

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# *Rationele Rehabilitatie bij langdurig zorgafhankelijke patiënten — Een pilotstudie*

SUZANNE VAN DER STAM, MAARTEN VOS

✉ LIA VAN DER WAL

## *Samenvatting*

Doel van deze pilotstudie is te onderzoeken in hoeverre langdurig zorgafhankelijke (LZA) patiënten kunnen profiteren van een groepstraining genaamd Rationele Rehabilitatie (RR). De doelgroep betreft chronisch psychiatrische patiënten die de richtlijnbehandeling reeds hebben gekregen, met onvoldoende resultaat. De focus van de training is positieve visualisatie en zelfverbalisatie, gecombineerd met cue- en counterconditionering. In totaal werden 24 patiënten geïnccludeerd in het onderzoek. Zij werden geworven binnen GGz Drenthe en het Universitair Medisch Centrum Groningen. Van de 24 deelnemers volbrachten 17 deelnemers de training. Uit de resultaten kwam naar voren dat de kwaliteit van leven significant verbeterde gedurende de training. Er kan echter niet met zekerheid worden gesteld dat deze verbetering aan de interventie kan worden toegeschreven. Hoewel de training zich richtte op draagkracht, nam de draaglast na de training significant af met betrekking tot ervaren problemen in het functioneren op school, werk en in vrije tijd. Tot slot werd duidelijk dat het haalbaar is om deze groepstraining aan te bieden aan LZA-patiënten.

*Trefwoorden: langdurig zorgafhankelijke patiënten (LZA), rationele rehabilitatie (RR), draagkracht, derde generatie cognitieve gedragstherapie, groepsbehandeling.*

## *Inleiding*

Het is een bonte verzameling van veelal markante figuren. Wie werkzaam is in de chronische psychiatrie zal deze kenmerken herkennen wanneer men de gemêleerde groep patiënten probeert te beschrijven. Het werken met langdurig zorgafhankelijke (LZA) patiënten vergt van een behandelaar dan ook specifieke kennis en kunde. Naast een lange adem is veel creativiteit no-

dig om mensen, die al lang in zorg zijn en vele behandelaars hebben gezien, weer in beweging te krijgen. Vaak hebben zij de bestaande richtlijnbehandelingen al doorlopen, zonder bevredigend resultaat. Het is dan ook logisch dat juist deze groep patiënten vaak een eclectische vorm van behandeling aangeboden krijgen, veelal in algemene niet specialistische behandelsettings (Koekkoek, Van Meijel & Hutschemaekers, 2007). Het is echter de vraag of patiënten hiermee niet tekort worden gedaan.

De derde generatie CGT, waarbij de nadruk ligt op het leren accepteren van onvermijdelijk menselijk lijden en het verplaatsen van de aandacht, biedt bij uitstek een nieuwe en vooral creatieve insteek om met LZA-patiënten aan het werk te gaan. Een behandelmethodede die binnen deze stroming valt is de door Appelo ontwikkelde Rationele Rehabilitatie (RR; 2007). Met het aanbieden van RR wordt getracht de aandacht te verplaatsen van draaglast naar draagkracht, met als doel die te versterken en te gebruiken in moeilijke situaties en bij problemen.

De werkwijze van RR en de basisprincipes die daaraan ten grondslag liggen, vinden hun theoretische basis in het *cognitief emotiemodel* van Lang (1985; 1988) en de *retrieval competition* van Brewin (2006). Uit het model van Lang wordt duidelijk dat cognitieve geheugennetwerken die thematisch met elkaar verbonden zijn via associaties, makkelijker worden geactiveerd naarmate ze sterker zijn. Brewin (2006) gaat uit van het principe dat zaken die in het geheugen opgeslagen liggen onderling strijden om opgehaald of geactiveerd te worden. Als onderliggende mechanismen van retrieval competition beschrijft Brewin *occlusion* en *attentional focus*. *Occlusion* is het idee dat de sterkste associatie met een representatie het ophalen van andere representaties blokkeert. *Attentional focus* gaat uit van het principe dat het ophalen van dingen in het geheugen een vorm van selectieve aandacht is voor een specifieke soort van in het geheugen opgeslagen items. Items van deze specifieke soort zullen daarom sterker worden geactiveerd dan andere, concurrerende items.

Met LZA-patiënten is vaak jarenlang gesproken over hun klachten. Het valt dan ook te verwachten dat het geheugennetwerk voor het ophalen van klachten zeer sterk is en makkelijk wordt geactiveerd. Binnen RR wordt het activeren van het geheugennetwerk 'klachten' gezien als een ongewenste respons. Om deze respons uit te laten doven wordt getracht de aandacht te verschuiven naar een gewenste respons (contraconditionering), in plaats van tegen de ongewenste reactie in te gaan (Appelo-Wichers, Appelo & Bos, 2008). Metacognitieve interventies moeten gericht zijn op verandering van de *relatie* die mensen met hun negatieve gedachten hebben. Deze benadering verschilt hiermee van voorgaande stromingen in de cognitieve gedragstherapie waarbij vooral het oefenen met gedrag of bewerken van disfunctionele gedachten op de voorgrond staat (Appelo, 2007).

Uit eerder onderzoek is gebleken dat RR in individuele vorm bij LZA-patiënten een prettige en werkzame methode is om draagkracht te versterken en

draaglast te verminderen. Dit was vooral het geval wanneer de patiënt voor aanvang van de training een relatief lage draagkracht en een relatief hoge draaglast ervoer (Van der Veen, Appelo, Bouman & Schaap, 2005). Een pilotstudie naar RR in individuele vorm bij patiënten met een posttraumatische stressstoornis liet veelbelovende resultaten zien (Tomasoa & Appelo, 2007). Hierbij viel op dat de traumatische herbelevingen niet significant verminderten maar met minder psychisch lijden gepaard gingen. Dit komt overeen met het idee dat RR gericht is op het beter hanteren van de klachten in plaats van het bestrijden ervan. Een pilotstudie naar RR in individuele vorm bij patiënten met verslavingsproblematiek wees uit dat patiënten die de training afmaakten hun kwaliteit van leven als beter beoordeelden en meer autonomie en regie en minder klachten ervoeren (Appelo & Bieger, 2008).

Appelo-Wichers, Appelo en Bos onderzochten in 2008 in een ongecontroleerde pilotstudie of RR in individuele vorm ook effectief was bij jongeren met emotieregulatieproblemen. Ook bekeek men door middel van groeps-supervisies hoe de therapeuten de behandeling ervoeren. Het hebben van aandacht voor wat goed gaat werd door de therapeuten als zinvol en prettig ervaren, vooral voor cliënten die als lang in zorg zijn en bij wie alles om klachten lijkt te draaien. Therapeuten die bij een bepaalde cliënt met RR starten, nadat ze een klachtgerichte behandeling met deze cliënt afronden, vinden het lastiger om het RR-protocol te volgen dan therapeuten die dit niet deden (Appelo-Wichers, Appelo & Bos, 2008). Uit de resultaten werd geconcludeerd dat het zinvol leek om jongeren met emotieregulatieproblemen RR aan te bieden. Variabelen gerelateerd aan draagkracht verbeterden en de variabelen die gerelateerd zijn aan draaglast namen af. Follow-up onderzoek liet bovendien zien dat het behaalde effect van RR aanwezig bleef tot drie maanden na de training (Appelo & Bieger, 2008; Van der Veen, et al., 2005). In het onderzoek van Van der Veen et al. (2005) werd een follow-up meting na 9 maanden uitgevoerd en ook toen bleef het effect bestaan.

Eerder onderzoek heeft laten zien dat RR als individuele behandeling een prettige en mogelijk bruikbare behandelmethode is voor het reduceren van draaglast en het versterken van draagkracht. De laatste jaren is de financiële druk op de gezondheidszorg enorm toegenomen. Het behandelen en begeleiden van LZA-patiënten vormt een relatief hoge kostenpost. De kosten van het behandelen van bijvoorbeeld, de chronisch psychiatrische stoornis schizofrenie behelzen in de Westerse landen 1% tot 3% van de totale zorguitgaven (Knapp, 2000). Het zoeken naar slimme oplossingen om met zo weinig mogelijk middelen zoveel mogelijk mensen te behandelen is aan de orde van de dag. Dit werpt de vraag op in hoeverre het haalbaar en effectief is om LZA-patiënten een groepsbehandeling aan te bieden.

Een met RR vergelijkbare training is Competitive Memory Training (COMET), door Korrelboom (2011). Tijdens COMET worden eerst disfunctionele opvattingen geïdentificeerd. Vervolgens worden geloofwaardige, maar minder op de voorgrond staande alternatieve opvattingen competitiever gemaakt

en gekoppeld aan triggers die tot dan toe vooral disfunctionele betekenissen activeerden. Uit een onderzoek kwam naar voren dat COMET een effectieve groepsbehandelmethode is voor psychiatrische patiënten met een lage zelfwaardering (Korrelboom, Van der Weelde, Gjaltema & Hoogstraaten, 2009). Dit onderzoek geeft reden om te veronderstellen dat ook RR effectief kan zijn als groepsbehandeling. Dit kan de klinische toepasbaarheid van de behandelmethode vergroten.

In de keus voor een groepsbehandeling spelen uiteraard niet alleen financiële overwegingen een rol. Uit onderzoek blijkt dat de leerervaringen van cliënten in groepsbehandeling, terug te voeren zijn tot tien werkzame of therapeutische factoren (De Haas, 2008). Dit zijn: aanvaarding, universaliteit, altruïsme, hoop, begeleiding, leren van voorbeeldgedrag, leren door inzicht, leren door feedback, zelfonthulling en catharsis. Een groepsbehandeling heeft hiermee een aantal voordelen boven een individuele behandeling voor LZA-patiënten, die in veel gevallen een beperkt sociaal netwerk hebben en de hoop op verbetering hebben opgegeven.

In deze pilotstudie wordt onderzocht wat het effect is van deelname aan RR in een groep met LZA-patiënten op draagkracht (kwaliteit van leven en het gevoel van autonomie en controle) en draaglast (klachtbeleving). Hiernaast wordt gekeken in hoeverre het haalbaar is om een groepsbehandeling aan te bieden aan LZA-patiënten.

## METHODE

### *Onderzoeksdesign*

De huidige studie is een baseline-gecontroleerde pilotstudie, met een pre-post design. Voor dit design is gekozen omdat het vullen van een aparte controle groep (bijvoorbeeld een aparte groep op een wachtlijst) niet haalbaar zou zijn. Ook het vergelijken met een andere therapievorm was geen optie, omdat er, voor zover de onderzoekers bekend, nauwelijks of geen vergelijkbare groepen worden gegeven. Het effect van RR in een groep werd op vier momenten gemeten; 9 weken voor de training, bij aanvang en afsluiting van de training en 9 weken na de training.

### *Deelnemers*

Deelnemers werden geworven binnen GGZ Drenthe en het Universitair Medisch Centrum. Bij het operationaliseren van LZA-patiënten werd gebruik gemaakt van een definitie van Dieperink et al. (2006, pagina 231):

Personen van 20 jaar en ouder die op het moment van de start van het onderzoek ten minste 2 jaar ononderbroken in zorg waren in een algemeen

psychiatrisch ziekenhuis (APZ), een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK), een RIBW of in ambulante zorg in al dan niet gefuseerde instellingen. Ambulante zorg omvat: de (voormalige) Riagg, psychiatrische polikliniek, dagbehandeling en psychiatrische thuiszorg. De zorg wordt ononderbroken geacht wanneer de periode tussen twee contacten niet langer is dan 90 dagen.

Verder moesten deelnemers een diagnose op As-I en/of As-II van de DSM-IV-TR hebben, de behandeling volgens de richtlijn (voor zover aanwezig) hebben ondergaan, de Nederlandse taal spreken, vrijwillig in behandeling zijn, geen gevaar vormen voor zichzelf of anderen, in geval van medicatiegebruik ten minste 3 maanden lang geen verandering in soort of dosering hebben gekregen, geen ander dan een 'vinger-aan-de-pols'-contact met een andere GGz-hulpverlener of een alternatief of complementair genezer hebben en zich kunnen vinden in de RR-filosofie. Er was sprake van drop-out wanneer de deelnemer: niet meer wilde of kon deelnemen aan de training en/of het onderzoek, tussen baselinemeting en voormeting of tijdens de training andere psychofarmaca ging gebruiken of wanneer de deelnemer met een andere behandeling gericht op het bestrijden van psychische klachten begon.

Deelnemers werden geworven middels het voorlichten van verpleegkundigen en het ronddelen van flyers. Wanneer een deelnemer aangaf geïnteresseerd te zijn werd telefonisch contact gezocht en uitgebreide informatie over de training, het onderzoek en een toestemmingsformulier toegestuurd. Als een deelnemer het toestemmingsformulier had getekend werd een afspraak gemaakt voor een intakegesprek, waarin het emotionele thema van de draaglast (het 'kerntema') werd vastgesteld. Tevens werd gevraagd de vragenlijsten voor de baselinemeting (To) in te vullen. Vervolgens werd de deelnemer gedurende 9 weken op de wachtlijst gezet. Ter illustratie wordt in box 1 een korte omschrijving van een aantal deelnemers gegeven.

#### BOX 1 *Vignetten van deelnemers*

**Vignet 1** — Frank, 43 jaar, een alleenstaande man met de diagnose Schizofrenie van het paranoïde type. Is sinds lange tijd bekend binnen de GGz en woont momenteel in een appartement op het GGz terrein. Frank vindt het vooral moeilijk om voor zichzelf op te komen. Hij heeft last van (agressieve) stemmen, die hem nare opdrachten geven. Frank is bij voorkeur alleen. Toch vindt hij het op een prettige manier spannend om aan een groep deel te gaan nemen. In de intake wordt het emotioneel thema van zijn draaglast (het 'kerntema') vastgesteld: minderwaardigheid.

**Vignet 2** — Bert, 30 jaar, alleenstaand met de diagnose Schizofrenie van het

paranoïde type. Sinds enkele jaren is hij in behandeling en hij heeft momenteel geen last van paranoïde gedachten. Hij doet mee aan de training, omdat hij ondanks eerdere cognitieve gedragstherapie, last blijft houden van gevoelens van onzekerheid en faalangst in sociale situaties. Met name in situaties waarin hij in het middelpunt van de belangstelling staat, spelen deze klachten op. Bijvoorbeeld bij het geven van een presentatie. Als kernthema kiest Bert tijdens de intake 'onzekerheid'.

### *Groepsprotocol en werkboek*

Om de training geschikt te maken voor een groep, werd het originele individuele behandelprotocol van Appelo (2007) omgevormd tot een groepsprotocol (Van der Stam, Vos, Van der Wal & Appelo, 2009). De groepstraining heeft in het klinische protocol de naam 'Mentale Weerbaarheids Training' gekregen omdat dit makkelijker te begrijpen is voor patiënten. Ook wordt er bewust gekozen voor het woord 'training' in plaats van 'behandeling', evenals voor 'deelnemer' in plaats van 'cliënt of patiënt' omdat dit woorden zijn die naar alle waarschijnlijkheid in het 'klachten'-geheugennetwerk zijn opgeslagen. Het idee is dat het kiezen voor meer neutrale woorden ruimte geeft om andere geheugenpaden te activeren. De totale training duurt maximaal 9 sessies van maximaal anderhalf uur per keer. Er kunnen minimaal 4 en maximaal 8 deelnemers aan de training deelnemen. De training is onder te verdelen in drie fases; [1] het vaststellen van draaglast en draagkracht, [2] cueconditionering en [3] contraconditionering.

De eerste fase van de training bestaat uit sessie 1 tot en met 3. In de eerste sessie maken de deelnemers kennis en wordt een korte inventarisatieronde gehouden van het emotioneel thema van de draaglast (het 'kernthema') en een aantal lastige situaties waarover men meer controle wil krijgen. Vervolgens wordt het 'tegenthema' vastgesteld, het emotioneel thema dat de deelnemer graag meer zou willen ervaren en dat incompatibel is met het kernthema. Bijvoorbeeld ontspanning bij angst, rust bij depressie en zelfvertrouwen bij minderwaardigheid. Nadat de deelnemers nog even stil hebben gestaan bij de rationale van RR, wordt een oefening gedaan met positieve levenservaringen en uitzonderingen. Dit zijn situaties die de deelnemer heeft meegemaakt, waarin de emotie van het tegenthema (een klein beetje) optrad. In sessie twee, het vaststellen van draagkracht in beeld, wordt de deelnemer gevraagd een filmpje te maken of een situatie te kiezen die de emotie van het tegenthema representeert. Dit wordt de topsituatie genoemd. Het vaststellen van draagkracht in woorden is in sessie drie aan de orde. Deelnemers zoeken of maken een zinnetje dat direct het gevoel van het tegenthema oproept. Dit zinnetje wordt de kernstrategie genoemd.

De tweede fase van de training, sessie 4 en 5, is gericht op het koppelen van de topsituatie en kernstrategie aan een object of talisman (cueconditione-

ring). Deelnemers laden een door hen gekozen object op als een batterij, door met hun topsituatie en/of kernstrategie het gewenste gevoel op te roepen en vervolgens het object vast te houden. Het is de bedoeling dat aan het eind van deze fase het gewenste gevoel automatisch geactiveerd wordt wanneer de deelnemer het gekozen object vastpakt.

In de derde fase van de training, sessie 6 tot en met 9, wordt per deelnemer een inventarisatie gemaakt van probleemsituaties, welke vervolgens in een hiërarchie worden gezet. De deelnemer kiest een probleemsituatie en zoekt deze tijdens de sessie in gedachten op (imaginaire contraconditionering). Vervolgens zoekt de deelnemer de situatie in zijn dagelijks leven op (in vivo contraconditionering). In de sessie erna wordt een nieuwe probleemsituatie gekozen waarmee in de sessie wordt geoefend. Ook deze situatie wordt in het dagelijks leven opgezocht. De training eindigt ten slotte met een evaluatie. Ter illustratie van het kiezen van de topsituatie, het kernthema en het object worden in box 2 twee vignetten beschreven.

Ter ondersteuning van het klinische protocol hebben de onderzoekers een werkboek ontworpen waarin de deelnemers belangrijke zaken kunnen noteren (Van der Wal, Vos & Van der Stam, 2009).

**BOX 2** *Keuze van kernthema, tegenthema, topsituatie, kernstrategie en object*

**Vigniet 1** — Frank, 43 jaar, heeft last van stemmen die zeggen dat hij niets waard is. Hierdoor heeft Frank in diverse situaties het idee dat hij ook niets waard is. Zijn kernthema is dan ook: minderwaardigheid. Als tegenthema kiest Frank voor zelfvertrouwen. Dit gevoel herkent hij van die keer dat hij in opdracht van de stemmen een erfstuk van zijn oma in de prullenbak had gegooid, maar ondanks deze opdracht toch besloot het er weer uit te halen. Dit gaf hem zelfvertrouwen: ‘Ik hoef niet te luisteren naar de stemmen’. Dit wordt voor Frank zijn topsituatie. Als kernstrategie kiest Frank voor de zin: ‘Satan, wijk uit naam van God’. Wegens nare ervaringen in het verleden is het voor Frank heel belangrijk te ervaren dat de tijd niet terug kan gaan. Zijn horloge is dan ook heel belangrijk voor hem; het symboliseert dat de tijd vooruit gaat. Voor het cueconditioneren kiest Frank dan ook voor dit object.

**Vigniet 2** — Bert, 30 jaar, heeft als kernthema ‘onzekerheid’. Als tegenthema kiest Bert ‘ontspanning’ en als topsituatie kiest hij een moment tijdens een vakantie waarbij hij zich helemaal ontspannen voelde. Zijn kernstrategie is: ‘Ik kan het!’. Bert besluit om zijn sleutelbos met autosleutels als object voor de cueconditionering te gebruiken. Het cueconditioneren lijkt zowel tijdens de training als thuis naar wens te verlopen. Bert heeft het idee dat het object goed oplaadt met het gewenste gevoel wanneer hij oe-



fent met zijn topsituatie en kernstrategie. Wanneer vanaf de zesde zitting echter gestart wordt met het contraconditioneren in vivo, blijft het effect uit. Het lukt Bert niet om zijn gewenste gevoel op te wekken, bijvoorbeeld als hij zich onzeker voelt tijdens het sporten in de sportschool. In de eerstvolgende training wordt besproken dat Bert zijn sleutelbos ook aanraakt zónder daarbij te cueconditioneren, bijvoorbeeld als hij gewoon zijn auto-sleutels gebruikt om de auto te starten. We stellen vast dat het gewenste gevoel dat bij het oproepen van topsituatie en tegenthema ontstaat niet sterk genoeg gekoppeld wordt aan het specifieke object. De sleutelbos heeft immers met meer zaken in het geheugen een verband. Om deze reden wordt een nieuw object gekozen, een op vakantie gevonden schelpje, en wordt opnieuw gestart met cueconditioneren.

### *Therapeuten*

De training werd gegeven door de drie onderzoekers. Zij waren allen gz-psycholoog in opleiding tot specialist. De trainers hadden eens per twee weken gezamenlijk één uur intervisie over het beloop van de behandeling. Tevens werd tijdens dit uur gecontroleerd in hoeverre het therapieprotocol werd gevolgd. Tijdens deze intervisiebijeenkomsten bleek dat de trainers zich op de juiste en overeenkomstige wijze hielden aan het groepsprotocol.

### *Variabelen en meetinstrumenten*

De uitkomstmaten in dit onderzoek worden onderverdeeld in positieve en negatieve psychologische kenmerken, oftewel draagkracht en draaglast. Uitkomstmaten die draagkracht meten zijn kwaliteit van leven en autonomie/controlé. Onder draaglast vallen psychische klachten. Voor het vaststellen van deze maten worden de volgende vragenlijsten gebruikt:

**Kwaliteit van Leven** — Kwaliteit van Leven wordt gemeten met de *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA; Priebe et al. 1999). Dit is een instrument bestaande uit een vragenlijst die geschikt is voor afname in interviewvorm. Er wordt gevraagd naar de ervaren kwaliteit van leven op levensgebieden als wonen, werken en sociale omgeving (NIVEL, Trimbos, 2005). Het instrument is geschikt voor alle volwassen en oudere patiënten die in staat zijn zelf een vragenlijst in te vullen. De MANSA bestaat uit 16 vragen waarbij vier vragen met 'ja' of 'nee' dienen te worden beantwoordt en bij de overige 12 vragen dient de mate van tevredenheid op een schaal van zeven punten te worden aangegeven. Hoe hoger de score, hoe hoger de kwaliteit van leven. Uit het onderzoek van Priebe et al. (1999) bleek dat de MANSA een betrouwbaar en valide instrument is om data te verzamelen met betrekking tot het meten van kwaliteit van leven.

**Autonomie/Controle** — Autonomie wordt gemeten met de ‘Positieve Uitkomsten Lijst’ (PUL; Appelo & Schouten, 2003; Appelo, 2005). De test bestaat uit tien items waarmee de score op de twee subschalen Autonomie en Sociaal Optimisme wordt bepaald. Autonomie wordt geoperationaliseerd als het ervaren van draagkracht, regie, zelfstandigheid en zelfvertrouwen, je gedachten goed kunnen ordenen, weten wat je wilt, en zelfinzicht hebben. Sociaal optimisme wordt geoperationaliseerd als het tevreden zijn over en vertrouwen hebben in sociale contacten. De twee subschalen zijn sterk positief aan elkaar gerelateerd. Een hogere score betekent meer autonomie of meer sociaal optimisme (Appelo, 2005). De betrouwbaarheid en validiteit van de autonomie-subschaal zijn voldoende tot goed (Appelo & Lange, 2007).

**Klachten** — Psychische klachten worden gemeten met de *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; Lambert et al., 2004). De test bestaat uit 45 items waarop kan worden gescoord op een vijfpuntsschaal, variërend van 0 (nooit) tot 4 (altijd). Deze 45 items zijn verdeeld over drie subschalen: Symptomatische Distress (SD), Interpersoonlijke Relaties (IR) en Sociale Rol (SR).

De Symptomatische Distress (SD) subschaal bestaat uit 25 items die betrekking hebben op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen, zoals depressie, angst en drank- en drugsverslaving. Een hoge score op deze schaal betekent dat er sprake is een hoge mate van genoemde klachten. De Interpersoonlijke Relaties (IR) subschaal bestaat uit 11 items en meet het functioneren van de patiënten in relaties met hun partner, familie en vrienden. Een hoge score op deze schaal betekent dat er veel problemen zijn met betrekking tot het functioneren in relaties met partner, familie en vrienden. De Sociale Rol (SR) subschaal bevat 9 items en meet het functioneren op school, werk en in de vrije tijd. Hoge scores op deze schaal indiceren problemen met betrekking tot deze sociale rollen (De Jong et al., 2007).

De interne consistentie van de OQ-45 is voldoende tot goed voor de subschalen en de totale schaal, behalve voor de SR subschaal. Criteriumvaliditeit van de OQ-45 is goed. Verder toonde de test een grote gevoeligheid voor verandering op alle subschalen (De Jong et al., 2007).

DEMOGRAFISCHE VARIABELEN

.....

Om de algemene kenmerken van de onderzoekspopulatie vast te kunnen stellen werd een algemene vragenlijst afgenomen met betrekking tot geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ziekte duur in jaren, relatie, woonsituatie, dagactiviteiten, medicatie, standaardzorg (wel of geen vinger-aan-de-polscontact).

## GEGEVENSVERWERKING

Om family-wise error rate te voorkomen wordt een one-way ANOVA met repeated contrasts toegepast. Indien op basis van Mauchly's test gevonden wordt dat niet wordt voldaan aan de assumptie voor sphericiteit wordt de Greenhouse-Geiser-correctie aangehouden. Aangezien de repeated measures alleen naar opeenvolgende meetmomenten kijkt en dus niet naar het verschil tussen T1 en T3, is voor het analyseren van verschillen tussen deze meetmomenten gebruikgemaakt van de afhankelijke t-test.

Om per deelnemer te bekijken of er sprake is van een betrouwbare verandering wordt de Reliable Change Index (RCI) van Jacobson en Truax (1991) per deelnemer berekend voor de PUL. Met de RCI kan worden bepaald of de scores van een deelnemer op een meetinstrument klinisch betrouwbaar van elkaar verschillen. De formule die hiervoor wordt gehanteerd is:

$$RC = x_2 - x_1 / S_{diff}$$

Waarbij  $x_1$  de pretest-score van de deelnemer is en  $x_2$  de posttest-score van dezelfde deelnemer.  $S_{diff}$  is de standaardfout van het verschil tussen de twee testcores die berekend wordt op basis van de standaard meetfout (SE) van het meetinstrument:

$$S_{diff} = \sqrt{2(SE)^2}$$

Als de RC groter is dan 1,96, kan ervan uit worden gegaan dat de gevonden verandering in de posttest-score betrouwbaar is (Jacobson & Truax, 1991).

Voor het bepalen van de RCI's voor de OQ45 worden de RCI's uit het artikel van de Jong et al. (2007) aangehouden voor de totale schaal en de subschalen SD, IR en SR. Dit zijn respectievelijk 14, 10, 8 en 9. De RCI wordt aangegeven als het aantal punten dat nodig is om van een betrouwbare verbetering van de score op een meetinstrument te spreken wanneer de verbetering van een patiënt tijdens een behandeling met dat meetinstrument wordt gemeten (De Jong et al. 2007). De MANSa wordt buiten deze berekening gelaten, omdat hiervoor geen goede Nederlandse normen en standaardmeetfout bekend zijn.

## RESULTATEN

**Onderzoeksgroep** — Bij T0 bestond de onderzoeksgroep uit 24 deelnemers. Bij T1 waren dat er 19, bij T2 17 en bij T3 eveneens 17. Bij aanvang van de training vielen vijf deelnemers uit, omdat zij bij nader inzien om verschillende redenen afzagen van de training. Tijdens de interventie zijn twee deelne-

mers gestopt. Bij de nameting heeft een deelnemer verzaakt zijn vragenlijsten in te leveren, maar deed dit wel bij de follow-up. Bij de follow-up meting bleek een deelnemer af te zien van het invullen van de vragenlijsten.

Deelnemers die aanvankelijk bij de voormetingen een vragenlijst invulden, maar afzagen van het verder volgen van de training, zijn buiten de analyse gelaten. De onderzoeksvraag kan bij het ontbreken van T2 en T3 niet meer beantwoord worden.

**Demografische gegevens** — De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 17 deelnemers, 10 mannen en 7 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 38,2 jaar met een range van 22 tot 58 jaar. Drie deelnemers hadden het lager onderwijs afgerond, vijf LBO/MAVO/VMBO, zes HAVO/MBO, twee VWO en een deelnemer had een universitaire studie afgerond.

Binnen de onderzoeksgroep gaven twee deelnemers aan een partner te hebben. Vijftien deelnemers gaven aan geen partner te hebben. Van de 17 deelnemers woonden er acht zelfstandig en alleen. Eén deelnemer woonde samen met een partner. Twee deelnemers gaven aan in een studentenhuus, woongroep of andere gedeelde woonvorm te wonen. Vijf deelnemers gaven aan op een andere wijze gehuisvest te zijn. Meestal betrof dit wonen bij ouders of verblijf in een klinische setting.

Tien deelnemers gaven aan over dagbesteding te beschikken in de vorm van werk, vrijwilligerswerk of een opleiding. De overige deelnemers gaven aan op het moment van meting geen dagbesteding te hebben.

**Hoofddiagnoses volgens DSM-IV-TR (APA, 2000)** — De bij de 17 deelnemers gestelde hoofddiagnoses zijn terug te vinden in tabel 1. De diagnoses van de 7 deelnemers die vóór of tijdens de training uitvielen waren: schizoaffectieve stoornis (295.70), obsessieve-compulsieve stoornis (300.3), paniekstoornis met agorafobie (300.21), stoornis van Rett (299.80), dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (300.15), depressieve stoornis, recidiverend ernstig zonder psychotische kenmerken (296.33) en depressieve stoornis, recidiverend matig ernstig (296.32).

**Analyse** — Descriptieve gegevens en resultaten van de statistische analyses zijn terug te vinden in tabel 2. Om na te gaan of de gemiddelden normaal verdeeld zijn en het daarmee gerechtvaardigd is om de one-way repeated measures ANOVA en de afhankelijke t-toets af te nemen, is de Kolmogorov-Smirnov test afgenomen. Er bleek sprake van een normale verdeling van de gemiddelden.

**One-way repeated measures ANOVA** — Op basis van de one-way repeated measures ANOVA met repeated contrasts kon worden vastgesteld dat er sprake was van een significant verschil in gemiddelde scores tussen de verschillende meetmomenten op de MANSa bij  $p \leq .05$  ( $F(3, 42) = 3.98$ ,  $p = .014$ ).

TABEL 1 *Hoofddiagnoses onderzoeksgroep (n=17)*

48

<b>Psychotische stoornis</b> (n=8)	Schizofrenie, paranoïde type (295.30; n=4) Schizofrenie, gedestruïeerde type (295.10; n=2) Kortdurende psychotische stoornis (298.8, n=1) Schizoaffectieve stoornis (295.70, n=1)
<b>Stemmingsstoornis</b> (n=3)	Depressieve stoornis, eenmalige episode, gedeeltelijk in remissie (296.25, n=1) Depressieve stoornis, recidiverend gedeeltelijk in remissie (296.35; n=1) Dysthyme stoornis (300.4; n=1)
<b>Angststoornis</b> (n=2)	Obsessieve-compulsieve stoornis (300.3; n=1) Gegeneraliseerde angststoornis (300.02; n=1)
<b>Overige diagnoses</b> (n=4)	Borderline persoonlijkheidsstoornis (301.83; n=1) Aanpassingsstoornis, met een stoornis in het gedrag (309.3; n=2) Alcoholafhankelijkheid (303.90, n=1)

Wanneer gekeken werd naar within-subjects contrasts bleek er sprake van een significant verschil tussen de gemiddelde scores op de MANSA tussen T1 en T2 ( $F(1, 14) = 15.09, p = .002$ ). Proefpersonen scoorden daarmee vlak na de training significant hoger op de ervaren kwaliteit van leven dan vlak voor de training. Tussen de overige meetmomenten (T0 en T1 en T2 en T3) werden geen significantie verschillen gevonden.

Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de gemiddelde scores op de PUL A. Er werd eveneens geen significant verschil gevonden tussen verschillende meetmomenten op de PUL S. Er werden daarmee geen significante verschillen in autonomie en sociaal optimisme gevonden drie maanden voor, vlak voor, vlak na en drie maanden na de training.

Op de totaalscore van de OQ45 werd geen significant verschil gevonden. Ook op de subschalen SD en IR van de OQ45 werden geen significante verschillen gevonden. De ervaren klachten en het functioneren in relaties verbeterden of verslechterden daarmee niet significant. Op de SR-subschaal was dit wel het geval. Bij deze subschaal werd een significant verschil gevonden

tussen meting T1 en T2 ( $F(1, 12)=7.86, p=.016$ ), wat betekent dat het functioneren in de sociale rol tijdens de training significant verbeterde. Er werd een positieve trend gevonden op de OQ45 SR tussen To en T1 ( $F(1,12)=4.25, p=.06$ ).

**Afhankelijke t-toets voor verschillen tussen T1 en T3** — Bij de afhankelijke t-toets werd een significant verschil gevonden op de OQ45 SR-subschaal tussen T1 en T3,  $t(13)=2.23, p=.04$ . Ook negen weken na de training bleef de verbetering in het functioneren in de sociale rol dus significant aanwezig. Verder werden er geen significante verschillen gevonden.

**Reliable Change Index** — In tabel 3 zijn betrouwbare veranderingen in scores op de vragenlijsten per deelnemer tussen verschillende meetmomenten weergegeven. Hiervoor is de reliable change index (RCI) (Jacobson & Truax, 1991) gebruikt.

Tussen To en T1 zijn de scores bij twee deelnemers betrouwbaar verbeterd op de OQ45 Totaal. Op de OQ45 SD is eveneens tussen To en T1 bij twee deelnemers betrouwbare verbetering in de scores gevonden. Bij de OQ45 IR was dat er één en bij de OQ45 SR worden geen betrouwbare verbeteringen in de scores gevonden. Betrouwbare verslechtingen werden bij deze lijst niet gevonden tussen To en T1.

Tussen T1 en T2 zijn er bij geen van de deelnemers betrouwbare veranderingen in de scores op de PUL S gevonden. De score op de PUL A is bij één deelnemer betrouwbaar positief veranderd tussen T1 en T2. Er was ook één deelnemer bij wie de score op de PUL A betrouwbaar is veranderd in negatieve zin. Op de OQ45 Totaal verbeterde de score van één deelnemer betrouwbaar en verslechterde de score van één deelnemer betrouwbaar tussen T1 en T2. Op de OQ45 SD subschaal was dit eveneens het geval. Op de OQ45 IR subschaal verbeterde één deelnemer betrouwbaar tussen T1 en T2 en op de OQ45 SR werden geen betrouwbare verbeteringen in scores per deelnemer gevonden.

Op de PUL S werd door één deelnemer betrouwbaar beter gescoord op T3 in vergelijking met zijn score op T2. Op de PUL A werden geen betrouwbare veranderingen gevonden tussen T2 en T3. Op de OQ45 Totaal lieten vier deelnemers een betrouwbare verbetering in de scores zien tussen deze twee meetmomenten. Drie deelnemers scoorden betrouwbaar slechter op deze schaal tussen T2 en T3. Op de OQ45 SD subschaal scoorden drie deelnemers betrouwbaar beter tussen T2 en T3 en twee betrouwbaar slechter. Op zowel de OQ45 IR als de OQ45 SR scoorde één deelnemer betrouwbaar slechter op de subschaal tussen T2 en T3.

Tussen T1 en T3 werden geen betrouwbare veranderingen gevonden in scores per deelnemer op de PUL S. De score op de PUL A was bij één deelnemer betrouwbaar positief veranderd.

TABEL 2 *Descriptieve gegevens, waarbij het aantal proefpersonen (N), de gemiddelde score (M) en de standaarddeviatie (SD) per vragenlijst of subschaal staan weergegeven voor de verschillende meetmomenten. Uitkomsten statistische analyse.*

	<i>Descriptieve gegevens</i>	To	T1	T2	T3	
<b>MANSA***</b> <i>Kwaliteit van leven</i>	N	17	17	16	16	
	M	48.45	48.91	53.18	49.60	
	SD	10.59	9.57	9.06	9.64	
<b>PUL S</b> <i>Sociaal optimisme</i>	N	17	17	16	16	
	M	8.18	8.18	8.50	8.50	
	SD	1.88	1.98	1.90	2.13	
<b>PUL A</b> <i>Autonomie</i>	N	17	17	16	16	
	M	17.24	18.12	18.69	18.75	
	SD	3.55	3.02	2.30	3.36	
<b>OQ45 Totaal</b> <i>Klachten</i>	N	17	17	16	16	
	M	86.00	81.60	78.38	76.35	
	SD	17.89	13.96	19.86	26.47	
<b>OQ45 SD</b> <i>Sympt. Distress</i>	N	17	17	16	16	
	M	54.80	52.05	50.08	48.13	
	SD	12.69	10.55	13.45	15.63	
<b>OQ45 IR</b> <i>Interpers. Relaties</i>	N	17	17	16	16	
	M	16.56	15.32	15.56	16.02	
	SD	5.47	4.82	4.89	6.80	
<b>OQ45 SR</b> <i>Sociale Rol</i>	N	17	16	15	15	
	M	14.66	13.99	12.52	11.63	
	SD	4.31	3.72	3.30	5.59	

\* Significant bij  $p \leq .025$

\*\* Significant bij  $p \leq .05$

\*\*\* MANSA: *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (Priebe et al. 1999)

PUL: *Positieve Uitkomsten Lijst* (Appelo & Schouten, 2003; Appelo 2005)

OQ45: *Outcome Questionnaire-45* (Lambert et al. 2004)

	<i>Repeated Measures ANOVA</i>	To-T1	T1-T2	T2-T3	<i>Afhankelijke t-toets</i>	T1-T3
	<i>F</i>	.047	15.09	4.42	<i>t</i>	-1.04
	<i>df</i>	1	1	1	<i>df</i>	15
	<i>p</i>	.83	.002**	.09	<i>p</i>	.31
	<i>F</i>	.81	2.74	.06	<i>t</i>	-1.20
	<i>df</i>	1	1	1	<i>df</i>	15
	<i>P</i>	.38	.12	.81	<i>p</i>	.25
	<i>F</i>	.89	1.42	.05	<i>T</i>	-1.36
	<i>df</i>	1	1	1	<i>df</i>	15
	<i>P</i>	.36	.25	.82	<i>p</i>	.20
	<i>F</i>	3.01	1.05	.14	<i>t</i>	1.26
	<i>df</i>	1	1	1	<i>df</i>	15
	<i>p</i>	.11	.32	.72	<i>p</i>	.23
	<i>F</i>	2.59	.65	.68	<i>t</i>	1.50
	<i>df</i>	1	1	1	<i>df</i>	15
	<i>p</i>	.13	.43	.42	<i>p</i>	.16
	<i>F</i>	1.46	.09	.53	<i>t</i>	-.33
	<i>df</i>	1	1	1	<i>df</i>	15
	<i>p</i>	.25	.77	.48	<i>p</i>	.75
	<i>F</i>	4.25	7.86	.06	<i>t</i>	2.23
	<i>df</i>	1	1	1	<i>df</i>	13
	<i>p</i>	.06	.016**	.82	<i>p</i>	.04*



TABEL 3 *Reliable Change Index (RCI), waarbij wordt aangegeven bij hoeveel deelnemers de scores op de schalen van de PUL en de OQ45 betrouwbaar verbeteren of verslechteren.*

52

		T <sub>0</sub> -T <sub>1</sub>	T <sub>1</sub> -T <sub>2</sub>	T <sub>2</sub> -T <sub>3</sub>	T <sub>1</sub> -T <sub>3</sub>
<b>PUL S</b>	Betrouwbaar verbeterd		0	1	0
	Betrouwbaar verslechterd		0	0	0
<b>PUL A</b>	Betrouwbaar verbeterd		1	0	1
	Betrouwbaar verslechterd		1	0	0
<b>OQ45 Totaal</b>	Betrouwbaar verbeterd	2	1	4	5
	Betrouwbaar verslechterd	0	1	3	2
<b>OQ45 SD</b>	Betrouwbaar verbeterd	2	1	3	4
	Betrouwbaar verslechterd	0	1	2	1
<b>OQ45 IR</b>	Betrouwbaar verbeterd	1	1	0	1
	Betrouwbaar verslechterd	0	0	1	2
<b>OQ45 SR</b>	Betrouwbaar verbeterd	0	0	0	1
	Betrouwbaar verslechterd	0	0	1	0

Op de OQ45 Totaal verbeterde de score van vijf deelnemers betrouwbaar tussen T1 en T3. Bij twee deelnemers verslechterde de score op deze schaal betrouwbaar tussen T1 en T3. De scores op de OQ 45 SD van vier deelnemers verbeterde hier betrouwbaar. Eén deelnemer verslechterde betrouwbaar. Op de OQ45 IR verbeterde de score van één deelnemer betrouwbaar tussen T1 en T3. Bij twee deelnemers was sprake van een betrouwbare verslechtering van de scores op deze subschaal tussen deze meetmomenten. Op de OQ45 SR verbeterde de score van één deelnemer betrouwbaar.

#### DISCUSSIE

.....

Deze studie beoogt, door middel van het onderzoeken van Rationele Rehabilitatie in een groep, te voorzien in een behandelaanbod voor patiënten die behandeld zijn volgens de richtlijnen en daar tot op heden onvoldoende van hebben geprofiteerd. Onderzocht is wat het effect is van deelname aan Rationele Rehabilitatie in een groep op draagkracht (kwaliteit van leven en het gevoel van autonomie en controle) en draaglast (klachtbeleving). Daarnaast is gekeken in hoeverre het haalbaar is om een groepsbehandeling aan te bieden aan LZA-patiënten.

Wanneer gekeken wordt naar groepsgegevens komt uit de resultaten naar voren dat wat betreft draagkracht, de gerapporteerde kwaliteit van leven significant toegenomen is direct na de training. Dit is conform verwachting uitgaande van de in de inleiding beschreven theorieën van Brewin en Lang betreffende geheugennetwerken (Brewin 2006; Lang 1985). Netwerken die samenhangen met draagkracht worden geactiveerd doordat deelnemers gedurende negen weken gevraagd wordt aandacht te hebben voor positieve elementen in hun leven. Dit geldt zowel voor het visualiseren van de topsituatie alsook voor het huiswerk, waarbij deelnemers gevraagd werd om dagelijks een positieve ervaring op te schrijven. Mogelijk is de hoger gerapporteerde mate van tevredenheid ten aanzien van de kwaliteit van leven mede een gevolg van deze positieve focus.

Dat de gevonden verbetering in kwaliteit van leven niet vastgehouden wordt tot aan de follow-up meting, maar terugkeert naar het niveau van vóór de training is opvallend. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de gerichtheid op positieve netwerken na de training niet meer gestimuleerd wordt van buitenaf waardoor de neiging om in de oude vertrouwde, vaak negatieve netwerken terug te vallen groot is (Segal, Williams & Teasdale 2004).

Met betrekking tot draaglast wordt een significante verbetering gevonden op een subschaal die de mate van tevredenheid in het functioneren op school, werk en vrije tijd meet. Deze verbetering blijft ook in de follow-up meting bestaan. Het feit dat deelnemers aangeven meer tevreden te zijn over hun sociale rol, wordt wellicht verklaard door de deelname aan deze groepstraining. Van LZA-patiënten is bekend dat zij vaak in een sociaal en emotioneel isole-

ment leven (Castelein et al., 2009), het samenzijn in een groep heeft waarschijnlijk een positief effect op de manier waarop zij hun klachten ervaren.

De klinische relevantie van deze interventie werd onderzocht door de betrouwbare verandering te bepalen per deelnemer met behulp van de Reliable Change Index. Hoewel de interventie zich richt op het versterken van de draagkracht zijn er over de verschillende meetmomenten nauwelijks deelnemers betrouwbaar veranderd op dit aspect. Hierbij dient aangetekend te worden dat voor de gekozen maat voor 'Kwaliteit van Leven' geen RCI berekend kon worden wegens het ontbreken van normen.

Wanneer gekeken wordt naar de klinische relevantie (RCI) ten aanzien van draaglast, dan valt op dat bij 5 van de 17 deelnemers, bijna 30 procent, een betrouwbare klinische verbetering optreedt. Hoewel niet met zekerheid vast te stellen valt dat deze verbetering toe te schrijven is aan de interventie, is dit een hoog percentage. Zeker wanneer in ogenschouw wordt genomen dat bij LZA-patiënten vaak maar weinig verbetering kan worden vastgesteld (Theunissen et al., 2011). Een kanttekening is hierbij van belang. Bij 2 van de 17 deelnemers wordt een betrouwbaar klinische verslechtering gezien tussen aanvang van de training en follow-up meting. Dit betreft echter andere deelnemers dan de 5 deelnemers die tijdens de training verbeterden.

Zoals in de inleiding uiteengezet heeft Rationele Rehabilitatie het doel de draagkracht te versterken. Het is dan ook opvallend dat zowel op individueel als op groepsniveau een verbetering wordt gevonden in draaglast. Denkbaar is dat juist door het vermijden van het over problemen praten, negatieve netwerken worden geïnhibeerd waardoor de interventie tevens een positieve invloed heeft op de draaglast.

Verrassend is ook dat het aantal deelnemers dat met de training stopt beperkt is gebleven tot 2 van de 19 deelnemers die met de training begonnen. Dit is een positieve bevinding, zeker wanneer dit vergeleken wordt met eerder onderzoek naar RR (in individuele vorm) waar 1 op de 3 patiënten de behandeling vroegtijdig beëindigde (Appelo, 1999b; Van der Veen et al., 2005). Het gezamenlijk deelnemen aan een training, een aanbod dat juist de groep LZA-patiënten vaak moet ontberen, met daarin een duidelijk doel en daarbij het lotgenotencontact blijkt een positief effect te hebben op de therapietrouw. Dit wordt ondersteund door eerder onderzoek (Castelein et al., 2009; Theunissen et al., 2011).

Deze pilotstudie laat zien dat het protocol zowel in de ambulante als klinische praktijk goed te implementeren is. De verwijzende behandelaars, voornamelijk sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters, bleken de training als een aanvullend aanbod te ervaren. De deelnemers waren enthousiast over deze methode en ook tijdens de training werd er met inzet door de deelnemers gewerkt. De beperkte drop-out en eerder genoemde positieve resultaten van deze groepsbehandeling zijn goede argumenten voor implementatie van deze behandeling.

Wat betreft de toepasbaarheid kan worden gesteld dat het behandelprotocol grotendeels gevolgd kon worden. Wel werd duidelijk dat deelnemers moeite hadden met de tweede fase van de training, wanneer het gewenste gevoel gekoppeld moest worden aan het object (cueconditioneren). Dit werd duidelijk op het moment dat gestart werd met contraconditionering. In alle drie de groepen traden in deze fase problemen op. De oorzaken hiervoor lagen voornamelijk in een niet goed gekozen object, een niet adequate topsituatie of het niet goed verlopen van het huiswerk. In de derde fase was hierdoor wat vertraging, waardoor deelnemers niet altijd even veel hebben kunnen oefenen met het contraconditioneren. Het is belangrijk om hier alert op te zijn bij het aanbieden van de training. Dit probleem is mogelijk te verhelpen door meer sessies te wijden aan deze tweede fase waardoor het cueconditioneren beter kan worden getraind. Ook zou een vervoltraject waarin de aangeleerde vaardigheden worden onderhouden aan te bevelen zijn, hierdoor kunnen de positieve netwerken blijvend geactiveerd worden. Tot slot bleek het vasthouden aan het inclusie criterium ten aanzien van de medicatieverandering niet haalbaar.

Deze pilotstudie kent een aantal tekortkomingen. Het betreft een ongecontroleerde studie, waardoor de gevonden effecten ook door andere factoren dan de training in het verloop van de tijd kunnen zijn ontstaan. Een tweede punt betreft het beperkte aantal deelnemers. In vervolgonderzoek kunnen wellicht meerdere groepen worden betrokken, wat tot meer significante resultaten kan leiden en grotere statistische power. Tot slot valt bij volgend onderzoek te overwegen om de operationalisatie van de gekozen maten kritisch onder de loep te nemen. In navolging van eerdere studies naar RR is gekozen om draagkracht te vertalen in de maten 'Kwaliteit van Leven' en 'Autonomie'. Het uitblijven van een effect op draagkracht kan voortkomen uit een verkeerde keuze van maten. Te meer omdat alle drie de therapeuten de indruk hadden dat de deelnemers profiteerden van de training. In bijvoorbeeld het onderzoek van van der Veen et al., (2005) werd draagkracht gedefinieerd als 'alle psychische factoren die niet klachtgerelateerd zijn'. Het kwetsbaarheid-stressmodel van Nuechterlein en Dawson (1994), vertaalt draagkracht in onder meer 'coping' en 'eigen-effectiviteit' (self-efficacy).

De bevindingen in het huidig onderzoek laten zien dat LZA-patiënten in staat zijn tot verandering wanneer de focus van aandacht wordt verlegd van draaglast naar draagkracht. LZA-patiënten functioneren in en profiteren van een groep. Het blijkt zinvol om positieve geheugennetwerken te stimuleren en negatieve netwerken te inhiberen. We hopen dat deze studie een uitnodiging vormt voor collega's om de training op te nemen in hun behandelprogramma's, opdat de LZA-patiënt niet langer wordt gezien als een verloren zaak, maar als een mooie oldtimer, die met de juiste aandacht en onderhoud nog vele kilometers kan maken.

**SUZANNE VAN DER STAM** Klinisch psycholoog, werkzaam bij GGz Drenthe, Team Intensieve Behandeling, Beilerstraat 197, 9401 PJ Assen.  
E-mail: [suzanne.van.der.stam@ggzdrenthe.nl](mailto:suzanne.van.der.stam@ggzdrenthe.nl).

**MAARTEN VOS** Klinisch psycholoog, werkzaam bij Universitair Centrum Psychiatrie, Afdeling Psychosen, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.  
E-mail: [m.vos01@umcg.nl](mailto:m.vos01@umcg.nl).

**LIA VAN DER WAL** Klinisch psycholoog, werkzaam bij Universitair Centrum Psychiatrie, Afdeling Intensieve Psychiatrie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.  
E-mail: [l.l.van.der.wal@umcg.nl](mailto:l.l.van.der.wal@umcg.nl).

*Alle auteurs hebben een gelijke bijdrage geleverd aan dit artikel.*

*De auteurs danken Hugo Wolters, Ellen Visser, Elske Bos en Martin Appelo voor hun onmisbare bijdrage aan dit onderzoek.*

**Summary** The objective of this study was to examine whether long-term care-dependent patients can benefit from a training program called Rational Rehabilitation (RR). The target group consists of chronic psychiatric patients who have already been treated conform the directive treatment programmes, but with insufficient results. The focus of the present training is positive visualization and self-verbalization, combined with cue and counter conditioning. The number of patients included in the study was 24. They were recruited at GGz Drenthe and the Universitair Medisch Centrum Groningen. Out of 24 participants, 17 participants completed the training. The results show that quality of life significantly improves during the training, although it is premature to state that the effect is a direct result of the intervention. It is remarkable that burden decreased significantly involving experienced problems in functioning at school, at work and in leisure time. At last it became clear that it is feasible to offer this group training to long-term care-dependent patients.

**Key words** *Long-term care-dependent patients, Rational Rehabilitation (RR), empowerment, third generation cognitive behavioural therapy, group treatment.*

### Literatuur

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition TR*. Washington D.C.
- Appelo, M. (1999b). *Rationele Rehabilitatie: een pilotstudie. Gedrags therapie*, 32, 157-67.
- Appelo, M. (2005). *De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). Handleiding*. Nijmegen: Cure & Care Tests.
- Appelo, M. (2007). *Protocol Rationele Rehabilitatie/Mentale Weerbaarheids Training*. Eigen uitgave.
- Appelo, M. & Bieger, K. (2008). Tweede pilotstudie naar Rationele Rehabilitatie bij patiënten met een verslaving. *Directieve therapie*, 28 (1), 5-19.
- Appelo, M.T. (2007). Rationele Rehabilitatie: de ontwikkeling van psychische draagkracht. In: Schene, A.H., Boer, F., Jaspers, J.P.C., Sabbe, B. & Weeghel, J. van (red). *Jaarboek voor de psychiatrie en psychotherapie 2007-2008* (pp 235-244). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Appelo, M.T. & Schouten, P. (2003). De Positieve Uitkomstenlijst (PUL). *Gedrags therapie*, 36 (4), 309-318.

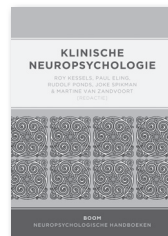
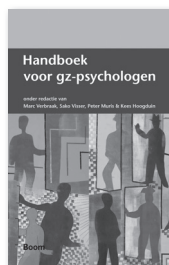
- Appelo-Wichers, R., Appelo, M. & Bos, E. (2008). Rationele Rehabilitatie bij jongeren met emotieregulatieproblematiek: een pilotstudie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 7 (3), 102-110.
- Brewin, C.R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Castelein, S. (2009). *Guided Peer Support Groups for Psychosis. A randomized controlled trial* (Dissertation). Rijksuniversiteit Groningen.
- Dieperink, C., Pijl, B., Driessen, G. (2006). Langdurig zorgafhankelijken in de GGZ. Een landelijke verkenning op basis van psychiatrische casusregisters. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61: 228-238
- Groenestijn, M.A.C. van, Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N. & Nolen, W.A. (1998), *SCID I: Gestructureerd klinisch interview voor het vaststellen van DSM-IV stoornissen*. Amsterdam: Pearson.
- Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Jong, K. de, Nugter, A., Polak, M., Wagenborg, H., Spinhoven, P. & Heiser, W. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: a cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 288-301.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Supplementum*, 407, 15-18.
- Koekkoek B, Meijel B van & Hutschmaekers G (2007). Moeilijke psychiatrische patiënten. Een overzicht van de literatuur. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62 (1): 93-108.
- Korrelboom, C.W. (2011). *Comet voor negatief zelfbeeld*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Korrelboom, K., Weelde, K. van der, Gjaltema, M. & Hoogstraten, C. (2009). Competitive memory training for treating low self-esteem: A pilot study in a routine clinical setting. *The Behavior Therapist*, 32 (1), 3-8.
- Lambert, M.J. et al. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire)* (3rd ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.): *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-171). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lang, P.J. (1988). Fear, anxiety and panic: context, cognition and visceral arousal. In: S. Rachman & J.D. Maser (Eds.): *Panic: psychological perspectives* (pp. 219-237). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- NIVEL, Trimbos (2005). *Verslag van een implementatie in twee GGZ-instellingen*.
- Nuechterlein, K.H., Dawson, M.E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K.L., Snyder, K.S. Mintz, J. & Bartzokiss, G. (1994). The vulnerability/stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (supplement 382), 58-64
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 7-12.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

- Stam, S. van der, Vos, M., Wal, L. van der & Appelo, M. (2009). *Groepsprotocol Mentale Weerbaarheids Training*. Eigen uitgave.
- Theunissen, J., Oosterling, N., Smit, J. & Van Dyck, R. (2011). Zorgvernieuwing in de chronische psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 66, 43-58.
- Tomasoa, A.T. & Appelo, A.T. (2007). Rationele Rehabilitatie bij de post-traumatische stressstoornis: een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 529-536.
- Veen, D. van der (2008). Rationele Rehabilitatie: een pleidooi voor het gebruik van positieve emoties. *Psychopraxis*, 10 (5), 198-201.
- Veen, D. van der, Appelo, M., Bouman, T. & Schaap, C. (2005). Het effect van Rationele Rehabilitatie op draagkracht, draaglast en zorgconsumptie. *Gedragstherapie*, 38, 17-33.
- Wal, L. van der, Vos, M. & Stam, S. van der. (2009). *Werkboek Mentale Weerbaarheids Training*. Eigen uitgave.
- Weertman, A., Arntz, A., Kerkhofs, M. (2000). *SCID II: Gestructureerd klinisch interview voor het vaststellen van DSM-IV Stoornissen*. Amsterdam: Pearson.

## Bestel vakliteratuur met korting in de VGCT Boekenclub!

### Log in via het Ledennet en profiteer van 20% korting

- Exclusieve korting voor VGCT-leden
- Elke zes weken nieuwe acties
- Minimaal 20% korting op boeken van verschillende uitgeverijen



Kortingsacties hebben een tijdelijke duur. Ga naar de VGCT boekenclub voor meer informatie over de looptijd.

Boom  
Psychologie

www.boompsychologie.nl  
info@boompsychologie.nl  
(020) 524 45 14

