

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Cognitieve Gedragstherapie bij Nachtmerries

Jaap Lancee¹, Annette M. van Schagen², Marijke L. Swart² en Victor I. Spoormaker³

SAMENVATTING

Nachtmerries zijn een veelvoorkomend probleem en kunnen de slaap en het functioneren overdag sterk negatief beïnvloeden. Ongeveer 2-5% van de algemene bevolking heeft één of meer nachtmerries per week. Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt weinig aandacht besteed aan nachtmerries. Dit artikel geeft een overzicht van de effectiviteit van verschillende technieken binnen de cognitieve gedragstherapie. De technieken die direct ingrijpen op de nachtmerries zoals exposure en Imagery Rehearsal Therapy leveren het beste resultaat. Hierbij lijkt desensitisatie van de nachtmerrieherinnering het effectieve element van de behandeling. Nachtmerries moeten niet per definitie gezien worden als secundair probleem, maar kunnen een op zichzelf staande klacht zijn die ook zo behandeld dient te worden.

INLEIDING

De meeste mensen hebben wel eens een nachtmerrie. Ongeveer 2-5% van de algemene bevolking heeft één of meer nachtmerries per week (Bixler, Kales, Soldatos, Kales & Healey, 1979; Schredl, 2010; Spoormaker & Van den Bout, 2005). Uit nog niet gepubliceerde data van een onderzoek binnen de GGZ blijkt dat dit percentage binnen een klinische populatie nog vele malen hoger ligt (Swart, Van Schagen, Lancee & Van den Bout, niet gepubliceerde data).

De definitie van nachtmerries is volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000): 'Herhaaldelijk wakker worden met gedetailleerde herinneringen aan lange en buitengewoon angstaanjagende dromen, doorgaans met bedreiging van het leven, de veiligheid of de eigenwaarde als inhoud'. Het direct wakker worden uit een nachtmerrie lijkt echter niet samen

1 Klinische & Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht

2 GGZ Centraal de Mergaard te Almere

3 Max Planck Institute of Psychiatry te München

Correspondentie: Jaap Lancee. Klinische & Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht.

Postbus 80.140, 3508TC, Utrecht. E-mail: j.lancee@uu.nl

te hangen met een lager welbevinden de volgende dag (Blagrove, Farmer & Williams, 2004). Verder worden ook andere emoties dan angst regelmatig gerapporteerd in nachtmerries (Zadra, Pilon & Donderi, 2006). De definitie in de International Classification of Sleep Disorder, 2nd ed (ICSD-2; American Academy of Sleep Medicine, 2005) beperkt zich bij de negatieve emoties niet alleen tot angst. In de onderzoeksliteratuur worden nachtmerries doorgaans gedefinieerd als: 'Intens negatieve dromen die tot wakker worden kunnen leiden. Als men wakker wordt, resulteert dit in snelle oriëntatie en herinnering van de droom (om de nachtmerries te onderscheiden van *pavor nocturnus*)'.

Nachtmerries komen niet alleen veel voor, maar hebben ook vervelende gevolgen. Bij mensen die één of meer nachtmerries per week hebben, verstoren nachtmerries de slaap (Kales et al., 1980), belemmeren nachtmerries het dagelijks functioneren en verminderen het psychisch en fysiek welbevinden (Berquier & Ashton, 1992; Köthe & Pietrowsky, 2001; Zadra & Donderi, 2000). Frequente nachtmerries zijn vaak gerelateerd aan andere slaapproblemen zoals slaap apneu (Krakow et al., 2001b) en insomnie (Ohayon, Morselli & Guilleminault, 1997). Klinische ervaring leert dat het last hebben van nachtmerries kan leiden tot inadequate slaaphygiëne zoals sterk wisselende bedtijden, uitstellen om naar bed te gaan, wakker proberen te blijven, en overdag slapen. Deze factoren beïnvloeden de slaap negatief en kunnen ook de nachtmerries in stand houden. Daarnaast is er een verband tussen nachtmerries en psychische klachten zoals gegeneraliseerde angst, specifieke fobieën, en depressieve klachten/stoornissen (Spoormaker, Schredl & Van den Bout, 2006). De relatie tussen nachtmerries en andere psychopathologie wordt echter voornamelijk verklaard door de hoeveelheid last van de nachtmerries de volgende dag en niet door de frequentie (Blagrove et al., 2004; Lancee, Spoormaker, & Van den Bout, 2010b). Verder zijn nachtmerries één van de hoofdklachten van de posttraumatische stress stoornis (PTSS; Lavie, 2001; Ross, Ball, Sullivan & Caroff, 1989; Schreuder, Kleijn & Rooijmans, 2000).

Bij nachtmerries wordt een onderscheid gemaakt tussen posttraumatische en niet-posttraumatische (idiopathische) nachtmerries. Posttraumatische nachtmerries zijn terugkerende nachtmerries die inhoudelijk gerelateerd zijn aan een traumatische ervaring. Dit kan initieel een herbeleving van deze ervaring inhouden. Idiopathische nachtmerries zijn ook terugkerend, maar daarbij wordt alleen het scenario herhaald (bijvoorbeeld achtervolging of vallen), terwijl de situaties per keer kunnen verschillen (Spoormaker et al., 2006).

Het is opmerkelijk dat er ondanks de hoge prevalentie en de ernstige gevolgen zo weinig aandacht is voor nachtmerries. Nachtmerries worden weinig uitgevraagd in psychiatrisch onderzoek of intakes, en ervaring leert dat cliënten ze vaak niet spontaan noemen, zeker niet als ze al langere tijd bestaan. Er wordt weinig onderzoek gedaan en iemand die last heeft van nachtmerries weet vaak niet of er een adequate behandeling bestaat, laat staan waar hij of zij heen moet voor informatie en behandeling.

Een mogelijke reden voor het tekort aan aandacht voor nachtmerries is dat nachtmerries vaak gezien worden als secundaire klacht (Krakow, Hollifield & Schrader, 2000; Spoomaker & Montgomery, 2008). In de DSM-IV-TR kunnen nachtmerries bijvoorbeeld alleen worden gediagnosticeerd *'als ze niet uitsluitend voorkomen als onderdeel van een andere stoornis'*. Nachtmerries worden vaak niet afzonderlijk benaderd omdat de impliciete opvatting is dat nachtmerries verdwijnen als de onderliggende stoornis is behandeld. Dit is opmerkelijk en problematisch omdat, na bijvoorbeeld een succesvolle PTSS behandeling, de nachtmerries vaak blijven bestaan (Spoomaker & Montgomery, 2008). Daarbij zijn er weinig therapeuten beschikbaar die geschoold zijn in de behandeling van nachtmerries. Door de onwetendheid en de weinige therapeuten blijven de meeste mensen met posttraumatische nachtmerries jaren of hun hele leven last houden van hun nachtmerries (Schreuder et al., 2000).

In de behandeling van nachtmerries lijkt medicatie weinig effect te hebben (Friedman, 1997; Van Liempt, Vermetten, Geuze & Westenberg, 2006). De enige uitzondering hierop lijkt de alpha-1 adrenergic antagonist, prazosine. Verschillende gecontroleerde studies hebben recent positieve effecten laten zien van prazosine op posttraumatische nachtmerries (Raskind et al., 2003; Raskind et al., 2007; Taylor et al., 2008). Cognitieve gedragstherapie (CGT) lijkt geschikter te zijn dan medicatie bij de behandeling van nachtmerries (Spoomaker et al., 2006; Wittmann, Schredl & Kramer, 2006).

Er zijn verschillende vormen van CGT die werkzaam zijn. Dit artikel geeft een overzicht van de beschikbare CGT behandelingen en maakt duidelijk welke technieken het beste onderzocht zijn. Wij geven eerst aandacht aan een cognitief verklaringsmodel voor nachtmerries, daarna gaan we in op de verschillende interventies en beschrijven we de effectiviteit. We sluiten af met een discussie.

COGNITIEF VERKLARINGSMODEL VAN NACHTMERRIES

Recent heeft Spoomaker (2008) een cognitief model gepubliceerd dat een verklaring geeft voor het ontstaan van herhalende nachtmerries. Volgens dit model wordt het verhaal van een nachtmerrie weergegeven in een vast verwachtingspatroon: een script. Een script kan gebaseerd zijn op een traumatische gebeurtenis of een bepaald thema (zoals vallen, achtervolging, verdrinken, etc.). Een dergelijk script wordt geactiveerd als onderdelen van een normale droom als bedreigend of herkenbaar (als een script) worden ervaren. Een willekeurig neutraal droombeeld (bijvoorbeeld een rennend persoon) kan het script activeren (rennend persoon wordt achtervolger) en zo wordt de nachtmerrie opnieuw afgespeeld. Het doorbreken van het script kan cruciaal zijn bij het behandelen van herhalende nachtmerries.

Cognitieve en gedragsmatige processen beïnvloeden de ontwikkeling van een incidentele nachtmerrie naar een herhalende nachtmerrie. Een cruciaal

mechanisme lijkt het (overdag) vermijden van het terugdenken aan de nachtmerrie vanwege de hiermee gepaard gaande heftige emotie. Doordat iemand overdag bewust niet terugdenkt aan de nachtmerrie, vindt er geen spontane exposure plaats en hierdoor heeft het nachtmerriescript meer kans een geïsoleerde onafhankelijke herinnering te worden. De negatieve emoties blijven gekoppeld aan het nachtmerriescript en krijgen niet de kans om uit te doven of in de context van overdag geplaatst te worden.

Als door cognitieve vermindering de koppeling tussen de nachtmerrie en de negatieve emotie blijft, dan kan het langdurige inbeelden van de gevreesde herinnering (desensitisatie) de cognitieve vermindering doorbreken. Als de vermindering wordt doorbroken, kunnen negatieve emoties afnemen door uitdoving of herinterpretatie van het nachtmerriescript. Volgens het cognitieve model is desensitisatie van het script door exposure een manier om door deze vermindering heen te breken. Bij het doorbreken van de vermindering, kan de negatieve emotie verminderd worden waardoor de nachtmerrie minder heftig wordt en uiteindelijk verdwijnt.

Door de afwezigheid van variatie in het nachtmerriescript zijn de beelden aan elkaar gekoppeld; elke keer wordt het script in de zelfde vorm afgespeeld (maar met andere details). Met het doorbreken van het verwachtingspatroon, veranderen de nachtmerries, aldus deze theorie. Door het overschrijven van het verwachtingspatroon met een ander (vaak minder bedreigend) script wordt de nachtmerrie geherstructureerd. Dit nieuwe script kan overdag ingebeeld worden. Deze herstructurering plus desensitisatie zou volgens de theorie beter werken dan exposure alleen. Voorbeelden van een dergelijke gecombineerde aanpak zijn 'Imagery Rehearsal Therapy' – IRT (Krakow & Zadra, 2006), en 'Lucid Dreaming Therapy' – LDT (Spoomaker & Van den Bout, 2006). Zie hieronder voor een beschrijving van deze interventies.

BESCHRIJVING BEHANDELTECHNIEKEN

Er zijn verschillende technieken om nachtmerries te behandelen (zie Tabel 1). Er bestaan cognitieve gedragstechnieken die zich direct richten op de inhoud van de nachtmerries. Hiervan zijn de meest bekende: exposure, IRT en LDT.

Bij exposure schrijven cliënten de nachtmerries overdag tot in detail op (Burgess, Marks & Gill, 2001). Vervolgens denkt de cliënt bij exposure gedurende de dag bewust – en gecontroleerd – aan de situatie die hem/haar angstig maakt. Zolang de cliënt de situatie vaak genoeg inbeeldt, dooft de angst uit.

Ook bij de cognitieve herstructureringstechniek IRT (Krakow & Zadra, 2006) denken cliënten overdag bewust en gecontroleerd terug aan de nachtmerrie. Het verschil met bovengenoemde exposure is dat cliënten eerst worden geïnstrueerd om hun nachtmerries op te schrijven en een ander einde te verzinnen. Iedere verandering van het verhaal, hoe klein ook, is goed genoeg om mee te werken. Vervolgens beeldt de cliënt de nieuwe nachtmerrie overdag ver-

Tabel 1: Overzicht van de nachtmerriebehandelingen

<i>Indirecte interventies</i>		
<i>Dagboek (Neidhardt, et al., 1992)</i>	<i>Ontspanning (Burgess, et al., 1998)</i>	
Nachtmerries bijhouden waar- door (minimale) desensitisatie plaatsvindt.	Ontspanningsoefeningen zoals pro- gressieve spierontspanning.	
<i>Interventies direct gericht op de nachtmerries</i>		
<i>Imagery Rehearsal Therapy – IRT (Krakow, et al., 1995)*</i>	<i>Exposure (Burgess, et al., 1998)*</i>	<i>Lucid Dreaming Therapy – LDT (Spoormaker & Van den Bout, 2006)*</i>
Cognitieve herstructu- rering door het einde van de nachtmerries te veranderen in een typisch beter einde. Desensitisatie door het bedenken van nieuwe eindes en door het inbeelden van de nieuwe gevormde nachtmerrie.	Systematische desensiti- satie door het langdurig inbeelden van de origi- nele nachtmerrie.	Cognitieve herstruc- turering overdag en tijdens de droom zelf. Desensitisatie door het inbeelden van de nachtmerrie overdag en gelijktijdig beden- ken dat dit alleen maar een droom is (waar- door luciditeit tijdens de nachtmerrie getrigr- gerd kan worden).

Noot. * = Bij deze interventies wordt tevens gebruikt gemaakt van psycho-educatie, het bijhouden van een dagboek en ontspanningsoefeningen (IRT/LDT: veilige plek & progressieve spierontspanning; exposure: progressieve spierontspanning).

schillende keren in, met een totaal van 15-20 minuten per dag. 's Nachts komt er dan een nachtmerrie met een nieuw einde of komt de nachtmerrie helemaal niet meer terug.

Met LDT leren mensen met nachtmerries hun dromen direct te beïnvloeden (Spoormaker & Van den Bout, 2006). In een lucide droom is men zich op dat moment bewust van het feit dat hij/zij droomt. Vanuit deze lucide bewustzijnstoestand kan tijdens de slaap direct invloed uitgeoefend worden op de verhaallijn van de droom. Deze techniek kan ook toegepast worden op nachtmerries. Met LDT leert men om lucide te worden in de nachtmerries. Hierbij beelden mensen overdag in hoe ze hun nachtmerrie veranderen tijdens het dromen (vaak ook met een beter einde). Gelijktijdig bedenken ze dat de inhoud van de nachtmerrie niet echt is en alleen maar over een droom gaat ('Dit is niet echt, dit is een droom').

Naast technieken die zich direct richten op de inhoud van de nachtmerries bestaan er indirecte cognitieve gedragstechnieken zoals het bijhouden van nachtmerries in een dagboek. Ook kunnen ontspanningsoefeningen een

positieve invloed hebben op het verhoogde spanningsniveau. Als inadequate slaaphygiëne de nachtmerries in stand houden, kunnen gedragstherapeutische interventies direct gericht op de slaap zinvol zijn (voor een behandelprotocol zie Verbeek & Van de Laar, 2010).

EFFECTIVITEIT VAN DE VERSCHILLENDE TECHNIEKEN

Ontspanning, dagboek, IRT en exposure

Uit onderzoek blijkt dat van de cognitief gedragstherapeutische technieken de indirecte oefeningen, zoals het bijhouden van een nachtmerriedagboek of het doen van ontspanningsoefeningen, al effectief zijn (Burgess, Gill & Marks, 1998; Neidhardt, Krakow, Kellner & Pathak, 1992). Echter, zoals de theorie voorspelt, zijn de technieken die direct ingrijpen op de nachtmerries zoals exposure en cognitieve herstructureringstechnieken nog effectiever (Burgess et al., 1998; Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1995). Zie Tabel 2 en Tabel 3 voor een overzicht van de effectiviteit in de gecontroleerde nachtmerrie behandelstudies.

De effectiviteit van exposure is door verschillende onderzoeksgroepen aangetoond (Lancee, Spoormaker, Krakow, & Van den Bout, 2008). In face-to-face behandeling zijn gemiddelde afnamen in nachtmerriefrequentie tot 79% gerapporteerd (Celluci & Lawrence, 1979), bij een zelfhulpstudie bleek een afname van 43% (58% bij de follow-up van zes maanden; Burgess, et al., 1998). Uit diezelfde zelfhulpstudie bleek tevens dat exposure significant meer effect had dan ontspanningsoefeningen (ontspanning: 9%; wachtlijst: 7%). Ook heeft deze techniek een positief effect op comorbide klachten zoals depressie en angst (bv. Burgess, et al., 1998; Kellner, Neidhardt, Krakow & Pathak, 1992).

IRT heeft van alle technieken de meeste aandacht gekregen en lijkt het beste empirisch onderbouwd. De effectiviteit van IRT werd aangetoond in een populatie van seksueel misbruikte vrouwen (62% afname nachtmerriefrequentie; Krakow et al., 2001a), bij seksueel misbruikte meisjes van 13-18 jaar (71% afname; Krakow et al., 2001c) en mensen geworven via algemene media (67% afname; Krakow et al., 1995). De effecten van IRT blijven bestaan op de lange termijn (54% na 18 maanden en 83% na 30 maanden; Krakow, Kellner, Neidhardt, Pathak & Lambert, 1993; Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1996). Ook had IRT positieve effecten op comorbide klachten zoals depressie en angst. Aangezien IRT de enige behandeling is die in gecontroleerde studies effect had op zowel idiopathische als posttraumatische nachtmerries, werd in twee onafhankelijke overzichtartikelen geconcludeerd (Spoormaker et al., 2006; Wittmann et al., 2006) dat IRT momenteel de eerste keus in nachtmerriebehandeling is.

De American Psychological Association (APA) stelt eisen voor een goed gevalideerde behandeling (Chambless et al., 1998), namelijk: 'effecten zijn gedemonstreerd door twee verschillende onderzoeksgroepen', en 'effecten

Tabel 2: Overzicht van de verschillende gecontroleerde nachtmerrie interventiestudies

	Steekproef (eerste follow-up) ¹	Tijdsinvestering therapeut	Follow-up	Populatie / werving	Type
<i>Originele studies</i>					
Celluci & Lawrence (1979)	29 (28)	vijf weken, 45-60 min per week	één / twee weken	studenten	indiv
Miller & DiPilato (1983)	36 (32)	zes weken, 45-75 min per week	10 weken	media	indiv
Kellner et al. (1992)	28 (26)	één sessie	vier / zeven / 10 maanden	media	groep / indiv
Neidhardt et al. (1992)	20 (20)	één sessie	drie maanden	media	groep
Krakow et al. (1995)	58 (58)	één sessie, 2.5 uur	drie maanden	media	groep
Burgess et al. (1998)	206 (103)	geen	één & zes maanden	media	zelfhulp
Krakow et al. (2000) ²	169 (91)	drie sessies (2x1 uur, 1x2 uur)	drie maanden	PTSS	groep
Krakow et al. (2001a)	164 (114)	drie sessies (2x1 uur, 1x2 uur)	drie & zes maanden	PTSS	groep
Spoormaker & Van den Bout (2006)	23 (23)	1x twee uur sessie	12 weken	media	groep / indiv
Davis & Wright (2007)	43 (32)	drie weken, twee uur per week	één week / drie / zes maanden	PTSS	groep / indiv
Lancee et al. (2010a)	399 (282)	geen	vier weken	media	zelfhulp
Lancee et al. (2010c)	278 (151)	geen	vier weken / negen maanden	media	zelfhulp
Cook et al. (2010)	124 (119)	zes weken, 90 min per week		PTSS	groep
<i>Follow-up studies</i>					
Krakow et al. (1993)	20 (19)	één sessie	30 maanden	media	groep
Krakow et al. (1996)	58 (41)	één sessie, 2.5 uur	18 maanden	media	groep
Lancee et al. (in press)	198 (69)	geen	negen maanden	media	zelfhulp

1. M.u.v follow-up studies, dan is het laatste follow-up.

2. Deze studie rapporteert de 'preliminary' resultaten van Krakow et al. (2001a).

Table 3: Effectiviteit op nachtmerrie frequentie in Cohen's d van de verschillende gecontroleerde nachtmerrie interventiestudies

	IRT	EXP	LDT	ERRT	Ontspanning	Dagboek	Placebo	WL
<i>Originele studies</i>								
Celluci & Lawrence (1979)	-	2.9	-	-	-	-	0.9	0.0
Miller & Dipilato (1983) ³	1.9	1.2	-	-	-	-	-	-
Kellner et al. (1992)	1.3	-	-	-	0.7	-	-	-
Neidhardt et al. (1992)	0.7	-	-	-	-	-	-	-
Krakow et al. (1995)	0.9	1.1	-	0.3	-	-	-	0.3
Burgess et al. (1998)	0.8	-	-	-	-	-	-	0.1
Krakow et al. (2000) ²	0.9	-	-	-	-	-	-	0.3
Krakow et al. (2001a)	0.8	-	-	-	-	-	-	0.1
Spoormaker & Van den Bout (2006) ⁴	-	-	1.4 / 0.3	-	-	-	-	0.0
Davis & Wright (2007)	-	-	-	0.8	-	-	-	0.3
Lancee et al. (2010a)	0.8	0.6	-	-	0.4	-	-	0.1
Lancee et al. (2010c) ⁵	0.8 / 0.3	-	0.5	-	-	-	-	0.4
Cook et al. (2010)	0.3	-	-	-	-	-	-	0.1
<i>Follow-up studies</i>								
Krakow et al. (1993)	0.9	-	-	-	0.7	-	-	-
Krakow et al. (1996)	1.6	-	-	-	-	-	-	-
Lancee et al. (in press)	0.7	0.6	-	-	-	-	-	-

Noot. ERRT = Exposure, Relaxation and Rescripting Therapy; IRT = Imagery Rehearsal Therapy; LDT = Lucid Dreaming Therapy; WL = Wachtlijst.

3 Geen Cohen's d effect size berekening mogelijk (niet voldoende data gerapporteerd).

4 In deze studie werd gebruik gemaakt van individuele en groepstherapie (de lagere effectsize is van groepstherapie).

5 In deze zelfhulpstudie werd gebruik gemaakt van twee soorten IRT. Originele IRT en IRT met slaaphygiëne (IRT+). IRT+ had het minste effect.

zijn groter dan die van placebo/andere behandeling'. Recent is een systematisch overzichtartikel gepubliceerd (Lancee et al., 2008). In dit artikel is de literatuur tot mei 2008 onderzocht en uiteindelijk werden negen gecontroleerde studies geïdentificeerd. Verder waren er nog twee follow-up artikelen en één artikel dat voorlopige resultaten presenteerde. De methodologische kwaliteit van deze studies was wisselend en bijna alle studies hadden kleine steekproeven. In dit overzichtartikel bleek dat het effect van IRT nog niet door een tweede onderzoeksgroep is aangetoond, dat IRT geen significant betere effecten had dan een placebobehandeling en dat IRT en exposure slechts eenmaal direct met elkaar vergeleken zijn. In deze studie (Kellner et al., 1992) presteerde IRT beter (50% afname nachtmerriefrequentie versus 38%), maar dit verschil was niet significant door een relatief kleine steekproef. Hiermee voldeed IRT nog niet aan de twee eisen voor een goed gevalideerde behandeling (Chambless et al., 1998). Exposure voldeed wel aan die eisen, maar nog geen enkele gecontroleerde studie had laten zien dat exposure effect heeft op posttraumatische nachtmerries.

Dat was voor ons de reden om nieuwe gecontroleerde studies naar IRT behandeling van nachtmerries te starten. Wij voerden twee trials uit naar zelfhulp voor nachtmerries (Lancee, Spoormaker & Van den Bout, 2010a; Lancee, Spoormaker & Van den Bout, in press; Lancee, Van den Bout & Spoormaker, 2010c) en recent is er ook een trial afgesloten bij nachtmerries in een psychiatrische populatie bij GGZ Centraal (Van Schagen et al., nog niet gepubliceerde data). Een vierde trial naar de behandeling van posttraumatische nachtmerries is uitgevoerd door een andere onderzoeksgroep (Cook et al., 2010).

In de trials naar zelfhulp voor nachtmerries werd gekeken of IRT behandeling via zelfhulp ook effectief was (zie hier beneden). Ook werden in deze trials voor het eerst exposure en met IRT elkaar vergeleken met een afdoende grote steekproef. Uit de data bleek dat door IRT de nachtmerries sneller afnamen maar verrassend genoeg uiteindelijk net zo effectief was als exposure. Zowel IRT als exposure werkten significant beter dan dagboek en wachtlijst (afname nachtmerriefrequentie: IRT: 46%; EXP: 39%; DB: 28%; WL: 7%; Lancee et al., 2010a). Door dit onderzoek is nu de effectiviteit van IRT ook aangetoond door een tweede onderzoeksgroep en is IRT beter bevonden dan een andere behandeling (dagboek). Hierdoor voldoet IRT nu ook aan de APA criteria van een goed gevalideerde behandeling.

Effectiviteit overige technieken

Een andere behandeling; Exposure, Relaxation and Rescripting Therapy (ERRT), is een protocol dat op IRT lijkt maar in tegenstelling tot IRT begint met ontspannings- en exposure oefeningen. Deze behandeling is effectief gebleken ten opzicht van een wachtlijst in traumaslachtoffers met nachtmerries (57% afname in nachtmerriefrequentie; Davis & Wright, 2007). Recent is de effectiviteit van ERRT ook aangetoond in meer objectieve maten zoals huidgeleiding (Rhudy, et al., 2010).

Van LDT is de effectiviteit aangetoond in enkele ongecontroleerde studies (Spoormaker, Van den Bout & Meijer, 2003; Zadra & Pihl, 1997) en een gecontroleerde studie (Spoormaker & Van den Bout, 2006). Met als resultaten: individueel 60% afname op nachtmerriefrequentie; in groep: 16%; wachtlijst: 3%). De effecten van deze studie waren specifiek gericht op nachtmerries en niet op variabelen zoals depressie en angst. LDT is een uitdagende therapie, en de toevoeging van LDT op een IRT zelfhulpprotocol vermindert de positieve effecten juist (afname nachtmerriefrequentie: IRT: 62%; LDT: 34%; Lancee et al., 2010c). Daarom is LDT ook niet de eerste keus in de behandeling van nachtmerries, maar voor sommige type nachtmerries (weinig herhaling, steeds afwisselend) kan het te prefereren zijn omdat die geen aanknopingspunten hebben voor exposure of IRT.

Behandeling van posttraumatische nachtmerries

Behandeling van nachtmerries is ook effectief voor mensen met PTSS, ook al is voorzichtigheid noodzakelijk omdat het aanpakken van de nachtmerries bij mensen met PTSS veel verdriet en angst kan opleveren. In 2001 is een grote trial gepubliceerd waarbij alleen vrouwen met een verleden van seksueel misbruik (Krakow et al., 2001a) werden geïnccludeerd. Effecten in deze studie waren positief. Ook de ERRT van Davis & Wright is met goede resultaten onderzocht bij mensen met PTSS (Davis & Wright, 2007). Echter uit een nieuwe studie van Cook et al. (2010) bij Vietnamveteranen bleek dat IRT niet beter werkte dan een placebobehandeling (afname nachtmerriefrequentie, IRT: 17%; placebo: 11%). Een verklaring die de auteurs geven, is dat eerdere studies vaak geen actieve controlegroep gebruikten en daardoor wellicht een groter effect vonden. Een andere verklaring die zij geven is dat de onderzochte groep ernstige/complex klachten had en dat dit type cliënten ook slecht reageert op reguliere PTSS behandeling.

Zelfhulp bij nachtmerries

Door een gebrek aan kennis en therapeuten wordt de meerderheid van de mensen die last hebben van nachtmerries niet behandeld. Omdat de oefeningen voor het verhelpen van nachtmerries relatief gemakkelijk uit te leggen zijn, lijkt zelfhulp voor nachtmerries een geschikte optie. Uit een studie van Burgess et al. (1998) bleek dat exposure effectiever is dan ontspanningstechnieken en een wachtlijst (afname nachtmerriefrequentie: exposure: 43%; ontspanning: 9%; wachtlijst: 7%). Uit recent onderzoek (Lancee, et al., 2010a; Lancee, et al., in press) bleek wederom dat exposure via zelfhulp effectief is (met een afname van 39% na vier weken en 40% na negen maanden) en bleek ook dat IRT via zelfhulp effectief is in het behandelen van nachtmerries (afname na vier weken: 46%; na negen maanden: 51%). Er is ook onderzocht of het uitbreiden van IRT met slaaphygiëne en lucide dromen therapie een extra effect had, maar dit leek de effectiviteit eerder te verslechteren (met slaaphygiëne slechts 26% afname en met LDT slechts 34% afname; Lancee, et al., 2010c).

Het lijkt er op dat (bij zelfhulp) het uitbreiden van de behandeling zorgt voor verwarring en daardoor de resultaten negatief beïnvloedt.

DISCUSSIE

Nachtmerries kunnen adequaat behandeld worden met cognitieve gedragstherapie. Na verschillende interventies neemt bij een groot gedeelte van de participanten het aantal nachtmerries en ook comorbide klachten af. De technieken exposure en IRT lijken hiervoor het meest geschikt. Van deze twee technieken is IRT het meeste onderbouwd in de literatuur. Uit recente onderzoeken komt naar voren dat IRT even goed lijkt te werken als exposure. De desensitisatie van de negatieve beelden zou het cruciale element zijn in behandeling van idiopathische nachtmerries. De herstructurering versnelt mogelijk het proces en zou eerder aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt.

Een kanttekening is dat IRT en exposure werden vergeleken in een zelfhulpstudie. Bij de eerdere vergelijking in de face-to-face studie waren wel verschillen, maar deze waren niet significant. Een andere verklaring voor het uitblijven van het verschil tussen IRT en exposure is dat het IRT protocol misschien niet goed is uitgevoerd in de zelfhulpbehandeling. IRT kan ingewikkelder zijn om uit te voeren dan exposure; misschien zijn de volledige mogelijkheden niet benut. Het is mogelijk dat ondersteuning bij mensen met nachtmerries (via e-mail of face-to-face contact met een therapeut) ertoe leidt dat ze de IRT beter uitvoeren, en dat dit dan beter werkt dan exposure.

Ondersteuning van een therapeut kan wellicht ook de effectiviteit van de zelfhulpbehandelingen vergroten. Een groot aantal mensen heeft baat bij de zelfhulpbehandeling voor nachtmerries. Toch is er een groep die niet of te weinig vooruit gaat na zelfhulp. Ondersteuning van een therapeut is een voor de hand liggende aanvulling bij de zelfhulp (Palmqvist, Carlbring & Andersson, 2007). Hierdoor worden mensen die last hebben van nachtmerries gestimuleerd om de oefeningen af te maken en tot een beter einde te brengen. Al met al lijkt zelfhulp voor nachtmerries een veelbelovende optie.

Ook lijkt IRT (net als de andere nachtmerriebehandelingen) nog niet overtuigend bewezen in patiëntenpopulaties met complexe problematiek (zoals bij Vietnamveteranen). Ongecontroleerde studies lieten wel bemoedigende resultaten zien (bv. Forbes, et al., 2003; Long, et al., in press; Moore & Krakow, 2007), maar er moeten nog meer gecontroleerde onderzoeken gedaan worden om dit effect verder te onderzoeken. Voor deze groep is IRT misschien niet voldoende. In de zelfhulpstudies werden participanten met extreme scores op PTSS uitgesloten. Misschien is dit de reden dat in deze studies wel resultaten gevonden werden. Hoewel mensen met nachtmerries niet graag een dagboek bijhouden (Neidhardt, et al., 1992), is het belangrijk om dit in toekomstig onderzoek vaker in te zetten. Een dagboek geeft meer objectieve informatie (Levin & Nielsen, 2007).

Nachtmerries zijn veelvoorkomend en kunnen intens lijden veroorzaken. Daarom is er vanuit de GGZ meer aandacht voor nachtmerries nodig. Nachtmerries moeten niet altijd gezien worden als secundair probleem, maar kunnen een op zichzelf staande klacht zijn. Deze klacht moet behandeld worden door interventies die zich direct richten op de nachtmerrie. Dit overzichtsartikel toont dat het goed mogelijk is om nachtmerries te behandelen met effectieve, gerichte technieken.

SUMMARY

Cognitive-behavioral treatment for nightmares

Nightmares are a common disorder with negative consequences and a prevalence of about 2-5% in the general population. Few professionals know how to identify and treat nightmares, and although sleep awareness has grown, treating sleep disorders has yet to become a standard part of mental healthcare. Nightmares can be effectively treated with cognitive-behavioral therapy. This review article provides an overview of the available cognitive-behavioral treatments. Interventions that target the nightmares directly such as exposure and Imagery Rehearsal Therapy show the best results. It appears that in both treatments the desensitization to the nightmare is the therapeutic factor. Nightmares are a relatively independent disorder that can and should receive specific attention and treatment.

LITERATUUR

- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. (2 ed.). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Berquier, A., & Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 246-250.
- Bixler, E., Kales, A., Soldatos, C., Kales, J. D., & Healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *American Journal of Psychiatry*, 79(10), 1257-1262.
- 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.
- Burgess, M., Gill, M., & Marks, I.M. (1998). Postal self exposure treatment of recurrent nightmares: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 172, 257-262.
- Burgess, M., Marks, I.M., & Gill, M. (2001). *Self help for nightmares*. Witney: The Oxford Stress & Trauma Centre.
- Celluci, A.J., & Lawrence, P.S. (1979). The efficacy of systematic desensitisation in reducing nightmares. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 109-114.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Cristoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Cook, J.M., Harb, G.C., Gehrman, P.R., Cary, M.S., Gamble, G.M., Forbes, D., et al. (2010). Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 553-563.

- Davis, J.L., & Wright, D.C. (2007). Randomised clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 123-133.
- Forbes, D., Phelps, A., McHugh, A., 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.
- Friedman, M.J. (1997). Drug treatment for PTSD: Answers and questions. *Annals of the New York Academy of Sciences, 82*, 359-371.
- Kales, A., Soldatos, C., Caldwell, A. B., Charney, D. S., Kales, J. D., Markel, D., et al. (1980). Nightmares: Clinical characteristics and personality patterns. *American Journal of Psychiatry, 137*, 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, 149*, 659-663.
- Köthe, M., & Pietrowsky, R. (2001). Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. *Dreaming, 11*, 43-52.
- Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., et al. (2001a). 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.
- Krakow, B., Hollifield, M., & Schrader, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD; a preliminary report. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 589-609.
- Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, E.J., Pathak, D., & Lambert, L. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: With a thirty month follow-up. *Journal of Behaviour 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., Melendrez, D.C., Pedersen, B., Johnston, L., Hollifield, M., Koss, M., et al. (2001b). Complex insomnia: Insomnia and sleep-disordered breathing in a consecutive series of crime victims with nightmares and PTSD. *Biological Psychiatry, 49*, 948-953.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C.L., et al. (2001c). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health, 29*, 94-100.
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery Rehearsal Therapy. *Behavioral Sleep Medicine, 4* 45-70.
- Lancee, J., Spoomaker, V.I., Krakow, B., & Bout, J. van den (2008). A systematic review of cognitive-behavioral treatment for nightmares – toward a well-established treatment. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 4*, 475-480.
- Lancee, J., Spoomaker, V.I., & Bout, J. van den (2010a). Cognitive-behavioral self-help treatment for nightmares: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79*, 371-377.
- Lancee, J., Spoomaker, V.I., & Bout, J. van den (2010b). Nightmare frequency is associated with subjective sleep quality but not with psychopathology. *Sleep and Biological Rhythms, 8*, 187-193.
- Lancee, J., Spoomaker, V.I., & Bout, J. van den (in press). Long-term effectiveness of cognitive-behavioural self-help intervention for nightmares. *Journal of Sleep Research*.
- Lancee, J., Bout, J. van den, & Spoomaker, V.I. (2010c). Expanding self-help Imagery Rehearsal Therapy for nightmares with sleep hygiene and lucid dreaming: A waiting-list controlled trial. *International Journal of Dream Research, 3*, 111-120.
- Lavie, P. (2001). Sleep disturbances in the wake of traumatic events. *North English Journal of Medicine, 345*, 1825-1832.

- Levin, R., & Nielsen, T.A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, *133*, 482-582.
- Long, M.E., Hammons, M.E., Davis, J.L., Frueh, B.C., Khan, M.M., Elhai, J.D., et al. (in press). Imagery rescripting and exposure group treatment of posttraumatic nightmares in veterans with PTSD. *Anxiety Disorders*.
- Miller, W.R., & DiPilato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: A controlled evaluation. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *51*, 870-877.
- Moore, B.A., & Krakow, B. (2007). Imagery rehearsal therapy for acute posttraumatic nightmares among combat soldiers in Iraq. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 683-684.
- Neidhardt, E.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.
- Ohayon, M.M., Morselli, P.L., & Guilleminault, C. (1997). Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep*, *20*, 340-348.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: Does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* *7*, 291-297.
- Raskind, M., Peskind, E., Kanter, E., Petrie, E., Radant, A., Dobie, C.T.D., 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.
- Raskind, M.A., Peskind, E.R., Hoff, D.J., Hart, K.L., Holmes, H.A., Warren, D., et al. (2007). A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *61*, 928-934.
- Rhudy, J.L., Davis, J.L., Williams, A.E., McCabe, K.M., Bartley, E.J., Byrd, P.M., et al. (2010). Cognitive-behavioral treatment for chronic nightmares in trauma-exposed persons: Assessing physiological reactions to nightmare-related fear. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 365-382.
- Ross, R. J., Ball, W. A., Sullivan, K. A., & Caroff, S. N. (1989). Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 697-707.
- Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *260*, 565-570.
- Schreuder, J., Kleijn, W., & Rooijmans, H. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 453-463.
- Spoormaker, V. I. (2008). A cognitive model of recurrent nightmares. *International Journal of Dream Research*, *1*, 15-22.
- Spoormaker, V. I., & Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Reviews*, *12*, 169-184.
- Spoormaker, V. I., Schredl, M., & Bout, J. van den (2006). Nightmares: From anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Medicine Reviews*, *10*, 53-59.
- Spoormaker, V. I., & Bout, J. van den (2005). The prevalence of sleep disorders in the Netherlands. *Sleep-Wake Research in the Netherlands*, *16*, 155-158.
- Spoormaker, V. I., & Bout, J. van den (2006). Lucid dreaming treatment for nightmares: A pilot-study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *75*, 389-394.
- Spoormaker, V. I., Bout, J. van den & Meijer, E. J. G. (2003). Lucid dreaming treatment for nightmares: A series of cases. *Dreaming*, *13*, 181-186.
- Swart, M.L., van Schagen, A.M., Lancee, J. & van den Bout, J. (niet gepubliceerde data). Prevalence of nightmares in a psychiatric population.
- Taylor, F. B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T. A., Gross, C., et al. (2008). Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: A placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*, *63*, 629-632.

- Van Liempt, S., Vermetten, E., Geuze, E., & Westenberg, H. G. M. (2006). Pharmacotherapy for disordered sleep in post-traumatic stress disorder: A systematic review. *International Clinical Psychopharmacology*, *21*, 193-202.
- Verbeek, I., & Van de Laar, M. (2010). *Behandeling van langdurige slapeloosheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wittmann, L., Schredl, M., & Kramer, M. (2006). Dreaming in posttraumatic stress disorder: A critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*, 25-39.
- Zadra, A. L., & Donderi, D. O. (2000). Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 273-281.
- Zadra, A. L., & Pihl, R. O. (1997). Lucid dreaming as a treatment for recurrent nightmares. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *66*, 50-55.
- Zadra, A. L., Pilon, M., & Donderi, D. C. (2006). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *194*, 249-254.