

# Nachtmerries: prevalentie en behandeling in de specialistische ggz<sup>I</sup>

A.M. VAN SCHAGEN, J. LANCEE

**ACHTERGROND** Nachtmerries komen vaak voor in de algemene bevolking (2-8%) en worden geassocieerd met psychische problemen. Het is dan ook waarschijnlijk dat nachtmerries bij patiënten in de specialistische ggz vaker voorkomen. Ze kunnen behandeld worden met imagery rehearsal therapy (IRT). Met IRT verandert de patiënt het scenario van een terugkerende nachtmerrie en beeldt zich vervolgens de 'nieuwe droom' meerdere malen per dag in.

**DOEL** Nagaan hoe vaak nachtmerries voorkomen in de specialistische ggz en met welke problemen ze samenhangen, en onderzoeken of IRT effectief is bij patiënten met meerdere psychische stoornissen.

**METHODE** Een groep patiënten werd bij aanvang van hun behandeling in de specialistische ggz gevraagd naar hun nachtmerries. Een andere groep patiënten met nachtmerries kreeg zes sessies met IRT naast hun gangbare behandeling en de resultaten werden vergeleken met die bij een groep patiënten die alleen de gangbare behandeling had gehad.

**RESULTATEN** 30% van de patiënten bleek ernstige nachtmerries te hebben en had een hogere psychische last dan de patiënten zonder nachtmerries. Met IRT was er een vermindering van het aantal en de intensiteit van de nachtmerries en ook van psychische klachten.

**CONCLUSIE** Nachtmerries zijn een onderschat probleem voor patiënten in de specialistische ggz, maar kunnen ook bij deze patiënten goed behandeld worden met IRT.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)10, 710-716

**TREFWOORDEN** comorbiditeit, nachtmerries, specialistische ggz



Nachtmerries worden gedefinieerd als verontrustende en versturende dromen met een vaak afschuwelijke inhoud. Ze gaan gepaard met intense negatieve emoties, hetgeen als een kwelling kan worden ervaren. Wanneer de last van de nachtmerries ernstig is en het functioneren overdag invalideert, kunnen we spreken van 'nachtmerriestoornis' volgens de criteria van de DSM-IV-TR en DSM-5 (American Psychiatric Association 2000, 2013). De last komt onder andere doordat frequente nachtmerries vaak de slaap verstoren. Daarnaast hebben de nachtmerries zowel direct (via de inhoud en de intense emoties), als indirect (door de verstoorde slaap), een negatief effect op het cognitief en emotioneel functioneren overdag (Levin & Nielsen 2009). Mensen die vaak en veel intense nachtmerries hebben, kunnen zich minder goed concentreren en zijn prikkel-

baar. Ongeveer 2-8% van de algemene bevolking heeft één of meer nachtmerries per week (Schredl 2010; Sandman e.a. 2013; Kerkhof 2017).

Nachtmerries zijn gerelateerd aan verschillende psychische problemen (Li e.a. 2010; Robillard e.a. 2015; Sandman e.a. 2015). Dit geldt in het bijzonder voor posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Germain 2013), waarbij nachtmerries als een van de symptomen van de stoornis expliciet genoemd worden. Een van de vijf intrusiesymptomen van criterium B voor de diagnose van PTSS is herhaalde extreem negatieve dromen die ofwel samenhangen met de traumatische gebeurtenis of zijn begonnen na het trauma (American Psychiatric Association 2013). Ongeveer 70% van de patiënten met PTSS heeft nachtmerries (Wittmann e.a. 2007). Hoewel niet alle patiënten met PTSS nachtmerries

hebben, hangt het hebben van nachtmerries samen met een ernstigere mate van PTSS (Pigeon e.a. 2013; Gerhart e.a. 2014).

Nachtmerries worden in de klinische praktijk vaak alleen geassocieerd met PTSS, maar ze komen, in vergelijking met de algemene bevolking, vaker voor bij patiënten met psychotische stoornissen (Mume 2009; Sheaves e.a. 2015), borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Semiz e.a. 2008; Simor e.a. 2010) en depressie (Mume 2009). Ook middelengebruik komt vaak voor bij mensen met nachtmerries (Simpson e.a. 2012; Vandrey e.a. 2014). Daarnaast zijn frequente nachtmerries een risicofactor voor andere ernstige psychiatrische stoornissen zoals psychose (Fisher e.a. 2014; Thompson e.a. 2015), symptomen van borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Lereya e.a. 2016) en suïcide (Bernert e.a. 2015; Nadorff e.a. 2016).

Deze studies gaan over specifieke groepen, terwijl er in de klinische praktijk vaak sprake is van comorbide psychische problemen. Eerdere studies suggereren dat nachtmerries als symptoom veel vaker voorkomen bij patiënten met meervoudige psychiatrische stoornissen; echter, dergelijk crosssectioneel onderzoek is niet eerder uitgevoerd.

Nachtmerries kunnen gelukkig effectief behandeld worden. Sinds de jaren 70 van de vorige eeuw zijn er studies geweest naar cognitieve gedragstherapeutische interventies voor nachtmerries. Zowel indirecte interventies, onder andere ontspanningsoefeningen en registratie van nachtmerries (Lancee e.a. 2010a), als interventies direct gericht op de nachtmerries, hebben positieve effecten laten zien. Hierbij lijken de directe interventies het meeste effect te sorteren. Dit zijn:

- imaginaire exposure (IE): langdurige blootstelling aan de inhoud van de nachtmerrie door het verhaal in te beelden (Lancee e.a. 2011);

- *imagery rehearsal therapy* (IRT, in het Nederlands vertaald als 'imaginatie- en rescriptingtherapie'): veranderen van het scenario van de herhalende nachtmerrie in een nieuw scenario met een beter einde, vervolgens de 'nieuwe droom' meerdere malen per dag inbeelden (Krakow & Zadra 2010);

- lucide drometherapie (LDT): oefenen van lucide worden, d.w.z. tijdens het dromen bewust worden van het feit dat je droomt, vervolgens de nachtmerrie veranderen tijdens de droom (Lancee e.a. 2010b).

Tot dusver is IRT de best onderzochte behandeling en deze behandeling lijkt ook de beste resultaten op te leveren. Uit meta-analyses blijkt dat IRT een positief effect heeft op nachtmerriefrequentie, kwaliteit van de slaap en tevens op PTSS-symptomen (Augedal e.a. 2013, Seda e.a. 2015). Een kanttekening hierbij is dat onderzoek naar IRT uitsluitend is uitgevoerd in algemene populaties of specifiek bij patiënten met PTSS.

## AUTEURS

**ANNETTE VAN SCHAGEN**, klinisch psycholoog, Stichting Centrum '45, partner in Arq Psychotrauma Expert Groep.

**JAAP LANCEE**, universitair docent, programmagroep Klinische psychologie, Universiteit van Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Annette van Schagen, Stichting Centrum '45, Rijnzichtweg 35, 2342 AX Oegstgeest.  
E-mail: A.van.Schagen@centrum45.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-3-2018.

## Nachtmerries en de klinische psychiatrische praktijk

Uit de huidige onderzoeken is onvoldoende af te leiden in hoeverre nachtmerries voorkomen en een probleem vormen bij patiënten met diverse psychische stoornissen in de klinische praktijk van de specialistische ggz. Daarnaast is ook onvoldoende aangetoond of nachtmerries als symptoom effectief behandeld kunnen worden in deze zelfde groep. In het kader van het promotieonderzoek van de eerste auteur (van Schagen 2016) hebben we derhalve de prevalentie en correlaties van nachtmerries onderzocht in een populatie van patiënten met verscheidene psychische stoornissen. Vervolgens hebben we het effect van IRT als toevoeging aan de reguliere behandeling in de specialistische ggz onderzocht.

## Prevalentie van nachtmerries en correlatie met psychiatrische stoornissen in de specialistische ggz

Voor het onderzoek naar de prevalentie van nachtmerries in een psychiatrische populatie vulden gedurende een periode van 18 maanden 498 patiënten bij aanvang van hun behandeling bij GGZ Centraal de Meregaard, een specialistische ggz-instelling in Almere, gevalideerde vragenlijsten over nachtmerries in. Primaire diagnoses waren depressieve stoornissen (16,7%), angststoornissen (21,9%), PTSS (6,0%), persoonlijkheidsstoornissen (32,3%) en overige stoornissen (23,1%). Voor de meeste patiënten (n = 317; 63,6%) gold dat er sprake was van comorbide psychiatrische stoornissen naast de primaire diagnose.

149 (29,9%) patiënten bleken te voldoen aan nachtmerriestoorning volgens de strikte DSM-IV-criteria. Zoals verwacht hadden de patiënten met PTSS de hoogste prevalentie van nachtmerriestoorning: 67%. Het was opvallend dat in de medische dossiers van de patiënten die voldeden aan de

criteria voor nachtmerriestoornis geen DSM-IV-TR-diagnose van deze stoornis stond vermeld. Dit kan te maken hebben met de coderingsregels van de DSM-IV-TR, een andere reden kan zijn dat slaapstoornissen, waaronder nachtmerries, in de ggz over het algemeen gezien worden als een bijkomende factor. Ons onderzoek benadrukt het belang van nauwkeurige diagnostiek van nachtmerries bij patiënten met diverse psychische stoornissen (Swart e.a. 2013).

Vervolgens vergeleken wij de psychiatrische symptomen van de patiënten met nachtmerriestoornis ( $n = 149$ ) met die van de patiënten zonder nachtmerriestoornis ( $n = 349$ ). Naast de nachtmerrievragenlijsten namen we de *Symptom Check List-90* (SCL-90; Arrindell & Ettema 2003) voor het algehele klachtenniveau af, de *Severity Indices of Personality Pathology* (SIPP; Verheul e.a. 2008) en een copingvragenlijst *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS; de Ridder & van Heck 2004).

We vonden bij patiënten met nachtmerriestoornis een hoger klachtenniveau en bovendien een grotere mate van symptomen van een persoonlijkheidsstoornis, met middelgrote effectmaten ( $\eta^2_p = 0,02-0,03$ ;  $p < 0,01$ ). Hoewel dit een correlatieve studie was, waardoor we geen uitspraken kunnen doen over causale relaties, lijkt het erop dat nachtmerries indicatief zijn voor ernstigere vormen van psychiatrische stoornissen (van Schagen e.a. 2017).

### IRT voor nachtmerries bij patiënten in de specialistische ggz

Om het effect van IRT bij patiënten in de specialistische ggz met nachtmerries na te gaan, verrichtten we een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) in een patiëntengroep met diverse psychische stoornissen bij GGZ Centraal (specialistische ggz) in Amersfoort, Hilversum en Almere. 45% van de patiënten had als primaire diagnose persoonlijkheidsstoornis, bij 76% van de patiënten was er sprake van meer dan één psychiatrische stoornis. Het gemiddelde aantal jaren behandeling in de specialistische ggz was 3,6 jaar. Gemiddeld hadden de patiënten al 13 jaar last van nachtmerries.

In deze RCT voegden we 6 individuele tweewekelijkse sessies van IRT toe aan de reguliere behandeling ( $n = 44$ ) en vergeleken deze met de controlegroep met reguliere behandeling en het bijhouden van een nachtmerriedagboek ( $n = 46$ ). Beide groepen (IRT- en controlegroep) registreerden hun nachtmerries gedurende de trial.

We vonden dat IRT als toevoeging aan de reguliere therapie een positief effect had op de primaire uitkomstmaten: nachtmerriefrequentie (Cohens  $d = 0,5$ ;  $p < 0,05$ ) en nachtmerrielast (Cohens  $d = 0,7$ ;  $p < 0,01$ ). Bovendien verbeterden ook de secundaire uitkomstmaten, zoals psychiatrische symptomen (SCL-90; Arrindell & Ettema 2003) (Cohens  $d = 0,5$ ;  $p < 0,05$ ) en PTSS-symptomen (op de *Zelfinventarisatielijst*

*Posttraumatische Stresstoornis*, ZIL; Hovens e.a. 2000) (Cohens  $d = 0,7$ ;  $p < 0,01$ ). De middelgrote effectmaten bleven bestaan bij de follow-upmetingen na drie maanden, hoewel ze niet significant waren voor nachtmerriefrequentie.

Het gevonden middelgrote effect was minder groot dan de effecten die geobserveerd zijn in eerdere onderzoeken. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat onze onderzoeksgroep heterogeen was wat betreft psychiatrische symptomen en comorbiditeit van psychiatrische stoornissen. Een andere reden kan zijn dat wij in onze studie (i.t.t. de andere onderzoeken) nachtmerries registreerden – hetgeen ook een positief effect heeft – in beide condities. De effecten van IRT in onze studie overtroffen dus de effecten van registreren plus reguliere behandeling. Daarom concludeerden wij dat IRT effectief is als toevoeging aan de gangbare behandeling om nachtmerries in een psychiatrische populatie te behandelen (van Schagen e.a. 2015).

Hierop volgde een follow-upstudie naar de langetermijneffecten 6 en 9 maanden na het einde van de behandeling van de IRT-groep. De positieve effecten van IRT bleven ook op de follow-upmetingen intact. We waren niet in staat om de follow-upresultaten te vergelijken met die van de controlegroep, omdat deze groep zes maanden na randomisatie ook gestart was met IRT (van Schagen e.a. 2016).

### DISCUSSIE

Nachtmerries komen veel voor in de specialistische ggz en kunnen een groot probleem zijn voor patiënten. Het goede nieuws is dat behandeling van nachtmerries met IRT niet alleen effect heeft op de nachtmerries, maar ook op comorbide symptomen. Onze studie is een eerste onderzoek naar nachtmerries in een populatie van patiënten in de specialistische ggz. Dit maakt het een ecologisch valide onderzoek voor een populatie met complexe psychische stoornissen en comorbiditeit. Onze resultaten komen overeen met de effecten die gevonden zijn in meta-analyses en ook met die van andere studies die meer gericht waren op psychiatrische populaties (Seda e.a. 2015).

### Kanttekeningen

Er zijn echter ook enige kanttekeningen te plaatsen bij ons onderzoek. Om te beginnen bij het gebruik van een wachtlijstcontrolegroep en geen placebocontrolegroep in de RCT. Door de IRT toe te voegen aan de reguliere behandeling kunnen we niet uitsluiten dat het effect van de IRT toe te schrijven was aan non-specifieke factoren zoals aandacht van de therapeut en/of deelname aan een RCT. Wij denken dat het effect van de therapeutaandacht minimaal is, aangezien de patiënten reguliere contacten met hun eigen behandelaar hadden en gemiddeld al 3,6 jaar in behandeling waren. Desondanks hadden we het design van de

studie kunnen verbeteren door gebruik te maken van een placebo-interventie van zes sessies.

Tevens hebben we de langetermijnfollow-up na negen maanden niet kunnen vergelijken met de controlegroep, omdat deze inmiddels ook de behandeling had gekregen. Het langer in stand houden van een controlegroep zou de langetermijneffecten van de interventie in vergelijking tot het natuurlijk beloop beter in kaart gebracht hebben.

We waren niet in staat om te corrigeren voor verschillen in behandelresultaat tussen therapeuten, alsook het effect van de frequentie en duur van het inbeelden van de nieuwe droom overdag. Daarnaast moesten we de groep met psychotische stoornissen excluderen in de prevalentiestudie vanwege een te lage respons. Echter, andere studies hebben juist laten zien dat de nachtmerries waarschijnlijk prevalenter zijn in deze groep (Sheaves e.a. 2015). Tevens hebben we de groep patiënten met psychotische stoornissen geëxcludeerd van deelname aan de RCT vanuit de veronderstelling dat deze groep te moeilijk te behandelen zou zijn, of dat een psychologische behandeling onvoldoende zou werken (Ronconi e.a. 2014). Recent verschenen studies op het gebied van traumagerichte psychotherapie in deze groep laten echter zien dat deze veronderstelling waarschijnlijk niet correct is (zie Van den Berg e.a. 2016).

Tot slot vulden de patiënten niet alle vragenlijsten en nachtmerriedagboeken in waardoor we gegevens misten. De respons bij de follow-up van de RCT was lager dan verwacht, en dit kan onze resultaten beïnvloed hebben. We hebben hiervoor gecorrigeerd met *multilevel* regressieanalyses (Hox 2002) en multi-pele imputatie (Sterne e.a. 2009). Hoewel we verwaarloosbare verschillen vonden tussen de geobserveerde en de geïmputeerde data blijven deze laatste schattingen, wat noopt tot voorzichtigheid bij het interpreteren ervan. Daarnaast bleek in het invullen van de nachtmerriedagboeken een te grote opgave voor veel patiënten, met een respons van slechts 50%. We kunnen daarom geen conclusies trekken uit de data van de dagboeken. Het is dus de vraag of in de toekomst de dagboeken een onderdeel moeten blijven van de onderzoeksopzet. Mogelijk kunnen de nieuwe media, zoals gebruik van smartphone, hierin een oplossing bieden.

### Verklaringen voor positief effect van IRT

Ook wanneer we rekening houden met de beperkingen van het onderzoek lijkt er wel degelijk een positief effect van IRT te zijn. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor de werking van IRT. Lancee e.a. (2010a) hebben geopperd dat de werking van de IRT voornamelijk te danken is aan de exposure-elementen. Binnen deze veronderstelling wordt ervan uitgegaan dat IRT volgens hetzelfde mechanisme werkt als exposuretherapie (inhibitierelen), er wordt dus een nieuw geheugenspoor gevormd dat concurrert met het oude geheugenspoor (Craske e.a. 2014). Het kan ook zijn dat er bij IRT een ander proces speelt. Arntz (2012) heeft bijvoorbeeld geopperd dat er bij rescripting-technieken mogelijk een proces plaatsvindt wat UCS-evaluatie heet (van *unconditioned stimulus*). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de betekenis van de originele herinnering direct veranderd wordt en er dus niet zozeer een concurrerend geheugenspoor gevormd wordt.

Die betekenis van de nachtmerrie kan onder andere veranderen door met IRT meer macht te krijgen (*mastery*) over de negatieve elementen van de droom. Daarnaast spelen het vertrouwen in de techniek van IRT en de overtuiging dat nachtmerries te beïnvloeden zijn een grote rol. Dit refereert aan het concept *self-efficacy*, het vermogen om het eigen leven te besturen en gebeurtenissen te beïnvloeden (Benight & Bandura 2004).

We vonden dat de behandeling van de nachtmerries ook een positief effect had op andere psychiatrische symptomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat nachtmerries een centraal symptoom vormen, dat andere psychiatrische symptomen beïnvloedt, waardoor behandeling van de nachtmerries als op zichzelf staand symptoom ook de andere symptomen verbetert. Aangezien een goede slaap essentieel is voor psychisch welbevinden, is een andere verklaring dat de IRT via de nachtmerries de slaap verbetert en daarmee het algehele effect van de behandeling op alle symptomen.

Tot nu toe is nog weinig empirisch onderzoek verschenen naar de werkzame elementen van IRT, bijvoorbeeld naar het effect van het toevoegen van een dagboek. We weten dus niet welke elementen wel werken en welke niet. Bovendien zijn in de studies naar IRT tot nu toe steeds verschillende behandelprotocollen voor IRT toegepast, deze protocollen zijn echter niet met elkaar vergeleken. Het gaat dan om verschillen in inhoud, zoals instructies over het moment om de nachtmerrie aan te passen en de mate van exposure, als ook uitvoering, zoals het format (individueel of in een groep), het aantal sessies, frequentie van de sessies, en de aanwezigheid van therapeuten. Tevens is er nog weinig bekend over de timing van een interventie zoals IRT bij comorbide problematiek.

Tot nu toe is nog weinig empirisch onderzoek verschenen naar de werkzame elementen van IRT, bijvoorbeeld naar het effect van het toevoegen van een dagboek. We weten dus niet welke elementen wel werken en welke niet. Bovendien zijn in de studies naar IRT tot nu toe steeds verschillende behandelprotocollen voor IRT toegepast, deze protocollen zijn echter niet met elkaar vergeleken. Het gaat dan om verschillen in inhoud, zoals instructies over het moment om de nachtmerrie aan te passen en de mate van exposure, als ook uitvoering, zoals het format (individueel of in een groep), het aantal sessies, frequentie van de sessies, en de aanwezigheid van therapeuten. Tevens is er nog weinig bekend over de timing van een interventie zoals IRT bij comorbide problematiek.

### CONCLUSIE

In ons onderzoek hebben we aangetoond dat nachtmerries zeer invaliderend zijn voor patiënten in de ggz. Wij willen benadrukken dat nachtmerries ten onrechte veelal genegeerd worden bij patiënten met verschillende psychische stoornissen in de specialistische ggz. Het toepassen van de DSM-IV en de nieuwe DSM-5, zoals in Nederland gebruikelijk is, is hierin een probleem vanwege de coderingsregels. Daarbij komt dat in de veelgebruikte gestructureerde klinische interviews (SCID-I en MINI) die gebaseerd zijn op de

DSM-IV het hoofdstuk van slaapproblemen volledig ontbreekt (First e.a. 1997; Sheehan e.a. 1998). Het ziet er naar uit dat het SCID, dat gebaseerd is op de DSM-5, wel aandacht besteedt aan de slaap- en waakstoornissen. Tevens is er een gebrek aan kennis bij de ggz-professionals over nachtmerries en de behandeling (Thünker e.a. 2014).

Een ander belangrijk punt dat wij hebben aangetoond, is dat de nachtmerries behandeld kunnen worden met IRT, een relatief kortdurende interventie. Hoewel nog meer onderzoek nodig is naar de werkingsmechanismen en timing van IRT zijn er voldoende aanwijzingen dat IRT ook toegepast kan worden bij comorbide psychiatrische stoornissen. Er zijn vooralsnog geen contra-indicaties voor toepassing van IRT in de specialistische ggz. Klinische ervaring leert dat verlichting van één zeer invaliderend symptoom patiënten naast een succeservaring ook hoop kan geven voor verbetering van andere symptomen.

Er is inmiddels een IRT-protocol beschikbaar voor de Nederlandse markt (van Schagen e.a. 2012a, b). Dit protocol kan goed worden toegepast door therapeuten die getraind zijn in cognitieve gedragstherapie. Wij pleiten er dan ook voor dat ggz-professionals zich laten (bij)scholen op het gebied van nachtmerries en behandeling. Tevens bepleiten wij met de klachtenanamnese slaapproblemen en specifiek nachtmerries standaard uit te vragen bij patiënten in de ggz. Vervolgens kunnen behandelaars nachtmerries opnemen in het behandelplan en deze zo nodig behandelen met IRT.

## NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift 'Prevalence, correlates and treatment of nightmares in secondary mental healthcare' (van Schagen 2016; <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/342328>).

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- American Psychiatric Association APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Press; 2013.
- Arntz A. Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *J Exp Psychopathol* 2012; 3: 189-208.
- Augedal AW, Hansen KS, Kronhaug CR, Harvey AG, Pallesen S. Randomized controlled trials of psychological and pharmacological treatments for nightmares: A meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2013; 17: 143-52.
- Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther* 2004; 42: 1129-48.
- Berg DP van den, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, e.a. Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophr Bull* 2016; 42: 693-702.
- Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 1-9.
- Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B. Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behav Res Ther* 2014; 58: 10-23.
- First MB, Spitzer RL, Williams JBW & Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Washington: American Psychiatric Association; 1997.
- Fisher HL, Lereya ST, Thompson A, Lewis G, Zammit S, Wolke D. Childhood parasomnias and psychotic experiences at age 12 years in a United Kingdom birth cohort. *SLEEP* 2014; 37: 475-82.
- Gerhart JI, Hall BJ, Russ EU, Canetti D, Hobfoll SE. Sleep disturbances predict later trauma-related distress: Cross-panel investigation amidst violent turmoil. *Health Psychol* 2014; 33: 365-72.
- Germain A. Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now? *Am J Psychiatry* 2013; 170: 372-82.
- Hox JJ. Multilevel Analysis: Techniques and Applications. Mahwah: Erlbaum; 2002.
- Kerkhof GA. Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Med* 2017; 30: 229-39.
- Krakow B, Zadra A. Imagery Rehearsal Therapy: Principles and Practice. *Sleep Med Clin* 2010; 5: 289-98.
- Lancee J, Spoomaker VI, van den Bout J. Cognitive-behavioral self-help treatment for nightmares: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2010a; 79: 371-7.
- Lancee J, van den Bout J, Spoomaker VI. Expanding self-help imagery rehearsal therapy for nightmares with sleep hygiene and lucid dreaming: A waiting-list controlled trial. *Intl J Dream Res* 2010b; 3: 111-20.
- Lancee J, van Schagen AM, Swart ML, Spoomaker VI. Cognitive-behavioral treatment for nightmares. *Gedragstherapie* 2011; 44: 95-109.
- Lereya ST, Winsper C, Tang NK, Wolke D. Sleep problems in childhood and borderline personality disorder symptoms in early adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2016;
- Levin R, Nielsen T. Nightmares, bad dreams, and emotion dysregulation: A review and new neurocognitive model of dreaming. *Curr Dir Psychol Science* 2009; 18: 84-8.
- Li SX, Zhang B, Li AM, Wing YK. Prevalence and correlates of frequent nightmares: a community-based 2-phase study. *SLEEP* 2010; 33: 774-80.

- Mume CO. Nightmares in schizophrenic and depressed patients. *Eur J Psychiatry* 2009; 23: 177-83.
- Nadorff MR, Pearson MD, Golding S. Explaining the relation between nightmares and suicide. *J Clin Sleep Med* 2016; 12: 289-90.
- Pigeon WR, Campbell CE, Possemato K, Ouimette P. Longitudinal relationships of insomnia, nightmares, and PTSD severity in recent combat veterans. *J Psychosom Res* 2013; 75: 546-50.
- Robillard R, Hermens DF, Naismith SL, White D, Rogers NL, Ip TK, e.a. Ambulatory sleep-wake patterns and variability in young people with emerging mental disorders. *J Psychiatry Neurosci* 2015; 40: 28-37.
- Ronconi JM, Shiner B, Watts BV. Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *J Psychiatr Pract* 2014; 20: 25-37.
- Sandman N, Valli K, Kronholm E, Ollila HM, Revonsuo A, Laatikainen T, e.a. Nightmares: prevalence among the Finnish general adult population and war veterans during 1972-2007. *SLEEP* 2013; 36: 1041-50.
- Sandman N, Valli K, Kronholm E, Revonsuo A, Laatikainen T, Paunio T. Nightmares: risk factors among the Finnish general adult population. *SLEEP* 2015; 38: 507-14.
- Schagen A van. Prevalence, correlates and treatment of nightmares in secondary mental healthcare' [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2016.
- Schagen A van, Lancee J, Spoomaker V. Imaginatie- en rescriptingtherapie van nachtmerries. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012a.
- Schagen A van, Lancee J, Spoomaker V. Van je nachtmerries af. Werkboek voor de cliënt. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012b.
- Schagen A van, Lancee J, Swart M, Spoomaker V, van den Bout J. Nightmare disorder, psychopathology levels, and coping in a diverse psychiatric sample. *J Clin Psychol* 2017; 73: 65-75.
- Schagen AM van, Lancee J, de Groot IW, Spoomaker VI, van den Bout J. Imagery rehearsal therapy in addition to treatment as usual for patients with diverse psychiatric diagnoses suffering from nightmares: A randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e1105-e13.
- Schagen AM van, Lancee J, Spoomaker VI, van den Bout J. Long-term treatment effects of imagery rehearsal therapy for nightmares in a population with diverse psychiatric disorders. *Int J Dream Res* 2016; 9: 67-70.
- Schredl M. Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260: 565-70.
- Seda G, Sanchez-Ortuno MM, Welsh CH, Halbower AC & Edinger JD. Comparative meta-analysis of prazosin and imagery rehearsal therapy for nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *J Clin Sleep Med* 2015; 11: 11-22.
- Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 48-55.
- Sheaves B, Onwumere J, Keen N, Stahl D, Kuipers E. Nightmares in patients with psychosis: The relation with sleep, psychotic, affective, and cognitive symptoms. *Can J Psychiatry* 2015; 60: 354-61.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 20): 22-33.
- Simor P, Csoka S, Bodizs R. Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorder: Fantasy as a coping skill? *Eur J Psychiatry* 2010; 24: 28-37.
- Simpson TL, Stappenbeck CA, Varra AA, Moore SA, Kaysen D. Symptoms of posttraumatic stress predict craving among alcohol treatment seekers: Results of a daily monitoring study. *Psychol Addict Behav* 2012; 26: 724-33.
- Sterne JAC, White IR, Carlin JB, Spratt M, Royston P, Kenward MG, e.a. Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ* 2009; 338: b2393.
- Swart ML, van Schagen AM, Lancee J, van den Bout J. Prevalence of nightmare disorder in psychiatric outpatients. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 267-8.
- Thompson A, Leraya ST, Lewis G, Zammit S, Fisher HL, Wolke D. Childhood sleep disturbance and risk of psychotic experiences at 18: UK birth cohort. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 23-9.
- Thünker J, Norpoth M, von Aspern M, Özcan T, Pietrowsky R. Nightmares: Knowledge and attitudes in health care providers and nightmare sufferers. *J Public Health Epidemiol* 2014; 6: 223-8.
- Vandrey R, Babson KA, Herrmann ES, Bonn-Miller MO. Interactions between disordered sleep, post-traumatic stress disorder, and substance use disorders. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26: 237-47.
- Wittmann L, Schredl M, & Kramer M. Dreaming in posttraumatic stress disorder: A critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 25-39.



## SUMMARY

# Nightmares: prevalence and treatment in secondary mental healthcare

A.M. VAN SCHAGEN, J. LANCEE

- BACKGROUND** Nightmares are highly prevalent in the general population (2-8%) and are associated with mental problems. As a result, nightmares are likely to be more prevalent among patients in secondary mental healthcare. They can be treated with 'imagery rehearsal therapy' (IRT). With IRT the scenario of a recurring nightmare is changed, after which the 'new dream' is imagined several times a day.
- AIM** To assess the prevalence of nightmares and their associated problems in secondary mental healthcare and to find out whether IRT is also effective in patients with diverse mental disorders.
- METHOD** A patient group was asked about their nightmares at the start of their treatment in secondary mental healthcare. Another group of patients with nightmares received six sessions with IRT in addition to their conventional treatment and the results were compared to a group of patients that had only received conventional treatment.
- RESULTS** 30% patients had severe nightmares and had higher mental distress than patients without nightmares. With IRT there was a reduction in both the number and intensity of nightmares and the psychiatric symptoms.
- CONCLUSION** Nightmares are an underestimated problem for patients with diverse psychiatric disorders in secondary mental healthcare. However, nightmares can also be treated effectively with IRT in this population.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)10, 710-716

**KEY WORDS** comorbidity, nightmares, secondary mental healthcare