjects in a university population. *Dreaming*, 4, 127-137.
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *Sleep*, 25: 205-212.
- Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed Dreaming, Posttraumatic Stress Disorder, and Affect Distress. *Psychological Bulletin*, 133, 482-528.

- Low, J. F., Dyster-Aas, J., Willebrand, M., Kildal, M., Gerdin, B., & Ekselius, L. (2003). Chronic Nightmares After Severe Burns: Risk Factors and Implications for Treatment. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 24, 260-267.
- Marks, I. (1978). Rehearsal relief of a nightmare. *British Journal of Psychiatry*, 133, 461-465.
- McCarley, R., & Hobson, J. (1975). Neuronal excitability modulation over the sleep cycle: a structural and mathematical model. *Science*, 58-60.
- Miller, W. R., & DiPilato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 870-877.
- Neidhardt, J., Krakow, B., Kellner, R., & Pathak, D. (1992). The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep*, 15, 470-473.
- Nielsen, T. A., Stenstrom, P., & Levin, R. (2006). Nightmare frequency as a function of age, gender, and September 11, 2001: findings from an internet questionnaire. *Dreaming*, 16, 145-158.
- Nielsen, T., & Levin, R. (2007). Nightmares: A new neurocognitive model. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 295-310.
- Ohayon, M. M., Morselli, P., & Guilleminault, C. (1997). Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep*, 20, 340-348.
- Pace-Schott, E. F., Gersh, T., Silvestri, R., Stickgold, R., Salzman, C., & Hobson, J. (2001). SSRI Treatment suppresses dream recall frequency but increases subjective dream intensity in normal subjects. *Journal of Sleep Research*, 10, 129-142.
- Pagel, J., & Helfter, P. (2003). Drug induced nightmares: an etiology based review. *Human Psychopharmacology*, 18, 59-67.
- Paykel, E., Fleminger, R., & Waton, J. (1982). Psychiatric side effects of antihypertensive drugs other than reserpine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2, 14-39.

Pietrowsky, R., & Köthe, M. (2003). Personal boundaries and nightmare consequences in frequent nightmare sufferers. *Dreaming*, 13, 245-254.

Pospeschill, M. (2006). *Statistische Methoden. Strukturen, Grundlagen, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin: Springer.

Pschyrembel. (1999). *Klinisches Wörterbuch*. (259. Auflage). Berlin: de Gruyter.

Raskind, M.A., Peskind, E.R., Hoff, D.J., Hart, K.L., Holmes, H.A., Warren, D., Shofer, J., O'Connell, J., Taylor, F., Gross, Christopher, Rohde, K., & McFall, M.M. (2007). A parallel group placebo controlled study of Prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 928-934.

Raskind, M.A., Peskind, E.R., Kanter, E.D., Petrie, E.C., Radant, A., Thompson, C.E., Dobie D.J., Hoff, D., Rein, R.J., Straits-Tröster, K., Thomas, R.G., & McFall, M.M. et al. (2003). Reduction of Nightmares and Other PTSD Symptoms in Combat Veterans by Prazosin: A Placebo-Controlled Study . *American Journal of Psychiatry* , 160, 371-373.

Rechtschaffen, A., & Kales, A. (1968). *A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects*. Washington, D.C.: Public Health Service, U.S. Government Printing Service.

Reddemann, L. (2007). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. (13. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Revenstorf, D. (1993). *Psychotherapeutische Verfahren - Band III. Humanistische Therapien*. (2. überarbeitete Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

Revenstorf, D. (1994). *Psychotherapeutische Verfahren - Band I. Tiefenpsychologische Therapie*. (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.

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

Schredl, M. (2003). Effects of state and trait factors on nightmare frequency. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 241-247.

- Schredl, M. (2006). Behandlung von Alpträumen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 132-140.
- Schredl, M., & Pallmer, R. (1998). Geschlechtsunterschiede in Angstträumen von SchülerInnen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 463-476.
- Schredl, M., Kleinfurchnner, P., & Gell, T. (1996). Dreaming and personality: thick vs. thin boundaries. *Dreaming*, 6, 129-223.
- Schultz, J. (1991). *Das autogene Training*. (19. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Seif, B. (1985). Clinical hypnosis and recurring nightmares: a case report. *American Journal of Dream Research*, 27, 166-168.
- Simor, P., Csóka, S., & Bódizs, R. (2010). Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorders: Fantasy as a coping skill? *European Journal of Psychiatry*, 24, 28-37.
- Spoormaker, V. I. (2008). A cognitive model of recurrent nightmares. *International Journal of Dream Research*, 1, 15-22.
- Spoormaker, V. I., Schredl, M., & von den Bout, J. (2006). Nightmares: from anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 19-31.
- Spoormaker, V., & van den Bout, J. (2006). Lucid dreaming treatment for nightmares: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 389-394.
- Starker, S. (1974). Daydreaming styles and nocturnal dreaming. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 52-55.
- Stepansky, R., Holzinger, B., Schmeiser-Rieder, A., Saletu, B., Kunze, M., & Zeitlhofer, J. (1998). Austrian dream behavior: results of a representative population survey. *Dreaming*, 8, 23-30.
- Stiebritz, H. (20. 02 2010). *Die Indianer Nordamerikas*. Abgerufen am 15. 11 2010 von http://www.indianerwww.de/indian/indianischer_realismus.htm. [Anhang E]
- Stroebe, W., Jonas, K., & Hewstone, M. (Hrsg.) (2002). *Sozialpsychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer.

- Strunz, F. (1987). Ätiologie und Therapie der Alpträume. *Fortschritte der Neurologie*, 55, 206-321.
- Strunz, F. (1986). Luzidität im Traum. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 34, 234-248.
- Taskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamaki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., & Puska, P. (2001). Nightmares as predictors of suicide. *Sleep*, 24, 844-847.
- Taylor, F., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T., Gross, C. P., Peskind, E.R., & Raskind, M.A. (2008). Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civiliantrauma posttraumatic stress disorder: A placebo-controlled Study. *Biological Psychiatry*, 63, 629-632.
- Tholey, P., & Utecht, K. (1987). *Schöpferisch träumen*. Niederhausen: Falken.
- Thompson, D., & Pierce, D. (1999). Drug-induced nightmares. *The Annals of Pharmacotherapy*, 33, 93-98.
- Thünker, J., & Pietrowsky, R. (2010). *Alpträume - Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Walker, M., Liston, C., Hobson, J., & Stickgold, R. (2002). Cognitive flexibility across the sleep-wake cycle: REM-sleep enhancement of anagram problem solving. *Cognitive Brain Research*, 14, 317-324.
- Webb, N. (2001). The draw-your-bad-dream technique. In H. Kaduson, & C. Schaefer, *101 more favorite play therapy techniques* (S. 159-162). Lanham: Jason Aronson.
- Wood, J. M., & Bootzin, R. R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 64-68.
- Wright, J., & Koulack, D. (1987). Dreams and contemporary stress: a disruption-avoidance-adaptation model. *Sleep*, 10, 172-179.
- Zadra, A., & Pihl, R. (1997). Lucid dreaming as a treatment for recurrent nightmares. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 50-55.
- Zimbardo, P. (1995). *Psychologie*. (6.Auflage.) [Hrsg. der detuschen Ausgabe: S. Hoppe-Graff, B. Keller, & I. Engel]. Berlin: Springer.

Erklärung zur Promotion

hiermit erkläre ich, dass ich die hier vorliegende Dissertation mit dem Titel „Alpträume in der evidenzbasierten Psychotherapie: Evaluation eines standardisierten Alptraum-Therapieverfahrens“ selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel genutzt habe. Alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Ich versichere außerdem, dass ich diese Dissertation nur in diesem und keinem anderen Promotionsverfahren eingereicht habe und, dass diesem Promotionsverfahren keine endgültig gescheiterten Promotionsverfahren vorausgegangen sind.

Düsseldorf, März 2011

Johanna Thünker

Anhang

- A Leitfaden für das Entspannungstraining
- B Prä-Fragebogen
- C Post-Fragebogen
- D Follow-up-Fragebogen
- E Internetquellen

Anhang A: Leitfaden für das Entspannungstraining

Leitfaden für das Entspannungstraining

- Suchen Sie sich einen Platz für ihre Entspannungsübung aus, an dem Sie ungestört sind.
- Schalten Sie Ihr Handy/Telefon und andere Störquellen nach Möglichkeit aus.
- Teilen Sie Ihren Familienmitgliedern etc. mit, dass Sie in der nächsten halben Stunde nicht gestört werden möchten. Bringen Sie im Zweifel eine Notiz an der Tür an.
- Führen Sie die Übungen nicht durch, wenn Sie unter Zeitdruck stehen, beispielsweise wenn Sie Besuch oder einen wichtigen Anruf erwarten.
- Überprüfen Sie vor Beginn der Übung, ob Sie bequem sitzen bzw. liegen. Lockern beispielsweise Ihren Gürtel oder nehmen Sie die Brille ab.
- Wenn Sie sitzen, stellen Sie die Füße nebeneinander auf den Boden. Wenn die Beine den Boden nicht berühren können oder Sie die Beine übereinander geschlagen haben, besteht die Gefahr, dass sie einschlafen. Die Arme legen Sie auf ihren Oberschenkeln oder den Armlehnen ab. Wenn Sie liegen, legen Sie die Beine nebeneinander auf den Boden, die Arme legen Sie am besten neben den Körper. Für Ihren Kopf können Sie ein kleines Kissen verwenden.
- Nehmen Sie sich nach der Entspannungsübung Zeit für die Rücknahme. Ihr Herz-Kreislaufsystem wird während der Übung heruntergefahren, Puls und Herzschlag sind langsamer als normal, sodass bei zu plötzlichem Aufstehen die Gefahr besteht, dass Ihnen schwindelig wird. Bleiben Sie nach der Übung noch einen Moment sitzen oder liegen, Dehnen und Strecken Sie sich ausgiebig und spannen sie die Muskulatur dabei einige Male an. Stehen Sie nicht ruckartig auf!
- Es dauert eine Zeit, bis man in der Lage ist, sich wirklich zu entspannen. Ein Effekt ist nur nach regelmäßigem Üben zu erwarten. Üben Sie am Anfang in Situationen, in denen Sie relativ ruhig und gelassen sind. Erst nach ausgiebiger Übung (einigen Wochen) kann man das Entspannungsverfahren auch im "Ernstfall", z.B. wenn man sich sehr aufgeregt hat, verwenden.

Anhang B: Prä-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient:

Zunächst herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Untersuchung teilzunehmen und begleitend zur Therapie einige kurze Fragebögen auszufüllen. Wir werden Ihre Daten selbstverständlich anonym speichern und auswerten, bitten Sie aber, einige allgemeine demografische Angaben zu machen.

Sind Sie männlich? weiblich? Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Bitte beschreiben Sie Ihren derzeitigen Status: _____

Wie häufig haben Sie Alpträume? Durchschnittlich _____ mal pro Monat.

Wie groß ist die durchschnittliche Angst, wenn Sie Alpträume haben?

----- ----- ----- ----- ----- -----

keine Angst sehr starke Angst

Haben Sie Ängste, der Traum könne sich wiederholen? ------------------------------

Gar keine Angst Sehr starke Angst

Wie stark ist Ihre Hilflosigkeit wenn der Alptraum auftritt? ------------------------------

Maximale Kontrolle Ich fühle mich dem Traum hilflos ausgesetzt

Haben Sie das Gefühl in irgendeiner Weise Einfluss auf Ihren Traum haben zu können? ------------------------------

Maximale Kontrolle Keine Kontrolle

Um was für Themen geht es in Ihren Alpträumen?

Wachen Sie von Ihren Alpträumen auf?

immer meistens manchmal nie

Fühlen Sie sich am nächsten Morgen durch Ihre Alpträume beeinträchtigt?

nein
 ja Wie? _____

Leiden Sie über die Alpträume hinaus noch unter anderen psychischen Problemen?

- ja Welche? _____
 nein

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Entspannungsverfahren wie z.B. Autogenem Training oder progressiver Muskelrelaxation?

- ja nein

Was war für Sie der Grund, an dem Therapieprogramm teilzunehmen?

Anhang C: Post-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient:

Vielen Dank, dass Sie an der Untersuchung teilgenommen haben. Um das Therapieprogramm, an dem Sie teilgenommen haben, bestmöglich überarbeiten zu können, möchten wir Sie bitten, zum Abschluss folgende Fragen zu beantworten:

Wie häufig haben Sie jetzt Alpträume? Durchschnittlich _____ mal pro Monat.

Wie groß ist die durchschnittliche Angst, wenn Sie Alpträume haben?

----- ----- ----- ----- ----- -----

keine Angst sehr starke Angst

Haben Sie Ängste, der Traum könne sich wiederholen? ------------------------------

Gar keine Angst Sehr starke Angst

Wie stark ist Ihre Hilflosigkeit wenn der Alptraum auftritt? ------------------------------

Maximale Kontrolle Ich fühle mich dem Traum hilflos ausgesetzt

Haben Sie das Gefühl in irgendeiner Weise Einfluss auf Ihren Traum haben zu können? ------------------------------

Maximale Kontrolle Keine Kontrolle

Wachen Sie von Ihren Alpträumen auf?

immer meistens manchmal nie

Fühlen Sie sich am nächsten Morgen durch Ihre Alpträume beeinträchtigt?

nein
 ja Wie? _____

Haben Sie eine Veränderung empfunden?

----- ----- ----- ----- ----- -----

Verschlechterung keine Veränderung Verbesserung

Wurden Ihre Erwartungen an die Therapie erfüllt?

○ ----- ○ ----- ○ ----- ○ ----- ○ ----- ○ ----- ○

Erwartungen gar entsprach Erwartungen
nicht erfüllt Erwartungen übertroffen

Was haben Sie in der Therapie als positiv erlebt?

Was haben Sie als negativ erlebt?

Anhang D: Follow-up-Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient:

Schon vor einiger Zeit haben Sie an unserem Therapieprogramm zur Alptraubewältigung teilgenommen. Um Langzeiteffekte beobachten zu können, möchten wir Sie bitten, auch jetzt noch einmal einige Fragen zu beantworten.

Wie häufig haben Sie jetzt Alpträume? Durchschnittlich _____ mal pro Monat.

Wie groß ist die durchschnittliche Angst, wenn Sie Alpträume haben?

----- ----- ----- ----- ----- -----

keine Angst sehr starke Angst

Haben Sie Ängste, der Traum könne sich wiederholen? ------------------------------

Gar keine Angst Sehr starke Angst

Wie stark ist Ihre Hilflosigkeit wenn der Alptraum auftritt? ------------------------------

Maximale Kontrolle Ich fühle mich dem Traum hilflos ausgesetzt

Haben Sie das Gefühl in irgendeiner Weise Einfluss auf Ihren Traum haben zu können? ------------------------------

Maximale Kontrolle Keine Kontrolle

Wachen Sie von Ihren Alpträumen auf?

immer meistens manchmal nie

Fühlen Sie sich am nächsten Morgen durch Ihre Alpträume beeinträchtigt?

nein
 ja Wie? _____

Haben Sie eine Veränderung empfunden?

----- ----- ----- ----- ----- -----

Verschlechterung keine Veränderung Verbesserung

Fühlen Sie sich in der Lage, das Gelernte anzuwenden, wenn neue Alpträume auftreten?

----- ----- ----- ----- ----- -----

Fühle mich gar nicht in der Lage fühle mich etwas in der Lage Fühle mich in der Lage

Wenn Sie Alpträume hatten: Haben Sie das Gelernte angewendet?

ja
 nein Warum nicht? _____

Was betrachten Sie von der Alpträumtherapie in Nachhinein als positiv? Was war Ihnen nützlich?

Was betrachten Sie im Nachhinein als negativ?

Anhang E: Internetquellen

http://www.indianerwww.de/indian/indianischer_realismus.htm

Indianischer Realismus

Einführung

Das schwerste Thema überhaupt, um einen Indianer in seinem Denken und Handeln zu verstehen. Eigentlich das, was ein Weißer nie richtig verstehen kann, weil er sich nicht in die Lage versetzen kann, wie ein Indianer denkt. Ich möchte als Nicht-Indianer in dieser Hinsicht einiges vermitteln.

Zum Thema

Wir leben heute im Realismus ebenso ein Indianer - für ihn ist er nur ein anderer. Von den Eskimos im Norden bis zum Feuerländer im Süden ist ihre Wirklichkeit eine Wirklichkeit der Träume. Sie durchdringen die sichtbare Wirklichkeit, so dass Traum und Wirklichkeit voneinander kaum zu trennen sind.

Der indianische Realismus ist also ein Traum-Realismus. Gibt es so etwas und was muß man sich darunter vorstellen? Für Indianer sind Traum und Wirklichkeit eins, eine Trennung gibt es nicht. Was der Weiße das wirkliche Geschehen nennt, ist beim Indianer die äußere Begleiterscheinung besser gesagt die Folge der Wirklichkeit des Traumes. Das was die Seele während eines Traumes oder einer Vision erlebt, ist für den Indianer die Wirklichkeit - es sind die realen Erlebnisse des Ichs, das den Körper während einer Ruhephase gerade verlassen hat. Die überirdischen Gestalten im Traum sind Boten von Zaubermächten, die das Verhalten zum Wohle der Menschen regulieren sollen. Der Traum-Realismus der Indianer ist die Grundlage ihrer Weltanschauung und ist somit die Haupttriebkraft ihres gesamten Denken, Planen und Tun.

Das ist die Beziehung eines Indianers zu Pflanze, Tier, Gegenstand, zu seinen Toten, zu den heiligen Männern und zu ihren Häuptlingen. Wer das nicht versteht, weiß nicht wie ein Indianer denkt.

Der Traum eines Indianers ist anders, als der anderer Menschen, weil er teilweise künstlich herbeigeführt wird. Er ist also mehr Vision als ein Traum wie wir ihn kennen. Oft sind die Träume gelenkt damit der Indianer die höhere Wirklichkeit erkennt und sein Tun darauf ausrichtet. Bestens Beispiel dafür war das nächtelange Singen und Tanzen der Prärie-Indianer, um die Bisons zu rufen, wenn sie hungerten. Oft wurde geträumt unter dem Einfluß von Tiergiften.

Geträumt wurde was das Weltbild eines Indianers darstellt - also was ihm vertraut ist, was er erhofft, anstrebt oder was er befürchtet.

Das was für die äußere Umwelt im Traum gilt, ist auch geistiger Bestandteil der menschlichen Vorstellungen. Für den Indianer ist ein Traum ein theologischer Grundsatz - ein Glaubensbekenntnis. Er gilt als ethnischer Grundsatz, bildet die Richtschnur für das Verhalten, ist Anreiz zu Ehrfurcht, ist Grundlage für die Erziehung und fordert Gehorsam und Disziplin.

Wenn ein Indianerkind - meist Jungen - in das Alter des Erwachens seines Denkvermögens kam, so schickte man ihn in den Wald, wo er durch systematisches Fasten in den Zustand von Visionen gelangen sollte. Aus diesen Visionen wurde der Traum-Realismus - also die Wirklichkeit - hergeleitet. Ein großer Träumer, so glaubten die Indianer, läßt große Taten für sein Volk vollbringen.

Wenn wir etwas wichtiges vorhaben und von der Vorstellung der Aufgabe so erfüllt sind, so träumen wir davon. Ein Indianer war überzeugt, dass die Wirklichkeit seines Traumes äußere Begleiterscheinung ist - wie bereits beschrieben.

Eine Dakota-Legende berichtet von einem Vierzehnjährigen, der bei seinem ersten Fasten in der Einsamkeit einen in grüne Gewänder gehüllten und mit grünen Federn geschmückten Jüngling traf, der ihn zum Kampf aufforderte diesen jedoch verlor. Der Dakota sollte den Wunsch des Besiegten erfüllen und ihn begraben. Er sollte desweiteren auch nicht sprechen. Damit wurde er zum Wohltäter seines Volkes, denn an der Stelle des Ringkampfes wuchs Mondamin - was wir Mais nennen. Die Vision dieses Jungen ist die Entstehungsgeschichte des Maises der Dakota.

Um richtungsweisende und segenbringende Träume - also gute Träume - zu erlangen, muß der Ersehende durch Fasten sich in den Zustand von Visionen versetzen. Seit Jahrtausenden haben Hochkulturreligionen durch Fasten einen Zustand der Macht und Gnade erreichen können, der ihm sonst verwehrt geblieben wäre. Durch das Fasten glauben die Indianer geistige Fähigkeiten zu erwerben, verborgene Dinge zu sehen, die ihr späteres Leben bestimmen oder von Bedeutung für die Zukunft sind.

Der Traum wurde ethnisches Verhaltensgesetz der Indianer. Sie in die Zivilisation einzufügen, standen die Traumerkenntnisse im Wege. Der Traum sport die Indianer zu ihrem Tun an, er kann aber auch Tatkraft lähmen oder Schicksalsglauben werden. Wenn ihnen Gefahr drohte, zogen sie sich in ihren Traum-Realismus zurück. Menschen, die ihnen helfen wollten, wurden mit ihnen vor die Stirn gestoßen. Der Traum der Indianer war auch der größte Feind der Missionare.

Wer die Ureinwohner zu einem bestimmten Zwecke benutzen - anstacheln - wollte, verwendete den Traum als Machtmittel und erhielt so Gewalt über die indianische Seele. Nicht nur die Missionare bedienten sich des Traums, um das Christentum zu verbreiten, sondern bedeutende indianische Freiheitshelden kleideten ihre politischen Botschaften in Visionen, die sie erhalten hatten. Selbst heute sind im Traum erhaltene Botschaften verbindend und verpflichtend, so dass ein Indianer nur in seltenen Fällen sich Vorschriften machen läßt. Nur in Not oder bei gemeinsam durchgeführten Aktionen - die der Gemeinschaft dienen, wird auf Freiwilligenbasis die Anordnung befolgt. Getaufte Indianer konnten nicht ganz die Welt des Traum-Realismus aufgeben.

Bei den Indianern ist Traum und Vision das gleiche. Die Crow verwendeten auch das gleiche Wort baciri. Der Traum oder die Vision war die Grundlage zur Bewältigung aller Lebensumstände. Jeder Indianer war auch bemüht, ein solches Traumerlebnisses habhaft zu werden. Ein Crow benötigt die Vision wegen seiner gesellschaftlichen Stellung - einen Teil seiner Segnungen verkaufte er nach festgelegtem Brauch.

Bei den nordamerikanischen Indianern haben sich keine Göttergestalten mit genau umrissenen Persönlichkeiten und Charaktereigenschaften, die im Himmel saßen und das

Schicksal der Menschen bestimmten, herausgebildet. Die Welt war allgegenwärtig und gefährlich, nur genau vorgeschriebene Zauberhandlungen konnten den Indianer vor Gefahren schützen oder isolieren.

Manito - ein Wort aus der Algonkinsprache - war kein Gott oder Gottheit, wie z. B. der Herr des Lebens, sondern eine Kraft - besser Zauberkraft, die in allen Dingen (Gegenständen, Sternen, Steinen, Geräten, Gewässer, Stürmen...) und Geschöpfen (Pflanzen, Tieren auch dem Menschen) zeitweilig oder dauernd innewohnt.

Bei den Dakota heißt dieselbe Macht oder Kraft wakónða oder auch mahopá. Orenda nennen die Irokesen diese Macht, pokunt die Schoschonen (Shoshoni) und die Huronen oki, oky oder okhi. Bei den Huronen hat die Kraft mehr dämonischen Charakter, der gefahrdrohend sich gegen die Umwelt richten kann. Alle genannten Begriffe bezeichnen das gleiche Unsterbliche, Geheimnisvolle, Wunderbare, Geistige. Es ist in allen Dingen und Wesen enthalten und begnadet oder erschreckt. Diese Kraft kann durch Riten und streng vorgeschriebene Maßnahmen günstig gestimmt oder befriedet werden. Manche Objekte oder Wesen können auch nur zeitweilig heilig sein. Ein Jäger kann z. B. vor einem Felsen stehen und ihn für eine gute Jagd um Hilfe bitten. Der Felsen ist sonst nicht heilig, nur das Gebet, welcher der Jäger spricht, übernimmt vorübergehend diesen heiligen Zweck. Ist die Zeremonie zu Ende, wird der Fels nicht mehr mit Ehrfurcht behandelt. Selbst die Schwitzhütte - ihr Geflecht, die heißen Steine und das dargebrachte Fett - werden nach mystischer Berührung lebend, heilig, göttlich.

Der Indianer bemüht sich allen Dingen und Wesen eine gebührende Ehrfurcht entgegen zu bringen, damit nicht einmal die Rache dieser sich gegen ihn richtet. Bei Menschen mit Zauberpotenzen versucht der einzelne das Wohlwollen zu erlangen. Ebenso müssen vorbeugende Maßnahmen vorgenommen werden, um sich vor bösen Zauberkräften zu schützen.

Die mystischen Kräfte so zu beeinflussen - also nutzbar zu machen, ist Magie. Für die Indianer sind sie Realität, wie Erde, Baum, Fels - für uns mystisch. Die unsichtbare Welt der Indianer - vom nördlichsten bis zum südlichsten, vom kulturell ärmsten bis höchstentwickelten - eint sie im Glauben an drei grundlegende Traumrealitäten. Jeder Stamm kennt sie, verwendet nur andere Namen, die Bedeutung ist aber gleich. Die drei Traumrealitäten sind:

1. Der Glaube an magische Kräfte,
2. der Glaube an Geister und
3. der Glaube an Mythengestalten, die meist Gutes tun, manchmal aber Schlechtes in die Welt bringen.

Letztgenannte sind die sogenannten Kulturheroen. Was hier eben nicht aufgezählt wurde, ist der Glaube an mehrere Seelen im Menschen, der Glaube an Naturgötter und der Glaube an einen Welten- und Menschenschöpfer. Wichtig sind nur die drei der Aufzählung: Zauberkraft, Geister und Kulturheroen.

Die unter EINS genannten Geister bilden wiederum zwei Hauptgruppen: die Naturgeister und die Totengeister. Weiter gibt es Wassergeister, die dem Menschen meist wohlwollend gegenüber stehen. Auch Kobolde gibt es, die hilfreich sind, aber mit Vorsicht zu behandeln

sind. Über die Pflanzen und Tiere wachen Wald- und Feldgeister, die Verstöße gegen die geltende Ordnung ahnden.

Die Naskapi - Subarktis - kennen vier Mächtige. Wuapan nischu - der Ostmann oder der Mann des Tageslichts, Nakape ban - der Westmann, Tschiuat nischu - der Nordmann und Schowen schu - den Südmann. Der West- und Südmann ist den Menschen wohlgesinnt. Letztgenannter bringt im Sommer reichliches Essen. Für die Spender des Lebens werfen die Naskapi zu Ehren Fleischstücke ins Feuer.

Nett Lake ist für die Ojibway eine Geisterinsel, auf der man Maymayguési Tabak als Opfer bringt, damit die Fische nicht weg bleiben. Ein Totem der Ojibway ist Nipi Nabe, der Wassermann, der allerdings auch als Geist auftreten kann. Bei den Winnebago gibt es eine unbegrenzte Zahl von Geistern, die sich sichtbar, hörbar oder fühlbar offenbaren. Ohne zutun von Geistern kann ein Mensch nicht erfolgreich sein, so glauben die Winnebago. Ihr Wassergeist ist böse, hingegen Krankheitssender - ein Schutzgeist - der nur dem erscheint, der ernsthaft fastet.

Bei den Indianern gibt es überall Geister, die einen senden den Regen und wohnen in Bäumen, Felsen und Flüssen, andere schädigen die Indianer. Geister werden angerufen, um für vorübergehenden Schutz zu bitten, dazu wirft man Tabak in den Fluß, den man überquert oder betet, dass der Sturm aufhört. Es gibt sogar Schlafgeister bei den Indianern, die bei den Ojibway den Namen uing erhielten. Die Geister sitzen in den Ritzen der Zelte oder befinden sich im Tabaksbeutel des Jägers.

...

Auf die Indianer haben die Naturgeister und Totengeister einen besonderen Einfluß, den wir uns nicht so richtig vorstellen können. Das auf die Geister konzentrierte Kultleben ist bei den meisten Stämmen der mächtigste und zugleich großartigste Ausdruck ihres geistigen Tuns. Manche Dinge, die während des Geisterkultes Verwendung finden, sind zeitweise, andere immer heilig. Am geheimnisvollsten werden die Instrumente, die bei heiligen Tänzen und bei Weihefeiern der Jugend - die sogenannte Stimme der Geister - ertönen, angesehen. Das bekannteste Gerät ist das Schwirrholz - engl.: bullroarer = Ochsenbrüller, welches in seiner einfachsten Form aus einem rechteckigen Stück Holz besteht und an einem Faden geschwungen wird. In Nordamerika besitzt dieses Instrument manchmal Menschengestalt und ist mit symbolischen Bildern des Regens und des Blitzes bemalt. Dieses heilige Gerät erzeugt einen unheimlich surrenden Ton. Von den Eskimos, den Kwakiutl, den Arapaho und den meisten westlichen Stämmen, wie den Apachen, Navaho und Ute und auch von Stämmen Zentralkaliforniens und den Pueblo wurde dieses heilige Instrument bei Geisterkulten verwendet.

Mit dem Kommen der Weißen verlor die Heiligkeit der Indianer an Bedeutung.

Die unsichtbare Welt der Indianer ist auch belebt. Konkrete Gestalten sind die Heilsbringer und Kulturheroen, die Vollbringer großer Taten, die zuweilen als Schöpfer und Urheber auftreten - sie galten auch als Schenker wichtiger Dinge und Talente, aber auch als Verwandler, die Wesen eine andere Gestalt geben konnten. Göttlich und heilig waren sie, die in Mythen unsterblich bleiben, mit Ehrfurcht betrachtet worden, aber selten nur angebetet wurden. Die Irokesen besaßen einen solchen Kulturheros Tehoronhiawakhan, der noch einen Bruder hatte, der im Feuerstein wohnte.

Bei den Algonkin-Stämmen war es Manibosho oder Nanabozho - er besaß noch weitere Namen, den man verschiedene Taten und Aufgaben nachsagte. Die Ojibway kannten den Sohn des Mudjekewis - des Herrn der Westwinde, der seinen drei weiteren Söhnen die Herrschaft über die anderen Himmelsrichtungen verlieh. Manibosho, der ungedacht blieb, und mit seinen Bruder Kabinokka gemeinsam gegen ihren Vater in den Krieg zogen, erlangten beide die Herrschaft über die Nordweststürme. Einer anderen Auffassung zufolge erfand Manibosho an seinem Geburtsort am Lake Superior das Fischernetz zum Wohle der Indianer.

Aus dem Institut für Experimentelle Psychologie
der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf

Gedruckt mit der Genehmigung der
Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Referent: Prof. Dr. Reinhard Pietrowsky

Koreferent: Priv.-Doz. Dr. Michael Schredl

Tag der mündlichen Prüfung: 05.05.2011