

Posttraumatische nachtmerries en copingstijl



Masterthesis door: L.L.J. Widdershoven & F. van Wifferen

Universiteit Utrecht: Faculteit Sociale Wetenschappen

Master Klinische Psychologie

Onderzoeksinstelling: Centrum '45

Begeleider onderzoeksinstelling: Dhr. W.C. Kleijn

Begeleider Universiteit Utrecht: Dhr. J.W. Knipscheer

Datum: 28 september 2008

Summary

This research was designed to determine whether there is a relationship between coping style and posttraumatic nightmares in people with posttraumatic stress disorder. A distinction has been made between active and passive coping. The role of social support and demographic characteristics in relation to posttraumatic nightmares has also been investigated. We expected that participants with a passive coping style would report more nightmares and rate these as more intense than people with an active coping style. A hundred and thirty-six clients who received treatment for posttraumatic stress disorder at Centrum '45, the national centre for medical-psychological treatment for members of the resistance and victims of war and organized violence, participated in this research. At the start of the treatment several questionnaires were administered, three of these instruments (COPE-EASY, ZIL and NITE) were included in the analyses. Multivariate analyses revealed active coping and sex to predict the occurrence of posttraumatic nightmares. Women and clients with a more active coping style reported less posttraumatic nightmares. In addition, avoidance substantially influenced the impact of the posttraumatic nightmares with clients performing more avoidance reporting more intense posttraumatic nightmares. Clinical implications of these findings are discussed. In the future more research is needed to examine the relationship between coping style and posttraumatic nightmares.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Literatuurverkenning	3
2.1 Epidemiologie	3
2.2 Posttraumatische nachtmerries	5
2.3 Posttraumatische nachtmerries en coping	6
2.4 Sociale steun	8
3. Probleemstelling	9
3.1 Vraagstelling en doelstelling	9
3.2 Hypothesen	9
4. Methoden	12
4.1 Participanten	12
4.2 Onderzoeksinstrumenten	13
4.3 Analyseplan	15
5. Resultaten	18
5.1 Interne consistentie	18
5.2 Resultaten per hypothese	18
6. Discussie	22
6.1 Belangrijkste bevindingen	22
6.2 Methodologische overwegingen	24
6.3 Klinische implicaties	25
6.4 Conclusie	26
7. Referenties	27
8. Bijlagen	30

1. Inleiding

“Ze zijn terug in het veilige vaderland, maar voelen zich nog steeds bedreigd. Vrees voor gevaar beheerst het leven van militairen met een posttraumatische stressstoornis. Na een uitzending van maanden is de oorlog voor hen niet voorbij. Het conflict woedt van binnen verder. Ingrijpende gebeurtenissen veroorzaken een psychische aardbeving. De naschokken zorgen voor voortdurende stress” (Van Hengel, 2006).

Het meemaken van een oorlog heeft vaak een enorme impact op de levens van alle betrokkenen; soldaten, verzetsmensen, gevangenen en burgers. In een oorlog kan er sprake zijn van geweld, verlies van dierbare personen en verkrachting. Het leed dat mensen elkaar aandoen en de onmacht die hierbij een grote rol speelt kan ervoor zorgen dat het verwerken van deze gebeurtenissen moeizaam verloopt. Wanneer het verwerken niet lukt, kan dit psychische, sociale en ook lichamelijke klachten met zich meebrengen die iemands leven kunnen ontwrichten. De persoon reageert op deze gebeurtenis met angst en hulpeloosheid, herbeleeft de gebeurtenis en probeert de gedachte eraan te vermijden (Kaplan & Sadock, 1998). In dit geval kan er sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De belangrijkste symptomen van PTSS zijn verdeeld in drie clusters; herbelevingsymptomen, vermijdende symptomen en verhoogde prikkelbaarheid (Johnson & Thompson, 2007). Samen zorgen deze clusters ervoor dat de PTSS blijft voortbestaan (Phelps, Forbes & Creamer 2008). Mensen met PTSS voelen zich vaak machteloos en het vertrouwen in zichzelf en andere mensen is verdwenen. Ze verliezen hierdoor hun emotionele evenwicht en de controle op hun dagelijks functioneren. Personen die lijden aan PTSS hebben vaak last van herbelevingen in de vorm van flashbacks (overdag) of nachtmerries ('s nachts) (Spoormaker, 2005). Nachtmerries zijn een van de voornaamste kenmerken van PTSS (Mellman, David, Bustamante, Torres & Fins, 2001). Het welzijn, sociaal en dagelijks functioneren wordt door deze nachtmerries op een negatieve wijze beïnvloed. Daarnaast is aangetoond dat posttraumatische nachtmerries de psychische problemen van PTSS in stand houden of verergeren (Singareddy & Balon, 2002). Volgens Witmann, Schredl en Kramer (2007) hangt de frequentie en tijdsspanne van posttraumatische nachtmerries sterk samen met het voortbestaan van de stoornis. Zelfs meer dan 40 jaar na de traumatische ervaring geven oorlogsslachtoffers nog aan regelmatig last te hebben van de nachtmerries (Schreuder, Kleijn & Rooijmans, 2000). Het is daarom van belang om onderzoek te doen naar de factoren die samenhangen met het ervaren van posttraumatische nachtmerries.

In dit onderzoek wordt gekeken of de manier waarop men met stressvolle gebeurtenissen omgaat, van invloed is op het ervaren van posttraumatische nachtmerries. Wanneer er een stressvolle gebeurtenis plaatsvindt, kan een persoon op verschillende manieren reageren. De een zoekt steun bij familie en vrienden om over de gebeurtenis te praten, terwijl de ander zich terugtrekt en het liefst niet meer over de gebeurtenis nadenkt en praat. Dit zijn voorbeelden van verschillende copingstijlen. In veel onderzoek naar coping en stress, wordt verwezen naar de grondleggers van de stress-coping theorie, Lazarus en Folkman (1984). Coping wordt door hen omschreven als ‘‘cognitieve en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met stressvolle situaties om te gaan’’. In het huidige onderzoek zal deze definitie gehanteerd worden. Er is aangetoond dat personen die herinneringen aan de stressvolle gebeurtenis vermijden, gevoeliger zijn voor acute stressreacties na een traumatische gebeurtenis dan personen die deze herinneringen niet vermijden (Olf, Langeland & Gersons, 2005). Door de verhoogde gevoeligheid voor stressreacties en het wegstoppen van de gedachten aan de traumatische gebeurtenis, wordt er vanuit gegaan dat deze personen meer last hebben van herinneringen die terugkeren in de vorm van posttraumatische nachtmerries. In dit onderzoek wordt de invloed van copingstijl op posttraumatische nachtmerries onderzocht onder personen die zijn gediagnosticeerd met PTSS en daarvoor in behandeling zijn bij Stichting Centrum '45, het landelijke expertisecentrum voor slachtoffers van oorlog, vervolging en geweld. Wanneer er daadwerkelijk sprake is van een samenhang tussen copingstijl en nachtmerries kan tijdens de behandeling van personen met PTSS hier extra aandacht aan besteed worden door therapeuten. Wanneer cliënten gebruik maken van een vermijdende copingstijl kan getracht worden deze om te zetten in een meer actieve copingstijl waarbij over het trauma gesproken wordt en men steun accepteert. Ook kan dit onderzoekers ondersteunen en motiveren nadere studies naar PTSS en nachtmerries te verrichten.

2. Literatuurverkenning

2.1 Epidemiologie

In verschillende studies wordt de epidemiologie van PTSS beschreven. Ozer, Best, Lipsey en Weiss (2003) noemen in hun meta-analyse een prevalentie van 9.2% onder volwassen burgers. Singareddy en Balon (2002) vermelden een soortgelijke prevalentie in hun onderzoek van 7.8 tot 9.2 procent. Dit percentage ligt vanzelfsprekend hoger onder personen die een oorlog hebben meegemaakt. Zo is er onderzoek gedaan naar PTSS onder veteranen die gediend hebben tijdens de Vietnamoorlog. De prevalentie bij deze groep ligt op 30.9% voor

mannen en 26% voor vrouwen (Ozer et al, 2003). Waarom dezelfde ingrijpende ervaring bij sommige mensen leidt tot PTSS en bij anderen niet, is niet helemaal duidelijk. Wel is er veel onderzoek naar risicofactoren die een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis. De kans op het ontwikkelen van PTSS ligt voor vrouwen vier keer hoger dan voor mannen (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002). Ook een jonge leeftijd en een lager opleidingsniveau kunnen de kans op het ontstaan van PTSS vergroten (Schnurr et al., 2002). Er zijn twee belangrijke reviews geschreven over de risicofactoren voor het ontwikkelen van PTSS (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipse & Weiss, 2003;). In het review van Brewin et al. (2000) is een selectie gemaakt van studies, waarbij er onderzoek is gedaan onder personen die tijdens hun volwassenheid een trauma hebben meegemaakt. De risicofactoren die in dit review besproken worden, kunnen onderverdeeld worden in pretraumatische en posttraumatische factoren. De pretraumatische risicofactoren zijn voor de traumatische ervaring al aanwezig, zoals geslacht, mishandeling in de kindertijd en een psychiatrische voorgeschiedenis. In het review wordt aangetoond dat deze risicofactoren slechts een zwakke voorspeller zijn voor het ontwikkelen van PTSS. Posttraumatische risicofactoren zijn factoren die na het trauma een rol spelen, hierbij kan gedacht worden aan de ernst van het trauma, gebrek aan sociale steun en stress. Deze factoren zijn een iets sterkere voorspeller voor het ontwikkelen van PTSS, met name het gebrek aan sociale steun (Brewin et al., 2000). In het review van Ozer et al. (2003) werd ook de peritraumatische ervaring meegenomen, hierbij worden de factoren bedoeld die tijdens de traumatische gebeurtenis een rol spelen, zoals dissociatie en ervaren levensbedreiging. Peritraumatische dissociatie (het gevoel hebben er niet bij te zijn, dat het jou niet overkomt maar dat je er van een afstandje naar staat te kijken) werd als de sterkste voorspeller voor PTSS gezien in het onderzoek van Ozer et al. (2003). Een kritiekpunt op de uitkomsten van beiden studies is dat de correlaties tussen de risicofactoren en het ontwikkelen van PTSS vrij laag zijn, de hoogste correlatie is 0.4 voor gebrek aan sociale steun. Daarnaast zijn enkele belangrijke factoren niet meegenomen zoals lichamelijk letsel en co-morbiditeit. Uiteindelijk geven de studies geen eenduidig beeld van de risicofactoren voor PTSS. Een groep die een verhoogd risico loopt op het ontwikkelen van PTSS bestaat uit personen die een oorlog hebben meegemaakt. Zoals eerder genoemd worden zij vaak langdurig blootgesteld aan stressfactoren zoals geweld, gevaar voor eigen leven, scheiding van familie of gevangenzetting in een concentratiekamp. Johnson en Thompson (2007) beschrijven in hun onderzoek dat er wellicht verschillen bestaan in de posttraumatische reacties van oorlogsveteranen en burgerslachtoffers. Soldaten worden getraind om zich voor te bereiden

op een oorlog terwijl bij burgers hun gevoel van veiligheid opeens verdwijnt. Het gevolg hiervan is dat burgerslachtoffers vaker last hebben van indringende herinneringen terwijl soldaten eerder emotionele verdoofdheid en schuldgevoelens ervaren (Johnson et al., 2007). In het huidige onderzoek zal gekeken worden of er tussen deze groepen een verschil bestaat in copingstijl en het voorkomen van posttraumatische nachtmerries. Aangezien posttraumatische nachtmerries een vorm van indringende herinneringen zijn wordt verwacht dat burgerslachtoffers meer last hebben van deze nachtmerries en meer gebruik maken van een vermijdende copingstijl in vergelijking met veteranen.

2.2 Posttraumatische nachtmerries

Zoals eerder genoemd, is gebleken dat nachtmerries een van de voornaamste kenmerken van PTSS zijn. Een posttraumatische nachtmerrie is een angstige droom waarin indringende herinneringsbeelden van traumatische ervaringen die de persoon zelf heeft meegemaakt optreden en waarvan men direct wakker schrikt (Phelps et al, 2008).

Wanneer er vragenlijsten afgenomen worden om de klachten bij mensen die zijn gediagnosticeerd met PTSS te onderzoeken, blijken posttraumatische nachtmerries het meest frequent genoemd te worden (Pillar, Malhotra & Lavie, 2000). Vrouwen geven aan vaker last van nachtmerries te hebben dan mannen. Vrouwen herinneren zich een droom echter ook vaker dan mannen wat automatisch tot een hogere rapportage van nachtmerries kan leiden (Spoormaker, 2005).

Verder is aangetoond dat bij Vietnam veteranen met PTSS, 52.4% regelmatig last had van nachtmerries. Bij de veteranen zonder PTSS was dit slechts 4.8% (Singareddy & Balon, 2002). In een onderzoek onder burgerslachtoffers en veteranen uit de Tweede Wereldoorlog wordt een prevalentie van 56% voor posttraumatische nachtmerries gevonden (Schreuder, Kleijn & Rooijmans, 2000). Uit deze cijfers kan geconcludeerd worden dat posttraumatische nachtmerries een veelvoorkomende klacht is bij personen met PTSS. Het is van belang nader te onderzoeken welke factoren samenhangen met het ontstaan en het voortduren van de posttraumatische nachtmerries. Er is een aantal onderzoeken gedaan naar voorspellende factoren bij nachtmerries. Zo is er een relatie gevonden tussen de frequentie van nachtmerries van PTSS patiënten en de ernst van het meegemaakte trauma (Wittmann, Schredl & Kramer, 2006). De frequentie van de nachtmerries blijkt niet samen te hangen met alcoholmisbruik, chronische medische ziektes, paniekstoornissen, depressie en manie na controle van niet aan slaap gerelateerde symptomen (Singareddy & Balon, 2002). Ook Spoormaker (2005) vond dat

nachtmerries met geen enkele psychische klacht correleerden, zelfs niet met het herbelevingcluster van PTSS.

Horowitz (1976) heeft een theorie ontwikkeld over het proces dat vooraf gaat aan het ontwikkelen van posttraumatische nachtmerries. Wanneer iemand geconfronteerd wordt met een traumatische ervaring ontstaat er een conflict tussen twee tegenstrijdige psychologische processen. Aan de ene kant wordt in het bewustzijn de informatie over het trauma herbeleefd om deze informatie te verwerken en te integreren. Aan de andere kant zorgt de herbeleving voor stress waardoor er beschermende psychologische processen worden geactiveerd in de vorm van vermijding en ontkenning van deze informatie. Het gevolg hiervan is dat de gedachten aan de traumatische ervaring onderdrukt worden en hierdoor niet verwerkt worden. Indringende gedachten en nachtmerries dienen vervolgens voor de bewustwording van de traumatische gebeurtenis.

2.3 Posttraumatische nachtmerries en coping

Wanneer er een stressvolle gebeurtenis plaatsvindt, kan men gebruik maken van verschillende copingstijlen om met deze gebeurtenis om te gaan. Veelal wordt onderscheid gemaakt tussen een actieve en passieve copingstijl (Olf, Langeland & Gersons, 2005). Een actieve copingstijl wordt vaak toegepast in situaties waarbij de dreiging controleerbaar is of waarbij ontkomen mogelijk is. Personen met een actieve copingstijl pakken hun problemen aan en gaan ze niet uit de weg. Ze ondernemen zelf initiatief om de stress te controleren zoals sociale steun zoeken om de situatie te hanteren (Olf et al., 2005). Een passieve copingstijl wordt vaak toegepast in situaties waarbij ontkomen onmogelijk is en geen controle uitgeoefend kan worden over de dreiging. Dit zijn typische situaties waarna men PTSS kan ontwikkelen. Personen met een passieve copingstijl gaan stressvolle situaties uit de weg. Wanneer een probleem zich voordoet laten ze dit vaak voor wat het is en proberen herinneringen aan de gebeurtenis te vermijden (Olf et al., 2005).

Een actieve copingstijl, zoals positief denken of actief omgaan met problemen, wordt geassocieerd met (een goede) aanpassing aan traumatische stress (Olf et al., 2005). Passieve copingstijlen zoals vermijding kunnen op korte termijn als functioneel worden gezien, omdat iemand hierdoor tijdelijk kan ontsnappen aan sterke gevoelens van angst die een situatie teweeg brengt (Olf et al., 2005; Zeidner, 1993). Op de lange termijn kan passieve coping ervoor zorgen dat het trauma niet verwerkt wordt en daardoor de angst behouden blijft. Een passieve copingstijl waarbij geprobeerd wordt om te ontsnappen aan de situatie (bv. roken,

drinken en emotionele dissociatie) wordt gezien als een significante voorspeller van PTSS (Olf et al., 2005).

Er is een model waarin de individuele reactie op een posttraumatische nachtmerrie bepaald of de nachtmerrie blijft voortbestaan. Wanneer men reageert met een vermijdende angstige reactie op de nachtmerrie zal deze zich blijven herhalen. Daarentegen kan een individu neutraal of positief reageren op de posttraumatische nachtmerrie door bewust over de nachtmerrie na te denken en niet weg te stoppen, hierdoor zullen de nachtmerries uiteindelijk verdwijnen (Phelps et al., 2008). Dit model komt overeen met de theorie die in dit onderzoek getoetst wordt. Er wordt vanuit gegaan dat wanneer mensen met PTSS passieve coping gebruiken als reactie op de traumatische gebeurtenis, vaker last hebben van posttraumatische nachtmerries. Dit in tegenstelling tot de personen die een actieve copingstijl gebruiken, zij zullen minder last hebben van de posttraumatische nachtmerries.

Uit onderzoek bij Vietnamese veteranen naar posttraumatische dromen (Kramer, Schoen & Kinney, 1983) is gebleken dat mensen die goed hebben leren omgaan met de beleefde traumatische gebeurtenis, de nachtmerries vaker kunnen herinneren. Dit in tegenstelling tot de groep die hier minder goed mee heeft leren omgaan. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat deze laatste groep meer gebruik maakt van cognitieve vermijding. De prikkels, in dit geval de nachtmerrie, die een herinnering aan de traumatische gebeurtenis oproept wordt onderdrukt. Daarnaast blijkt dat mensen die aan nachtmerries lijden en gebruik maken van cognitieve vermijding hun nachtmerriescript niet aanpassen. Het nachtmerriescript is het cognitieve proces waarin de verhaallijn van de traumatische gebeurtenis is vastgelegd. Deze verhaallijn kan zeer heftige en negatieve reacties oproepen. Doordat door de cognitieve vermijding het nachtmerriescript niet verandert, blijven de nachtmerries bestaan (Spoomaker, 2005). Ander onderzoek wijst op een sterke relatie tussen het meemaken van gewelddadige situatie en verhoogde herbelevingsymptomen bij kinderen die vaker gebruik maakten van vermijdende copingstijlen. (Dempsey, Overstreet & Moely, 2000). Aangezien nachtmerries binnen het herbelevingcluster van PTSS vallen, zou het kunnen dat mensen met nachtmerries vaker gebruik maken van een vermijdende copingstijl. Wanneer personen met anderen over hun problemen praten en deze proberen op te lossen zijn zij minder gevoelig voor depressieve en angstige reacties op stress in vergelijking met personen die vermijdingsgedrag vertonen ten opzichte van hun problemen (North, Spitznagel & Smith, 2001). Deze verhoogde kans op depressievere en angstige reacties op stress zou het risico op het voorkomen van posttraumatische nachtmerries kunnen vergroten.

2.4 Sociale steun

Sociale steun is het besef, dat er personen zijn waar men zich tot kan wenden in tijden van nood (Picchioni et al. 2002). Zoals eerder beschreven kan gebrek aan sociale steun een risico factor zijn bij het ontstaan van PTSS. Het gaat dan vooral om emotionele steun, zoals het psychologisch verwerken van de traumatische gebeurtenis en het leren omgaan met de stress en de pijn die worden ervaren tijdens indringende herinneringen en nachtmerries (Ozer et al., 2003). Meerdere malen is gebleken dat sociale steun een van de belangrijkste beschermende factoren is voor het omgaan met stressvolle gebeurtenissen (Picchioni et al., 2002).

3. Probleemstelling

3.1 Vraagstelling en doelstelling

De vraagstelling die centraal staat in ons onderzoek is: *‘Is er een verband tussen de aard van coping (een passieve versus actieve stijl) en het voorkomen en de impact van posttraumatische nachtmerries?’*

De doelstelling van dit onderzoek is het empirisch toetsen van de aanwezigheid van een verband tussen posttraumatische nachtmerries en copingstijl ten einde kennis rond posttraumatische nachtmerries te vergroten. Wanneer er meer inzicht verkregen wordt in deze nachtmerries, die voor veel personen met PTSS zeer belastend zijn, kan de behandeling hier beter op aansluiten.

De vraagstelling is onderzocht aan de hand van gegevens verkregen van cliënten die psychiatrisch worden behandeld voor ernstige posttraumatische stressklachten. De vraagstelling valt uiteen in 4 deelvragen.

1. Is er een verschil tussen participanten die wel of geen posttraumatische nachtmerries ervaren in de copingstijl (actief versus passief) die ze hanteren?
2. Is er een verschil tussen participanten die wel of geen posttraumatische nachtmerries ervaren wat betreft de demografische achtergrond en het zoeken van sociale steun?
3. Is er een relatie tussen de impact van de posttraumatische nachtmerries en copingstijl (passief/actief)?
4. Is er een relatie tussen de impact van posttraumatische nachtmerries en de demografische achtergrond?

3.2 Hypothesen

Op basis van de vraagstelling en deelvragen is een aantal hypothesen geformuleerd. De centrale hypothese luidt: *‘Naarmate men een meer vermijdende copingstijl rapporteert, worden er meer posttraumatische nachtmerries vermeld en worden deze als meer intens ervaren’*.

Wanneer men een passieve copingstijl toepast, wordt de gebeurtenis niet goed verwerkt. De gebeurtenis blijft terugkeren door middel van herbelevingen, waaronder posttraumatische nachtmerries. Als mensen door middel van actieve coping, herinneringen aan de traumatische gebeurtenis niet uit de weg gaan maar steun zoeken, zullen de posttraumatische nachtmerries minder voorkomen en zal de impact van de nachtmerries minder groot zijn. Om een beter

inzicht te krijgen in de relatie tussen coping en nachtmerries en welke andere variabelen hier eventueel een rol in spelen, worden sociale steun, geslacht, leeftijd, opleiding en de traumacategorie meegenomen in de analyse. Deze variabelen zijn gekozen op grond van hun (in de literatuurverkenning vermelde) mogelijke invloed op de relatie tussen het voorkomen van nachtmerries en coping.

De volgende hypothesen zijn opgesteld:

1. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren meer gebruikt te maken van een passieve/vermijdende copingstijl dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren.
2. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren meer gebruikt te maken van vermijding, gemeten door de ZIL, dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren.
3. Personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren meer gebruik te maken van een actieve/planmatige copingstijl dan personen met PTSS die wel posttraumatische nachtmerries ervaren.
4. Personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren meer sociale steun dan personen met PTSS die wel posttraumatische nachtmerries ervaren.
5. Vrouwen met PTSS ervaren meer posttraumatische nachtmerries dan mannen met PTSS.
6. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, zijn jonger dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren.
7. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, hebben een lager opleidingsniveau dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren.
8. Burgerslachtoffers met PTSS ervaren meer posttraumatische nachtmerries dan veteranen met PTSS.
9. In vergelijking met de voornoemde afhankelijke variabelen (vormen van coping en demografische factoren) vertoont passieve coping de sterkste samenhang met het voorkomen van posttraumatische nachtmerries.
10. Naarmate men een meer passieve/vermijdende copingstijl toepast, meldt men meer intense posttraumatische nachtmerries.
11. Naarmate men meer vermijdt, meldt men meer posttraumatische nachtmerries.

12. Personen met PTSS die een meer actieve/planmatige copingstijl rapporteren, ervaren minder intense posttraumatische nachtmerries.
13. Personen met PTSS die meer sociale steun rapporteren, ervaren minder intense posttraumatische nachtmerries.
14. Vrouwen met PTSS ervaren meer intense posttraumatische nachtmerries dan mannen met PTSS.
15. Personen met PTSS die meer intense posttraumatische nachtmerries ervaren, zijn jonger dan personen met PTSS die minder intense posttraumatische nachtmerries ervaren.
16. Personen met PTSS met een lager opleidingsniveau ervaren meer intense posttraumatische nachtmerries dan personen met een hoger opleidingsniveau.
17. Burgerslachtoffers met PTSS ervaren meer intense posttraumatische nachtmerries dan veteranen met PTSS.
18. In vergelijking met de voornoemde afhankelijke variabelen (vormen van coping en demografische factoren) vertoont passieve coping de sterkste samenhang met de intensiteit van posttraumatische nachtmerries.

4. Methoden

4.1 Participanten

In dit onderzoek is een steekproef verricht onder personen waarbij intakes zijn afgenomen bij Centrum '45, het landelijk behandel- en expertisecentrum voor getroffenen door vervolging, oorlog en geweld. De data zijn verworven door mensen die werkzaam zijn bij Centrum '45. De periode waarin de data is verworven, loopt van 2000 tot 2007. Elke cliënt heeft tijdens de intake een vragenboekje ontvangen, dit zelfstandig ingevuld en weer ingeleverd. Het vragenboekje bevatte onder andere een vragenlijst die coping meet: de COPE-EASY, een vragenlijst die slaapproblemen meet: de NITE en een vragenlijst die posttraumatische stresssymptomen meet: de ZIL. Deze drie vragenlijsten worden gebruikt om de hypothesen te toetsen. Van de personen die het vragenboekje hebben ingevuld (N = 891) is er een selectie gemaakt van personen met de diagnose PTSS en zijn een aantal cliënten waarbij relevante informatie ontbreekt, zoals de geboortedatum, geslacht en onvolledige vragenlijsten uitgesloten van dit onderzoek. De uiteindelijke selectie bestaat uit 136 participanten, waarvan 45 vrouwen en 91 mannen. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 59,8 (SD = 14.2). Binnen deze selectie vallen de groepen, burgergetroffenen, veteranen, de naoorlogse generatie, verzetsdeelnemers, Joodse vervolgd en Nederlands-Indië vervolgd.

Tabel 1. Demografische gegevens: aantal participanten en percentage per categorie.

<i>Demografische gegevens</i>	<i>N</i>	<i>Percentage</i>
Sekse	136	100
Man	91	67
Vrouw	45	33
Hoogste opleiding voltooid	125	92
Geen	3	2
BUO/LO/LV(B)O	33	25
MVO/MBO	51	37
HVO/VWO	13	10
HBO/WO	22	16
Onbekend	3	2
Traumacategorie	136	100
Burgergetroffenen	7	5
Joodse Vervolgd	2	2

Naoorlogse Generatie	15	12
Nederlands-Indië vervolgden	71	52
Verzetsdeelnemers	2	2
Veteranen	35	26
Anders	4	3

4.2 Onderzoeksinstrumenten

Coping Vragenlijst (COPE-EASY)

De COPE-EASY meet stresshantering (copinggedrag) opgevat als een persoonlijke stijl. Deze vragenlijst is, in tegenstelling tot de andere lijsten die coping meten, gebaseerd op theoretische uitgangspunten. Er werd bij vijftien op voorhand gekozen theoretische copingconcepten telkens een viertal bijpassende items gezocht (Kleijn, van Heck & van Waning, 2001). De COPE-EASY wordt gezien als een flexibele vragenlijst die ontwikkeld is om zowel dispositionele als situationele vormen van coping te meten. De versie van de COPE-EASY die voor dit onderzoek is gebruikt bestaat uit 32-items en omvat vijftien verschillende vormen van coping. Een aantal kunnen worden onderverdeeld in vier dimensies: actief/planmatig, sociale steunzoekend, nuchter en vermijdend. Niet in deze cluster opgenomen items gaan over het zoeken van steun in religie en toevlucht nemen tot het gebruik van diverse middelen. Ieder item wordt gescoord op een vierpunts schaal lopend van 'niet van toepassing' tot 'zeer veel van toepassing'.

In ons onderzoek valt de dimensie actief/planmatig coping onder actieve coping. Deze dimensie wordt vergeleken met de dimensie passieve/vermijdende coping. De dimensie planmatige coping bevat drie schalen: actieve coping (Cronbach's $\alpha = .62$), planmatige aanpak ($\alpha = .80$) en andere activiteiten tijdelijk beperken ($\alpha = .68$) (Kleijn, van Heck & van Waning, 2001). Elke schaal bevat twee items, de dimensie planmatige/ actieve coping omvat in totaal zes items. Een voorbeeld van een vraag die actieve coping meet is: "Ik probeer de situatie te verbeteren". De dimensie passieve/vermijdende coping bevat de schalen: ontkenning ($\alpha = .71$), opgeven ($\alpha = .63$) en afleiding zoeken ($\alpha = .45$) (Kleijn et al., 2001). De schalen bestaan elk uit twee items, het totaal van de dimensie passieve coping bedraagt zes items. Het passieve/vermijdende gedrag wordt bijvoorbeeld gemeten door de vraag: "Ik geef mijn poging om mijn doel te bereiken op". De dimensie sociale steun omvat twee schalen: advies of hulp zoeken ($\alpha = .75$) en gevoelens bespreken ($\alpha = .85$). Sociale steun wordt bijvoorbeeld gemeten door de vraag "Ik toon mijn gevoelens" (Kleijn et al., 2001). De test is zeer betrouwbaar bevonden voor alle schalen met

uitzondering van de schaal afleiding zoeken. De cronbach's α van de vragenlijst COPE-EASY in dit onderzoek berekend is .79. Voor de schalen passieve coping, actieve coping en sociale steun is de cronbach's α respectievelijk .59, .83 en .81.

De Zelfinventarisatielijst (ZIL)

De ZIL (Bramsen, Hovens & van der Ploeg, 2000) meet de eventuele aanwezigheid en intensiteit van posttraumatische stress symptomen, zoals gedefinieerd volgens de DSM-IV criteria. De ZIL bestaat uit 22 items en de periode die wordt nagevraagd beslaat de afgelopen 4 weken. De symptomen zijn gerangschikt naar de drie symptomenclusters zoals die behoren tot het PTSS, namelijk: herbelevingen (cluster B), vermijding van prikkels of afstomping (cluster C) en verhoogde prikkelbaarheid (cluster D).

Er zijn verschillende wijzen van scoring mogelijk:

- (a) een totaalscore,
- (b) symptoomcluster scores,
- (c) een scoring analoog aan de DSM-IV PTSS.

In dit onderzoek wordt gekeken naar de schaal vermijding van prikkels of afstomping en zal er gescoord worden volgens de symptoomcluster scores. Ieder item wordt gescoord op een 4-puntsschaal waarmee de mate waarin iemand last heeft gehad van de klacht kan worden aangegeven (lopend van 'geheel niet' tot 'zeer veel'). Deze test wordt in dit onderzoek gebruikt om te kunnen selecteren op proefpersonen gediagnosticeerd met PTSS. Daarnaast zal gekeken worden naar de subschaal vermijding in deze test om te kijken of een hogere score op vermijding samenhangt met het meer voorkomen van posttraumatische nachtmerries. De subschaal vermijding bestaat uit een totaal van negen items. Een voorbeeldvraag uit deze subschaal: 'Ik probeerde gedachten aan vroegere gebeurtenissen te vermijden'.

Bij deze vragenlijst werden bevredigende waarden gevonden voor de interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en de criteriumvaliditeit (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2000). De psychometrische kwaliteiten zijn onderzocht in een groep ouderen van 55 tot 90 jaar uit de algemene bevolking in Nederland (Hovens, 2001). De interne consistentie voor de gehele test heeft een Cronbach's α tussen de .90 en .94 en voor de subschaal vermijding een α tussen de .76 en .89. De Cronbach's α voor de test-hertest betrouwbaarheid voor de hele test is .92, voor de subschaal vermijding is deze α .85 (Hovens, 2001). De cronbach's α van de ZIL, berekend in dit onderzoek is .93. en voor de schaal vermijding is deze .82

De Nachtelijke Intrusies na Traumatische Ervaringen (NITE)

De NITE (Schreuder, Kleijn & Rooijmans, 2000) is een vragenlijst met in totaal 30 items die navraag doet (over de afgelopen 4 weken) naar het gebruik van middelen die het slapen beïnvloeden, het feitelijke slaappatroon, slaapproblemen / slaapkwaliteit en het optreden van angstdromen. Bij elk item van de vragenlijst kan de frequentie worden aangegeven, lopend van 'nooit' tot 'altijd'. De NITE bestaat uit 4 subschalen: middelengebruik, slaappatroon, slaapproblemen en angstdromen. De subschalen verwijzen naar slaapkwaliteit en naar de intensiteit van de eventuele nachtmerries. In dit onderzoek zal voornamelijk gekeken worden naar de vraag over angstdromen en de subschaal impact. Deze schaal bestaat uit 12 items en meet de intensiteit van posttraumatische nachtmerries. Hoe hoger de score op de impact schaal, hoe groter de kans dat er sprake is van een herbelevingdroom. Ook betekent een hogere score dat er meer lichamelijke en psychische klachten tijdens en na de nachtmerrie gerapporteerd zijn. De berekende Cronbach's α van de gehele vragenlijst is 0.92, van de subschaal impact is de Cronbach's α 0.91.

4.3 Analyseplan

In het onderzoek staat de samenhang tussen de wijze van omgaan met de traumatische gebeurtenis (actieve en passieve coping) en het voorkomen van posttraumatische nachtmerries centraal. Om de samenhang te onderzoeken zijn vier deelvragen opgesteld. Per deelvraag wordt besproken op welke manier deze geanalyseerd wordt.

Allereerst wordt gekeken naar de interne consistentie van de vragenlijsten, dit wordt gemeten door de Cronbach's α .

1. Is er een verschil tussen de participanten die wel of geen posttraumatische nachtmerries ervaren in de copingstijl (actief/passief) die ze hanteren?

Het onderscheid tussen de participanten met of zonder posttraumatische nachtmerries wordt gemaakt aan de hand van de eerste vraag van de NITE: 'Heeft u de laatste 4 weken angstige dromen gehad?'. Participanten die antwoorden met nooit, worden ingedeeld bij de groep zonder posttraumatische nachtmerries. De groep die antwoord met soms, regelmatig, vaak of altijd worden ingedeeld in de groep met posttraumatische nachtmerries. De variabele wel/geen nachtmerries wordt gehercodeerd, personen die geen nachtmerries ervaren krijgen een nul toebedeeld, mensen met nachtmerries krijgen een één. Vervolgens wordt aan de hand van een T-toets geanalyseerd of het hebben van nachtmerries een relatie heeft met een specifieke copingstijl.

2. Is er een verschil tussen de participanten die wel of geen posttraumatische nachtmerries ervaren wat betreft de demografische achtergrond?

Voor het onderscheid tussen wel en geen posttraumatische nachtmerries wordt net als bij deelvraag 1 gekeken naar de eerste vraag van de NITE. De sociale steun wordt gemeten in de vragenlijst COPE-EASY. De informatie over de variabelen leeftijd, geslacht, opleiding en traumacategorie wordt verkregen uit de demografische gegevens. De variabele geslacht wordt gehercodeerd, de mannen krijgen een nul toebedeeld, de vrouwen een één. Aan de hand van T-toets en Chi-kwadraattoets wordt bekeken of het hebben van nachtmerries een relatie heeft met sekse, leeftijd, opleiding, aard van het meegemaakte trauma en sociale steun.

Vervolgens worden de variabelen waarbij een significant verschil gevonden is, meegenomen in een logistische regressieanalyse om na te gaan wat de relatieve invloed van deze variabelen op het voorkomen van posttraumatische nachtmerries is.

3. Is er een samenhang tussen de impact van de posttraumatische nachtmerries en copingstijl (passief/actief)?

Deze deelvraag wordt opgesplitst in twee metingen, waarbij eerst onderzocht wordt of er een relatie bestaat tussen de impact van posttraumatische nachtmerries en vermijdende coping. De vermijdende/passieve coping wordt gemeten door middel van de COPE-EASY. Vermijding wordt gemeten door een subschaal van de ZIL. De posttraumatische nachtmerries worden gemeten door de schaal Impact. Vervolgens wordt onderzocht of er een relatie is tussen actieve/probleemgerichte coping en de impact van posttraumatische nachtmerries door middel van een correlatie analyse. Er is gekozen voor de Pearson's correlatie coëfficiënt voor variabelen passieve coping, actieve coping, sociale steun (dimensies van de COPE-EASY) en vermijding (schaal van de ZIL).

4. Is er een samenhang tussen de impact van posttraumatische nachtmerries en de demografische achtergrond?

De posttraumatische nachtmerries worden gemeten door de schaal impact van de NITE. De sociale steun wordt gemeten in de vragenlijst COPE-EASY. Voor het meten van de leeftijd, het geslacht, opleiding en de traumacategorie wordt de informatie uit de demografische gegevens gebruikt. Met Spearman's correlatie coëfficiënt, t-toets en chi-kwadraat toets is de samenhang onderzocht tussen de demografische achtergrond van de participanten en de impact van posttraumatische nachtmerries.

De variabelen waarbij een significante relatie wordt gevonden met de impactschaal, worden ten slotte meegenomen in een multi-pele regressieanalyse.

5. Resultaten

5.1 Interne consistentie

Om de interne consistentie te controleren is per test die in dit onderzoek gebruikt wordt de Cronbach's α berekend. Een Cronbach's α vanaf .60 wordt als voldoende geacht. De COPE-EASY heeft een voldoende alpha van .79. De dimensie passieve coping van de COPE-EASY heeft een alpha van .59. Omdat deze aan de lage kant is, is gekeken naar de afzonderlijke alpha score van de drie schalen die binnen de dimensie passieve coping vallen: ontkenning, opgeven en afleiding zoeken. De schalen opgeven en ontkenning hebben beiden een voldoende alpha; .74 en .71. De schaal afleiding zoeken heeft echter een lage alpha van .59. De interne consistentie van de NITE is hoog, met een alpha van .92.

Tabel 2. De berekende Cronbach's α en het aantal items per vragenlijst.

<i>Vragenlijst</i>	<i>N</i>	<i>Cronbach's α</i>
ZIL	22	.93
Schaal vermijding	9	.82
COPE-EASY	32	.79
Dimensie passieve coping	6	.59
Dimensie actieve coping	6	.83
Dimensie sociale steun	4	.81
NITE	16	.92
Impact schaal	12	.91

Er zijn in totaal 109 personen die last hebben van posttraumatische nachtmerries, waarvan 82 mannen en 27 vrouwen. Van de personen die geen last hebben van posttraumatische nachtmerries zijn er 9 mannen en 18 vrouwen. Van de mannen geeft 90 procent aan last te hebben van posttraumatische nachtmerries, van de vrouwen is dit 60 procent.

5.2 Resultaten per hypothese

De volgende 9 hypothesen hebben als onafhankelijke variabele het al dan niet voorkomen van nachtmerries.

1. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren *niet* meer gebruikt te maken van een passieve/vermijdende copingstijl dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, $t(129) = -.27, p = .72$.

2. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren *niet* meer gebruikt te maken van vermijding, gemeten door de ZIL, dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, $t(136) = -1.58, p = .12$.
3. Personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren meer gebruik te maken van een actieve/planmatige copingstijl dan personen met PTSS die wel posttraumatische nachtmerries ervaren, $t(133) = 2.18, p < 0.05$.
4. Personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, rapporteren *niet* meer sociale steun dan personen met PTSS die wel posttraumatische nachtmerries ervaren, $t(131) = .57, p = .79$.
5. *Mannen* met PTSS ervaren meer posttraumatische nachtmerries dan *vrouwen* met PTSS, $\text{Chi}^2 = 17.16, \text{df} = 1, p < 0.05$.
6. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, zijn jonger dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, $t(131) = 2.54, p < 0.05$.
7. Personen met PTSS die posttraumatische nachtmerries ervaren, hebben een *geen* lager opleidingsniveau dan personen met PTSS die geen posttraumatische nachtmerries ervaren, $\text{Chi}^2 = 7.47, \text{df} = 5, p = .19$.
8. Burgerslachtoffers met PTSS ervaren *niet* meer posttraumatische nachtmerries dan veteranen met PTSS, $\text{Chi}^2 = 4.70, \text{df} = 6, p = .58$.

De bovengenoemde variabelen die *univariaat* (met behulp van T-toets en Chi-kwadraattoets) significant zijn bevonden in de relatie tot het al dan niet voorkomen van posttraumatische nachtmerries, zijn vervolgens *multivariaat* getoetst in een logistische regressieanalyse. Uit tabel 3 is af te lezen dat er een significant verschil gevonden is tussen de participanten die wel of geen posttraumatische nachtmerries rapporteren wat betreft een actieve copingstijl en geslacht. Bij actieve coping is de richtingscoëfficiënt (B) negatief, dit betekent dat naarmate meer posttraumatische nachtmerries rapporteren er minder gebruik gemaakt wordt van een actieve copingstijl. Ook bij de variabele geslacht is richtingscoëfficiënt(B) negatief. Meer mannen dan vrouwen rapporteren last te hebben van posttraumatische nachtmerries. Voor de variabele leeftijd geldt; hoe hoger de leeftijd, hoe minder posttraumatische nachtmerries er gerapporteerd worden – maar deze variabele is niet significant.

9. Passieve coping vertoont *niet* de sterkste samenhang met het voorkomen van posttraumatische nachtmerries, *geslacht* is de sterkste voorspeller bij het voorkomen van nachtmerries, $B = -2.12$, $p < .00$.

Tabel 3. Logistische regressie met actieve coping, geslacht en leeftijd als onafhankelijke variabelen en wel/geen posttraumatische nachtmerries als afhankelijke variabele.

<i>Variabelen</i>	<i>B</i>	<i>Significantie</i>
Actieve coping (COPE-EASY)	-.99	.039*
Geslacht	-2.12	.00**
Leeftijd	-.04	.09

* = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$, significantie model $p < 0.01$, $R^2 = .28$

De volgende 9 hypothesen hebben alleen betrekking op de groep cliënten bij wie nachtmerries voorkomen, de onafhankelijke variabele is steeds de impact van de nachtmerries.

10. Naarmate men een meer passieve/vermijdende copingstijl toepast, meldt men *niet* meer intense posttraumatische nachtmerries, $r_s = .03$, $p = .77$.
11. Naarmate men meer vermijdt, meldt men meer intense posttraumatische nachtmerries, $r_s = .36$, $p < .01$.
12. Personen met PTSS die een meer actieve/planmatige copingstijl rapporteren, ervaren *niet* minder intense posttraumatische nachtmerries. $r_s = -.02$, $p = .86$.
13. Personen met PTSS die meer sociale steun rapporteren, ervaren minder intense posttraumatische nachtmerries, $r_s = .25$, $p < .05$.
14. Vrouwen met PTSS ervaren *niet* meer intense posttraumatische nachtmerries dan mannen met PTSS, $t(113) = 1.19$, $p = .24$.
15. Personen met PTSS die meer intense posttraumatische nachtmerries ervaren, zijn *niet* jonger dan personen met PTSS die minder intense posttraumatische nachtmerries ervaren, $r_s = -.14$, $p = .14$.
16. Personen met PTSS met een lager opleidingsniveau ervaren *niet* meer intense posttraumatische nachtmerries dan personen met een hoger opleidingsniveau, $r_s = .02$, $p = .83$.
17. Burgerslachtoffers met PTSS ervaren *niet* meer intense posttraumatische nachtmerries dan veteranen met PTSS, $t(88) = -1.02$, $p = .31$.

De variabelen waarbij een significante correlatie is gevonden met de schaal 'impact', zijn getoetst in een multiële regressieanalyse. In tabel 4 is te zien dat er een significante relatie gevonden wordt tussen de impact van posttraumatische nachtmerries en vermijding. Hoe hoger men scoort op de schaal vermijding, hoe meer posttraumatische nachtmerries er gerapporteerd worden.

18. Passieve coping vertoont *niet* de sterkste samenhang met de intensiteit van de posttraumatische nachtmerries, *vermijding* vertoont de sterkste samenhang met de intensiteit van de nachtmerries, $\beta = .29$, $t = 2.33$, $p < .05$.

Tabel 4. Multiële regressieanalyse met als onafhankelijke variabelen vermijding en sociale steun en als afhankelijke variabele de schaal 'impact' van de NITE.

<i>Variabelen</i>	<i>Bèta</i>	<i>T</i>	<i>Significantie</i>
Vermijding (ZIL)	.29	2.33	.02*
Sociale steun (COPE-EASY)	.24	1.88	.07

* = $p < 0.05$, significantie model $p < 0.05$, $R^2 = .15$

6. Discussie

Ten einde kennis rond posttraumatische nachtmerries te vergroten, is in dit onderzoek de relatie tussen coping en posttraumatische nachtmerries onderzocht bij cliënten die psychiatrisch worden behandeld voor ernstige posttraumatische stressklachten. Verwacht werd dat naarmate men een meer vermijdende copingstijl rapporteert er meer posttraumatische nachtmerries zouden worden vermeld en deze als meer intens zouden worden ervaren. Daarnaast werd verwacht dat wanneer men aangeeft meer gebruik te maken van een actieve/planmatige copingstijl er minder nachtmerries zouden gerapporteerd worden en de intensiteit van deze nachtmerries lager zou zijn. Deze verwachtingen zijn gedeeltelijk bevestigd en ten dele ontkracht.

6.1 Belangrijkste bevindingen

Participanten die geen nachtmerries rapporteren maken significant meer gebruik van een actieve copingstijl. Een passieve copingstijl blijkt echter niet samen te hangen met het voorkomen van posttraumatische nachtmerries. Een verklaring voor dit verschil kan zijn dat een aantal vragen waarmee vermijding gemeten wordt, ook wel gezien kunnen worden als een positieve manier om met stress om te gaan. De vraag ‘Ik zoek een activiteit om mijzelf af te leiden’ kan geïnterpreteerd worden als vermijding maar ook als een bewuste manier om met problemen om te gaan. Wellicht heeft de passieve/vermijdende copingstijl in dit geval een ontspannende werking waardoor de nachtmerries niet toenemen.

Verder is gekeken naar de invloed van een aantal demografische factoren op het al dan niet voorkomen van nachtmerries. Opmerkelijk is dat mannen meer nachtmerries rapporteren dan vrouwen. Verwacht werd dat vrouwen meer nachtmerries zouden rapporteren, ook in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) staat beschreven dat vrouwen vaker last hebben van posttraumatische nachtmerries dan mannen. Ook blijkt uit recent onderzoek naar nachtmerries dat vrouwen significant meer nachtmerries ervaren en meer emotioneel dromen in vergelijking met mannen. Er werd in dit onderzoek aan 170 proefpersonen gevraagd naar hun meest recente droom, 19% van de mannen rapporteerde een nachtmerrie tegenover 30% van de vrouwen (<http://news.bbc.co.uk>, 2008). Aangetoond is echter ook dat het voorkomen van nachtmerries bij vrouwen aan leeftijd gerelateerd is. De nachtmerries blijken af te nemen wanneer vrouwen ouder worden (Klink & Quan, 1987). In dit onderzoek ligt de gemiddelde leeftijd van de participanten vrij hoog (59.8 jaar). Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de geringere nachtmerrie-rapportage onder vrouwen.

Er is voorts geen relatie gevonden tussen sociale steun en het voorkomen van posttraumatische nachtmerries. In diverse literatuur wordt sociale steun als een beschermende factor voor het ontwikkelen van PTSS genoemd. Sociale steun kan echter ook een negatieve werking hebben op posttraumatische stress klachten. Vooral wanneer steun verkregen wordt van personen die zelf ook betrokken zijn geweest bij de traumatische gebeurtenis en wellicht zelf ook steun nodig hebben (Lincoln, Chatters & Taylor, 2003). Dit speelt voornamelijk bij vrouwen, zij voelen zich verplicht deze steun terug te geven, wat vervolgens voor meer stress kan zorgen (Solomon & Smith, 1994). De manier waarop sociale steun gegeven wordt is van belang wanneer gekeken wordt of het een positieve of negatieve uitwerking heeft op de klachten van PTSS. Wanneer de familieleden of vrienden begripvol reageren, waardering tonen en betrouwbaar zijn, heeft dit een positieve werking op de klachten. Wanneer deze personen echter kritische opmerkingen maken en spanning opwekken kan dit de klachten verhogen (Lincoln, Chatters & Taylor, 2003). Ook kan de manier waarop men gedachten en gevoelens over de traumatische gebeurtenis uit, een rol spelen in het effect van sociale steun op de vermindering van de klachten. Wanneer men bijvoorbeeld de boosheid over de gebeurtenis, agressief en ongecontroleerd naar anderen uit, kan dit de PTSS klachten verhogen (Usta, Farver & Zein, 2008). In het onderzoek is niet gekeken op wat voor manier men sociale steun ontvangt en op welke manier men zich uit naar de mensen waarvan met sociale steun ontvangt. Dit kan wellicht een verklaring zijn voor het feit dat er geen significante relatie gevonden is tussen sociale steun en posttraumatische nachtmerries.

Tussen burgerslachtoffers en veteranen is evenmin een verschil gevonden in het voorkomen en de impact van posttraumatische nachtmerries. Verwacht werd dat burgerslachtoffers meer nachtmerries zouden rapporteren en deze als meer intens zouden ervaren. Deze verwachting was echter gebaseerd op één eerder gedaan onderzoek naar klachten van PTSS bij burgerslachtoffers en veteranen. Dit onderzoek was niet specifiek gericht op posttraumatische nachtmerries. Er is dus meer onderzoek nodig naar de relatie tussen de rol van personen in een oorlog en posttraumatische nachtmerries.

Verder is er wel een relatie gevonden tussen de impact van de posttraumatische nachtmerries en de schaal vermijding van de ZIL. Opvallend is dat deze relatie niet gevonden wordt voor de schaal impact en de dimensie passieve/vermijdende coping van de COPE-EASY. De vragen behorend tot de schaal vermijding, zijn meer gericht op de innerlijke beleving bij het omgaan met de traumatische ervaring. Voorbeelden van vragen zijn: ‘‘Ik probeerde gedachten aan vroegere gebeurtenissen te vermijden’’ en ‘‘Ik had moeite mijn gevoelens te uiten’’. Bij deze vragen gaat het meer om het wegstoppen van gevoelens en

gedachten. De vragen behorend bij passieve/vermijdende coping richten zich meer op het ondernemen van stappen om niet aan de traumatische ervaring te hoeven denken, bijvoorbeeld ‘‘Ik zoek een activiteit om mezelf af te leiden’’. Door deze verschillende vormen van vermijding, enerzijds onbewust gedachten en gevoelens wegstoppen en anderzijds bewust stappen ondernemen om niet aan de traumatische gebeurtenis herinnerd te worden, kunnen een verklaring zijn voor de gevonden resultaten.

De bevindingen in dit onderzoek sluiten gedeeltelijk aan bij de theorie die getoetst is. Wanneer men de herinneringen aan de traumatische gebeurtenis niet uit de weg gaat maar problemen aanpakt door bijvoorbeeld steun te zoeken, worden er minder nachtmerries gerapporteerd. In de theorie wordt beschreven dat personen met een passieve copingstijl de gebeurtenis niet goed verwerken en daardoor last hebben van posttraumatische nachtmerries. Deze aanname wordt echter niet bevestigd in dit onderzoek. Voor de intensiteit van de nachtmerries maakt het geen verschil welke copingstijl men gebruikt.

6.2 Methodologische overwegingen

Er is een aantal kanttekeningen te plaatsen bij dit onderzoek, waarmee rekening gehouden moet worden als men uit de gevonden gegevens conclusies wil trekken.

Allereerst zijn de vragenboekjes van een groot aantal participanten verloren gegaan door het onvolledig invullen van de vragenlijsten en de selectie van participanten met PTSS. Van de 891 vragenboekjes konden er na de selectie slechts 136 gebruikt worden voor het onderzoek. Hierdoor kan er een selectie zijn ontstaan van participanten met bepaalde karaktereigenschappen, die de interne validiteit van het onderzoek beïnvloedt. De personen die de vragenlijsten niet volledig hebben ingevuld en dus uitgesloten zijn voor het onderzoek zouden juist meer gebruik kunnen maken van vermijding. De confrontatie met herinneringen aan het trauma door de vragen willen ze mogelijk uit de weg gaan. Uiteindelijk zijn er van de zeven traumacategorieën maar twee met een betrouwbaar aantal participanten. Dit alles heeft gevolgen voor de heterogeniteit van de participanten.

Daarnaast kunnen er vraagtekens geplaatst worden bij het gebruik van de vragenlijst ZIL voor het meten van coping. In deze vragenlijst wordt de variabele ‘vermijding’ gemeten als onderdeel van PTSS. De vraag is of deze vorm van vermijding als copingstijl beschouwd kan worden. In het onderzoek wordt coping omschreven als ‘‘cognitieve en gedragsmatige strategieën die mensen gebruiken om met stressvolle situaties om te gaan’’. Een aantal vragen van de ZIL heeft betrekking op deze definitie. Toch zijn er ook vragen die minder goed op deze definitie aansluiten, bijvoorbeeld de vraag: ‘‘Ik voel mij vervreemd van anderen’’. Bij

het interpreteren van de hypothesen die betrekking hebben op deze schaal, moet deze aanmerking in gedachten gehouden worden.

Ook is er een kanttekening te plaatsen bij het gebruik van de vragenlijst NITE. De participanten worden onderverdeeld in twee groepen; een groep die geen posttraumatische nachtmerries ervaart en een groep die wel posttraumatische nachtmerries ervaart. Deze opdeling wordt gemaakt aan de hand van de eerste vraag van de NITE: ‘‘Heeft u de laatste vier weken angstige dromen gehad?’’. Gezien het feit dat de participanten gediagnosticeerd zijn met PTSS, wordt aangenomen dat deze angstige dromen betrekking hebben op het trauma. Toch kan niet uitgesloten worden dat er participanten in de groep met posttraumatische nachtmerries zijn geplaatst, die wel angstige dromen ervaren maar deze wellicht niet gerelateerd zijn aan het trauma. Ook is de groep die aangeeft posttraumatische nachtmerries te ervaren erg divers. De participanten in deze groep, hebben een score op de schaal die loopt van ‘‘soms’’ tot ‘‘altijd’’. Dit heeft als gevolg dat participanten die weinig angstige dromen ervaren in dezelfde groep zijn geplaatst als participanten die deze dromen wellicht elke nacht ervaren. Hierdoor is het lastig conclusies te verbinden aan de resultaten die betrekking hebben op deze groep.

Wanneer gekeken wordt naar de rol van leeftijd bij posttraumatische nachtmerries, blijkt dat deze uitkomsten niet geschikt zijn voor het generaliseren naar alle personen met PTSS. Zeventig procent van de participanten valt namelijk binnen de leeftijdscategorie van 55 jaar en ouder. Omdat de spreiding van leeftijd niet groot is, kan dit ook een verklaring zijn voor het feit dat er geen significantie relatie gevonden is tussen leeftijd en het voorkomen en de impact van posttraumatische nachtmerries. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of de hypothesen ook of toch bevestigd kunnen worden als men rekening houdt met bovengenoemde kanttekeningen.

6.3 Klinische implicaties

Aangezien actieve copingstijl een rol lijkt te spelen in het verminderd voorkomen van posttraumatische nachtmerries, is het van belang om dit verder te analyseren en te kijken hoe de behandeling van PTSS hierop aangepast kan worden. In de beginfase van de behandeling zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden welke copingstijl de cliënt gebruikt. Falsetti (1997) noemt dat na het kiezen van de meest geschikte behandeling voor PTSS, copingstijl en de mate van stress belangrijke factoren zijn waar men zich op moet richten bij aanvang van deze behandeling. Wanneer een cliënt gebruik maakt van disfunctionele copingstijlen moet getracht worden deze om te zetten in meer functionele copingstijlen. De cliënt kan

bijvoorbeeld aangeleerd worden problemen niet uit de weg te gaan maar actief een oplossing te zoeken om de stress te verminderen. Ook kan het aanleren van functionele copingstijlen cliënten ondersteunen in het overwinnen van hun angstgevoelens. (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003) Wanneer er minder angst wordt ervaren, lijkt men beter in staat bepaalde behandelingen, waaronder exposure-therapie, te tolereren (Falsetti, 1997). De aangeleerde copingstijlen kunnen hulp bieden wanneer men wordt geconfronteerd met traumatische herinneringen (Harvey et al., 2003).

6.4 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de manier waarop men met een stressvolle gebeurtenis omgaat invloed heeft op het voorkomen van nachtmerries. Ook sekse speelt hierin een rol, mannen lijken meer bevattelijk voor het ontwikkelen van nachtmerries na ingrijpende levensgebeurtenissen. Daarnaast lijkt de mate van vermijding verband te houden met de impact van de nachtelijke intrusies; het wegstoppen van gedachten en gevoelens over hetgeen men heeft meegemaakt lijkt de intensiteit van de nachtmerries hierover te verheviggen. Er is nog weinig aandacht geweest voor het onderzoeken naar factoren die samenhangen met posttraumatische nachtmerries, terwijl juist deze klachten voor een hoge mate van psychisch lijden zorgen. In de toekomst is het van belang om meer onderzoek te doen naar de rol van coping bij posttraumatische nachtmerries en ook te kijken naar andere factoren die de posttraumatische nachtmerries in stand houden of wellicht zelfs doen toenemen. Op deze manier kan wetenschappelijke kennis rond dit fenomeen worden vergoot en kunnen behandelvormen beter worden toegesneden op de problematiek zodat mensen die lijden aan posttraumatische nachtmerries efficiënter kunnen worden geholpen.

7. Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bramsen, I., Hovens, J.E. & Van der Ploeg, H.M. (2000). *Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stressstoornis, ZIL handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 748-766.
- Dempsey, M., Overstreet, S. & Moely, B. (2000). Approach and Avoidance Coping and PTSD Symptoms in Inner-City Youth. *Current Psychology*, 19, 28.
- Evers, A., Vliet-Mulder van, J.C. & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Gorcum & Cemp.
- Falsetti, S.A. (1997). The decision-making process of choosing a treatment for patients with civilian trauma-related PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 99-121.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A. & Tarrier, N. (2003) Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review* 23, 501-522.
- Hengel van, W. (24 oktober 2006). *Oorlog van binnen*. Geraadpleegd op 21 oktober 2007, <http://www.nieuw.refdag.nl/artikel/1279183/Oorlog+vanbinnen.html>.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress Response Syndromes : PTSD, Grief and Adjustment Disorder*. Oxford: Jason Arunson.
- Hovens, J.E. (2001). De Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stressstoornis: Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 36, 61-63.
- Johnson, H. & Thompson, A. (2007). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28, 36-47.
- Klink, M. & Quan, S. (1987). Prevalence of reported sleep disturbances in a general population and their relation to obstructive airway disease. *Chest*, 91, 540-546.
- Kramer, M., Schoen, L.S. & Kinney, L. (1983). Nightmares in Vietnam Veterans. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15, 67-81.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lincoln, K.D., Chatters, L.M. & Taylor, R.J. (2003). Psychological distress among black and white Americans: Differential effects of social support, negative interaction and personal control. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 390-407.

- Mellman, A.T., David, D., Bustamante, V., Torres, J. & Fins, A. (2001). Dreams in the Acute Aftermath of Trauma and Their Relationship to PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 241- 247.
- North, C.S., Spitznagel, E.L. & Smith, E.M. (2001). A Prospective Study of Coping After Exposure to a Mass Murder Episode. *Annals of Clinical Psychiatry, 13*, 81-87.
- Olf, M., Langeland, W. & Gersons, B.P.R. (2005). The Psychobiology of PTSD: Coping with Trauma. *Psychoneuroendocrinology, 30*, 974-982.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Picchioni, D., Goeltzenleucher, B., Green, D.N., Convento, M.J., Crittenden, R., Hallgren, N. & Hicks, R.A. (2002). Nightmares as a Coping Mechanism for Stress. *Dreaming, 12*, 155-169.
- Pillar, G., Malhorta, A. & Lavie, P. (2000). Post-traumatic stress disorder and sleep: what a nightmare! *Sleep Medicine Reviews, 2*, 183-200.
- Phelps, A.J., Forbes, D. & Creamer, M. (2008). Understanding posttraumatic nightmares: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Review, 28*, 338-355.
- Sadock, B.J. & Kaplan, H.I. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. New York: Williams & Wilkins.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J. & Benard, N.C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, Pathophysiology, and Assessment. *Psychotherapy in Practice, 58(8)*, 877-889.
- Schreuder, J.N. (1996). *Nachtmerries van de oorlog: een onderzoek naar nachtelijke herbelevingen van psychotraumatische oorlogservaringen*. Delft: Eburon.
- Schreuder, B.J.N., Kleijn, W. C. & Rooijmans, H.G.M. (2000). Nocturnal Re-Experiencing More Than Forty Years After War Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 453-463.
- Solomon, S.D. & Smith, E.M. (1994). Social support and perceived control as moderators of responses to dioxin and flood exposure (p.179-200). In *Community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos*. New York: Cambridge University Press.
- Spoormaker, V.I. (2005). *Nightmares; assessment, theory and treatment*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Singareddy, R.K. & Balon, R. (2002). Sleep in Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, 14*, 183-189.
- Usta, J.M.P.H., Farver, J.A.M. & Zein, L.M.D. (2008). Women, war and violence: Surviving the experience. *Journal of Women's Health, 5*, 793-804.

Wittmann, L., Schredl, M. & Kramer, M. (2006). Dreaming in posttraumatic stress disorder: A critical Review of Phenomenology, Psychophysiology and Treatment. *Psychotherapy and psychosomatics*, 1, 25-39.

Women 'more prone to nightmares'. Geraadpleegd op 28 september 2008,
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7609985.stm>.

Zeidner, M. (1993). Coping with disaster: The Case of Israeli Adolescents under Threat of Missile Attack. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 89-107.

8. Bijlagen

Centrum '45				DEMOGRAFISCHE INFORMATIE		
Naam				Nr.Cireg :		
Intakedatum (dd/mm/jaar)				Nr.STIP :		
Geslacht				Intaker :		
	1	Man	<input type="radio"/>	Behandeling C'45		
	2	Vrouw	<input type="radio"/>	1	Poliklinisch	<input type="radio"/>
Geboortedatum (dd/mm/jaar)				2	Dag klinisch	<input type="radio"/>
Geboorteland				3	Klinisch	<input type="radio"/>
	1	Nederland	<input type="radio"/>	4	Geen	<input type="radio"/>
	2	Ned. Indië	<input type="radio"/>	Erkenning		
	3	Anders	<input type="radio"/>	1	WUBO	<input type="radio"/>
Nationaliteit				2	WUV	<input type="radio"/>
	1	Nederlands	<input type="radio"/>	3	WBP	<input type="radio"/>
	2	Anders	<input type="radio"/>	4	Partner	<input type="radio"/>
Inkomstenbron				Traumacontext		
	1	Arbeid / ziektewet	<input type="radio"/>	1	Burger getroffen	<input type="radio"/>
	2	Uitkering	<input type="radio"/>	2	Joodse vervolgd	<input type="radio"/>
	3	Pensioen / AOW	<input type="radio"/>	3	Kinderen verz. 1e	<input type="radio"/>
	4	Geen	<input type="radio"/>	4	NOG	<input type="radio"/>
	5	Anders	<input type="radio"/>	5	Ned. Indië vervolgd	<input type="radio"/>
Opleiding voltooid				6	Verzedeelnemers	<input type="radio"/>
	1	geen	<input type="radio"/>	7	Veteranen	<input type="radio"/>
	2	BUD / LO / LV(B)O	<input type="radio"/>	8	Partners	<input type="radio"/>
	3	MVO / MBO	<input type="radio"/>	9	Anders	<input type="radio"/>
	4	HVO / VWO	<input type="radio"/>	Schokkende env.		
	5	HBO / WO	<input type="radio"/>	1	Levensgevaar	<input type="radio"/>
	9	Onbekend	<input type="radio"/>	2	Wreedheden gezien	<input type="radio"/>
Burgerlijke staat				3	Wreedh. ondergaan	<input type="radio"/>
	1	Ongetrouwd	<input type="radio"/>	4	Beschietingen	<input type="radio"/>
	2	Getrouwd	<input type="radio"/>	5	Bombardementen	<input type="radio"/>
	3	Gescheiden	<input type="radio"/>	6	Mensen zien sterven	<input type="radio"/>
	4	Wdow(e)naar	<input type="radio"/>	7	Mensen zien gedood	<input type="radio"/>
Woon situatie (nummer)				8	Zelf mensen gedood	<input type="radio"/>
Leefsituatie met partner				9	Gedinsleden verloren	<input type="radio"/>
	1	Aleenstaand	<input type="radio"/>	10	Ernstig ziek	<input type="radio"/>
	2	Met partner	<input type="radio"/>	11	Ernstig gewond	<input type="radio"/>
	3	Met ouder(s)	<input type="radio"/>	12	Ernstig ondervoed	<input type="radio"/>
	4	Anders	<input type="radio"/>	13	Seksueel geweld	<input type="radio"/>
Leefsituatie met kinderen				Trauma periode		
	1	Met kinderen	<input type="radio"/>	1	Begin (jaar)	
	2	Zonder kinderen	<input type="radio"/>	2	Einde (jaar)	
Verwijzer				TOESTEMMING		
	1	Huisarts	<input type="radio"/>	1	Ja	<input type="radio"/>
	2	Zenuwarts	<input type="radio"/>	2	Nee	<input type="radio"/>
	3	Arts specialist	<input type="radio"/>	3	Datum	
	4	Eigenverzoek	<input type="radio"/>			
	5	PAAZ	<input type="radio"/>			
	6	Polikliniek C'45	<input type="radio"/>			
	7	RIAGG	<input type="radio"/>			
	8	Maatschap. Werk	<input type="radio"/>			
	9	Psycholoog	<input type="radio"/>			
	99	Onbekend	<input type="radio"/>			
DSM-IV						
	Aa I	1				
	Aa II	2				
	Aa III	3				
	Aa IV	4				
	Aa V	5				

Toelichting: Deze vragenlijst gaat over slaaptbevorderende en slaapverstorende factoren. S.v.p. bij iedere vraag aangeven wat voor u van toepassing is in de afgelopen 4 weken (door het betreffende rondje zwart te maken).

Soms = 1 à 2 keer/maand Regelmatig = 1 keer/week Vaak = meer dan 1 keer/week Altijd = (bijna) iedere nacht

ALGEMEEN (voor het gaan slapen; in de afgelopen 4 weken)		Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
1	Gebruikt u koffie of thee 's avonds?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Gebruikt u tabak 's avonds?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Gebruikt u alcohol 's avonds?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Gebruikt u pijnstillers 's avonds?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indien JA, welke?						
5	Gebruikt u slaapmiddelen 's avonds?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Gebruikt u andere middelen 's avonds?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indien JA, welke?						
7	Slaapt u over het algemeen goed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SLAPEN (in de afgelopen 4 weken)

1	Hoe laat deed u meestal het licht uit om te gaan slapen?					
2	Hoe lang duurde het meestal voordat u in slaap viel?					
3	Hoe laat werd u meestal 's ochtends wakker?					
4	Hoe laat stond u meestal op?					
		Nooit	Soms	Regelmatig	Vaak	Altijd
5	Had u eigenlijk veel eerder naar bed willen gaan om te slapen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Werd u 's nachts wakker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Kon u vlug weer inslapen als u 's nachts wakker werd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Had u last van te vroeg wakker worden 's ochtends?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Was u nog moe toen u opstond?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Was u tevreden over het slapen in de afgelopen vier weken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Was u moe overdag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soms = 1 à 2 keer/maand

Regelmatig = 1 keer/week

Vaak = meer dan 1 keer/week

Altijd = (bijna) iedere nacht

		Nooit	Soms	Regel- matig	Vaak	Altijd
1	Heeft u de laatste vier weken angstige dromen gehad? <i>Indien "nooit" dan s.v.p. verder met vraag 11</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Werd u meestal wakker van deze angstige dromen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Weet u meestal waar deze dromen over gingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Heeft u vaak dezelfde dromen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Herkende u meestal de personen in deze dromen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Herkende u meestal de omgeving in deze dromen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Heeft u meestal de gebeurtenissen in deze dromen echt meegemaakt? <i>Indien "ja" was de droom meestal een precieze weergave van uw ervaringen?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Welke lichamelijke verschijnselen had u meestal tijdens of na deze droom?					
	- bewegingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- transpireren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- hartkloppingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- benauwdheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- verlamd gevoel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Kunt u één zo'n angstige droom beschrijven? <i>Hier (of op de achterzijde) de beschrijving</i>					
10	Moest u meestal door de droom terugdenken aan angstige ervaringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Waren er in de laatste vier weken omstandigheden van invloed op uw slaap? <i>Welke omstandigheden?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Had u de laatste vier weken overdag last van herinneringen aan nare ervaringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Toelichting Hieronder staan enkele beschrijvingen over wat men zou kunnen doen in een moeilijke situatie. Wat men doet hangt af van de aard van het probleem, maar vaak handelt men wat meer op de ene dan op de andere manier. Geef s.v.p. achter ieder van de beschrijvingen aan wat voor u in het algemeen het meest van toepassing is.

1 = niet van toepassing 2 = een beetje van toepassing 3 = tamelijk van toepassing 4 = zeer veel van toepassing

		Niet	Beetje	Tamelijk	Zoer
		1	2	3	4
A 1	Ik doe extra mijn best er iets aan te doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Ik probeer de situatie te verbeteren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B 3	Ik maak een plan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ik probeer te verzinnen wat ik er aan kan doen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C 5	Ik zorg ervoor mij niet te laten afleiden door andere zaken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ik probeer te vermijden dat andere zaken mijn aanpak gaan doorkruisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D 7	Ik dwing mijzelf om te wachten tot het juiste moment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Ik wacht af iets te doen, totdat de situatie het toelaat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E 9	Ik vraag advies aan iemand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Ik vraag aan mensen met dergelijke ervaringen hoe zij reageren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F 11	Ik spreek met iemand over hoe ik mij voel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Ik zoek steun bij vrienden of familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G 13	Ik zoek naar iets goeds in wat er gebeurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ik probeer het van een andere kant te bekijken, zodat het meer positief lijkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H 15	Ik leer ernes te leven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Ik accepteer het dat dit gebeurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I 17	Ik zoek God's hulp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ik probeer troost in mijn godsdienst te vinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J 19	Ik raak van streek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ik toon mijn gevoelens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K 21	Ik weiger te geloven dat het gebeurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ik zeg tegen mijzelf "dit kan niet waar zijn"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 23	Ik doe steeds minder om tot een oplossing te komen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ik geef mijn poging om mijn doel te bereiken op	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M 25	Ik zoek een activiteit om mijzelf af te leiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Ik ga naar de film of kijk TV om er minder aan te denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O 27	Ik kan eigenlijk wel lachen om wat er gebeurt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Ik probeer de situatie humoristisch op te vatten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N 29	Ik begin (meer) alcohol te drinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Ik begin (meer) te roken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Ik begin (meer) medicijnen te gebruiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Ik begin (meer) pijnstillende middelen te gebruiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Toelichting Lees s.v.p. iedere klacht door om aan te geven in welke mate u gedurende **de afgelopen vier weken** deze klacht heeft gehad (door het betreffende rondje zwart te maken)

	Geheel niet 1	Een beetje 2	Tamelijk veel 3	Zeer veel 4
1 Ik had terugkerende onaangename herinneringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Ik had akelige dromen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Ik had het gevoel alsof gebeurtenissen uit het verleden weer plaatsvonden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Ik had opdringerige onaangename herinneringen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Ik handelde alsof gebeurtenissen uit het verleden weer plaatsvonden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Zaken die mij deden denken aan vroegere gebeurtenissen riepen bij mij lichamelijke reacties op	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Ik probeerde gedachten aan vroegere gebeurtenissen te vermijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Ik probeerde gevoelens over vroegere gebeurtenissen te vermijden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Ik vermeed situaties die herinneringen aan vroegere gebeurtenissen kunnen oproepen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Ik kon mij van vroegere gebeurtenissen belangrijke aspecten niet meer herinneren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Ik voelde mij vervreemd van anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Ik voelde mij losstaan van anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Ik had moeite mijn gevoelens te uiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Ik had minder belangstelling voor belangrijke activiteiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Ik had het gevoel weinig toekomst te hebben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Ik had moeite met inslapen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Ik had moeite met doorslapen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Ik had er moeite mee mij te concentreren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Ik was waakzaam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Ik was schrikachtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Ik was prikkelbaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Ik had woede uitbarstingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Speciale uitgave van Centrum'45, te Oegstgeest, vervaardigd na toestemming van de uitgever Swets & Zeitlinger B.V. te Lisse.

Dit materiaal is auteursrechtelijk beschermd en kopiëren zonder schriftelijke toestemming van de uitgever is dan ook niet toegestaan.

