



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Slapen en nachtmerries

Groepsbehandeling van nachtmerries en slaapproblemen bij traumacliënten

Nachtmerries en andere slaapproblemen zoals insomnie zijn veelvoorkomende klachten bij cliënten gediagnosticeerd met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Van deze groep cliënten heeft 70% last van slaapklasten (Ohayon & Shapiro, 2000). Behandelaren geven echter weinig aandacht aan diagnostiek of behandeling van slaapproblemen. De behandeling van PTSS richt zich met name op klachten die zich overdag voordoen, terwijl de slaapproblemen de belangrijkste reden kunnen zijn voor de cliënt om hulp te zoeken (Spoormaker & Montgomery, 2008). In de afgelopen jaren is er steeds meer onderzoek gedaan naar de behandeling van nachtmerries en andere slaapklasten zoals insomnie bij cliënten met PTSS (Germain, Shear, Hall & Buysse, 2007; Forbes et al., 2003). De resultaten van de verschillende studies lijken veelbelovend en geven reden tot verder onderzoek, maar deze lijken nog niet zo door te dringen in de klinische praktijk.

¶ *Nachtmerries: wel of niet apart behandelen?*

De definitie van nachtmerries zoals wij die hanteren is minder strikt dan in de DSM-IV-TR (APA, 2000) omschreven staat, en luidt als volgt: *alle verstorende dromen waaruit de slaper direct wakker wordt* (naar Zadra & Donderi, 2000). Nachtmerries worden vaak gezien als een onderdeel of symptoom van een andere psychische stoornis, zoals PTSS (Krakow et al., 2001). De DSM-IV-TR beschrijft dat de diagnose Nachtmerries als slaapprobleem wordt uitgesloten als er een andere psychische stoornis aanwezig is. Dit impliceert dat nachtmerries alleen kunnen afnemen door behandeling van de primaire stoornis. In het geval van onze doelgroep is dat de behandeling van PTSS. Echter, na succesvolle behandeling van PTSS hebben cliënten nog regelmatig last van aanhoudende nachtmerries (Davis, 2009; Spoormaker & Montgomery, 2008). Het afgelopen decennium is er daarom steeds meer onderzoek gedaan naar behandelingen direct gericht op nachtmerries, zoals de *Imagery Rehearsal Therapy* (IRT; Krakow & Zadra, 2006). Deze methode gaat ervan uit dat nachtmerries die zijn ontstaan na het meemaken van traumatische ge-

beurtenissen een functie kunnen hebben, zoals het zich herinneren van belangrijke details. Dit kan helpen bij de verwerking van de traumatische gebeurtenis. Echter, als de angst na verloop van tijd niet afneemt en nachtmerries blijven bestaan, verliezen ze deze functie. Dan persisteren de nachtmerries. Krakow en Zadra (2006) zien persistenten nachtmerries als *learned behavior* (aangeleerd gedrag) of een gewoonte. De termen 'gewoonte' en 'automatisme' vinden wij meer passend dan 'aangeleerd gedrag' (door het ontbreken van bekrachtiging, in gedragstherapeutische termen). Door overdag aan de nachtmerrie te blijven denken, de verwachting dat de nachtmerrie weer zal komen en veranderingen in slaapgewoonten (zoals later naar bed gaan), neemt de kans op het krijgen van de nachtmerrie toe. Op deze manier wordt het terugkeren van de nachtmerrie in stand gehouden. Er wordt van uitgegaan dat nachtmerries losstaan van het PTSS-proces en apart behandeld kunnen worden.

Niet alleen nemen door de behandeling met IRT de nachtmerries af, er zijn ook aanwijzingen dat PTSS-klachten overdag afnemen, evenals angst en depressie (Forbes et al., 2003; Germain & Nielsen, 2003; Krakow et al., 2001). Spoomaker, Schredl en Van den Bout (2006) concluderen zelfs dat IRT *the treatment of choice* is voor nachtmerries.

¶ En hoe zit het met insomnie?

Het direct behandelen van nachtmerries lijkt dus zinvol en effectief. Hoe zit dat met insomnie (slapeloosheid)? Uit onderzoek blijkt dat een groot deel van de cliënten die na behandeling niet meer aan de diagnose PTSS voldoen, nog wel insomnieklachten rapporteert (Zayfert & DeViva, 2004). Dit kan ervoor pleiten dat er ook voor insomnieklachten apart aandacht moet zijn in de behandeling.

Er is wel aandacht voor slapeloosheid, maar vaak bestaat de behandeling slechts uit het voorschrijven van benzodiazepinen. En hoewel het wordt aangeraden om de gebruiksduur hiervan te beperken tot enkele weken (zie *Farmacotherapeutisch Kompas*, www.fk.cvz.nl, 2011; Waterman, Kerkhof & Strijers, 2005), worden benzodiazepinen in de praktijk vaak te lang voorgeschreven. Er is een grote groep mensen die deze middelen chronisch gebruikt. Op dit moment zijn dat er zo'n 650.000 (www.trimbos.nl, 2009). Hoewel de totale slaaptijd wordt verlengd (door toename van lichte en oppervlakkige slaap) leidt het gebruik van benzodiazepinen tot een vermindering van de hoeveelheid REM- en diepe slaap (Theunissen, Knuistingh Neven & Uges, 2001). Juist de diepe slaap heeft een belangrijke functie heeft bij fysiek herstel. Hoewel de functie van de REM-slaap (ook wel 'droomslaap' genoemd) nog niet geheel bekend is, is het in ieder geval een onmisbare slaapfase omdat deze net als de diepe slaap na

een tekort aan slaap wordt ingehaald (Kerkhof & Coenen, 2001). Het (langdurig) gebruik van deze zogenaamde 'slaapmedicatie' heeft dus minder met slapen te maken dan wordt gedacht, zo lijkt het. Het betere alternatief en de eerst aangewezen therapievorm bij insomnie is dan ook cognitieve gedragstherapie. Deze bestaat onder andere uit stimuluscontrole, slaaprestrictie, slaaphygiëne-instructies en cognitieve interventies en zullen we verderop uitgebreider beschrijven.

¶ *Nachtmerries en slapeloosheid hangen samen*

Nachtmerries en slapeloosheid hangen (deels) met elkaar samen. Door frequente nachtmerries kan angst om te gaan slapen ontstaan. Deze angst kan klachten van slapeloosheid als gevolg hebben. Daarnaast kan anticipatieangst leiden tot uitstel van het moment van naar bed gaan en kan er een verstoring in het circadiane ritme (ritme van dag en nacht) ontstaan. Door insomnieklachten, slaapdeprivatie en een verstoring van het circadiane ritme kunnen nachtmerries in frequentie toenemen en kan een vicieuze cirkel ontstaan (Van Liempt, Vermetten, De Groen & Westenberg, 2007). Uitleg over slaaphygiëne en een gezond slaappatroon lijken dus van groot belang bij de behandeling van dergelijke slaapklachten bij cliënten met PTSS. Spoomaker en Montgomery (2008) vinden het zelfs ethisch noch kosteneffectief om het reduceren van slaapklachten niet als expliciet behandeldoel mee te nemen in de behandeling van PTSS. Expliciete behandeling van slaapproblemen zou volgens hen in elke PTSS-behandeling moeten worden ingebed.

¶ *En daarom deze behandeling*

In de groepsbehandeling voor slapen en nachtmerries komen bovenstaande bevindingen samen. De behandeling bestaat uit verschillende cognitief-gedragstherapeutische interventies gericht op het verminderen van (de impact van) nachtmerries en het verbeteren van de slaapkwaliteit. Voor de aanpak van nachtmerries volgen we in grote lijnen het IRT-protocol zoals beschreven door Krakow en Zadra (2006). Nachtmerries worden hierbij aangepakt door middel van *rescripting* (het herschrijven van het 'nachtmerriescript' en het herhalend verbeelden van het nieuwe droomsript). *Rescripting* is een techniek die onder andere wordt gebruikt bij het verwerken van traumatische ervaringen bij PTSS (Smucker, 2005) en in de schema-gerichte behandeling bij borderline persoonlijkheidsstoornissen (Van Vreeswijk, Broersen, Giesen-Bloo & Haeyen, 2008).

In het oorspronkelijke IRT-protocol gaat het alleen om het herschrijven van de nachtmerriescripts en wordt geen aandacht besteed aan de samenhang tussen nachtmerries en insomnieklachten. In

deze groepsbehandeling doen we dit wel. Aan het protocol hebben we cognitief-gedragstherapeutische interventies toegevoegd voor de aanpak van insomnieklachten. Daarnaast inventariseren we het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en bieden we begeleiding door een arts bij het afbouwen hiervan indien dat voor het verbeteren van de slaapkwaliteit geïndiceerd is. Door verschillende interventies in de groep aan te bieden gericht op zowel de insomnieklachten als de nachtmerries, trachten we de vicieuze cirkel te doorbreken. In dit artikel beschrijven we de groepsbehandeling zoals deze er in de praktijk uitziet. Daarnaast geven we een eerste indruk van de effecten van de behandeling aan de hand van afgenomen vragenlijsten. Het betreft een ongecontroleerd onderzoek met een zogenaamd *convenience sample*.

DE GROEPSBEHANDELING 'SLAPEN EN NACHTMERRIES'

¶ *Indicatie en intake*

De groepsbehandeling 'slapen en nachtmerries' is onderdeel van het behandel aanbod van de afdeling Psychotrauma van PsyQ Haaglanden (www.psyq.nl, 2011). PsyQ Haaglanden is onderdeel van de Parnassia Bavo Groep en is onderverdeeld in verschillende specialistische behandelprogramma's: afdelingen gespecialiseerd in de behandeling van de meest voorkomende psychische klachten. Cliënten worden in de meeste gevallen voor de groep aangemeld door hun hoofdbehandelaar, werkzaam binnen het zorgprogramma Psychotrauma. Een enkele keer wordt een cliënt vanuit een ander zorgprogramma van PsyQ verwezen.

De meeste cliënten die worden aangemeld volgen al een individuele behandeling. Dit is vaak een behandeltraject gericht op stabilisatie: het leren van vaardigheden om beter met PTSS-klachten om te gaan, het verbeteren van zelfzorg, activering in het kader van depressieve klachten en/of gericht op het aanpakken van psychosociale problemen.

De groepsbehandeling is geïndiceerd voor cliënten met traumagerelateerde problematiek die last hebben van nachtmerries en andere slaapproblemen. Alle aangemelde cliënten worden door een van de groepstherapeuten voor een intake gezien, waarbij de volgende punten aan de orde komen:

- ▶ De therapeut maakt een inschatting van de slaapproblemen en eventuele slaapstoornissen, onder andere door afname van een vragenlijst (Slaap-50, de Nederlandse versie van de Sleep-50 van Spoormaker, Verbeek, Van den Bout & Klip, 2005).

- ▶ Hij gaat na of er daadwerkelijk sprake is van nachtmerries, en wat de duur, frequentie, ernst en aard ervan is.
- ▶ Hij inventariseert het medicatie- en middelengebruik.
- ▶ Hij bekijkt de motivatie van de cliënt. De cliënt moet bereid zijn en de mogelijkheid hebben om huiswerkopdrachten te maken en, indien van toepassing, bereid zijn om benzodiazepinen (voor zover die als slaapmedicatie worden gegeven) onder medische begeleiding af te bouwen als dat geïndiceerd is.
- ▶ Hij geeft uitleg over de groepsbehandeling en de rationale van IRT. Daarbij wordt een korte verbeeldingsoefening gedaan om te zien of de cliënt over enige verbeeldingsvaardigheden beschikt.
- ▶ Hij benadrukt de regel dat in de groep niet wordt gepraat over traumatische gebeurtenissen en niet inhoudelijk over de nachtmerries. In deze behandeling is dat niet nodig en (andere) cliënten kunnen het als belastend ervaren als dat wel zou gebeuren.

Aan het eind van het intakegesprek wordt op basis van deze punten en de in- en exclusiecriteria (figuur 1) een inschatting gemaakt of de groepsbehandeling passend is voor de cliënt.

Inclusiecriteria

- ▶ De cliënt heeft traumagerelateerde klachten en heeft nachtmerries en eventueel andere slaapproblemen, en is in behandeling bij PsyQ.
- ▶ De cliënt spreekt, leest en begrijpt voldoende Nederlands en kan schrijven (schrijven mag ook in een moedertaal anders dan de Nederlandse taal).
- ▶ De cliënt kan zich voldoende concentreren om de groepsbehandeling te kunnen volgen (hij of zij kan bijvoorbeeld luisteren naar uitleg).

Exclusiecriteria

- ▶ De cliënt heeft minder dan drie maanden last van nachtmerries.
 - ▶ Er is sprake van evidente verslavingsproblematiek (alcohol of drugs).
 - ▶ De cliënt heeft psychotische of ernstige dissociatieve klachten.
 - ▶ De cliënt vertoont onvoldoende motivatie en is niet bereid om eventuele (slaap)medicatie (benzodiazepinen) af te bouwen indien geïndiceerd.
 - ▶ De cliënt is zwakbegaafd.
-

FIGUUR 1
In- en exclusiecriteria

¶ De groep

De groepen zijn gemengd (mannen en vrouwen) en bestaan uit acht tot tien cliënten. Het zijn gesloten groepen die door twee therapeuten worden geleid. De behandeling bestaat uit acht wekelijkse sessies en twee terugkomssessies, na één maand en na drie maanden na de achtste sessie. De sessies duren twee uur met halverwege een pauze van een kwartier. Hieronder beschrijven we de opbouw van de sessies met de gebruikte interventies.

¶ Sessie I

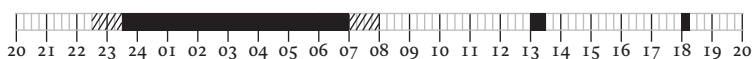
In de eerste bijeenkomst maken we kennis, bespreken we de groepsregels en geven uitleg over de groep. De cliënten krijgen een map met de data en het programma van alle groepsbijeenkomsten, inclusief de wekelijkse huiswerkopdrachten. Daarnaast zit in de map alles wat de cliënten gedurende de behandeling nodig hebben, waaronder slaap-waakkalenders (formulieren om het slaappatroon te registreren) en stellingen over slaaphygiëne.

In deze eerste sessie is de (h)erkenning belangrijk. Om deze reden inventariseren we plenair de slaapproblemen en de gevolgen voor het dagelijks leven die eenieder daarvan ondervindt. Als voorbereiding op de toepassing van IRT en om het inzicht in eigen problematiek te vergroten geven we psycho-educatie over nachtmerries. We vertellen hoe vaak nachtmerries voorkomen en bij wie en leggen ook uit dat ze in het begin functioneel kunnen zijn en kunnen helpen bij de verwerking van traumatische gebeurtenissen als de angst op den duur afneemt. Wanneer dat niet gebeurt, nemen gevoelens van angst vaak toe en verliezen de nachtmerries hun functie. We geven ook uitleg over het verschil met nachtelijke angst (*pavor nocturnus*). In tegenstelling tot nachtmerries gaan nachtelijke angsten niet gepaard met beelden en kan het na ontwaken enkele minuten duren voordat men weer voldoende georiënteerd is op de actuele situatie waarin men zich bevindt (zojuist wakker geworden in bed), hetgeen bij nachtmerries veel korter is. Ook is er vaak amnesie voor de nachtelijke angst zelf (Spoormaker, Schredl & Van den Bout, 2006; APA, 2000). Omdat er bij *pavor nocturnus* geen herinnering bestaat aan de aanleidingen van de angst, kan er geen 'script' worden herschreven en kunnen deze nachtelijke angsten niet met IRT behandeld worden.

In deze eerste sessie leggen we ook uit op welke manier nachtmerries bijdragen aan een verminderde slaapkwaliteit en insomnieklachten. Door nachtmerries ontstaat er vaak angst om te gaan slapen, wordt de slaap door het ontwaken na nachtmerries onderbroken, is er de angst om verder te slapen en worden onprettige en verstorende emoties ervaren tijdens de slaap. Ook kan het gebruik

DAG 1

Datum 18.01 Tijd naar bed 22:30 Tijd uit bed 09:00



DAG 2

Datum 19.01 Tijd naar bed 23:00 Tijd uit bed 07:00



FIGUUR 2

Voorbeeld van een ingevulde slaap-waakkalender
(www.kempenhaeghe.nl, 2011)

van middelen om nachtmerries te onderdrukken een negatieve invloed hebben op de slaapkwaliteit.

We geven uitleg over het invullen van de slaap-waakkalenders en benadrukken het belang van het invullen hiervan om zo zicht te krijgen op het slaappatroon. Figuur 2 toont een voorbeeld van een ingevulde slaap-waakkalender van twee etmalen.

Adviezen over slaaphygiëne zijn van groot belang bij de behandeling van insomnieklachten. In de groep doen we dit onder andere door middel van discussies over verschillende slaaphygiënestellingen (zie figuur 3).

Slaaphygiënestellingen

- ▶ Een of twee kopjes koffie 's avonds kan geen kwaad.
 - ▶ Het is het beste om iedere avond op dezelfde tijd naar bed te gaan.
 - ▶ Het is goed om 's avonds nog even flink te sporten, dan word je lekker moe en slaap je beter.
 - ▶ Van een paar glaasjes alcohol slaap je beter.
 - ▶ Het is niet goed om een dutje te doen overdag.
-

FIGUUR 3

Voorbeeld van een aantal slaaphygiënestellingen. Let op: deze stellingen zijn niet allemaal juist, het zijn stellingen ter discussie.

Na discussie geven we als behandelaar aan wat volgens onderzoek helpt en wat niet. We bevelen de volgende slaaphygiënemaatregelen aan (Waterman, Kerkhof & Strijers, 2005): vermijd cafeïnehoudende dranken vanaf 18:00 uur; houd bed-in- en bed-uit-tijden zo constant mogelijk gedurende de week; vermijd lichamelijke inspanning na 18:00 uur; een kleine hoeveelheid alcohol kan het inslapen bevorderen, grotere hoeveelheden leiden tot slaapstoornissen; vermijd dutjes in de avonduren, een kort dutje (twintig minuten) vroeg in de middag vormt geen probleem.

Huiswerk: dagelijks invullen van de slaap-waakkalender.

¶ Sessie 2

In de tweede bijeenkomst nodigen we altijd een 'slaapdeskundige' uit. Dit is een collega met veel kennis en ervaring op het gebied van slaapproblematiek en de behandeling hiervan. Deze komt vertellen over de functie en de basale principes van de slaap en biologische ritmen, en de invloed van externe factoren op de slaap zoals medicatie en alcohol. Door op deze manier kennis van en inzicht in de eigen slaap te vergroten, leren cliënten welke gewoonten wel en niet bevorderlijk zijn voor de slaap. Voor veel cliënten is bijvoorbeeld de uitleg over waarom het uitstellen van de slaap (uit angst voor nachtmerries) juist meer nachtmerries in de hand werkt een eyeopener. Door het uitstellen van het naar bed gaan, slapen cliënten vaak alleen de tweede helft van de nacht. Wij leggen uit dat zij hierdoor de kernslaap missen (met daarin de belangrijke diepe slaaphygiënemaatregelen) en dat in de tweede helft van de nacht de REM-slaapperiodes langer duren en de kans op het ontwikkelen van nachtmerries hierdoor toeneemt.

Ook komen disfunctionele cognities aan de orde die een in stand houdende rol kunnen spelen bij insomnie. Dit zijn cognities als: 'Ik moet ten minste acht uur slapen'; 'Ik moet nu slapen, anders kom ik morgen de dag niet door.'

Door de ingevulde slaap-waakkalenders kunnen we in één oogopslag het slaappatroon van cliënten van de afgelopen week zien. De slaapdeskundige en de groepstherapeuten geven op basis hiervan individueel advies over welke eerste stap eenieder kan zetten om het slaappatroon te verbeteren. We schenken expliciete aandacht aan de rol van slaapmedicatie en het eventueel afbouwen hiervan.

Huiswerk: dagelijks invullen van de slaap-waakkalender, lezen brochure *Slaapstoornissen, als de nacht geen rust geeft* (Fonds Psychische Gezondheid, 2009).

¶ Sessie 3

Zowel in deze sessie als in volgende frissen we de informatie uit sessie 2 op, zodat cliënten steeds beter begrijpen hoe slaap werkt en wat helpt om de slaapkwaliteit te verbeteren.

We bespreken in deze en iedere volgende sessie de slaap-waakkalenders, bekrachtigen iedere stap in de goede richting die cliënten zetten en adviseren bij het nemen van volgende stappen. We leren cliënten hun slaap te verbeteren door verschillende interventies: psycho-educatie, advies op het gebied van slaaphygiëne, stimuluscontrole, slaaprestrictie en cognitieve interventies. Voorbeelden van advies over slaaphygiëne kwamen hiervoor al aan de orde. Onder stimuluscontrole wordt verstaan dat wanneer je langer dan een half uur wakker in bed ligt, je uit bed gaat, rustig gaat zitten in een andere ruimte, wacht tot je weer slaperig wordt en dan terug naar bed gaat. Het idee hiervan is dat zo de associatie tussen bed en/of slaapkamer en niet slapen minder sterk wordt. Slaaprestrictie houdt in dat de cliënt de tijd die hij of zij in bed doorbrengt terugbrengt. Veel cliënten slapen maar een klein deel van de tijd dat ze in bed liggen. De slaapefficiëntie is dan laag (veel uren in bed, maar weinig uren slaap). Door de tijd in bed (TIB) terug te brengen, wordt de slaapdruk verhoogd en verhoogt ook de slaapefficiëntie (minder uren in bed, maar relatief meer uren slapend doorgebracht). Dit geeft de cliënt meer vertrouwen in het slapen. Bij een goede slaapefficiëntie kan de TIB steeds met een kwartier of halfuur worden uitgebreid. Cognitieve interventies zijn gericht op het uitdagen van disfunctionele cognities. Door dit soort gedachten in een discussie in de groep uit te dagen kan er een meer functionele gedachte voor in de plaats komen, zoals: 'Als ik nu niet slaap, ben ik misschien wel moe morgen, maar kan ik toch functioneren.' Door het verminderen van storende gedachten kan de spanning afnemen, wat het slapen kan vergemakkelijken (voor een uitgebreide beschrijving hiervan zie Waterman, Kerkhof & Strijers, 2005). Deze onderdelen komen aan het begin van elke sessie terug maar zullen we in de beschrijving van de volgende sessies niet telkens herhalen.

We beginnen met IRT volgens het protocol van Krakow en Zadra (2006) en discussiëren onder meer over de vraag of de nachtmerries nog steeds een functie hebben, ooit voordelen hadden en hoe de hardnekkigheid ervan te verklaren valt.

Ten slotte doen we eenmalig een korte ontspanningsoefening (progressieve relaxatie) in de groep. Hoewel sommige auteurs deze interventie afraden bij PTSS-clieënten (Spoormaker & Montgomery, 2008) merken we in de praktijk dat deze oefening voor een aantal cliënten kan bijdragen tot ontspanning en een beter slaappatroon. Anderen kan het juist meer spanning geven en daarom laten we cliënten vrij om te kiezen of ze wel of niet mee willen doen. Cliënten

kunnen een cd met de ontspanningsoefeningen meekrijgen. We bespreken andere ontspanningsmogelijkheden en het belang van activiteiten overdag in deze en volgende sessies. Hieronder beschrijven we Dieneke, die een aantal van de bovengenoemde interventies heeft toegepast.

Huiswerk: dagelijks invullen van de slaap-waakkalender, ontspanningsoefeningen of andere ontspannende activiteiten doen. De stelling 'nachtmerries kunnen een eigen leven leiden' verder overdenken.

CASUS I

Dieneke is 35 jaar. Zij is langdurig seksueel misbruikt en fysiek mishandeld vanaf haar vroege jeugd. Zij heeft bij aanvang van de groepsbehandeling een volledig verstoord slaappatroon. Het dag- en nachtritme is omgedraaid en zij is doodmoe. Zij slaapt overdag enkele uren en stelt de slaap 's nachts uit vanwege haar angst voor het krijgen van nachtmerries. Meestal gaat ze pas tegen de ochtend naar bed en is dan meestal alweer snel in paniek wakker, door nachtmerries met een gruwelijke of bizarre inhoud. Ze gebruikt dagelijks slaapmedicatie, maar 'vecht' veelal tegen de werking hiervan, omdat ze alert wil blijven. Om wakker te kunnen blijven kijkt ze frequent naar horrorfilms. Het verstoorde slaappatroon begon al in de kindertijd. Destijds was het voor haar uit veiligheidsoverwegingen noodzakelijk om 's nachts alert te blijven.

In de groep leert ze veel over slaap. Haar wordt uitgelegd dat het erom gaat de slaap zo efficiënt mogelijk te krijgen. Ze vult dagelijks een slaap-waakkalender in wat haar en ons inzicht geeft in haar slaappatroon. Daarnaast krijgt zij het advies niet meer te kijken naar horrorfilms, onder meer omdat de inhoud van die films verweven lijkt met nachtmerries over traumatische ervaringen. Het belang van vroeg opstaan wordt benadrukt, zodat zij 'vroeg daglicht in de ogen kan krijgen'. Dit is belangrijk om het normaliseren van het bioritme meer kans van slagen te geven. Vroeg opstaan is ook belangrijk om het aantal nachtmerries te reduceren (de kans op nachtmerries is tegen de ochtend groter) en om de hoeveelheid oppervlakkige slaap te reduceren, die vaak meer vermoeidheid overdag in de hand werkt.

De eerste stap is het zetten van de wekker om 8:00u en uiterlijk opstaan om 8:30u, hoe slecht ze ook geslapen heeft. Het advies is om de slaapmedicatie stapsgewijs in overleg met de behandelend arts af te bouwen.

Dieneke bouwt de slaapmedicatie echter zelf in hoog tempo af (met zoals voorspelbaar ook ontwenningverschijnselen en

tijdelijke toename van de nachtmerries). Binnen enkele weken lukt het deze zeer gemotiveerde cliënte om haar slaappatroon drastisch te wijzigen in een meer normaal patroon. Ze stelt alles in het werk om zich overdag wakker te houden en om zich 's avonds over de angst voor nieuwe nachtmerries heen te zetten. Ze mijdt het kijken naar horrorfilms en doet ontspanningsoefeningen. De nachtmerries blijken in frequentie af te nemen naarmate zich een normaler slaappatroon ontwikkelt en de slaap is geleidelijk aan langer ononderbroken. Vervolgens pakt zij met succes haar nachtmerries aan met IRT.

¶ Sessie 4

In deze sessie gaan we verder met de IRT. We gaan in op de stelling dat nachtmerries een eigen leven kunnen leiden en leggen het uitgangspunt van IRT uit: nachtmerries worden in stand gehouden omdat ze een gewoonte of automatisme zijn geworden. In de groep discussiëren we over deze stelling (wie is het er wel of niet mee eens, en waarom, wat zijn argumenten voor en tegen de stelling) en stellen vragen als: 'Als je op vakantie bent, heb je dan ook last van nachtmerries?', of: 'Als de nachtmerries helpen bij het verwerken van het trauma, hoe komt het dan dat je er nog steeds last van hebt na al die tijd?' Door de discussie op deze manier aan te gaan zien we dat de meeste cliënten zich uiteindelijk (deels) in de stelling kunnen vinden, wat ook nodig lijkt voor een succesvolle behandeling. Immers, als het vertrouwen in de behandeling laag is doordat een cliënt zich niet kan vinden in de rationale, zal dat waarschijnlijk negatieve invloed hebben op het behandelresultaat.

We leggen cliënten de vraag voor of door nachtmerries direct te behandelen symptoomvervanging plaats zal vinden (als op een gebied een klacht afneemt, zal deze op een ander gebied toenemen). We vertellen dat dit niet het geval is. Sterker nog, uit onderzoek en uit onze ervaringen komt naar voren dat er aanwijzingen zijn dat andere PTSS-klachten ook afnemen. Ten slotte geven we uitleg over het begrip verbeelding, hoe dit een rol speelt bij allerlei verandingsprocessen in het dagelijks leven en doen een korte verbeeldingsoefening. In deze verbeeldingsoefening laten we de cliënten zich bijvoorbeeld in gedachten voorstellen dat zij op een voor hen prettige plek in hun huis zijn en vragen we hun dit goed te visualiseren. Daarna vragen we hun om iets te veranderen in hun huis, bijvoorbeeld de stoel op een andere plek zetten, de muur een andere kleur geven enzovoort. Als dit gelukt is, vragen we hun om de verandering in gedachten weer ongedaan te maken. Het is belangrijk dat de cliënten ervaren dat zij in gedachten zich iets kunnen voorstellen en een verandering in gang kunnen zetten.

Huiswerk: dagelijks invullen van de slaap-waakkalender, ontspanningsoefeningen of andere ontspannende activiteiten doen, oefenen met verbeelding (iets in huis veranderen in gedachten, of in de straat waar zij wonen en verbeelden op een prettige plek te zijn) en een lijstje maken van nachtmerries (in steekwoorden of korte zinnen) geordend van meest beladen naar minst beladen. Het is hierbij expliciet niet de bedoeling dat cliënten hun nachtmerries uitschrijven. Het doel van het lijstje is om de IRT te beginnen met de minst beladen nachtmerrie of nare droom om de kans op succes zo groot mogelijk te maken.

¶ Sessie 5

We beginnen met het evalueren van de verbeeldingsoefeningen. Daarna introduceren we het begrip 'nachtmerrie-identiteit' (Krakow & Zadra, 2006). Wanneer nachtmerries al zo lang deel uitmaken van het leven van cliënten, zijn ze vaak onderdeel van hun identiteit geworden. Cliënten kunnen zich gaan zien als 'iemand die nu eenmaal nachtmerries heeft', vergelijkbaar met mensen die roken die zichzelf als 'roker' zien. Voor een aantal cliënten is het dan ook onwennig om zich een leven zonder nachtmerries voor te stellen. We bespreken hoe verbeelding kan helpen om een nieuwe 'identiteit' te ontwikkelen waar nachtmerries geen deel meer van uitmaken: het verbeelden van een nieuwe situatie is vaak een eerste stap in veranderingsprocessen. De laatste vraag voor het echte rescriptingwerk begint, is: 'Ben je klaar om je nachtmerries aan te pakken?' Bij niet alle cliënten is dit het geval, zoals bij Susan, beschreven in casus 2.

CASUS 2

Susan is 47 jaar. Zij heeft in haar huwelijk fysiek geweld meegemaakt. Zij brengt in de discussies naar voren dat zij er niet van overtuigd is dat nachtmerries een eigen leven kunnen leiden. Zij meent dat in haar situatie de terugkerende nachtmerries nog steeds een functie hebben, ook al heeft ze deze nachtmerries al vele jaren. Zij denkt dat zij de nachtmerries nodig heeft om te kunnen gaan verwerken en wil ze op dat moment niet kwijt. Ze besluit met de groepsbehandeling te stoppen.

Om te beginnen met het herschrijven geven we de instructie zoals beschreven in figuur 4. We leggen daarbij uit dat een nachtmerrie te vergelijken is met een nare film. In plaats van machteloos toe te kijken hoe de nare film zich telkens afspeelt, krijgen cliënten nu zelf de

 Instructie voor IRT

Verander je nachtmerrie als volgt:

- ▶ Selecteer een nachtmerrie, om te beginnen bij voorkeur een die relatief weinig spanning oproept en niet een die een rechtstreekse weergave is van een trauma.
 - ▶ Verander deze nachtmerrie in een 'nieuwe droom' op elke manier die je wenst; begin de verandering in de nieuwe droom op het moment dat in de nachtmerrie de spanning oploopt. Het is belangrijk dat de nieuwe droom wel overeenkomsten heeft met de oude nachtmerrie. Belangrijk is ook dat de nieuwe droom goed 'voelt'.
 - ▶ Verbeeld deze nieuwe droom vier tot zes keer per dag gedurende enkele minuten op een door jou gekozen moment.
 - ▶ Ga elke dag door met deze instructies. Overweeg ook om elke drie tot zeven dagen andere nachtmerries te veranderen, zodanig dat je niet meer dan een of twee nieuwe dromen oefent per week.
-

FIGUUR 4

Instructie IRT voor het herschrijven van de nachtmerrie en het oefenen van de nieuwe droom

rol van regisseur. De cliënt herschrijft de nare film tot een nieuwe, minder beladen film. Hij bepaalt zelf de afloop en maakt gebruik van verbeelding om deze nieuwe film steeds voor zich te zien.

Belangrijk is weer dat cliënten niet de nachtmerrie uitschrijven, maar echt alleen het nieuwe script. Het begin van de nieuwe droom moet overeenkomen met het begin van de nachtmerrie. De spanning in de droom moet niet te hoog oplopen voor een andere wending gegeven wordt, anders blijft de nieuwe droom een nachtmerrie en is de angst om te oefenen vaak te groot (casus 3).

Huiswerk: dagelijks invullen van de slaap-waakkalender, ontspanningsoefeningen of andere ontspannende activiteiten doen, en start met de IRT.

CASUS 3 [begin]

Fred is 49 jaar. Hij is enkele jaren geleden getuige geweest van de zelfmoord van zijn overspannen zus. Hij heeft hierover steeds dezelfde nachtmerrie en veel schuldgevoelens de zelfmoord niet te hebben kunnen voorkomen, ook al weet hij rationeel dat hij hier geen schuld aan heeft. Hij heeft geen andere verstorende dromen waarmee hij IRT zou kunnen oefenen. In zijn nacht-

merrie ziet hij keer op keer hoe ze na hun woordenwisseling van het balkon van zijn flat afspringt en hoe hij haar tevergeefs probeert tegen te houden. Het rescripthen verloopt lastig, en met name het oefenen met het nieuwe script lukt niet. Fred wil met de groepsbehandeling stoppen, omdat hij zich er alleen maar angstiger door voelt worden.

¶ Sessie 6

In deze sessie bespreken we de voortgang van het herschrijven van de nachtmerries en welke problemen zich eventueel hebben voorgedaan. Vanaf deze sessie is er ruimte voor individuele hulp van de therapeuten bij het herschrijven en verbeelden van het nieuwe script. Cliënten kunnen bijvoorbeeld problemen hebben met het creatieve proces (het niet kunnen bedenken van een geschikte wending); met een te hoog angstniveau door bijvoorbeeld het te laat inzetten van de wending, of ze kunnen moeite hebben met verbeelden door bijvoorbeeld concentratieproblemen of herbelevingen. De therapeut kan de cliënt op ideeën brengen omtrent mogelijke wendingen en dit de cliënt al verbeeldend laten toetsen. Bij veel concentratieproblemen kan hij bijvoorbeeld helpen met het uitschrijven van het bedachte script (soms zelfs door woord voor woord te dicteren bij zeer chaotische cliënten) en dit al lezend stap voor stap laten verbeelden. Ook kunnen stoptechnieken worden aangeleerd voor herbelevingen, zodat de cliënt zich beter kan richten op de rescripting. Voor de begeleiding bij het herschrijven gaan we met de cliënt apart zitten, omdat het nodig is kort inhoudelijk op de nachtmerrie in te gaan. De andere groepsleden werken dan in de groep individueel verder aan de IRT. Een cliënt kan zelf vragen om individuele ondersteuning, maar wij bieden deze ook actief aan wanneer wij denken dat dit wenselijk is, bijvoorbeeld in geval van vermijding. Als er onvoldoende tijd is voor individuele begeleiding tijdens de groepsessie, maken we met de cliënt hiervoor een aparte afspraak tussen de sessies door.

CASUS 3 [vervolg]

Fred wordt aangemoedigd om gebruik te maken van individuele ondersteuning. Het blijkt dan dat hij de wending op een veel te laat moment in de nieuwe droom laat plaatsvinden, waardoor de spanning onnodig hoog oploopt en de nieuwe droom eigenlijk nog steeds een nachtmerrie is. Door hem op een veel vroeger moment in te laten grijpen (namelijk direct na het moment dat zijn zus aanbelt, waarna hij met haar en zijn vrouw naar beneden

loopt om een wandeling te maken, in plaats van dat hij zijn zus in de woonkamer laat komen en de woordenwisseling laat plaatsvinden) lukt het hem deze nachtmerrie te herschrijven in een droom met een betere afloop. Al tijdens het verbeelden van dit nieuwe script zakt de spanning zienderogen en concludeert hij dat het met dit script wel haalbaar is om thuis te oefenen. Als hij een week later terugkomt in de groep, blijkt deze nachtmerrie niet meer voorgekomen te zijn, maar hij heeft er allerminst vertrouwen in dat dit zo zal blijven. Gedurende een aantal weken oefent hij dagelijks vier tot zes keer met het verbeelden van het nieuwe script. Als hij in de terugkombijeenkomsten rapporteert dat de nachtmerrie nog steeds weg is, blijkt hij er inmiddels ook vertrouwen in te hebben dat dit zo blijft.

Verder inventariseren we in deze sessie in hoeverre cliënten last hebben van piekeren, wat het in slaap vallen kan belemmeren, en geven informatie over 'gestructureerd piekeren' als methode om dit aan te pakken (www.teleac.nl/beterslapen, 2011). Deze methode kan helpen bij cliënten die last hebben van piekeren over alledaagse dingen en is niet bedoeld voor de aanpak van opdringende herinneringen over traumatische ervaringen.

Ten slotte geven we de cliënten vanaf deze bijeenkomst de mogelijkheid om een of enkele sessies psychodrama te volgen (individueel of in een klein groepje) gericht op het verbeelden en uitbeelden van het nieuwe script. Een collega geeft een korte demonstratie psychodrama en legt uit hoe psychodrama ondersteunend kan werken bij IRT. Psychodrama bevelen we aan als cliënten moeite hebben met het herschrijven, het verbeelden of het voelbaar maken van het nieuwe script, zoals in het geval van Ilse (casus 4).

Huiswerk: verder met IRT. Dagelijks invullen van de slaap-waakkalender, en ontspanningsoefeningen of andere ontspannende activiteiten doen.

CASUS 4

Ilse is 54 jaar. Zij is getraumatiseerd door geweld in de partnerrelatie. Zij heeft al met succes zelfstandig twee nachtmerries geschreven die betrekking hadden op het geweld in de partnerrelatie. De meest beangstigende nachtmerrie gaat over seksueel misbruik van haar kinderen. Zij vraagt onze hulp bij het aanpakken van deze nachtmerrie. Het betreft een nachtmerrie waarin ze ziet hoe haar kinderen en kleinkinderen door een familielid misbruikt worden. De nachtmerrie begint altijd met de dader die

eerst lief met de kinderen speelt, ze daarna gaat aanraken en hen vervolgens gaat uitkleden. Op dat moment voelt cliënte hevige angst opkomen en schrikt ze even later in paniek wakker. Door cliënte al verbeeldend steeds te laten nagaan hoe de wijziging die ze bedacht heeft voelt, komt ze geleidelijk aan tot het volgende script: zodra ze de dader de kinderen ziet aanraken schreeuwt ze naar hem: 'Laat ze met rust!' Er valt vervolgens een dikke muur voor de dader waardoor hij niet meer zichtbaar is en ze troost de kinderen. Het schreeuwen voelt aanvankelijk niet helemaal goed (omdat ze schreeuwen eigenlijk niet zo bij haar vindt passen) maar al verbeeldend komt ze er steeds op uit dat ze toch wil schreeuwen. Met behulp van psychodrama heeft ze dit script, inclusief het schreeuwen, geoefend totdat ze de goede mate van kracht in het schreeuwen vond.

¶ Sessie 7 en 8

In de zevende en achtste sessie bespreken we onder andere de voortgang van de IRT en komen we terug op eerder besproken onderdelen als ontspanning. Daarnaast is er ruimte voor individuele ondersteuning bij het herschrijven en verbeelden van de nieuwe dromen. Cliënten kunnen buiten de groepstijden afspraken maken voor individuele ondersteuning en ook na de achtste zitting, in de periode tot de tweede terugkombijeenkomst, en zelfs in de periode daarna. We doen dit aanbod omdat niet alle cliënten klaar zijn met het herschrijven van alle nachtmerries na de tweede terugkomssessie en het herschrijven van de moeilijkste nachtmerries soms uitstellen.

Huiswerk: doorgaan met de IRT. Dagelijks invullen van de slaap-waakkalender (na sessie 8 optioneel, maar in elk geval een week voor de eerste terugkomssessie de slaap-waakkalender invullen), ontspanningsoefeningen of andere ontspannende activiteiten doen.

¶ Terugkomssessies: een en drie maanden na sessie 8

In de twee terugkomssessies bespreken we de slaap-waakkalenders opnieuw en voorzien ze waar nodig van adviezen. We bespreken hoe het toepassen van de IRT verloopt en soms is het nodig de techniek nog wat op te frissen. We geven wederom ruimte voor individuele ondersteuning bij de IRT.

Voor een van de terugkomssessies nodigen we de slaapdeskundige uit voor eventuele aanvullende adviezen. In de laatste sessie evalueren we de behandeling met de cliënten.

CASUS 5

Hind is 41 jaar. Zij is getraumatiseerd door de oorlog in Irak en heeft verschillende familieleden verloren. Zij heeft al jarenlang last van verschillende recidiverende nachtmerries en kan gedurende de groepsperiode lange tijd niet geloven dat deze echt te behandelen zijn. Met veel aanmoediging van onze kant en met individuele ondersteuning herschrijft zij met redelijk succes een nare droom over een vriendin die steeds ruzie met haar maakte. Het aanpakken van de moeilijkste nachtmerrie blijft ze uit de weg gaan en heeft ze ook bij de tweede terugkombijeenkomst niet herschreven. Ze heeft geen gebruik gemaakt van het aanbod voor individuele afspraken in de periode tussen de terugkombijeenkomsten. Ze kan niet geloven dat aan deze moeilijke nachtmerrie wat te doen is. Deze nachtmerrie gaat over de moord op haar moeder door een groep vrouwen in zwarte kleding. Dit speelt zich af in een dal, waarbij Hind vanaf een hoogte machteloos toekijkt. Succesverhalen van medegroepsgenoten in de tweede terugkombijeenkomst stimuleren haar om alsnog gebruik te maken van het aanbod voor individuele begeleiding na de groepsperiode. Na enkele individuele sessies, waarbij verschillende wendingen in het script zijn uitgeprobeerd door cliënte, lukt het haar om ook deze nachtmerrie te laten verdwijnen. In de nieuwe droom laat ze haar moeder vanuit het dal naar zich toe komen, doordat het stukje grond waarop moeder zit omhoogkomt, als een soort pilaar. De vrouwen in het zwart blijven achter. Als de pilaar omhoogkomt, ziet Hind haar moeder naar haar lachen en helpt ze haar moeder op de kant.

BEVINDINGEN TOT NU TOE

Om een eerste indruk te krijgen van de werkzaamheid van deze groepsbehandeling hebben we gedurende de behandeling enkele keren de vragenlijst *Slaap-50* afgenomen bij alle deelnemende cliënten. Hieronder bespreken we die lijst en de uitkomsten ervan.

¶ Cliënten

Vanaf mei 2005 tot november 2008 zijn er acht groepen volgens de hierboven beschreven methode behandeld. In totaal begonnen er 57 cliënten. Veertien van hen stopten na de eerste of tweede bijeenkomst met de behandeling. Redenen voor drop-out waren onder andere het missen van de eerste of tweede sessie vanwege ziekte of het vergeten van de afspraak, geen vrij kunnen krijgen voor de behandeling onder werktijd, en een gebrek aan motivatie.

De groep van 43 cliënten die overbleef, bestond uit 31 vrouwen en 12 mannen met een gemiddelde leeftijd van 39,9 jaar ($SD = 9.8$, minimum 20 jaar, maximum 56 jaar).

¶ Slaap-50

De Slaap-50 is de Nederlandse versie van de Sleep-50 (Spoormaker, Verbeek, Van den Bout & Klip, 2005). Deze vragenlijst maakt onderscheid tussen slaapklachten en slaapstoornissen en bestaat uit vijftig items waarbij moet worden aangegeven in hoeverre een uitspraak over slaap en slaapomstandigheden van toepassing is. De items worden gescoord op een 4-punts-schaal waarbij 1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = tamelijk veel en 4 = zeer veel. De somscores worden berekend door alle items op te tellen en de range loopt van 50 tot 200. Naast het in kaart brengen van slaapklachten gebruiken we de Slaap-50 ook om op slaapstoornissen te screenen. Dit houdt in dat wanneer cliënten hoger scoren dan een bepaalde cut-off score er een grote kans bestaat dat de betreffende slaapstoornis aanwezig is (zie Spoormaker et al., 2005, voor de verschillende cut-off scores).

De Slaap-50 namen we op drie momenten af: bij intake en bij de eerste en tweede terugkomsessie. We hebben bij de subschalen Slaapklachten gekeken naar die variabelen waarop we verbetering verwachtten: *Insomnie*, *Nachtmerries*, *Impact op functioneren* en *Rapportcijfer* (voor de slaap). De resultaten staan weergegeven in tabel 1.

TABEL 1
Resultaten op de subschalen van de Slaap-50. Gemiddelde en standaarddeviatie op meting 1, 2 en 3, significantie tussen meting 1 en 3 (Sidak), en effectgroottes (Cohen's d).

Subschalen Slaapklachten	Meting 1	Meting 2	Meting 3	M1-M3	Cohen's d
	Gemiddelde (SD)			p	
	$n=43$	$n=29$	$n=31$		
Insomnie	29.1 (5.3)	20.7 (3.3)	20.8 (7.9)	.000	1.2
Nachtmerries	16.4 (2.3)	10.3 (7.1)	11.3 (6.8)	.000	1.0
Impact op functioneren	18.9 (3.9)	15.2 (5.2)	14.1 (5.3)	.000	1.0
Rapportcijfer	4.0 (1.5)	6.0 (2.1)	6.3 (1.7)	.000	-1.4

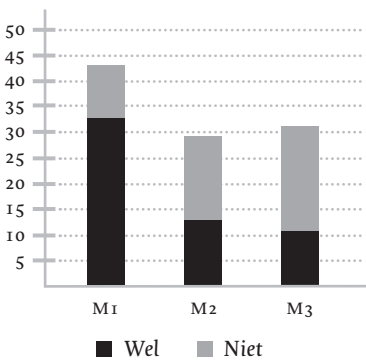
Tussen meting 1 en meting 3 is een afname van klachten te zien op de subschalen *Insomnie*, *Nachtmerries* en *Impact op functioneren*. Ook is te zien dat cliënten na de behandeling een hoger rapportcijfer geven voor hun slaap dan voor de behandeling. Bovendien zijn de gemeten effectgroottes (Cohen's *d*) groot.

In figuur 5 en 6 is te zien dat het aantal cliënten bij wie de diagnose *Nachtmerries* en *Insomnie* als slaapprobleem gesteld kon worden, zoals gemeten met de *Slaap-50*, vooraf groter is dan na deelname aan de groepsbehandeling.

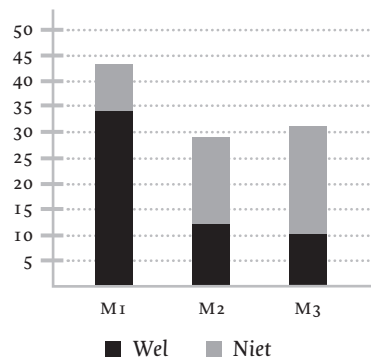
Samenvattend komen de resultaten erop neer dat cliënten na deelname aan de groepsbehandeling aangeven minder last te hebben van insomnieklachten en nachtmerries. Daarbij geven ze aan dat de negatieve impact van het slapen op het functioneren overdag is afgenomen. Tevens geven ze hun slaap gemiddeld een hoger rapportcijfer. Als laatste komt naar voren dat na deelname aan de groepsbehandeling minder cliënten voldoen aan de diagnose *Insomnie* en *Nachtmerries* dan voor deelname.

CONCLUSIE

Met bovenstaande resultaten kunnen we concluderen dat de groepsbehandeling 'slapen en nachtmerries' een positief effect lijkt te hebben op nachtmerries en andere slaapproblemen. We zien dat op de gebieden waar de behandeling op is gericht (vermindering van de last van nachtmerries, verbeteren van slaapkwaliteit en het verbeteren



FIGUUR 5
Aantal cliënten dat wel en niet de diagnose *Insomnie* heeft op de verschillende meetmomenten (Pearson Chi-Square .001)



FIGUUR 6
Aantal cliënten dat wel en niet de diagnose *Nachtmerries* heeft op de verschillende meetmomenten (Pearson Chi-Square .000)

van functioneren overdag) de meeste resultaten positief zijn. Een voorzichtige conclusie zou kunnen zijn dat de kwaliteit van de slaap en het functioneren overdag verbeteren en de ervaren last van nachtmerries vermindert.

Tot nu toe zitten er in elke groep wel een paar cliënten die na deelname helemaal geen last meer hebben van nachtmerries en van wie de slaapkwaliteit en tevredenheid zijn toegenomen. Dit is voor ons reden genoeg om de groepsbehandeling te blijven geven, te verbeteren waar nodig en de verschillende onderdelen op effect te onderzoeken.

DISCUSSIE

Om te beginnen een opmerking over de manier van dataverzameling. De gegevens die we hierboven hebben beschreven zijn verzameld in de klinische praktijk. Dit betekent dat het afnemen van de vragenlijsten onderdeel is van de behandeling, maar dat dit minder nauwkeurig en gestandaardiseerd is gebeurd dan in een onderzoekssetting het geval zou zijn geweest. Als cliënten bijvoorbeeld een sessie misten waarin vragenlijsten werden afgenomen, namen we deze lijsten soms de volgende keer af afhankelijk van het verschijnen van de cliënt en de tijd die er was om de vragenlijsten af te nemen. Dit soort situaties heeft tot behoorlijk wat *missing data* geleid.

Tevens moeten we een opmerking maken over de data-analyse. Bij de analyses zoals die zijn uitgevoerd wordt geen rekening gehouden met het feit dat de interventie in een groep heeft plaatsgevonden. Er wordt op deze manier van uitgegaan dat de behandeling zoals gegeven in groepsverband hetzelfde effect zou hebben als wanneer deze zou zijn gegeven aan individuele cliënten. Zo wordt er geen rekening gehouden met het feit dat de gemeenschappelijke omgeving van een groepsbehandeling (zoals het delen van dezelfde therapeut, dezelfde medecliënten in de groep) ertoe leidt dat de geobserveerde uitkomsten niet meer onafhankelijk zijn van elkaar. Hierdoor wordt de standaardfout onderschat en zal eerder een significant resultaat worden gevonden. Wil men rekening houden met de afhankelijkheid tussen geobserveerde uitkomsten, dan kunnen achteraf correcties worden uitgevoerd (zie Baldwin, Murray & Shadish, 2005). Echter, de *p*-waarden zoals die nu zijn weergegeven zijn zo klein dat naar verwachting ook na correctie de resultaten significant zijn. Zelfs wanneer dit niet het geval mocht zijn, kan in elk geval worden gesteld dat de behandeling zoals die nu gegeven werd in groepsverband, een effectieve manier is om problemen met slapen en nachtmerries aan te pakken.

Daarnaast is er een aantal discussiepunten over de vorm van de groepsbehandeling zoals die tot nu toe werd gegeven. In de eerste plaats merkten we dat cliënten nauwelijks gebruikmaakten van het aanbod om extra afspraken te maken tussen de laatste en de follow-upsessies. Vermijding lijkt hier een rol te spelen. Ook lijkt vermijding een rol te spelen in sessie 6, 7 en 8, waarbij cliënten aan het eind van de sessie de keus hadden om in de groep te werken aan het herschrijven van de nachtmerries of dit verder thuis af te maken. De meesten kozen ervoor om er thuis verder aan te werken. Dit had tot nadeel dat we er zo geen zicht op hadden in hoeverre cliënten thuis aan de slag waren gegaan met het herschrijven en in hoeverre het nieuwe script 'goed' was. Doorgaans waren er slechts een paar cliënten die gebruikmaakten van het aanbod om individueel met een behandelaar het nieuwe script vorm te geven en te oefenen met het verbeelden hiervan.

Op dit moment hebben we naar aanleiding van bovenstaande al een aantal aanpassingen doorgevoerd. Zo is er niet meer de optie om in 'groepstijd' thuis te werken, maar blijft iedereen in de groep en gaat daar aan de slag met herschrijven en eventueel oefenen. We hopen dat cliënten zo minder zullen vermijden en meer gebruik zullen maken van de individuele hulp van de behandelaars.

In de tweede plaats zien we dat cliënten tijdens de duur van de groepsbehandeling vaak nog niet alle nachtmerries hebben herschreven. Ze hebben dan een aantal nachtmerries wel succesvol aangepakt, maar ook een aantal nog niet. Een punt van discussie is in hoeverre de behandeling gericht moet zijn op het aanpakken van alle nachtmerries of dat ze gericht moet zijn op het aanleren van een vaardigheid die cliënten ook na de behandeling zelf kunnen blijven toepassen. Wij denken dat het laatste het meest zinvol is. Follow-up of 'opfrissessies' na een langere periode (bijvoorbeeld na zes maanden) motiveren om na de behandeling verder te gaan met de aangeleerde vaardigheden. Goede samenwerking met de individuele behandelaar zou hierbij kunnen helpen.

Bij de meeste cliënten ging bij deelname aan de groepsbehandeling de *treatment as usual* door. Hierdoor kunnen we niet zeggen of, en zo ja op welke manier, de groepsbehandeling en individuele verwerkingsgerichte behandeling elkaar hebben beïnvloed. Dit zou in een vervolgstudie onderzocht kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan een studie met meer condities, waarbij naast een individuele *evidence-based* behandeling voor PTSS (bijvoorbeeld *imaginaire exposure* en *EMDR*) wel of geen groepsbehandeling gericht op slapen en nachtmerries wordt gevolgd. Omdat we in deze studie daarnaast ook geen controlegroep hadden, kunnen we niets met zekerheid over de resultaten zeggen. Echter, het lijkt erop dat het mogelijk en wenselijk is om de slaapproblematiek van trauma-

cliënten apart en specifiek te behandelen. De cliënten in onze groepen gingen in korte tijd in forse mate vooruit. Naar onze klinische inschatting is dat meer dan zonder specifieke slaapinterventies het geval zou zijn geweest. Deze indruk wordt nog versterkt door de indruk dat een aantal cliënten na de groepsbehandeling beter in staat leek te zijn om de traumabehandeling gericht op verwerking aan te gaan.

De hierboven beschreven resultaten geven reden tot enig optimisme en nieuwsgierigheid naar de mogelijkheden om de methode verder te verkennen. Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek is nodig om uit te zoeken in hoeverre deze combinatie van IRT en interventies gericht op andere slaapkachten effectief is.

DRS. MAAIKE K. HEIJNIS is gezondheidszorgpsycholoog, verbonden aan het Zorgprogramma Psychotrauma van PsyQ Haaglanden, Parnassia Bavo Groep.
 MARIAN B. J. NOORDMAN is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, verbonden aan het Zorgprogramma Psychotrauma van PsyQ Haaglanden, Parnassia Bavo Groep.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revised; DSM-IV TR). Washington, DC: APA.
- Baldwin, S.A., Murray, D.M. & Shadish, W.R. (2005). Empirically supports treatments or Type I errors: Problems with the analysis of data from group-administered treatments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 924-935.
- Davis, J.L. (2009). *Treating post-trauma nightmares: A cognitive behavioral approach*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Fonds Psychische Gezondheid (2009). *Slaapstoornissen; Als de nacht geen rust geeft* [brochure]. Utrecht: Trimbos-instituut/Fonds Psychische Gezondheid.
- Forbes, D., Phelps, A.J., McHugh, A.F., Debenbaum, P., Hopwood, M. & Creamer, M. (2003). Imagery rehearsal in the treatment of post-traumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 509-513.
- Germain, A. & Nielsen, T. (2003). Impact of imagery rehearsal therapy on distressing dreams, psychological distress, and sleep parameters in nightmare patients. *Behavioral Sleep Medicine*, 1, 140-154.
- Germain, A., Shear, M.K., Hall, M. & Buysse, D.J. (2007). Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 627-632.
- Kerkhof, G. & Coenen, A. (2001). Slaapgedrag en fysiologie. In: A.L. van Bommel, D.G.M. Beersma, J.H.M. de Groen & W.F. Hofman (Red.), *Handboek slaap en slaapstoornissen* (pp.13-35). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., ... Prince, H. (2001). A randomized controlled study of imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Medical Association*, 268, 537-545.

- Krakow, B. & Zadra, A.L. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45-70.
- Liempt, S. van, Vermetten, E., Groen, J.H.M. de & Westenber, H.G.M. (2007). Slaapafwijkingen bij post-traumatische stressstoornis: Overzicht van onderzoeksbevindingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 629-638.
- Ohayon, M.M. & Shapiro, C.M. (2000). Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with post-traumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 469-478.
- Schmucker, M.R. (2005). *Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT): A treatment manual for adult survivors of childhood sexual abuse experiencing PTSD*. Milwaukee: International Trauma Institute.
- Spoormaker, V.I. & Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom of core feature? *Sleep Medicine Review*, 12, 169-184.
- Spoormaker, V.I., Schredl, M. & Bout, J. van den (2006). Nightmares: from anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 19-31.
- Spoormaker, V.I., Verbeek, I., Bout, J. van den & Klip, E.C. (2005). Initial validation of de Sleep-50 questionnaire. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 227-246.
- Theunissen, D., Knuistingh Neven, A. & Uges, D. (2001). Medicamenteuze therapie. In: A. L. van Bemmél, D.G.M. Beersma, J.H.M. de Groen & W.F. Hofman (Red.), *Handboek slaap en slaapstoornissen* (pp. 183-191). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Vreeswijk, M.F. van, Broersen, J., Giesen-Bloo, J. & Haeyen, S. (2008). Technieken in schematherapie. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Red.), *Handboek schematherapie* (pp. 93-105). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Waterman, D., Kerkhof, G.A. & Strijers, R. L. M. (2005). Slaapstoornissen: Insomnia. In: W.Th.A.M. Everaerd (Red.), *Handboek klinische psychologie* (pp. 1-26). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zadra, A.L. & Donderi, D.C. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 237-281.
- Zayfert, C. & DeViva, J.C. (2004). Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 69-73.

Websites

- www.fk.cvz.nl
www.kempenhaeghe.nl
www.psyq.nl
www.teleac.nl/beterslapen
www.trimbos.nl