

Rationele Rehabilitatie bij de posttraumatische stressstoornis

Een pilotonderzoek

A. T. TOMASOA, M. T. APPELO

ACHTERGROND Rationele Rehabilitatie is een vorm van cognitieve gedragstherapie die in een gecontroleerd onderzoek effectief is gebleken bij mensen met chronisch psychische klachten. De posttraumatische stressstoornis is een ernstig, vaak voorkomend en nogal eens chronisch ziektebeeld. Wellicht is Rationele Rehabilitatie ook effectief bij de posttraumatische stressstoornis.

DOEL Door middel van een pilotonderzoek naar het effect van Rationele Rehabilitatie bij mensen met een posttraumatische stressstoornis, nagaan of gecontroleerd onderzoek hiernaar geïndiceerd is.

METHODE Negentien patiënten met een posttraumatische stressstoornis kozen ervoor om gedurende de wachttijd voor reguliere behandeling mee te doen aan het onderzoek. Het effect van Rationele Rehabilitatie werd onderzocht met betrekking tot symptomen van posttraumatische stressstoornis, ervaren van geluk, autonomie, sociale steun en behoefte aan verdere behandeling.

RESULTATEN Rationele Rehabilitatie lijkt een positief effect te hebben op alle onderzochte uitkomstvariabelen, behalve herbelevingen.

CONCLUSIE Een gecontroleerd onderzoek naar het effect van Rationele Rehabilitatie bij patiënten met een posttraumatische stressstoornis lijkt gerechtvaardigd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)8, 529-536]

TREFWOORDEN cognitieve gedragstherapie, posttraumatische stressstoornis, Rationele Rehabilitatie

De posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een ernstig, vaak voorkomend ziektebeeld (Breslau 2002; Solomon & Davidson 1997). Naar de psychologische behandeling van PTSS is vergeleken met andere angststoornissen relatief weinig onderzoek gedaan. Het onderzoek dat wel werd gedaan laat zien dat cognitief-gedragstherapeutische behandelingen in 70 tot 90% van de gevallen tot een aanzienlijke klachtenreductie leiden (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz 2003). Van Minnen en Verbraak (2002) hebben zich afgevraagd waar de werkzaam-

heid van deze behandelingen op berust. Zij vermoeden dat er naast specifieke kenmerken een gemeenschappelijke werkzame factor is. Het blijkt dat bij al deze therapieën sprake is van *exposure* in de zin van het bewust oproepen van de traumatische herinneringen met de daarbij horende angst. Vervolgens worden deze herinneringen en angst gekoppeld aan nieuwe ervaringen (bv. de veiligheid van de therapiesituatie, de ervaring niet gek te worden tijdens *exposure*). De nieuwe aan het trauma gerelateerde ervaring kan ertoe leiden dat de oorspronkelijke angst en vermijdingsreacties

verminderen. Het koppelen van rustgevende ervaringen aan voorheen met angst beladen stimuli, wordt in de gedragstherapie 'contraconditionering' genoemd (Korrelboom & Ten Broeke 2004). Dit is wellicht de gemeenschappelijke werkzame factor van de verschillende psychotherapieën (Appelo 2003).

Rationele Rehabilitatie (RR) (Appelo 1999a en b; Van der Veen & Appelo 2002) is een korte cognitieve gedragstherapie met contraconditionering als het belangrijkste onderdeel. In de in dit artikel gerefereerde publicaties over RR is veel illustratieve casuïstiek te vinden. Uit gecontroleerd onderzoek naar het effect van RR bij patiënten met chronische psychische klachten blijkt dat deze therapie in vergelijking met wachtlijst en *treatment as usual* tot sterk positieve, duurzame resultaten leidt (Van der Veen e.a. 2005). De draaglast (in termen van psychische klachten, negatief zelfbeeld en niet-effectieve copingstijlen) vermindert en de draagkracht (acceptatie van klachten, positief zelfbeeld en effectieve copingstijlen) neemt sterk toe. De resultaten beklijven in elk geval tot negen maanden na behandeling. Verder lijkt RR vooral geschikt voor patiënten met dissociatieve stoornissen en borderlinepersoonlijkheidsproblematiek. Niet alleen vanwege de centrale rol van contraconditionering, maar ook vanwege de overeenkomsten tussen symptomen van PTSS en dissociatieve problematiek en borderlineproblematiek (Nijenhuis 1994; Van Tilburg e.a. 1998) lijkt onderzoek naar het effect van RR bij PTSS geïndiceerd.

De vraagstelling in dit onderzoek is: Is op grond van een pilotonderzoek naar het effect van RR bij patiënten met een PTSS aannemelijk te maken dat een gecontroleerd vervolgonderzoek hiernaar zinvol is?

METHODE

Interventie Rationele Rehabilitatie (RR) wordt gegeven door een gz-psycholoog en omvat maximaal negen sessies van maximaal dertig minuten. De eerste zes sessies zijn wekelijks, daarna

kan er wat meer tussentijd worden genomen. RR wordt onderverdeeld in drie fases.

Eerst wordt de draagkracht in woord en beeld vastgesteld. De verbale presentatie van de draagkracht wordt bepaald door uit een aantal positieve levenservaringen de goede eigenschappen van de patiënt te distilleren. Deze worden samengevat in een korte zin, de kernstrategie, die de patiënt beschrijft zoals hij op zijn best is. De visuele presentatie van de draagkracht is een beeld van een moment uit het leven van de patiënt toen alles goed of in evenwicht was. Dit wordt de topsituatie genoemd. Deze topsituatie moet gevoelsmatig bij de kernstrategie passen.

Vervolgens wordt de draagkracht versterkt door middel van cueconditionering. Cueconditionering is ontleend aan onder meer de hypnotherapie (Van der Hart & Schurink 1987), Neuro Linguïstisch Programmeren (Bandler & Grinder 1979) en *Applied Relaxation* (Öst 1987). Als cue kiest de patiënt een klein voorwerp dat hij bij zich kan dragen. Dit wordt door te oefenen gekoppeld aan het gevoel dat hoort bij de topsituatie en kernstrategie. De patiënt roept de topsituatie op en zegt in zichzelf de kernstrategie. Zodra het goede gevoel komt, pakt hij de cue even vast. Deze oefening wordt herhaald tot het vastpakken van de cue het goede gevoel oproept. De oefening kan worden versterkt door gebruik te maken van passende muziek, lichaamshouding of gelaatsuitdrukking. Deze non-verbale expressievormen kunnen immers niet alleen gevoelens uitdrukken, maar ook oproepen (Camras e.a. 1993; Eifert e.a. 1988; Laird 1974; Laird e.a. 1982; Lang 1985).

In de derde en laatste fase van RR gaat de patiënt zijn problemen contraconditioneren met behulp van de cue. Contraconditioneren is de kracht van ongewenste stimulus-responsparen uitdoven met behulp van gewenste stimulus-responsparen (Korrelboom & Appelo 2002; Korrelboom & Ten Broeke 2004). Wanneer iemand bijvoorbeeld angstig reageert op een herbeleving of een situatie die lijkt op het trauma, wordt die reactie uitgedoofd door een stimulus aan te bieden die tot een aan angst tegengestelde emotie leidt. Tij-

dens RR moet de geconditioneerde cue dus worden gebruikt op het moment dat er een stimulus optreedt die gewoonlijk tot een ongewenste reactie leidt. Het vastpakken van de cue roept een gewenste emotie op, die de ongewenste reactie onderdrukt of uitdooft.

Tijdens de sessies leert de patiënt hoe hij de cue moet gebruiken. Tussen de sessies oefent de patiënt hier in het echt mee door moeilijke situaties bewust op te roepen of op te zoeken. Ten slotte kan een patiënt na afsluiting van de behandeling tweemaal terugkomen voor een zogenaamde 'boostersessie'.

Procedure, proefpersonen, in- en exclusiecriteria Patiënten die in 2004 bij Lentis Geestelijke gezondheidszorg met PTSS-klachten worden aangemeld en op een wachtlijst komen voor een *evidence-based* behandeling van PTSS, krijgen de gelegenheid om gedurende de wachttijd mee te doen aan het onderzoek. De onderzoeker (psychiater) geeft uitleg over het onderzoek en de behandeling. Besproken wordt dat de behandeling waarop de patiënt moet wachten bewezen effectief is; en dat RR doeltreffend is bij patiënten met langdurig psychische problemen maar nog niet is onderzocht bij klachten als die van patiënt.

Inclusiecriteria zijn: leeftijd ouder dan 18 jaar, de Nederlandse taal machtig zijn en de diagnose PTSS volgens de criteria van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2001, 2003). Er wordt uitgelegd dat RR in eerste instantie niet over klachten, maar over het identificeren en vergroten van krachten gaat. Ten slotte moet de patiënt akkoord gaan met het tussen de sessies uitvoeren van opdrachten.

Exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek zijn: acuut gevaar voor zichzelf en/of omgeving, mentale retardatie, psychotische stoornis, ernstige depressie of manie, ernstige verslaving, neuropsychiatrische stoornis, of gelijktijdige behandeling met een *evidence-based* behandeling voor PTSS. Eventuele medicamenteuze behandeling mag tijdens het onderzoek niet worden gewijzigd.

In totaal worden 22 patiënten aangemeld. Van hen besluiten 19 aan het onderzoek mee te doen. Van de overige 3 patiënten voldoen er 2 niet aan de criteria voor PTSS en wil 1 patiënt niet meedoen omdat hij direct en intensief zijn klachten wil bespreken. Deze 3 patiënten worden terugverwezen naar de hulpverlener die hen heeft aangemeld voor het onderzoek.

Er zijn 7 mannelijke en 12 vrouwelijke deelnemers met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 35 jaar (standaarddeviatie (SD) 13). De deelnemers hebben gemiddeld iets langer dan 4 jaar geleden voor het eerst contact gezocht met de ggz vanwege psychische klachten (SD 4). Bij aanvang van de behandeling gebruiken 10 deelnemers psychofarmaca. De meeste deelnemers (47%) hebben een opleiding op het niveau van middelbaar beroeps-onderwijs; 31% heeft een opleiding op lager, en 22% een opleiding op hoger niveau. Van de deelnemers wonen er 10 samen met een partner en/of kinderen. Daarnaast wonen 4 deelnemers alleen, en hebben de overige deelnemers een andere woonsituatie.

Na afloop van RR wordt de patiënt terugverwezen naar de hulpverlener die hem voor het onderzoek heeft aangemeld. Deze bespreekt met de patiënt hoe lang de wachttijd voor reguliere behandeling nog is. Bij verandering van de hulpvraag wordt naar een passend behandelaanbod gezocht. Is er geen zorgvraag meer, dan wordt de behandeling afgesloten.

Variabelen, meetinstrumenten en meetmomenten In dit pilotonderzoek wordt onderzocht of er aanwijzingen zijn dat RR effect heeft op symptomen van de PTSS en welbevinden. Dit laatste wordt uitgedrukt als het ervaren van geluk, autonomie, sociale steun, en behoefte aan verdere hulpverlening.

Symptomen van PTSS worden gemeten met de PTSS-klachtenschaal, een Nederlandse bewerking van de PTSD Symptom Scale - Self-Report (PSS-SR; Foa e.a. 1993). Deze zelfrapportagelijst heeft 17 items en 3 subschalen: 'herbelevingen' (PTSS-HER; range 0-15), 'vermijdingsgedrag' (PTSS-VER;

range 0-21) en 'verhoogde arousal' (PTSS-ARO; range 0-15). Hogere scores betekenen dat iemand meer last heeft van symptomen van de PTSS.

Geluk wordt gemeten met de *Happiness Index* (naar Veenhoven 1994). Dit is een Likertschaal (range 1-10) waarop de patiënt aangeeft hoe gelukkig hij zich de afgelopen maand heeft gevoeld (HAP). Hoe hoger de score, hoe meer geluk iemand ervaart. Autonomie wordt gemeten met de gelijknamige subschaal van de *Positieve Uitkomsten Lijst* (PUL-AUT; range 7-28; Appelo 2005). De PUL is een zelfrapportagevragenlijst met 10 items en 2 subschalen: 'autonomie' en 'sociaal optimisme'. 'Autonomie' meet het ervaren van draagkracht, regie en zelfvertrouwen. 'Sociaal optimisme' meet tevredenheid over en vertrouwen in sociale contacten. Een hogere score betekent meer autonomie of sociaal optimisme.

Ervaren van sociale steun wordt gemeten met de subschaal 'sociaal optimisme' van de PUL (PUL-SOC; rang 3-12). Daarnaast wordt de *Sociale Steun Lijst* (SSL; van Sonderen 1993) afgenomen. Deze zelfrapportagelijst van 34 items bepaalt in hoeverre iemand een tekort aan sociale steun ervaart (SSL-TEK; range 34-102). Een hogere score betekent dat iemand een groter tekort ervaart. Alle genoemde subschalen blijken bij psychometrisch onderzoek (ruim) voldoende betrouwbaar (intern consistent en/of test-hertestbetrouwbaar) en valide voor gebruik als effectmaat.

Zoals hierboven uiteengezet, overlegt de patiënt na RR met zijn verwijzer over de vervolgbehandeling. Wanneer de patiënt geen behoefte meer heeft aan vervolgbehandeling omdat hij tevreden is, wordt dit doorgegeven aan de onderzoekers en opgevat als een teken van toegenomen welbevinden.

Er zijn 3 meetmomenten: direct voor de behandeling (T₁), direct aansluitend op de behandeling (T₂) en een follow-upmeting, 3 maanden na de behandeling (T₃).

Onderzoeksopzet en gegevensverwerking Dit inventariserende en ongecontroleerde pilotonderzoek heeft een AB-design (A is periode met in-

terventie, B is periode zonder interventie) en een relatief klein aantal proefpersonen. Vanwege dit laatste en omdat het scoreverloop van de proefpersonen op de afhankelijke variabelen (mede daardoor) niet normaal verdeeld is, kunnen de resultaten niet parametrisch worden getoetst. De gegevensverwerking gebeurt daarom met een non-parametrische toets; de *wilcoxon-signed-rank-test* wordt per variabele en per meetmomentpaar (T₁-T₂, T₂-T₃, en T₁-T₃) uitgevoerd. De implicatie van dit design en deze analyse is dat de resultaten niet meer dan een indicatie geven van het mogelijke effect van RR bij PTSS. Harde conclusies zijn niet mogelijk. Wel kunnen de resultaten aangeven of een gecontroleerd vervolgonderzoek geïndiceerd is.

RESULTATEN

Drop-out Van de 19 proefpersonen maken er 14 de behandeling en het onderzoek af (*completers*). Het drop-outpercentage is dus 26%. Van de deelnemers maken 4 patiënten de behandeling niet af. Van 2 is de reden hiervoor onbekend. De 2 anderen blijken niet zozeer gemotiveerd voor therapeutische behandeling, maar zoeken vooral steun en genoegdoening. Ten slotte is er 1 patiënt die de behandeling wel afmaakt, maar geen nameting invult.

Om te bepalen of de vijf drop-outs en de veertien completers van tevoren van elkaar te onderscheiden zijn, worden de resultaten van de voormeting met elkaar vergeleken met behulp van de *chi-kwadraattoets* (voor nominale variabelen) of de *mann-whitney-u-test* (voor niet-nominale variabelen). Op geen van de demografische variabelen en klachtenlijsten worden significante verschillen gevonden tussen drop-outs en completers.

Effecten van RR In tabel 1 staan de resultaten weergegeven van de 14 completers. Na behandeling is er een afname van vermijding en arousal. Tevens is er een toename van ervaren geluk, autonomie en sociaal optimisme. Herbelevingen en het ervaren van gebrek aan sociale steun zijn

TABEL 1 Resultaten Rationele Rehabilitatie bij patiënten (N=19) met posttraumatische stressstoornis: vergelijking voor- en nameting van de completers (n = 14)

	T1	T2	Z-waarde* (p)	
	M (SD)	M (SD)		
PTSS-HER	8,6 (4,6)	6,6 (5,0)	-1,64	(0,26)
PTSS-VER	12,1 (4,5)	6,6 (4,8)	-2,83	(0,01)
PTSS-ARO	8,6 (3,7)	5,7 (4,0)	-2,84	(0,01)
HAP	3,9 (1,6)	6,2 (1,3)	-3,22	(0,00)
PUL-AUT	17,9 (3,1)	21,4 (4,3)	-2,52	(0,01)
PUL-SOC	8,5 (1,9)	9,7 (1,7)	-2,54	(0,01)
SSL-TEK	46,8 (11,9)	47,3 (18,0)	-0,22	(0,82)

* Wilcoxon-signed-ranktest; tweezijdig getoetst.

T1 = voormeting; T2 = nameting; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; PTSS = posttraumatische stressstoornis; PUL = Positieve Uitkomsten Lijst; SSL = Sociale Steun Lijst; PTSS-HER = herbelevingen (range 0-15); PTSS-VER = vermijdingsgedrag (range 0-21); PTSS-ARO = verhoogde arousal (range 0-15); HAP = mate van geluk (range 0-10); PUL-AUT = autonomie (range 7-28); PUL-SOC = sociaal optimisme (range 3-12); SSL-TEK = ervaren tekort aan sociale steun (range 34-102).

niet afgenomen. Direct na de behandeling geven 10 van de 14 completers (70%) aan dat ze geen behoefte meer hebben aan een vervolgbehandeling. De overige 4 patiënten (30%) willen wel een vervolgbehandeling.

Negen patiënten vullen 3 maanden na de behandeling een follow-upmeting in: zie tabel 2. Geen van deze patiënten is op dat moment met een vervolgbehandeling begonnen. Van de overige 5 patiënten valt de follow-upmeting buiten de onderzoeksperiode.

Direct na de behandeling (T1-T2) zijn de resultaten hetzelfde als bij de 14 completers, met als uitzondering dat de afname op arousal net niet

significant is. Drie maanden na afloop van de behandeling (T1-T3) zijn de resultaten gunstiger. De afname op arousal is dan ook significant. Bovendien is er dan sprake van een afname in het ervaren van een tekort aan sociale steun. Hier zou dus sprake kunnen zijn van een uitgesteld effect. In de follow-upperiode (T2-T3) vinden geen significante veranderingen plaats. De verbeteringen direct na de training consolideren dus gedurende ten minste 3 maanden.

Drie maanden na de behandeling geven 7 van de 9 patiënten (78%) aan dat ze geen behoefte meer hebben aan een vervolgbehandeling. De overige 2 patiënten willen wel een vervolgbehandeling.

TABEL 2 Resultaten Rationele Rehabilitatie bij patiënten (N=19) met posttraumatische stressstoornis: vergelijking voor- en na-, en follow-upmeting met de Wilcoxon Signed Ranks Test (n=9)

	T1	T2	T3	T1-T2*	T1-T3	T2-T3
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	Z* (p)	Z* (p)	Z* (p)
PTSS-HER	8,0 (5,1)	7,1 (5,5)	5,3 (6,2)	-0,54 (0,59)	-1,4 (0,16)	-1,1 (0,29)
PTSS-VER	10,8 (4,3)	6,3 (4,9)	5,2 (3,8)	-2,7 (0,01)	-2,7 (0,01)	-1,3 (0,21)
PTSS-ARO	7,8 (3,9)	6,0 (4,5)	4,8 (2,6)	-1,9 (0,06)	-2,4 (0,02)	-1,3 (0,21)
HAP	3,9 (2,0)	6,4 (0,9)	6,4 (1,7)	-2,7 (0,01)	-2,7 (0,01)	-0,37 (0,71)
PUL-AUT	18,3 (2,9)	21,6 (4,3)	21,9 (3,6)	-2,4 (0,02)	-2,4 (0,02)	-0,52 (0,61)
PUL-SOC	8,4 (2,1)	9,6 (1,8)	9,9 (1,9)	-2,0 (0,04)	-2,2 (0,03)	-1,1 (0,26)
SSL-TEK	44,0 (7,3)	50,9 (21,3)	41,7 (7,2)	-0,34 (0,74)	-2,1 (0,04)	-1,3 (0,20)

* Wilcoxon-signed-ranktest.

T1 = voormeting; T2 = nameting; T3 = follow-upmeting; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; PTSS = posttraumatische stressstoornis; PUL = Positieve Uitkomsten Lijst; SSL = Sociale Steun Lijst; PTSS-HER = herbelevingen (range 0-15); PTSS-VER = vermijdingsgedrag (range 0-21); PTSS-ARO = verhoogde arousal (range 0-15); HAP = mate van geluk (range 0-10); PUL-AUT = autonomie (range 7-28); PUL-SOC = sociaal optimisme (range 3-12); SSL-TEK = ervaren tekort aan sociale steun (range 34-102).

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Uit dit pilotonderzoek blijkt dat RR mogelijk een positieve invloed heeft op de symptomen en het welbevinden van patiënten met PTSS. Direct na de behandeling en enkele maanden na het afronden ervan ervaren ze minder arousal, vermijden ze minder, voelen ze zich beter, meer auto-noom, en ervaren ze meer sociale steun. Traumatische herbelevingen zijn niet significant verminderd, maar gaan kennelijk met minder psychisch lijden gepaard. Twee derde van de patiënten ziet na RR af van de behandeling waarvoor ze op de wachtlijst stonden. Hoewel niet kan worden uitgesloten dat de resultaten te wijten zijn aan placebo-effect en/of natuurlijk herstel is dit niet zo waarschijnlijk. Immers, in een eerder gecontroleerd onderzoek naar het effect van RR bij chronisch psychische klachten bleek RR duidelijk werkzaam en consolideerden de effecten tot negen maanden na behandeling.

Het feit dat herbelevingen niet afnemen, kan worden verklaard omdat RR niet is gericht op het bestrijden van klachten, maar op het beter hantieren ervan. RR oefent geen invloed uit op triggers die herbelevingen uitlokken, maar probeert de meestal angstige reactie erop te neutraliseren. De gedaalde arousal- en vermijdingsscores wekken de indruk dat dit mogelijk is gelukt.

Hoewel het aantal patiënten in dit onderzoek beperkt is en de gebruikte analysetechniek geen rekening houdt met intercorrelaties tussen de gebruikte afhankelijke variabelen, kan concluderend worden gesteld dat dit pilotonderzoek een positieve indicatie oplevert voor gecontroleerd vervolgonderzoek naar RR bij mensen met PTSS. We zullen ons daarbij vooral richten op patiënten die al eerder een evidence-based behandeling voor PTSS kregen maar desondanks nog klachten ervaren en een hulpvraag hebben. Er zijn in principe immers voldoende psychotherapeutische behandelingen beschikbaar om PTSS effectief te behandelen (Van Minnen & Verbraak 2002). Maar vooral chronische PTSS is vooralsnog moeilijk te beïnvloeden met psychotherapie (Landelijke Stuur-

groep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz 2003).

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de, herziene versie)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Appelo, M.T. (1999a). *Van draaglast naar draagkracht*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Appelo, M.T. (1999b). Rationele Rehabilitatie: een pilotstudie. *Gedrags therapie*, 32, 57-67.
- Appelo, M.T. (2003). Van habituatie naar extinctie, van polarisatie naar synthese. Boekbespreking: A. van Minnen & M. Verbraak. *Psychologische interventies bij Posttraumatische stress stoornis. Directieve therapie*, 23, 280-282.
- Appelo, M.T. (2005). *De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL) Handleiding*. Nijmegen: Cure & Care Tests.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1979). *Frogs into princes*. Moab, UT: Real People Press.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 47, 923-929.
- Camras, L.A., Holland, E.A., & Patterson, M.J. (1993). Facial expression. In M. Lewis & J.M. Haviland (Red.), *Handbook of emotions* (pp. 199-208). New York/London: The Guilford Press.
- Eifert, G.H., Craill, L., Carey, E., e.a. (1988). Affect modification through evaluative conditioning with music. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 321-330.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., e.a. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Hart, O., van der, & Schurink, G. (1987). *Strategieën in hypnotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Korrelboom, C.W., & Appelo, M.T. (2002). Geef de stuurlozen het roer: contraconditionering en coping bij borderline-problematiek. In C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo, *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten* (pp. 131-146). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Korrelboom, C.W., & ten Broeke, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie, handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.

- Laird, J.D. (1974). Self-attribution of emotion: the effects of expressive behavior on the quality of emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 475-486.
- Laird, J.D., Wagener, J.J., Halal, M., e.a. (1982). Remembering what you feel: effects of emotion on memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 646-657.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz. (2003). Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In A.H. Tuma & J. Maser (Red.), *Anxiety and the anxiety disorder* (pp. 131-170). Hillsdale/New York/London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Minnen, A. van, & Verbraak, M.J.P.M. (2002). *Psychologische interventies bij PTSS*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma. Praktijkreeks Gedragstherapie, deel 4*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Öst, L.G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Solomon, S.D., & Davidson, J.R. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 9), 5-11.
- Sonderen, E. van (1993). *Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst-Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst-Discrepanties (SSL-D), een handleiding*. Groningen: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Tilburg, W. van, Brink, W. van den, & Arntz, A. (1998). *Behandelstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veen, D.C. van der, & Appelo, M.T. (2002). Rationele Rehabilitatie: korte oplossingsgerichte therapie. In C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo, *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten* (pp. 1-20). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Veen, D. van der, Appelo, M., Bouman, T., e.a. (2005). Het effect van Rationele Rehabilitatie op draagkracht, draaglast en zorgconsumptie. *Gedragstherapie*, 38, 17-34.
- Veenhoven, R. (1994). *Correlates of happiness, 7838 findings from 603 studies in 69 nations 1911-1994*. RISBO, studies in social and cultural transformation nr 3. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

AUTEURS

A.T. TOMASOA is psychiater en werkzaam bij Lentis Geestelijke gezondheidszorg te Groningen.

M.T. APPELO is psycholoog, werkzaam als hoofd wetenschappelijk onderzoek bij Lentis Geestelijke gezondheidszorg en is als universitair docent verbonden aan de Rijks Universiteit Groningen.

Correspondentieadres: Research Instituut Groningen, Postbus 86, 9700 AB Groningen.

E-mailadres: ring@lentis.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-2-2007.

SUMMARY

Rational Rehabilitation in the treatment of patient with post-traumatic stress disorder (PTSD). A pilot study – A.T. Tomaso, M.T. Appelo –

BACKGROUND In a randomised controlled study, a type of cognitive behavior therapy known as Rational Rehabilitation proved effective in the treatment of patients with chronic mental symptoms. Post-traumatic stress disorder is a serious illness that occurs frequently and can last for many years. Rational Rehabilitation may also be an effective treatment for post-traumatic stress disorder.

AIM To investigate, via a pilot study, on the effect of Rational Rehabilitation in patients with post-traumatic stress disorder, whether a randomised controlled study is called for.

METHOD Nineteen patients with post-traumatic stress disorder, who were awaiting regular treatment, opted to join the study. The effect of Rational Rehabilitation was studied in relation to: symptoms of post-traumatic stress disorder, degree of happiness experienced, autonomy, social support and need for further treatment.

RESULTS Rational Rehabilitation seems to have a positive effect on all outcome measures, except flashbacks.

CONCLUSION A controlled study of the effect of Rational Rehabilitation in patients with post-traumatic stress disorder seems justified.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)8, 529-536]

KEY WORDS cognitive behaviour therapy, post-traumatic stress disorders, rational rehabilitation