

## WACHSYMPTOMATIK UND TRAUMINHALT BEI AMBULANTEN PSYCHIATRIEPATIENTEN

VALÉRIE SCHÄFER & KLAUS BADER

Zentrum für Spezielle Psychotherapie, Verhaltenstherapie-Ambulanz,  
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

**ZUSAMMENFASSUNG:** *Fragestellung:* In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob in Traumberichten von ambulanten Psychiatriepatienten Hinweise auf störungsspezifische Inhalte vorkommen und ob ein Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der Wachsymptomatik und dem Trauminhalt besteht. *Methodik:* 37 ambulante Psychiatriepatienten führten während sieben Tagen ein Traum- und Schlafstagebuch und füllten Selbstbeurteilungsskalen zur Erfassung der Symptomausprägung ihrer psychischen Störung aus. Die erhobenen Traumberichte wurden Trauminhaltsanalysen unterzogen. *Ergebnisse:* Die Traumberichte von Patienten mit affektiven Störungen wiesen mehr Hinweise auf Depressionssymptome, negativere Traumgefühle und häufigeres Erleben von Bedrohung auf als diejenigen von Angstpatienten. Der Ausprägungsgrad der Wachsymptomatik war zudem unabhängig von der diagnostischen Einordnung der Patienten mit einer stärkeren Inkorporation von psychopathologischen Symptomen sowie einem vermehrten Auftreten von unangenehmen Inhalten im Traum assoziiert. *Schlussfolgerung:* Die Ergebnisse unterstützen die Kontinuitätshypothese des Träumens und weisen darauf hin, dass sich die mit einer psychischen Störung verbundene symptomatische Belastung in den Trauminhalten von Betroffenen widerzuspiegeln scheint.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** Trauminhalt, Psychopathologie, Symptomausprägung, Depression, Angststörung

### WAKING SYMPTOMATOLOGY AND DREAM CONTENT IN PSYCHIATRIC OUTPATIENTS

**ABSTRACT:** *Aims:* The aim was to examine whether psychopathological symptoms are incorporated into dreams of psychiatric outpatients and whether there is an association between the severity of daytime symptomatology and dream content. *Method:* 37 psychiatric outpatients recorded their dreams over a 1-week period at home, and completed a sleep log and self-rating scales assessing symptom severity of the psychiatric disorder. Dream content analyses were carried out. *Results:* Dream reports of patients with affective disorders contained more indications of depressive symptoms, more negative dream emotions, and a greater occurrence of threat than those of patients with anxiety disorders. Furthermore, severity of the daytime symp-

tomatology was significantly associated with more incorporation of psychopathological symptoms into dreams and a greater number of unpleasant dream contents. *Conclusions:* These results are consistent with the continuity hypothesis of dreaming by suggesting that symptomatology of the waking state is reflected in dreams.

KEY WORDS: dream content, psychopathology, symptom severity, depression, anxiety disorder

## 1. EINFÜHRUNG

Die Kontinuitätshypothese des Träumens postuliert, dass Träume eine Fortsetzung des Wachlebens darstellen und somit hauptsächlich Erfahrungen, Gedanken und Gefühle widerspiegeln, die tagsüber von Bedeutung waren (Domhoff, 1996). Die Hypothese wird durch eine Vielzahl empirischer Studien unterstützt, in denen nachgewiesen werden konnte, dass sich Inhalte des Wachlebens häufig in Träumen wiederfinden lassen (siehe für einen Überblick Schredl, 2003). In Arbeiten, die den Einfluss von psychischem Wachbefinden auf das Traumerleben untersucht haben, war eine stärkere aktuelle emotionale Belastung mit einem vermehrten Auftreten von beunruhigenden Träumen und Alpträumen assoziiert (Blagrove, Farmer & Williams, 2004; Zadra & Donderi, 2000; Zadra, O'Brien & Donderi, 1997-1998). In einer longitudinal angelegten Studie von Pesant und Zadra (2006), die Zusammenhänge zwischen Wachbefinden und Traum zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten untersuchten, war eine schlechtere psychische Tagesbefindlichkeit mit dem Erleben negativer Traumemotionen und dem Vorkommen von unangenehmen Traumelementen wie Aggression, Misserfolg und Pech korreliert. Dieser Zusammenhang blieb über die Zeit bestehen in dem Sinn, dass sich Veränderungen im Befinden in Veränderungen in den Trauminhalten niederschlugen. Studien, die sich mit dem

Traumgeschehen von Patienten mit psychischen Störungen befasst haben, weisen darauf hin, dass sich die mit der Störung verbundene Wachsymptomatik in den Trauminhalten von Betroffenen widerzuspiegeln scheint. Relativ gut untersucht sind Trauminhalte bei Personen mit depressiven Störungen. In frühen Arbeiten von Beck und Mitarbeitern weisen die Träume von Patienten mit depressiven Störungen im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Störungen mehr sog. „masochistische“ Inhalte auf – definiert als das Erleben von unangenehmen Gefühlen oder unangenehmen Erfahrungen wie Misserfolgserleben, Ablehnung, Ausgrenzung, Verletzung oder Bestrafung (Beck & Hurvich, 1959; Beck & Ward, 1961). Auch nachfolgende Arbeiten fanden in den Träumen von Depressionspatienten ein vermehrtes Aufkommen von beunruhigenden Themen wie Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Feindseligkeit, Gewalt oder Tod (Firth, Blouin, Natarajan & Blouin, 1986; Hauri, 1976; Whitmann, Kramer, Ornstein & Baldrige, 1970), außerdem war der Ausprägungsgrad der Depressionssymptomatik mit dem Erleben von negativen Gefühlen im Traum assoziiert (Bilicic, Yazici, Özer & Kavakci, 2002; Schredl, Berger & Riemann, 2009). In ähnlicher Weise fanden Schredl und Engelhardt (2001) bei hospitalisierten Psychiatriepatienten unabhängig von deren Diagnose einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der momentanen Depressivität und

der Intensität negativer Traumgefühle sowie gehäuft im Traum auftretenden Depressionsthemen (z.B. geringes Selbstwertgefühl, Melancholie, Ablehnung des Träumenden). Auch Arbeiten, die Patienten mit anderen Störungsbildern untersucht haben, weisen auf eine Kontinuität zwischen Wachsymptomatik und Trauminhalt hin. Free, Winget und Whitman (1993) fanden in den Traumberichten von Patienten mit Panikstörung ein vermehrtes Vorkommen von Trennungsangst und verdeckter Feindseligkeit anderen gegenüber im Vergleich zu Patienten mit anderen Störungen. Bei Patientinnen mit Anorexie und Bulimie wurde im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen ein gehäuftes Vorkommen von mit Nahrung und Essen in Zusammenhang stehenden Themen, negativen Traumgefühlen und bedrohlichen Traumthemen gefunden (Brink & Allan, 1992; Schredl & Montasser, 1999). Widersprüchlicher gestaltet sich die Befundlage bei Patienten mit Zwangserkrankungen. Während Sauteraud, Menny, Philip, Peyré und Bonnin (2001) keine Unterschiede zwischen Zwangspatienten und gesunden Kontrollpersonen im Hinblick auf Traumgefühle und die Auftretenshäufigkeit von Zwangsthemen im Traum fanden, wiesen in einer Studie von Kuelz, Stotz, Riemann, Schredl und Voderholzer (2010) die Traumberichte von Zwangspatienten signifikant weniger positive Gefühle auf. Auch in dieser Studie wurde kein statistisch bedeutsamer Gruppenunterschied im Hinblick auf die Inkorporation von Zwangsthemen gefunden, jedoch nahm die Häufigkeit von Zwangsthemen im Traum im Verlauf der Behandlung mit Exposition und Reaktionsverhinderung ab.

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, die Ergebnisse vorhandener Studien zu Zusammenhängen zwischen Psychopathologie und Trauminhalt weiter zu

untersuchen und zu ergänzen. Der Schwerpunkt lag auf der Frage, inwiefern in Traumberichten von ambulanten Psychotherapiepatienten Hinweise auf die Inkorporation von psychopathologischen Symptomen gefunden werden können und ob dabei ein Zusammenhang zur Wachsymptomatik und deren Ausprägungsgrad hergestellt werden kann. Dazu wurden die während sieben Tagen zu Hause in gewohnter Umgebung erhobenen Traumberichte von ambulanten Psychiatriepatienten mit unterschiedlichen Diagnosen Trauminhaltsanalysen unterzogen. Auf Basis der bisherigen empirischen Befundlage stellen wir die Hypothesen auf, dass (1) die Traumberichte der Patienten störungsspezifische Hinweise enthalten, d.h. dass beispielsweise die Träume von Patienten mit depressiven Störungen Hinweise auf Depressionssymptome und die Träume von Angstpatienten Hinweise auf Angstsymptome enthalten und (2) der Ausprägungsgrad der Wachsymptomatik im Generellen – d.h. unabhängig von der diagnostischen Einordnung der Patienten – mit einer stärkeren Inkorporation von psychopathologischen Symptomen, negativeren Traumgefühlen, einem vermehrten Vorkommen von unangenehmen Trauminhalten (Erleben von Bedrohung im Traum) sowie einer größeren Anzahl von ungünstig endenden Träumen assoziiert ist.

## 2. METHODIK

### 2.1 INSTRUMENTE

*Traumtagebuch:* Die Patienten füllten während sieben aufeinanderfolgenden Tagen jeweils am Morgen nach dem Aufwachen ein Traumtagebuch aus. Dabei wurden sie instruiert, alle Träume der vergangenen Nacht – falls rememberbar – so vollständig wie möglich aufzu-

schreiben. Außerdem wurden sie gebeten, jeweils auf einer Fünf-Punkte-Skala für jeden Traum die Intensität der darin aufgetretenen positiven und negativen Gefühle einzuschätzen (0 = keine, 1 = etwas, 2 = mäßig, 3 = stark, 4 = sehr stark). Durch Bildung eines Differenzwertes zwischen den positiven und negativen Gefühlseinschätzungen (positiv minus negativ) wurde ein Wert für die subjektiv eingeschätzte emotionale Tönung im Traum abgeleitet.

*Schlafstagebuch:* Zur Erfassung der subjektiven Schlafbeurteilung wurde der „Schlaffragebogen A“ (SF-A) von Görtelmeyer (1986) eingesetzt. Der SF-A wurde jeweils am Morgen nach dem Aufwachen gemeinsam mit dem Traumtagebuch ausgefüllt. Der aus 23 Items bestehende Fragebogen erfasst verschiedene relevante Aspekte des Schlafs der vorausgegangenen Nacht, die den fünf Skalen Schlafqualität, Gefühl des Erholtseins nach dem Schlaf, psychosomatische Symptome in der Schlafphase, psychische Ausgeglichenheit am Abend und psychische Erschöpftheit am Abend zugeordnet werden können. Für die statistischen Analysen der vorliegenden Arbeit wurden nur die ersten zwei der genannten Skalen berücksichtigt. Die Skalenwerte reichen von 1 bis 5, wobei höhere Werte auf eine bessere Schlafqualität und ein besseres Erholungsgefühl nach dem Schlaf hinweisen.

*Ausprägungsgrad der Störungssymptomatik:* Zur Erfassung des Ausprägungsgrads der Störungssymptomatik wurden die Patienten am Abend vor dem Schlafengehen aufgefordert auf zwei Fünf-Punkte-Skalen anzugeben, in welchem Ausmaß sie sich tagsüber durch ihre jeweilige Symptomatik in ihrem Lebensalltag beeinträchtigt gefühlt hatten und wie stark sie darunter gelitten hatten (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark). Als

weiteres Instrument zur Erfassung der psychischen Belastung wurde die hinsichtlich Gütekriterien gut überprüfte Symptom-Checkliste SCL-90-R von Derogatis (1986; deutsche Version: Franke, 1995) eingesetzt. Die SCL-90-R ist ein Selbsteinschätzungsverfahren und misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome in einem Zeitfenster von sieben Tagen. 83 der 90 erfragten Symptome können jeweils einer von 9 Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus) zugeordnet werden. Der Global Severity Index (GSI) ist ein globaler Kennwert für die grundsätzliche psychische Belastung der Person. In der vorliegenden Studie wurden der GSI sowie die für die bestehende Stichprobe, welche überwiegend aus Patienten mit affektiven und Angststörungen bestand, relevanten Unterskalen Depressivität, Ängstlichkeit, phobische Angst, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit für die statistischen Analysen berücksichtigt. Die Therapeutenperspektive wurde mit der Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF-Skala des DSM-IV; Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) erfasst. Die Beurteilung erfolgte jeweils durch den behandelnden Therapeuten im Rahmen der Diagnostik (siehe auch Abschnitt 2.2). Dabei wurden die derzeitigen „psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen auf einem hypothetischen Kontinuum vom psychischer Gesundheit bis Krankheit“ (Sass et al., 2003, S. 24) auf einer Skala von 0 bis 100 eingeschätzt, wobei höhere Werte auf ein höheres Funktionsniveau der Person hinweisen.

*Trauminhaltsanalysen:* Zur Erfassung von Hinweisen auf psychopathologische

Symptome im Traum wurden entsprechend der Diagnosen der vorliegenden Patiententichprobe folgende 5 Skalen entwickelt: (1) Skala zur Erfassung von Hinweisen auf Depressionssymptome (z.B. explizite Äußerungen von Traurigkeits- oder Hoffnungslosigkeitsgefühlen, Energielosigkeit, Schuldgefühle, Selbstabwertung, Lebensmüdigkeit), (2) Angstsymptome (z.B. explizite Äußerungen von Angst- oder Furchterleben in eigentlich ungefährlichen Situationen, Vermeidung solcher Situationen), (3) Zwangssymptome (z.B. Kontroll- oder Reinigungsverhalten, zwanghaftes Ordnen von Gegenständen, Wiederholen von Tätigkeiten), (4) Trichotillomanie- und Dermatillomanie-Symptome (z.B. zwanghaftes Ausreissen von Haaren, Aufkratzen von Hautunregelmäßigkeiten), (5) Essstörungen-Symptome (z.B. Gedanken über Essen oder Nahrungsmittel, Ablehnung von Essen, sich überessen, bewusstes Erbrechen). Auf diesen Skalen konnte eingeschätzt werden, ob der Traum mindestens einen Hinweis auf das Vorliegen des jeweiligen Symptoms enthält. Für die Erfassung von Bedrohungserfahrungen im Traum wurde eine von Valli, Revonsuo, Pälkäms und Punamäki (2006) entwickelte Skala übernommen. Diese erfasst gegen den Träumenden gerichtete Bedrohungen unterschiedlichen Schweregrads wie lebensbedrohliche Ereignisse, (drohende) körperliche Verletzungen, materielle und psychische Bedrohung wie Verlust von nahen Personen oder wichtigen Ressourcen, Abwertung oder Demütigung. Auch hier sollte eingeschätzt werden, ob der Traum Hinweise auf mindestens eine der genannten Bedrohungserfahrungen enthält. Auf einer weiteren für die vorliegende Studie entwickelten Skala sollte das Ende des Traumes aus dem Blickwinkel der träumenden Person eingeschätzt werden. Die Antwortkategorien

umfassten „glückliches Ende / günstig für den Träumenden“, „neutrales Ende“ und „unglückliches Ende / ungünstig für den Träumenden“. In die Analysen der vorliegenden Arbeit ging nur die letztgenannte Kategorie ein.

## 2.2 DURCHFÜHRUNG UND STATISTISCHE ANALYSEN

Die Probanden wurden in der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel rekrutiert. Allen neu eingetretenen Patienten wurde von ihrem behandelnden Psychotherapeuten ein Informationsblatt mit einer Beschreibung der geplanten Studie ausgehändigt. An der Studie interessierte Patienten wurden von der Erstautorin nochmals persönlich über den detaillierten Studienablauf informiert und unterzeichneten bei weiter bestehendem Interesse eine schriftliche Einverständniserklärung. Diese beinhaltete eine Gewährleistung der Vertraulichkeit der Daten sowie die Zusicherung, die Untersuchung jederzeit abbrechen zu können, ohne dass dadurch Nachteile in der weiteren Behandlung entstehen. Die Teilnahme war freiwillig und wurde nicht finanziell honoriert. Die diagnostische Einordnung der Patienten erfolgte durch den behandelnden Therapeuten gemäß DSM-IV-Kriterien (APA, 1994) und wurde auf der Basis des „Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen“ (DIPS; Schneider, In-Albon & Margraf, 2006) sowie des „Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, Achse-II“ (Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) gestellt.

Die Patienten füllten während sieben Tagen zu Hause jeweils am Morgen das Traum- und Schlafstagebuch aus und schätzten jeweils abends vor dem Zubettgehen auf den beiden entsprechenden Skalen ein, in welchem Ausmaß sie

sich tagsüber durch ihre jeweilige Störungssymptomatik beeinträchtigt gefühlt und wie stark sie darunter gelitten hatten. Die SCL-90-R wurde am Ende der 7-tägigen Erhebung ausgefüllt.

Die Traumberichte wurden per Computer erfasst, randomisiert und von einer externen Raterin anhand der Skalen des im Abschnitt 2.1 beschriebenen Traummanuals eingeschätzt. Für die Berechnung der Interrater-Reliabilitäten wurde die Hälfte der Traumberichte von einer unabhängigen zweiten Raterin beurteilt. Die Bestimmung der Traumlänge erfolgte durch Erfassung der Wortzahl der Traumberichte. Für die statistische Datenanalyse wurden die Daten aus mehreren Träumen eines Probanden durch Mittelwertbildung zusammengefasst.

Die erhobenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm-Paket SPSS 19.0 für Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ausgewertet. Die Überprüfung der Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test. Bei fehlender Normalverteilung wurden nicht-parametrische Verfahren eingesetzt. Die Überprüfung der Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, Medikamenteneinnahme und Krankheitsdauer erfolgte mittels Produkt-Moment-Korrelationen bzw. Spearman-Rang-Korrelationen sowie mit t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Tests. Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilitäten wurden exakte Übereinstimmungen zwischen den beiden Raterinnen berechnet. Unterschiede zwischen verschiedenen Diagnosegruppen wurden mit einfaktoriellen Varianzanalysen bzw. Kruskal-Wallis-Tests überprüft, für nachfolgende Einzelvergleiche wurden Scheffé-Tests bzw. Mann-Whitney-U-Tests herangezogen. Zusammenhänge zwischen Trauminhaltsvariablen und dem Ausprägungsgrad der Störungssymptomatik wurden mit Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson bzw.

Rangkorrelationen nach Spearman untersucht. Das Signifikanzniveau wurde auf eine  $\alpha$ -Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% festgelegt. Gerichtete Hypothesen wurden einseitig, ungerichtete zweiseitig getestet.

### 2.3 STICHPROBE

An der Studie nahmen insgesamt 60 ambulante Psychotherapiepatienten der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel teil, die sich alle in der Anfangsphase ihrer Therapie befanden. Von diesen trugen 37 (7 Männer, 30 Frauen) mindestens einen morgendlichen Traumbericht bei. Ihr Durchschnittsalter lag bei  $34.4 \pm 10.7$  Jahren (Range: 18 - 56 Jahre). Die Hauptdiagnosen umfassten Angststörungen (spezifische Phobie, soziale Phobie, Agoraphobie mit und ohne Panikstörung, Zwangsstörung, generalisierte Angststörung;  $n = 21$ ), affektive Störungen (unipolare depressive Störung und Dysthymie;  $n = 6$ ), Impulskontrollstörungen (Trichotillomanie und Dermatillomanie;  $n = 5$ ), Bulimie ( $n = 2$ ), andere (akzentuierte Persönlichkeitszüge, Kontaktanlass aufgrund von Beziehungsproblemen, Methadonabhängigkeit;  $n = 3$ ). 13 Patienten erfüllten die Kriterien für mindestens zwei psychische Störungen, in der Regel war dies eine komorbide Angst- oder affektive Störung. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer der Hauptdiagnose lag bei  $16.1 \pm 12.0$  Jahren (Range: 1 - 43 Jahre). 7 Patienten nahmen während der Erhebung Medikamente ein: 6 jeweils ein Antidepressivum (eine Person zusätzlich ein Benzodiazepin) und eine Person ein Antirheumatikum. 25 Personen waren berufstätig, 9 befanden sich in Ausbildung, 3 waren erwerbsunfähig (IV-berentet oder krankgeschrieben).

Um zu untersuchen, ob sich Patienten in Abhängigkeit von ihren Diagnosen bezüglich Hinweisen auf störungsspezifische Traumhalte unterscheiden, wurde die Stichprobe in drei diagnostische Subgruppen unterteilt: Patienten mit „reinen“ Angststörungen (teilweise mit einer komorbiden weiteren Angststörung, jedoch ohne komorbide andere Störung;  $n = 17$ ), Patienten mit affektiven Störungen (teilweise mit einer komorbiden anderen Störung, meistens einer Angststörung;  $n = 10$ ) und Patienten mit anderen Störungen (meistens eine Störung der Impulskontrolle oder eine Essstörung ohne eine komorbide affektive oder Angststörung;  $n = 10$ ). Die drei Gruppen unterschieden sich nicht im Hinblick auf Alter ( $F = 0.53, p = 0.594$ ), Geschlechtsverteilung ( $\chi^2 = 0.76, p = 0.683$ ) und Erkrankungsdauer ( $F = 0.54, p = 0.591$ ).

### 3. ERGEBNISSE

#### 3.1 ÜBERPRÜFUNG VON MÖGLICHEN EINFLUSSVARIABLEN

Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Medikamenteneinnahme und Krankheitsdauer auf die erhobenen psychometrischen Kennwerte und Traumvariablen wurde mittels Korrelationsanalysen bzw. t-Tests für unabhängige Stichproben oder Mann-Whitney-U-Tests überprüft. Das Alter der Probanden korrelierte in der Tendenz negativ mit der Anzahl Traumberichte, die pro Person berichtet wurden ( $r = -.29, p = .088$ ). Die Krankheitsdauer war signifikant mit der Traumlänge (Wortzahl der Traumberichte) korreliert ( $r = .54, p = .001$ ). Mit allen anderen erhobenen Traumvariablen und psychometrischen Daten ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge. Ebenso schienen weder das Geschlecht noch die Medikation einen Ein-

fluss auf die erhobenen Variablen zu haben.

#### 3.2 AUSPRÄGUNGSGRAD DER STÖRUNGSSYMPТОМАТИК

Tabelle 1 zeigt Mittelwerte und Standardabweichungen der Variablen mit Bezug zum Ausprägungsgrad der Störungssymptomatik für die Gesamtstichprobe sowie für die drei diagnostischen Subgruppen. Die diagnostischen Gruppen unterschieden sich in Bezug auf die GSI- und GAF-Werte. Patienten mit affektiven Störungen wiesen signifikant tiefere GAF-Werte auf als Patienten aus den anderen beiden Diagnosegruppen sowie höhere GSI-Werte als Patienten der Subgruppe „andere Störungen“.

#### 3.3 TRAUMINHALTSVARIABLEN

Insgesamt wurden 132 morgendliche Traumberichte erhoben. Im Durchschnitt berichteten die Probanden während der 7-tägigen Erhebung  $3.6 \pm 3.1$  Träume (Range: 1 – 12 Träume). Die durchschnittliche Länge der Traumberichte betrug  $67.2 \pm 50.3$  Wörter (Range: 5 - 256 Wörter). Die Interraterreliabilitäten der Traumhaltsanalysen waren zufriedenstellend. Die exakten Übereinstimmungen lagen zwischen 89.6% und 94.8%. In Tabelle 2 sind die Prävalenzraten der Traumhaltsvariablen dargestellt. Die Traumgefühle wurden von den Versuchspersonen insgesamt eher negativ als positiv eingeschätzt. Fast 40% der Träume nahmen ein für den Träumenden ungünstiges Ende. Etwa ein Sechstel aller Träume wies Inkorporationen von psychopathologischen Symptomen auf. Hinweise auf eine Essstörung, Trichotillomanie oder Dermatillomanie im Traum konnten von keinem der beiden Ratern gefunden werden, daher wurden diese Skalen für weitere Analy-

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung (Gesamtstichprobe und Unterschiede zwischen Diagnosegruppen): Ausprägungsgrad der Störungssymptomatik und subjektive Schlafeinschätzungen (Mittelwerte mit Standardabweichungen)

	Gesamtstichprobe (N = 37)	Angststörungen (N = 17)	Affektive Störungen (N = 10)	Andere Störungen (N = 10)	Signifikanztests <sup>a</sup>
<i>Ausprägungsgrad der Symptomatik</i>					
Beeinträchtigung durch Symptomatik	0.96 ± 0.66	0.88 ± 0.60	1.22 ± 0.88	0.83 ± 0.47	$F = 1.12, p = 0.339$
Leiden an Symptomatik	0.94 ± 0.60	0.84 ± 0.60	1.12 ± 0.81	0.94 ± 0.28	$F = 0.70, p = 0.502$
GSI (SCL-90-R)	0.66 ± 0.42	0.63 ± 0.37	0.94 ± 0.53	0.42 ± 0.23	$F = 4.48, p = 0.019$ <sup>b</sup>
GAF	60.30 ± 10.34	62.18 ± 7.73	51.50 ± 11.42	65.90 ± 7.95	$F = 7.23, p = 0.002$ <sup>c</sup>
<i>Subjektive Schlafbeurteilung</i>					
Schlafqualität	3.49 ± 0.34	3.55 ± 0.39	3.34 ± 0.28	3.53 ± 0.30	$F = 1.27, p = 0.293$
Erholungsgefühl	3.02 ± 0.52	2.99 ± 0.55	2.84 ± 0.38	3.28 ± 0.55	$F = 1.88, p = 0.168$

Anmerkung. GSI = Global Severity Index, SCL-90-R = Symptom-Checkliste 90, revidierte Fassung, GAF = globale Erfassung des Funktionsniveaus

<sup>a</sup> einfaktorielles Varianzanalyse mit den 3 diagnostischen Subgruppen als unabhängige Variable, zweiseitig getestet.

<sup>b</sup> signifikanter Unterschied zwischen affektiven Störungen und anderen Störungen (Scheffé-Tests)

<sup>c</sup> signifikanter Unterschied zwischen affektiven Störungen und Angststörungen sowie zwischen affektiven und anderen Störungen (Scheffé-Tests)

sen nicht weiter berücksichtigt. Lediglich ein Traumbericht, der von einem Patienten mit einer Zwangsstörung stammte, enthielt Hinweise auf Zwangssymptome (mehrfaches Händewaschen). Diese Skala wurde für die weiteren Analysen mit der Skala zur Erfassung von Hinweisen auf Angstsymptome kombiniert. Wie Tabelle 2 zeigt, wurden in den Traumberichten der Gesamtstichprobe zu gleichen Teilen Hinweise auf Depressionssymptome und Angst- bzw. Zwangssymptome gefunden.

### 3.4 TRAUMINHALT UND PSYCHOPATHOLOGIE

In Tabelle 2 sind außerdem die Traumhaltsskalen für die drei diagnostischen Subgruppen „reine Angststörung“, „affektive Störung“ und „andere Störung“ dargestellt. Diese drei diagnostischen Subgruppen unterscheiden sich im Hinblick auf das Erleben von Bedrohung im Traum sowie bezüglich der Inkorporation von Depressionssymptomen und psychopathologischen Symptomen insgesamt signifikant voneinander. Außerdem zeigt sich ein tendenziell signifikanter Gruppenunterschied im Hinblick auf die subjektiv eingeschätzte Gefühlstönung der Träume. Wie Einzelvergleiche zeigen, enthielten die Träume von Patienten mit affektiven Störungen signifikant mehr Hinweise auf Depressionssymptome und Bedrohung als diejenigen von Patienten mit Angststörungen, außerdem schätzten Patienten mit affektiven Störungen die Traumgefühle in der Tendenz negativer ein als Angstpatienten.

Weiter wurden Zusammenhänge zwischen Trauminhaltvariablen und dem Ausprägungsgrad der Störungssymptomatik unabhängig von der diagnostischen Einordnung der Patienten untersucht. Die Ergebnisse dieser Analysen sind in Tabelle 3 dargestellt. Weder die

Anzahl der Träume, die pro Person berichtet wurde, noch die Traumlänge korrelierte bedeutsam mit dem Ausprägungsgrad der Störungssymptomatik. Jedoch hingen die erhobenen Skalen zur Erfassung des Ausprägungsgrads der Störungssymptomatik zu einem großen Teil mit einer signifikant negativer eingeschätzten Gefühlstönung der Träume, mehr Bedrohungserleben, ungünstiger endenden Träumen und einer stärkeren Inkorporation von psychopathologischen Symptomen zusammen. Ebenfalls schien der Ausprägungsgrad erlebter Beeinträchtigung und Leiden durch die Störungssymptomatik bedeutsam mit einer schlechter eingeschätzten Schlafqualität und einem geringerem Gefühl der Erholung nach dem Schlaf zu korrelieren.

In Tabelle 4 sind Korrelationen zwischen für unsere überwiegend aus Patienten mit affektiven und Angststörungen bestehende Stichprobe relevanten SCL-90-R-Unterskalen und der Auftretenshäufigkeit von Depression- und Angst- bzw. Zwangssymptomen im Traum dargestellt. Die Skala Zwanghaftigkeit korrelierte signifikant, der Ausprägungsgrad von sozialer Unsicherheit und phobischer Angst in der Tendenz mit der Auftretenshäufigkeit von Angst- und Zwangssymptomen im Traum. Wider Erwarten zeigte sich kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der Depressivität und der Trauminkorporation von Depressionssymptomen, hingegen war die Depressivitätsausprägung ebenfalls tendenziell signifikant mit der Inkorporation von Angst- und Zwangssymptomen korreliert.

Tabelle 2: Trauminhaltvariablen: Gesamtstichprobe und diagnostische Subgruppen (Mittelwerte mit Standardabweichungen bzw. Prozentwerte)

	Gesamtstichprobe (N = 37)	Angststörungen (N = 17)	Affektive Störungen (N = 10)	Andere Störungen (N = 10)	Signifikanztests <sup>a</sup>
Anzahl Traumberichte pro Vp	3.57 ± 3.05	3.47 ± 3.06	3.20 ± 2.57	4.10 ± 3.67	F = 0.22, p = 0.801
Traumlänge (Wortzahl)	67.21 ± 50.28	64.86 ± 61.44	76.53 ± 33.78	61.88 ± 46.09	F = 0.24, p = 0.791
Emotionale Tönung	-0.45 ± 1.62	0.08 ± 1.59	-1.41 ± 1.34	-0.40 ± 1.63	F = 2.96, p = 0.066 <sup>b</sup>
Bedrohung des Träumenden	12.1%	5.1%	28.1%	9.8%	$\chi^2 = 7.23$ , p = 0.027 <sup>c</sup>
Negatives Traumende	37.9%	32.2%	68.8%	22.0%	F = 1.18, p = 0.318
Psychopathologische Symptome	16.7%	8.5%	34.4%	14.6%	$\chi^2 = 8.23$ , p = 0.016 <sup>c</sup>
- Depressionssymptome	8.3%	3.4%	15.6%	9.8%	$\chi^2 = 5.92$ , p = 0.052 <sup>c</sup>
- Angst/Zwangssymptome	8.3%	5.1%	18.8%	4.9%	$\chi^2 = 2.68$ , p = 0.261

<sup>a</sup> einfaktorielles Varianzanalyse für normalverteilte Daten bzw. Kruskal-Wallis-Tests für nicht-normalverteilte Daten mit den 3 diagnostischen Subgruppen als unabhängige Variable, zweiseitig getestet.

<sup>b</sup> tendenziell signifikanter Unterschied zwischen affektiven Störungen und Angststörungen (Scheffé-Test)

<sup>c</sup> signifikanter Unterschied zwischen affektiven Störungen und Angststörungen (Mann-Whitney-U-Tests)

Tabelle 3: Korrelationen zwischen dem Ausprägungsgrad der Störungssymptomatik und verschiedenen Traum- und Schlafvariablen

N = 37	Beeinträchtigung durch Symptomatik	Leiden an Symptomatik	GSI	GAF
Anzahl Traumberichte <sup>a</sup>	-.10	-.01	-.07	.10
Traumlänge (Wortzahl) <sup>a</sup>	-.02	.19	.05	-.16
Emotionale Tönung <sup>a</sup>	-.35 *	-.43 **	-.30 *	.33 *
Bedrohung des Träumenden <sup>b</sup>	.31 *	.32 *	.14	-.22 (+)
Negatives Traumende <sup>a</sup>	.30 *	.36 *	.36 *	-.32 *
Psychopathologische Symptome <sup>b</sup>	.32 *	.48 **	.21	-.35 *
Schlafqualität <sup>a</sup>	-.27 (+)	-.32 *	-.19	.11
Morgendliches Erholungsgefühl <sup>a</sup>	-.36 *	-.41 **	-.22 (+)	.16

Anmerkung. GSI = Global Severity Index der Symptom-Checkliste 90, revidierte Fassung, GAF = globale Erfassung des Funktionsniveaus; <sup>a</sup> Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson für normalverteilte Daten, <sup>b</sup> Rangkorrelationen nach Spearman für nicht-normalverteilte Daten; (+)  $p < .10$ , \*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ ; einseitig getestet (außer die Variablen Anzahl Traumberichte und Traumlänge)

Tabelle 4: Korrelationen zwischen einzelnen SCL-90-R-Unterskalen und Inkorporationen von Depressionssymptomen bzw. Angst/Zwangssymptomen im Traum

N = 37	Depressionssympt. im Traum	Angst/Zwangssympt. im Traum
Depressivität	.04	.26 (+)
Zwanghaftigkeit	.10	.30 *
Soziale Unsicherheit	.03	.24 (+)
Ängstlichkeit	-.26 (+)	.10
Phobische Angst	-.13	.25 (+)

Anmerkung. Rangkorrelationen nach Spearman; SCL-90-R = Symptom-Checkliste 90, revidierte Fassung; (+)  $p < .10$ , \*  $p \leq .05$ , einseitig getestet.

#### 4. DISKUSSION

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, zu untersuchen, inwiefern in Traumberichten von ambulanten Psychotherapiepatienten mit unterschiedlichen Diagno-

sen Hinweise auf die Wachpsychopathologie gefunden werden können und ob ein Zusammenhang zum Schweregrad der Symptomatik besteht. Aufgrund der vorherrschenden Diagnosen der untersuchten Stichprobe wurden die Traum-

berichte der Patienten im Hinblick auf das Vorkommen von Depressionssymptomen, Angst-, Zwangs-, Trichotillomanie-, Dermatillomanie- und Essstörungen untersucht. Jeweils zu 8% konnten in den Traumberichten Hinweise auf Depressionssymptome und auf Angst- bzw. Zwangssymptome gefunden werden. Wider Erwarten enthielten die Traumberichte keinerlei Hinweise auf Trichotillomanie, Dermatillomanie oder Essstörungen. Dies könnte einerseits damit zusammenhängen, dass in der vorliegenden Stichprobe Angst-, Zwangs- und depressive Störungen vorherrschend waren. Patienten mit Trichotillomanie, Dermatillomanie und Essstörungen waren demgegenüber weniger stark vertreten, so dass die Wahrscheinlichkeit insgesamt geringer war, in den Traumberichten Hinweise auf die entsprechenden Störungsgruppen zu finden. Andererseits handelt es sich bei den erfassten Symptomkategorien um hochspezifische, überwiegend bei diesen Störungsbildern vorkommende Störungsmerkmale, während Angst- und Depressionsgefühle häufig auch bei anderen Störungsbildern anzutreffen sind. Beim Vergleich der drei diagnostischen Subgruppen Angststörungen, affektive Störungen und andere Störungen (überwiegend Störungen der Impulskontrolle und Essstörungen) wiesen die Traumberichte von Patienten mit affektiven Störungen signifikant mehr Hinweise auf Depressionssymptome und insgesamt mehr psychopathologische Symptome auf als diejenigen von Patienten mit Angststörungen. Entgegen der Erwartung unterschieden sich Patienten mit Angststörungen nicht bedeutsam von den anderen Störungsgruppen im Hinblick auf das Vorkommen von Angstsymptomen im Traum, was – wie weiter oben bereits erwähnt – damit zusammenhängen könnte, dass Angsterleben bei einem breiten

Spektrum von psychischen Störungen anzutreffen ist. Patienten mit affektiven Störungen wiesen außerdem negativere Traumgefühle und häufigeres Erleben von Bedrohung in ihren Träumen auf als Patienten mit Angststörungen. Da Patienten mit affektiven Störungen aber auch stärker symptomatisch belastet waren und ein geringeres Funktionsniveau aufwiesen, d.h. insgesamt schwerer beeinträchtigt waren als die anderen Störungsgruppen, ist unklar, ob die gefundenen Unterschiede in den Traumgehalten auf die affektive Störung an sich zurückzuführen sind oder ob sie Ausdruck einer schwereren Krankheitsbelastung sind. In diese Richtung könnten Korrelationsanalysen weisen, die unabhängig von der diagnostischen Einordnung der Patienten bedeutsame Zusammenhänge ergaben zwischen dem allgemeinen Ausprägungsgrad der Wachsymptomatik und negativer eingeschätzten Traumgefühlen, einer stärkeren Inkorporation von psychopathologischen Symptomen im Traum, einem vermehrten Erleben von Bedrohung und aus Sicht des Träumenden ungünstigen Traumenden. In ähnlicher Weise war – wenn meistens auch nur in der Tendenz – in Korrelationsanalysen mit SCL-90-R-Unterskalen eine stärkere Angstaussprägung im Wachzustand mit einem vermehrten Vorkommen von Angst- und Zwangssymptomen im Traum assoziiert. Auch eine schlechtere Schlafqualität und insbesondere ein geringeres Erholungsgefühl nach dem Schlaf korrelierten mit der Symptomausprägung. Diese Befunde stimmen insgesamt mit den Ergebnissen früherer Arbeiten überein, die ein gehäuftes Auftreten von negativen Gefühlen und bedrohlichen Themen in den Träumen von Patienten mit depressiven Störungen gefunden haben (Beck & Hurvich, 1959; Firth et al., 1986) sowie mit Studien, die bedeutsame Zusammenhänge zwischen

dem Schweregrad der Wachpsychopathologie und einem vermehrten Auftreten von negativen Traumgefühlen und unangenehmen Traumgehalten nachweisen konnten (z.B., Bilici et al., 2002; Pesant & Zadra, 2006; Schredl et al., 2009; Schredl & Engelhardt, 2001). Die Ergebnisse liefern damit einen weiteren empirischen Beleg für die Kontinuitätshypothese, indem sie darauf hindeuten, dass relevante Wacherfahrungen, wie eine als belastend erlebte psychopathologische Symptomatik, ins Traumgeschehen integriert werden. Die im Wachzustand erlebte Belastung scheint sich dabei sowohl in den Traumgehalten (unter anderem durch vermehrtes Erleben von negativen Gefühlen und Bedrohung) als auch in einem generell als schlechter eingeschätzten Schlaf niederzuschlagen.

Kritisch anzumerken ist, dass die untersuchte Stichprobe aus einer eher kleinen, relativ heterogenen Gruppe ambulanter Psychotherapiepatienten bestand. Etwa ein Drittel wies zudem mindestens eine komorbide psychische Störung auf. Gruppenvergleiche mit einzelnen, klar voneinander abgrenzbaren Störungsbildern waren nicht möglich. Für differenziertere Vergleiche innerhalb und zwischen einzelnen Störungsgruppen wäre eine größere Stichprobe erforderlich. Außerdem fehlte der Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe. Es wäre von Interesse, inwiefern sich Traumhalte von Psychotherapiepatienten von gesunden Personen unterscheiden und ob sich ähnliche Zusammenhänge zwischen Tagesbefindlichkeit und Traumparametern finden lassen. Ein weiterer kritisch zu betrachtender Punkt betrifft den eher kurzen Untersuchungszeitraum von einer Woche. Dabei wurden durchschnittlich 3.6 Traumberichte pro Patient erhoben. Aufgrund der hohen Variabilität von Tagebuchträumen werden zur Erhöhung der Reliabilität von Traumhaltensdaten

Traumserien mit mindestens 20 Traumberichten pro Person empfohlen (Schredl, 1998). Eine größere Anzahl von Traumberichten hätte möglicherweise auch dazu beigetragen, den Anteil von in der vorliegenden Studie relativ selten oder gar nicht gefundenen Traumhaltens-kategorien zu erhöhen wie beispielsweise die Inkorporation von Zwangs-, Essstörungs- und Impulskontrollstörungssymptomen. Als letzte methodische Einschränkung muss erwähnt werden, dass außer der Erhebung der Symptombelastung eine weitergehende Erfassung des Wachlebens fehlte. Daher kann nicht beurteilt werden, inwiefern andere Faktoren wie beispielsweise private oder berufliche Lebensumstände, anderweitige Stressoren oder Persönlichkeitsfaktoren die Traumhalte mitbeeinflusst haben.

Alle Patienten der vorliegenden Untersuchung befanden sich in der Anfangsphase ihrer Therapie. Um Aussagen darüber machen zu können, ob und wie sich Traumhalte in Abhängigkeit von Behandlungseffekten verändern, werden Longitudinalstudien mit Messzeitpunkten im Verlauf und/oder am Ende von therapeutischen Behandlungen erforderlich sein. Die Befunde ein paar weniger prospektiv angelegter Studien weisen bereits in die Richtung, dass eine Verbesserung der Wachsymptomatik mit einer Abnahme negativer Gefühle, unangenehmer Inhalte und psychopathologischer Symptome im Traum einhergeht (Kuelz et al., 2010; Pesant & Zadra, 2006; Schredl et al., 2009). Andererseits fand Hauri (1976), dass die Traumberichte von vollständig remittierten depressiven Patienten nach wie vor mehr belastende Themen aufwiesen als diejenigen von gesunden Kontrollpersonen, was den Autor Trait-Faktoren vermuten ließ. Inwiefern die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Zusammenhänge zwischen Wachsymptomatik und

Trauminhalt auf Trait- oder auf State-Faktoren oder eine Kombination aus beidem zurückzuführen sind, kann nicht abschließend beantwortet werden.

Der Befund, dass sich die mit einer psychischen Störung verbundene symptomatische Belastung in den Traumgehalten widerzuspiegeln scheint, könnte ermutigen, Träume in therapeutischen Settings stärker zu beachten und miteinzubeziehen. Gerade bei Patienten, denen es schwer fällt, ihr Befinden wahrzunehmen, zu beschreiben oder mitzuteilen könnte über den Traum der Zugang zum psychischen Geschehen erleichtert werden.

## LITERATUR

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4th edition. Washington, DC: APA.
- Beck, A. T. & Hurvich, M. S. (1959). Psychological correlates of depression: I. Frequency of "masochistic" dream content in a private practice sample. *Psychosomatic Medicine*, 11, 50-55.
- Beck, A. T. & Ward, C. H. (1961). Dreams of depressed patients: characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry*, 5, 462-467.
- Bilici, M., Yazici, K., Özer, Ö. A. & Kavakci, Ö. (2002). Dream anxiety level in patients with major depression. *Sleep and Hypnosis*, 4, 15-21.
- Blagrove, M., Farmer, L. & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, 13, 129-136.
- Brink, S. G. & Allan, J. A. (1992). Dreams of anorexic and bulimic women: A research study. *Journal of Analytical Psychology*, 37, 275-297.
- Derogatis, L. R. (1986). Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Domhoff, G. W. (1996). *Finding meaning in dreams: a quantitative approach*. New York: Plenum Press.
- Firth, S. T., Blouin, J., Natarajan, C. & Blouin, A. (1986). A comparison of the manifest content in dreams of suicidal, depressed and violent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 48-53.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Free, N. K., Winget, C. N. & Whitman, R. M. (1993). Separation anxiety in panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 595-599.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (Persönlichkeitsstörungen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Görtelmeyer, R. (1986). Schlafragebogen A und B (Sf-A, Sf-B). In Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum CIPS (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Hauri, P. (1976). Dreams in patients remitted from reactive depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 1-10.
- Kuelz, A. K., Stotz, U., Riemann, D., Schredl, M. & Voderholzer, U. (2010). Dream recall and dream content in obsessive-compulsive patients: Is there a change during exposure treatment? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 593-596.
- Pesant, N. & Zadra, A. (2006). Dream content and psychological well-being: a longitudinal study of the continuity hypothesis. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 111-121.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR, deutsche Be-*

- arbeitung und Einführung. Göttingen: Hogrefe.
- Sauteraud, A., Menny, J.-C., Philip, P., Peyré, F. & Bonnin, J.-M. (2001). Dreams in obsessive-compulsive disorder: An analysis of semantic and emotional content compared to controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 451-457.
- Schneider, S., In-Albon, T. & Margraf, J. (2006). *DIPS Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (3., vollständig überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Schredl, M. (1998). Stability and variability of dream content. *Perceptual and Motor Skills*, 86, 733-734.
- Schredl, M. (2003). Continuity between waking and dreaming: a proposal for a mathematical model. *Sleep and Hypnosis*, 5, 26-40.
- Schredl, M., Berger, M. & Riemann, D. (2009). The effect of trimipramine on dream recall and dream emotions in depressive outpatients. *Psychiatry Research*, 167, 279-286.
- Schredl, M. & Engelhardt, H. (2001). Dreaming and psychopathology: dream recall and dream content of psychiatric inpatients. *Sleep and Hypnosis*, 3, 44-54.
- Schredl, M. & Montasser, A. (1999). Dreaming and eating disorders. *Sleep and Hypnosis*, 4, 225-231.
- Valli, K., Revonsuo, A., Pälkäs, O. & Punamäki, R. L. (2006). The effect of trauma on dream content – a field study of Palestinian children. *Dreaming*, 16, 63-87.
- Whitman, R. M., Kramer, M., Ornstein, P. H. & Baldrige, B. J. (1970). The varying uses of the dream in clinical psychiatry. In L. Madow & L. H. Snow (Eds.), *The Psychodynamic Implications of the Physiological Studies on Dreams*. Springfield: Charles Thomas Publisher.
- Zadra, A. & Donderi, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 273-281.
- Zadra, A. L., O'Brien, S. A. & Donderi, D. C. (1997-98). Dream content, dream recurrence and well-being: a replication with a younger sample. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 293-311.



**DR. PHIL. VALÉRIE SCHÄFER**

FACHPSYCHOLOGIN FÜR PSYCHOTHERAPIE  
FSP

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE KLINIKEN  
(UPK) BASEL  
ZENTRUM FÜR SPEZIELLE PSYCHOTHERAPIE,  
VERHALTENSTHERAPIE-AMBULANZ  
WILHELM KLEIN-STRASSE 27  
CH-4012 BASEL

E-MAIL: [valerie.schaefer@upkbs.ch](mailto:valerie.schaefer@upkbs.ch)



**DR. PHIL. KLAUS BADER**

LEITENDER PSYCHOLOGE, VERHALTENSTHERAPIE-AMBULANZ

UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE KLINIKEN  
(UPK) BASEL  
ZENTRUM FÜR SPEZIELLE PSYCHOTHERAPIE,  
VERHALTENSTHERAPIE-AMBULANZ  
WILHELM KLEIN-STRASSE 27  
CH-4012 BASEL

E-MAIL: [klaus.bader@upkbs.ch](mailto:klaus.bader@upkbs.ch)