

Imaginatie- en rescripting-therapie bij nachtmerries

Inleiding

Marleen¹ is een dertigjarige vrouw. Ze is tweemaal afgewezen voor traumabehandeling omdat ze daarvoor te kwetsbaar werd bevonden. Zelf verwoordt ze haar voornaamste klachten als: 'Ik heb last van mijn nachtmerries over vroeger. Daardoor slaap ik heel slecht. Ik ben moe en angstig overdag. Ik durf nauwelijks de straat op.'

In Nederland maakt 80% van de mensen minstens één keer in zijn leven een trauma mee en ontwikkelt 7% een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (de Vries & Olff, 2009). Nachtmerries worden door patiënten als een van de vervelendste klachten van PTSS ervaren (Lavie, 2001; Ross, Ball, Sullivan & Caroff, 1989; Schreuder, Kleijn & Rooijmans, 2000). Uit onderzoek blijkt dat 30% van de volwassen patiënten in de specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) last heeft van nachtmerries (van Schagen, Lancee, de Groot, Spoormaker & van den Bout, 2015).

PTSS kenmerkt zich onder andere door een verhoogde alertheid, herbelevingen, vermijding en nachtmerries (*American Psychiatric Association [APA], 2014*). In de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM 5)* (APA, 2014, p.301) worden nachtmerries gedefinieerd als 'aaneengeschakelde droombeelden die echt lijken en die angst, vrees, of andere negatieve emoties teweegbrengen. De dromen worden goed door de betrokkene herinnerd en deze herinneringen roepen hevige emoties op.'

De slaap raakt direct verstoord wanneer iemand nachtmerries heeft (Simor, Horváth, Gombos, Takács & Bódizs, 2012). Nachtmerries hebben een negatieve invloed op het dagelijks functioneren en verminderen het welbevinden doordat ze worden geassocieerd met stemmingsstoornissen, angststoornissen, middelenmisbruik (Levin & Nielsen, 2007; Spoormaker, Schredl & van den Bout, 2006), suïcidaliteit (Pigeon, Piquart & Conner, 2012) en persoonlijkheidspathologie (Semiz, Basoglu & Ebrinc, 2008). Ook andere psychische

klachten zoals wantrouwen en verminderd zelfvertrouwen worden versterkt wanneer mensen last hebben van nachtmerries (Zadra & Donderi, 2000). Ondanks het feit dat nachtmerries in verband zijn gebracht met bovenstaande problemen, is er in de GGZ weinig aandacht voor nachtmerries. Mede hierdoor houden veel patiënten jarenlang, soms zelf levenslang, last van nachtmerries (van Schagen, Lancee & Spoomaker, 2012).

De centrale vraag in deze gevalbeschrijving is: welke interventies kunnen bij een kwetsbare patiënt met nachtmerries ingezet worden om het dagelijks functioneren te verbeteren?

Gevalsbeschrijving

Voorgeschiedenis

Marleen groeide op in een onveilige thuissituatie. Ze was op jonge leeftijd al erg angstig, vanwege drank- en drugsgebruik en verbale- maar ook fysieke agressiviteit van haar vader. De fysieke agressiviteit was gericht op de huisdieren en het meubilair. Marleen moest op verzoek van haar moeder met regelmaat bij haar vader en de dieren blijven om ervoor te zorgen dat de situatie niet zou escaleren. Marleen was doodsbang voor haar vader. Op 14-jarige leeftijd zijn de ouders van Marleen gescheiden en is haar vader terug naar zijn geboorteland Amerika gegaan.

Tien jaar later kwam Marleen voor het eerst in aanraking met de GGZ vanwege eetproblemen die dan al 2,5 jaar bestaan. Ze kreeg de diagnose anorexia nervosa en er volgden meerdere opnames en behandelingen bij een in eetstoornissen gespecialiseerd behandelcentrum. Uit psychodiagnostisch onderzoek bleek dat er sprake was van een persoonlijkheidsstoornis anderszins omschreven met borderline, obsessief compulsieve en vermijdende trekken. Hierbij was er ook sprake van automutilatie en auto-intoxicaties. Marleen volgde met succes dialectische gedragstherapie (DGT), waarbij zij leerde om adequate vaardigheden in te zetten bij oplopende spanningen. Daarnaast ging ze beschermd wonen. Dankzij de diverse interventies verminderden zowel het automutileren als het aantal en de ernst van de auto-intoxicaties.

Marleen heeft door de behandeling van haar eetstoornis en de DGT-behandeling veel geleerd en bereikt. Ze ging zelfstandig wonen met woonbegeleiding, is vrijwilligerswerk gaan doen en kreeg een partner. Na de DGT werd Marleen naar de polikliniek persoonlijkheidsstoornissen doorverwezen voor vervolgbehandeling. Hier is zij sinds twee jaar in behandeling.

Nu geeft Marleen aan erg veel last te hebben van nachtmerries. De

nachtmerries hebben verschillende thema's, zoals de situatie met haar vader waarbij Marleen op de dieren moest passen of het niet afronden van haar opleiding. Dit staat Marleen naar eigen zeggen het meest in de weg om een normaal leven te kunnen leiden. Zij slaapt slecht en is angstig. Onder andere vanwege deze nachtmerries is een jaar geleden de diagnose PTSS gesteld. Er volgden twee intakes voor een traumabehandeling waarbij ze beide keren werd afgewezen vanwege het risico op ontregeling.

In deze gevalsbeschrijving ligt de focus op de nachtmerries ten gevolge van PTSS en de invloed daarvan op het dagelijks leven.

Medische en verpleegkundige diagnostiek

De benodigde gegevens voor het vaststellen van de diagnostiek werden verkregen uit het dossier, het verpleegkundig en psychiatrisch onderzoek en met behulp van specifieke meetinstrumenten. Om het effect van de behandeling op de ernst van PTSS-symptomen in kaart te brengen is de *post-traumatic stress symptom scale – self report* afgenomen (Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993). Dit instrument is gevalideerd (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997). Omdat nachtmerries geassocieerd worden met verschillende psychische klachten is de *symptoms checklist (SCL-90)* afgenomen. De SCL-90 is een veelgebruikte multidimensionale klachtenlijst (Arrindell & Ettema, 2004). Om de ernst van de nachtmerries vast te stellen hield Marleen een dagboekregistratie bij. Dit formulier is terug te vinden in het boek van Schagen, Lancee & Spoormaker (2012). Met de DSM 5 (APA, 2014) werd de psychiatrische diagnostiek in kaart gebracht en de *International classification of functioning (ICF)* (World Health Organization, 2012) is gebruikt om het functioneren in kaart te brengen. De NANDA (2014) is gebruikt voor de verpleegkundige diagnostiek.

Beschrijvende diagnose

Psychiatrisch gezien is er sprake van 'een andere gespecificeerde eetstoornis'. De eetstoornis uit zich in braken en in een extreme preoccupatie met eten. Deze stoornis is gedeeltelijk in remissie. Ook is er sprake van 'een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' met obsessief-compulsieve, borderline en vermijdende trekken, wat zich uit in dwangmatig schoonmaken, veel controleren, conflicten uit de weg gaan, een laag zelfbeeld en stemmingswisselingen. Marleen heeft voor beide stoornissen behandelingen gehad waarbij zij veel heeft geleerd en meer grip heeft gekregen op haar klachten. Tot slot is er sprake van PTSS, wat zich uit in herbelevingen, nachtmerries en vermijding. Somatisch is Marleen gezond. Verpleegkundig diagnostisch is er sprake van het post trauma syndroom (NANDA 00141). Dit uit zich in een ernstig probleem in de controle over denkprocessen (b1603.3) in de vorm van herbelevingen. Ook is er een ernstige

verstoring in de slaapcyclus (b1344.3) vanwege terugkerende nachtmerries over de doorgemaakte trauma's. Ten gevolge van deze verstoring is er zowel een matige verstoring in het vasthouden van de aandacht (b1400.2) als ook in haar energieniveau (b1300.2), Marleen heeft moeite zicht te concentreren en voelt zich vermoeid. Zowel de nachtmerries als herbelevingen leiden tot een matige verstoring in de stemming (b152.2). Met name angst en gespannenheid zijn gevolgen van de nachtmerries en de herbelevingen. Externe belemmerende factoren zijn de gezondheidszorgvoorzieningen (e5800.2), omdat er ondanks de wens van Marleen om traumabehandeling te ondergaan, tot op heden niets met de trauma's is gedaan. Ondersteunende factoren zijn: de relatie met partner (e230.+3), het doen van het huishouden (d640.+3), haar vrijwilligerswerk in het asiel (d855.+2) en de motivatie en therapietrouw van Marleen (b1301.+2).

Verpleegkundige behandeling

De houding van de verpleegkundige in opleiding tot specialist (vios) is gebaseerd op de presentiebenadering (Baart & Gryndonck, 2008). De vios gaf aandacht aan wat voor Marleen belangrijk was. Ook het principe van shared decision making (Godolphin, 2009) werd toegepast, omdat Marleen invloed kon uitoefenen op de focus van haar behandeling. De inspraak van Marleen vormde gecombineerd met de kennis van een professional het uitgangspunt van de behandeling.

Marleen uitte zelf duidelijk de wens om met haar nachtmerries aan de slag te gaan, aangezien deze haar het meest belemmerden in haar functieneren. In het multidisciplinair overleg werd besloten om te focussen op een etiologische behandeling van de nachtmerries die het gevolg waren van traumatische gebeurtenissen in Marleens voorgeschiedenis. Door een dergelijke behandeling wordt de vermijding van trauma's doorbroken, wat verwerking op gang helpt. Met behulp van de *Nursing Outcomes Classification* (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2011) en de *Nursing Intervention Classification* (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2012) werden de interventies en de zorguitkomsten bepaald (zie tabel 1).

Slaapproblemen ten gevolge van PTSS kunnen het beste psychologisch behandeld worden met *eye movement and desensitisation therapy* (EMDR) of traumagerichte cognitieve therapie (Bisson *et al.*, 2007), waar Marleen tweemaal voor afgewezen werd. De vios besloot verder te zoeken naar behandel mogelijkheden en vond het behandelprotocol imaginatie- en rescriptingtherapie (IRT) voor nachtmerries (van Schagen, Lancee & Spoormaker, 2012). IRT bestaat uit meerdere stappen. Om te beginnen schrijft de patiënt een nachtmerrie uit. Vervolgens wordt deze nachtmerrie door de patiënt herschreven. Het herschreven scenario wordt daarna veelvuldig ingebeeld (Krakow &

Tabel 1
NANDA, NOC, NIC

NANDA	NOC	NIC
P: Post trauma syndroom (00141) E: Onverwerkte trauma's S: Slechte concentratie, angsten, nachtmerries, herbelevingen	Herbelevingen Nachtmerries Concentratie Disstress	Opbouwen therapeutische relatie Voorlichting Betrekken van systeem Creëren van veiligheid

Zadra, 2006). Volgens de literatuur is de behandeling effectief, wat bijvoorbeeld blijkt uit afname van nachtmerries, PTSS-symptomen en depressieve klachten (Krakow, Hollifield, et al., 2001; Krakow, Johnston, *et al.*, 2001; Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1995; Krakow, Sandoval, *et al.*, 2001; van Schagen, Lancee & van den Bout, 2015).

Om het risico op ontregeling te verkleinen, zijn in samenspraak met Marleen meerdere maatregelen getroffen voordat de behandeling startte. Deze werden deels ontleend aan het behandelprotocol IRT en deels aan het cursusboek voor misbruikte of mishandelde vrouwen 'Vroeger en verder' (Dorrepaal, Thomaes & Draijer, 2009). Eén van deze interventies was het inbeelden van een veilige plek. Daarnaast werd de rol van Marleens partner besproken en werd de woonbegeleiding uitgenodigd bij de eerste sessie, zodat zij in het vervolg kan ondersteunen bij het toepassen van stabiliserende interventies. Ook werd er op een kaartje een korte variant gemaakt van Marleens crisisplan zodat ze dit bij zich kon dragen. Al deze interventies hadden als doel om spanning te doen afnemen. Er werd daarmee extra aandacht besteed aan stabilisatie.

Alle meetinstrumenten werden voor en na de behandeling ingevuld. De nachtmerrieregistraties werden gedurende de hele behandeling ingevuld door Marleen.

Verloop en evaluatie

Er ontstond een goede behandelrelatie en Marleen voelde zich veilig. In de eerste sessie kreeg ze informatie over de werking van IRT en het belang van stabiliserende interventies. Het inbeelden van de veilige plek hielp haar goed om haar spanning te doen verlagen.

Na de eerste sessie heeft Marleen uitgebreid met haar woonbegeleider gepraat over haar trauma's. Zij kreeg na dat gesprek veel herbelevingen, waarna Marleen te veel medicatie ingenomen heeft en helaas kortdurend moest worden opgenomen. De woonbegeleider was aanwezig bij het eerstvolgende gesprek, waarin de situatie werd geëva-

lueerd. Er werd afgesproken dat Marleen na een IRT-sessie stabiliserende activiteiten zou inzetten. De woonbegeleider kon haar daarin stimuleren door te wijzen op interventies van het crisiskaartje.

In de volgende sessie werd het einde van de minst heftige nachtmerrie herschreven. Vervolgens heeft Marleen zich het nieuwe 'script' veelvuldig ingebeeld, met als doel dat dit nieuwe script in het geheugen werd opgeslagen. Omdat dit goed lukte, is er overgegaan tot de dromen over haar gewelddadige vader. Doordat de herschreven nachtmerries minder beladen waren geworden, was het voor Marleen niet erg spannend om zich het nieuwe script in te beelden. In totaal zijn er vier nachtmerries herschreven.

Marleen bemerkte effect: ze viel na een nachtmerrie makkelijker in slaap en de herbelevingen verdwenen. Het contact met haar vader veranderde en gaf haar minder spanning. Ze durfde in relatie tot hem meer de regie te nemen door grenzen te stellen. De toename van haar autonomie werd ook zichtbaar in het uitspreken van haar wensen naar de woonbegeleiding. Dit is iets wat ze eerder niet had gedurfd. Marleen voelde zich overdag minder angstig en ze kon gemakkelijker de straat op. Ook voelde zij zich minder somber en nam haar energieniveau toe. Het gebruik van medicatie om rustig te worden nam drastisch af. De concentratie verbeterde niet. De effecten van de behandeling zijn geobjectiveerd. De uitkomsten zijn te zien in tabel 2.

Discussie

De combinatie van IRT en de stabiliserende interventies hebben Marleen geholpen. Zij lijdt na de behandeling minder aan PTSS- en overige psychische symptomen en ze is meer autonoom. Door de nachtmerries te behandelen is het dagelijks leven van Marleen verbeterd.

Eerder kwam Marleen niet in aanmerking voor traumabehandeling, omdat het risico op ontregeling te groot werd geacht. Tegelijkertijd behandelen en stabiliseren, dat volgens de nieuwste inzichten rond traumabehandeling wordt aanbevolen (Bicanic, de Jongh & ten Broeke, 2015), is ook in deze casus effectief gebleken. De ontregeling in de vorm van de auto-intoxicatie ontstond al voordat de behandeling feitelijk was begonnen. Mogelijk had dit voorkomen kunnen worden door Marleen te instrueren over de manier waarop ze haar omgeving over de behandeling kan vertellen zonder te veel te hoeven blootgeven over haar trauma's.

IRT is een interventie die doorgaans door psychologen wordt uitgevoerd. De verpleegkundig specialist GGZ kan de interventie echter ook toepassen, dankzij de ruime aandacht die tijdens de opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ wordt besteed aan cognitieve gedragstherapie en trauma. Indien de verpleegkundig specialist GGZ

Tabel 2
Uitkomsten meetinstrumenten

		Score juni	Score september
Post-traumatic Stress symptom scale (Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993)		35	18
SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2004)	Angst	32	24
	Agorafobie	13	8
	Depressie	48	35
	Wantrouwen	47	41
Nachtmerrie registratie	Aantal per week	4	2
	Slaapkwaliteit 0-10	5,8	6,6
Noc (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2011)	Herbelevingen (121225)	Substantieel	Geen
	Nachtmerries (00422)	Substantieel	Mild
	Concentratie (0905)	Substantieel	Ernstig
	Distress (121104)	Substantieel	Gemiddeld

nog onvoldoende bekwaam is, kan hij de interventie toepassen onder supervisie van bijvoorbeeld een in traumabehandeling bekwame GGZ-psycholoog. De verpleegkundig specialist GGZ brengt de bevorderende en belemmerende factoren voor het functioneren van de patiënt in kaart. Hierdoor kunnen stabiliserende interventies goed aansluiten bij de patiënt. Dit is zeker bij kwetsbare patiënten als Marleen van belang. Het is een sterk punt dat de vios verder is gegaan waar andere behandelaren van Marleen gestopt zijn, en geprobeerd heeft toch een oplossing te vinden. Marleen heeft de behandeling door de vios als prettig ervaren, zij voelde zich veilig, gesteund en niet veroordeeld. In het IRT-protocol wordt weinig aandacht besteed aan het betrekken van het netwerk bij de behandeling, terwijl dit bij Marleen juist heel belangrijk is gebleken. Door coaching en educatie is het netwerk van Marleen steeds adequater gaan handelen. Achteraf is het jammer dat de autonomie en de kwaliteit van leven niet gemeten zijn, aangezien dit belangrijke verpleegkundige uitkomstmaten zijn (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2011) waar Marleen vermoedelijk hoger op zou scoren na deze behandeling. Het is de kracht van de verpleegkundig specialist GGZ om juist bij complexe problematiek op basis van de wens van de patiënt, de geldende richtlijnen en meest recente wetenschappelijke inzichten te handelen. Dit leidde bij Marleen tot een succesvolle behandeling die haar eerder is onthouden.

Conclusie

IRT in combinatie met stabiliserende interventies kan een kwetsbare patiënt met PTSS minder angstig en meer autonoom maken. Daarnaast kunnen zowel de PTSS als andere psychische klachten in remissie gaan. Met deze gevalsbeschrijving wordt aangetoond dat terughoudendheid in het behandelen van nachtmerries ten gevolge van PTSS bij kwetsbare patiënten onterecht is, mits er voldoende aandacht wordt besteed aan het netwerk en aan stabiliserende interventies gedurende de behandeling. In de praktijk blijft de inzet van verpleegkundig specialisten GGZ bij traumabehandelingen achter, terwijl de resultaten uit deze gevalsbeschrijving erop wijzen dat IRT door een verpleegkundig specialist GGZ ook effectief kan zijn. Kwantitatief onderzoek om dit te onderbouwen is daarom wenselijk. Daarnaast is kwantitatief onderzoek naar de effecten van IRT bij kwetsbare patiënten met PTSS aan te raden, gezien het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor deze specifieke doelgroep.

Abstract

One of the most troublesome symptoms of a posttraumatic stress disorder is the occurrence of nightmares. Therapists do not pay enough attention to nightmares, although nightmares tend to have a negative impact on sleep as well as functioning during the daytime. Patient Marleen is the subject of this case study. She was having nightmares with a major impact on her daily life. In the past she was denied trauma treatment because the risk of retrogression was believed to be too high. The nurse practitioner in training started a treatment consisting of stabilizing interventions in combination with imagery rehearsal therapy. The treatment turned out to be successful. The patient showed a decrease in the occurrence of nightmares and flashbacks and a reduction of fear. Her autonomy increased and the relationship with her father improved.

Keywords: Nightmares; PTSD; imagery rehearsal therapy

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5*. Amsterdam: Boom uitgeverij.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2004). *Symptom checklist: handleiding bij multidimensionale psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Pearson.
- Baart, A., & Grijpdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Bicanic, I., De Jongh, A., & ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe prss: noodzaak of mythe? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 57(5), 332-339.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman J.M., & Wagner, C.M. (2012). *Nursing Interventions Classification*. Oxford: Elsevier.
- De Vries, G.J., & Olf, M., (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and post-traumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., & Draijer, N. (2009). *Vroeger en Verder*. Amsterdam: Pearson.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Godolphin, W. (2009). Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly*, 12, 186-190.
- Krakow, B., Hollifield, M., Jonhston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Melendrez, D., Sandoval, D., & Prince, H. (2001). Imagery rehearsal Therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Medical Association*, 286, 537-545.
- Krakow, B., Jonhston, L., Melendrez, D., Hollifield, M., Warner, T. D., Chavez-Kennedy, D., & Herlan, M.J. (2001). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2043-2047.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D., & Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 837-843.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C.L., & Tandberg, D. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescents Health*, 29, 94-100.
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery Rehearsal Therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45-70.
- 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, 482-528.
- Moorhead, S., Jonhson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2011). *Nursing Outcomes Classification*. Philadelphia: Elsevier.
- NANDA International, Inc. (2014). *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Pigeon, W.R., Pinquart, M., & Conner, K. (2012). Meta- analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 1160-1167.
- 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*, 242, 679-707.

- Schreuder, J., Kleijn, W., & Rooijmans, H. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of traumatic stress*, 13, 453-463.
- Semiz, U.B., Basoglu, C., & Ebrinc, S. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 48-55.
- Simor, P., Horváth, K., Gombos, F., Takács, K.P., & Bódizs, R. (2012). Disturbed dreaming and sleep quality: altered sleep architecture in subjects with frequent nightmares. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 687-696.
- Spoormaker, V.I., Schredl, M., & van den Bout, J. (2006). Nightmares: from anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 10, 19-31.
- Van Schagen, A.M., Lancee, J., & Spoormaker, V.I. (2012). *Imaginatie- en rescripting-therapie voor nachtmerries*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Schagen, A.M., Lancee, J., De Groot, I.W., Spoormaker, V.I., & Van den Bout, J. (2015). Imagery rehearsal therapy in addition to treatment as usual for patients with diverse psychiatric diagnoses suffering from nightmares: a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychiatry*, 76, 1105-1113.
- World Health Organization. (2012). *Nederlandse vertaling van de International classification of functioning, Disability and Health*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.

Samenvatting

Nachtmerries worden door patiënten als een van de vervelendste klachten van een posttraumatische stressstoornis ervaren. Behandelaren besteden echter weinig aandacht aan nachtmerries, terwijl ze een grote impact kunnen hebben op zowel de slaap als het dagelijks functioneren. In deze gevalbeschrijving staat de patiënt Marleen centraal. Marleen meldde zich met nachtmerries die haar dagelijks functioneren ernstig beïnvloedden. Ze werd eerder tweemaal afgewezen voor traumabehandeling omdat de kans op ontregeling ten gevolge van de behandeling te groot werd geacht. Na deze afwijzingen zette de verpleegkundige in opleiding tot specialist een behandeling in die bestond uit stabiliserende interventies in combinatie met imaginatie- en rescriptingtherapie. Deze behandeling was succesvol. Er was bij patiënte sprake van een afname van nachtmerries, angsten en herbelevingen. Haar autonomie nam toe en de band met haar vader herstelde.

Trefwoorden: Nachtmerries; PTSD; imaginatie- en rescriptingtherapie