



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

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

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

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

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Rationele Rehabilitatie bij verschillende doelgroepen: meer draagkracht of minder draaglast?<sup>1</sup>

*Date van der Veen, Martin Appelo, Ed Berretty, Niels de Voogd en Jan Trügg\**

---

## Samenvatting

*Dit artikel doet verslag van het effect van Rationele Rehabilitatie (RR) bij verschillende doelgroepen. Deze kortdurende therapie is gericht op het versterken van draagkracht zodat de patiënt minder draaglast ervaart. Bij patiënten met therapieresistente angstklachten, bij patiënten met verslavingsproblematiek en bij patiënten met een chronische longaandoening werd een pilotstudie uitgevoerd. De resultaten laten zien dat RR bij deze doelgroepen vooral bijdraagt aan het verminderen van draaglast. Verder wordt duidelijk dat lang niet alle patiënten van de therapie profiteren en dat de therapie een hoge drop-out rate kent.*

## Inleiding

Rationele Rehabilitatie (RR; Appelo, 1999a; Van der Veen, & Appelo, 2002) is een kortdurende therapie, ontwikkeld om mensen te helpen bij het hanteren van chronische klachten of kwetsbaarheid. De therapie bestaat uit gemiddeld elf wekelijkse zittingen die per keer een kwartier tot een halfuur duren.

Tijdens de eerste fase van RR wordt de draagkracht van de cliënt in woord en beeld vastgesteld. De verbale presentatie gebeurt met behulp van positieve levenservaringen. Per ervaring wordt bepaald welke eigenschappen van de cliënt medeverantwoordelijk zijn voor het succes. De samenvatting van deze eigenschappen heet de 'kernstrategie' en wordt in gedachten als positieve zelfspraak gebruikt. De visuele presentatie is een door de cliënt gekozen fragment uit een situatie waarin alles goed of in harmonie was. De inhoud van de kernstrategie en de voorstelling van deze 'topsituatie' moeten bij elkaar passen. Bijvoorbeeld: iemand heeft als kernstrategie 'Ik zorg goed voor mezelf' en kiest als topsituatie de herinnering aan 'liggen in de hangmat' tijdens een vakantie.

De tweede fase bestaat uit *cue*-conditionering. De cliënt oefent in het koppelen van de kernstrategie, de topsituatie en het daarbij horende gevoel, aan een klein object. Eerst roept hij de topsituatie op, vervolgens zegt hij in zichzelf de kernstrategie en zodra er

---

\* DRS. D. VAN DER VEEN is onderzoeker en werkt bij GGZ Groningen en bij de afdeling Klinische Psychologie van de Rijks Universiteit Groningen. Correspondentieadres: RinG, Postbus 86, 9700 AB Groningen. E-mail: [ring@ggzgroningen.nl](mailto:ring@ggzgroningen.nl)  
DR. M. APPELO is hoofd wetenschappelijk onderzoek en werkt bij GGZ Groningen en bij de afdeling Klinische Psychologie van de Rijks Universiteit Groningen. Correspondentieadres: RinG, Postbus 86, 9700 AB Groningen. E-mail: [ring@ggzgroningen.nl](mailto:ring@ggzgroningen.nl)  
DRS. E. BERRETTY is psycholoog-psychotherapeut en hoofd behandeling van de Afdeling Angststoornissen van Parnassia psychomedisch centrum in Den Haag.  
DRS. N. DE VOOGD is gz-psycholoog en werkt op de longrevalidatieafdeling van het Academisch Revalidatiecentrum Beatrixoord in Haren.  
DRS. W. J. TRÜGG is psycholoog-psychotherapeut en is hoofd van de polikliniek van de Dr. Kuno van Dijkstichting in Groningen.

een goed, positief of sterk gevoel ontstaat, pakt hij het object. Zodra het gevoel vermindert, laat hij het object los. Deze oefening wordt drie keer daags, gedurende vijf tot tien minuten gedaan. De bedoeling is dat de draagkracht uiteindelijk automatisch te activeren is, door het aanraken van het object dat de functie van talisman heeft gekregen.

Het geconditioneerde object wordt tijdens de derde fase gebruikt voor contraconditionering. Tijdens de zittingen oefent de cliënt met het imaginair hanteren van moeilijke situaties. De situatie wordt in grote lijnen geschetst, de cliënt activeert met het object z'n draagkracht, de belastende factor wordt benoemd, en de cliënt reageert. Zodra de reactie volgens de cliënt gewenst is, krijgt hij als opdracht de situatie in het echt op te zoeken en te ervaren of de draaglast nu inderdaad kan worden gehanteerd. Is dit het geval, dan wordt tijdens de zitting een andere moeilijke situatie geoefend. Is dit niet het geval, dan wordt er nog eenmaal imaginair geoefend. Kan de cliënt de situatie daarna opnieuw niet aan, dan wordt geadviseerd dit probleem voortaan te vermijden.

Naast principes uit de oplossingsgerichte therapie (Gingerich, & Eisengart, 2000) als het identificeren en versterken van positieve uitzonderingen, is er een duidelijke parallel tussen RR, zelfinstructietechnieken (Lange, Richard, Gest, De Vries, & Lodder, 1998), *Applied Relaxation* (AR; Öst, 1987) en technieken uit de hypnotherapie, zoals het in jezelf zoeken en gebruiken van een 'veilige plek' (Cladder, 1994). In feite gaat het om een nieuwe variant op een bekend thema.

Het effect van RR is tot nu toe onderzocht bij cliënten met chronisch psychische klachten (Appelo, 1999b; Van der Veen, & Appelo, 2002). Het gaat vooral om cliënten met psychotische, stemmings- en persoonlijkheidsproblematiek. De resultaten zijn positief vergeleken met standaardbehandeling (meestal medicatie en steunende gesprekken). De draagkracht neemt toe, en de draaglast neemt af. Het zelfbeeld wordt minder negatief en meer positief, het psychisch lijden neemt sterk af en de probleemhantering wordt actiever, meer doelgericht, en minder depressief. Deze gunstige resultaten blijven in elk geval tot enkele maanden na de therapie gehandhaafd.

Gedurende het gecontroleerde onderzoek naar de langetermijneffecten van RR is gestart met pilotonderzoek bij drie andere doelgroepen. Het betreft cliënten met therapieresistente angstklachten, verslavingsproblematiek en patiënten met een chronische longaandoening. In dit artikel worden de resultaten van deze studies beschreven. Eerst komt de onderzoeksmethode aan bod. Daarna wordt per onderzoeksgroep beschreven hoe de studie verliep en wat de resultaten waren.

## Algemene onderzoeksmethode

### *Deelnemers*

In de drie pilotstudies gelden dezelfde inclusie-, exclusie- en drop-outcriteria.

Een patiënt kan meedoen wanneer hij of zij:

- ouder is dan achttien jaar;
- de Nederlandse taal spreekt;

- gemotiveerd is aan RR deel te nemen;
- schriftelijke toestemming geeft voor deelname aan het onderzoek.

Deelname is niet mogelijk wanneer de patiënt:

- een aangetoond of geschat IQ lager dan 70 heeft;
- een acuut gevaar vormt voor zichzelf of anderen.

De patiënt geldt als *drop-out* wanneer hij of zij:

- vroegtijdig met de behandeling stopt;
- niet meer aan de metingen wil deelnemen;
- tijdens de behandeling met RR ook met een andere behandeling begint.

Wat betreft het derde inclusie criterium geldt dat patiënten van tevoren goed worden ingelicht over RR. Het gaat om een korte therapie waarin niet diepgaand over de klacht wordt gesproken. Het opzoeken en versterken van de draagkracht staat centraal en daarvoor is het nodig vooral positieve gebeurtenissen en eigenschappen te bespreken. Mensen die uitgebreid over hun problemen, klachten of draaglast willen spreken, of die denken geen positieve eigenschappen te hebben, komen niet in aanmerking. De therapeut gaat dus actief op zoek naar deelnemers die op deze manier willen werken en bereid zijn niet meer dan globaal over hun problemen te spreken.

### ***Variabelen, meetinstrumenten en meetmomenten***

RR is bedoeld om de draagkracht te versterken zodat minder draaglast wordt ervaren. Er wordt van uitgegaan dat zowel draagkracht als draaglast cognitieve, gedragsmatige en gevoelsmatige componenten heeft.

Voor het meten van de cognitieve componenten zijn de subschalen Positief (TCS-PZ) en Negatief (TCS-NZ) zelfbeeld van de *Test voor Cognitieve Stijlen* gebruikt (TCS; Den Boer, Rombouts, Appelo, & Wolters, 1999). Een hogere score betekent respectievelijk een meer positief en een meer negatief zelfbeeld.

De gedragsmatige componenten zijn gemeten met de subschalen Probleemoplossende coping (UCL-P) en Depressieve coping (UCL-D) van de *Utrechtse Coping Lijst* (UCL; Schreurs, Van der Willige, Telligen, & Brosschot, 1988). Hogere scores impliceren meer probleemoplossende en depressieve coping.

De gevoelsmatige component is alleen bij draaglast geoperationaliseerd met behulp van de totaalscore van de *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell, & Ettema, 1986). Deze score meet psychoneuroticisme of psychisch lijden. Een hogere score betekent meer last.

Conform de bevindingen uit de studie naar patiënten met chronisch psychische problematiek is de verwachting dat de score op de draagkracht-variabelen (TCS-PZ en UCL-P) zal toenemen door RR, en dat de score op de draaglast-variabelen (TCS-NZ, UCL-D en SCL-TOT) zal afnemen.

De vragenlijsten zijn in de week voorafgaand aan de start van RR (T1), en in de week aansluitend op het stoppen met RR (T2) afgenomen. Bij patiënten met angstklachten

en bij patiënten met een longaandoening is ook een follow-upmeting (T3) gedaan. Deze vond drie maanden na de therapie plaats.

### ***Bruikbaarheid van de vragenlijsten***

Ter beoordeling of de vragenlijsten bruikbaar zijn om het effect van RR te bepalen, is in twee van de drie pilotstudies (bij vijf verslaafde patiënten en bij acht patiënten met een chronische longaandoening) een *baseline*-meting uitgevoerd. De lijsten werden met een gemiddelde tussentijd van drie weken afgenomen. In de tussenliggende periode werd standaardzorg geboden en werden geen nieuwe behandelingen gestart. Bij beide onderzoeksgroepen werd op geen van de gebruikte variabelen gedurende de baseline-periode een significante verandering ( $\alpha < .05$ : berekend met de rangtekentoeets van Wilcoxon) gevonden. Zonder RR blijven de resultaten op de gebruikte lijsten dus stabiel gedurende een periode van drie weken. Derhalve zijn veranderingen op de lijsten tijdens de periode dat RR wordt gegeven, toe te schrijven aan de therapie.

### ***Gegevensverwerking***

De resultaten van de pilotstudies worden geïllustreerd met meer en minder succesvolle therapievoorbeelden. Vervolgens worden de scores op de voor- en nametingen getoetst met behulp van de rangtekentoeets van Wilcoxon. Er is gekozen voor een significantieniveau van vijf procent. Er is dus maximaal vijf procent kans dat een eventuele conclusie dat er significante veranderingen zijn, onterecht is. Naast statistische significantie wordt ook naar klinische relevantie van de resultaten gekeken. Hiertoe wordt onderzocht hoe de scores zich per meetmoment verhouden tot normscores van de betreffende instrumenten. Bij de TCS en de SCL gaat het om normen voor (poliklinische) psychiatrische patiënten. Bij de UCL gaat het om vergelijking met een normale populatie.

Verschillen tussen drop-outs en patiënten die de behandeling afmaakten, zijn berekend met de *Fisher's Exact Test* (voor nominale variabelen) en de *Mann-Whitney-U test* (voor niet-nominale variabelen).

## **RR bij patiënten met therapieresistente angst**

Angststoornissen worden doorgaans behandeld met cognitieve-gedragstherapie of met medicatie. Volledig herstel is bij beide behandelvormen zeldzaam (Ballenger, 1999), de langetermijneffecten van vooral medicamenteuze behandeling zijn beperkt (zie bijvoorbeeld Stanley, & Turner, 1995), en het is een gegeven dat nogal wat patiënten vroegtijdig met de behandelingen stoppen. Deze drop-outs houden meer klachten en problemen dan patiënten die de behandeling afmaken (Hunt, 2000).

Gegeven de beperkingen van de gebruikelijke therapievormen ontstond binnen de Afdeling Angststoornissen van het Psychomedisch Centrum Parnassia te Den Haag het idee RR te geven aan patiënten die geïndiceerd zijn voor nazorg, omdat ze ondanks het doorlopen van het therapieprogramma nog veel last houden van klachten (Berretty,

2000). Conform de uitgangpunten van RR is daarbij niet klachtreductie het primaire doel, maar het optimaliseren van draagkracht om de klachten beter te hanteren en er daardoor minder last van te hebben.

In totaal beginnen zesentwintig patiënten (tien mannen, zestien vrouwen) aan de behandeling; twaalf met een fobische stoornis en veertien met een dwang. De gemiddelde leeftijd is achtendertig jaar en de gemiddelde duur van de klachten veertien jaar. Het gemiddelde opleidingsniveau ligt op havo-niveau. Er zijn voor aanvang van de behandeling geen verschillen tussen patiënten met een fobische stoornis en patiënten met een dwang met betrekking tot de demografische variabelen en de effectmaten. De therapie wordt gegeven door getrainde en gesuperviseerde medewerkers met een hbo-v of een hbo-sph-opleiding.

Veertien patiënten maken de behandeling af in gemiddeld dertien sessies (*range*: 10-18). De twaalf drop-outs (46%) verschillen niet van deze veertien met betrekking tot geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, duur van de klachten en scores op de uitkomstmaten zoals gemeten voor aanvang van RR (op T1). Van de drop-outs hebben er acht een fobische stoornis en vier een dwang. Dit betekent dat acht van de twaalf patiënten (67 procent) met een fobische stoornis en vier van de veertien patiënten (29 procent) met een dwang vroegtijdig stopt. Mede gezien het feit dat fobische en dwangpatiënten op de voormeting niet verschilden, lijkt het er sterk op dat patiënten met een fobische stoornis eerder met RR stoppen dan patiënten met een dwang. (Er is een bijna significant verband tussen RR-afmaken en een dwangstoornis hebben en tussen RR-stoppen en een fobische stoornis;  $p = .052$ .) Mogelijk speelt hier een rol dat fobische patiënten vermijden als iets tegenzit, terwijl dwangmatige patiënten zich er juist in vast (moeten) bijten.

Bij patiënten die de therapie afmaken, blijkt regelmatig dat RR helpt om meer ontspannen en zelfverzekerd te zijn. Dit kan een positieve uitwerking op de klachten hebben.

---

*Carla heeft ongeveer vijftien jaar last van controleren en 'twijfelzucht'. Ze erkent dat er ook momenten zonder klachten zijn. Ze is dan ontspannen en zeker. Haar topsituatie is een illustratie van zo'n moment; ze staat voor haar schildersezels met daarop een schilderij waaraan ze lang heeft gewerkt maar dat nu af is en waar ze heel trots op is. Als kernstrategie gebruikt ze 'Ik ben een doorzetter'. Het lukt goed een object te koppelen aan het gevoel van tevredenheid, ontspanning en kracht dat past bij de topsituatie en de kernstrategie. Het contraconditioneren gebeurt vooral met situaties waarin Carla controleert of voor haar mening wil opkomen. Met het object blijkt ze de twijfel of iets wel goed uit of op slot is snel de kop in te kunnen drukken. Ze blijft controleren, maar veel minder vaak per keer. Ook helpt het object om tijdens moeilijke sociale situaties minder bezig te zijn met de mogelijke reactie van anderen. Carla geeft met het object in haar hand nu sneller 'zonder na te denken' haar mening en krijgt hier regelmatig sociale bekrachtiging op van mensen die vinden dat ze een stuk duidelijker en meer overtuigend is geworden.*

Zoals blijkt uit het hoge drop-outpercentage verloopt RR bij deze doelgroep regelmatig moeizaam. De volgende problemen komen nogal eens voor:

- Het formuleren van positieve levenservaringen lukt niet of moeilijk, omdat de patiënt zich per situatie blijft afvragen of er echt geen negatieve kanten aanzitten en er dan uiteindelijk altijd wel één vindt.
- Het visualiseren van de draagkracht blijft gepaard gaan met veel denkwerk, omdat de patiënt in gedachten blijft controleren of het beeld wel duidelijk of gedetailleerd genoeg is. De patiënt raakt verstrikt in z'n gedachten en wordt gespannen van de oefening.
- Conditioneringsoefeningen kunnen volgens de patiënt pas gedaan worden wanneer alle dwangrituelen uitgevoerd zijn. Hierdoor komt de patiënt niet aan oefenen toe.
- Als een conditioneringsoefening een keer mislukt, slaat de twijfel toe en lukt het niet om verder te oefenen.

Soms lukt het een therapie die dreigt te mislukken, vlot te trekken door middel van aanpassingen in het protocol:

- Wanneer het formuleren van de kernstrategie of het visualiseren van de topsituatie moeite kost, laat dan een van beide weg.
- Als de kernstrategie en/of de topsituatie duidelijk zijn, maar er komt geen positief gevoel, laat het positieve gevoel dan weg en werk alleen met het beeld of de zelfspraak.
- Gebruik een fantasie-topsituatie als alle positieve levenservaringen direct associaties met negatieve zaken oproepen.
- Oefen alleen als je zin hebt, en niet omdat het moet. Ga daarbij ervan uit dat je altijd klachten hebt. Wacht dus niet tot je een moment zonder klachten hebt. Oefen op het minst slechte tijdstip.

Andere keren lukt dat niet en wordt de therapie vroegtijdig gestaakt. Echter, drop-out komt ook voor terwijl de therapie heel goed aanslaat.

---

*Evert lijdt aan dwangklachten. Hij controleert deuren en huishoudelijke apparaten. Vooral bij anticipatieangst voor drukke situaties als winkelstraten, feestjes en verjaardagen. In zijn vrije tijd gaat hij graag vissen. Daaraan ontleent hij zijn topsituatie (het binnenhalen van een grote vis). Z'n kernstrategie ('Ik zet door') past daar goed bij. Als cue conditioneert Evert een steentje. Dit opgeladen object blijkt al snel een angstreducerende werking te hebben. In plaats van controlerituelen gebruikt Evert nu succesvol het steentje wanneer hij anticipeert op een drukke situatie. Vanwege verhuizingsdrukke heeft hij geen zin om aan de nameting mee te doen. Bij aandringen van de onderzoeker geeft Evert aan dat hij zich eerder wel zou hebben laten overhalen: 'Maar... nu pak ik m'n steentje en durf gewoon te weigeren verder aan jullie onderzoek mee te doen.'*

**Tabel 1 Resultaten rr: Angst/Parnassia\*.**

| Variabele                     | T1                | T2                         | T3                | T1-T2              | T1-T3             |
|-------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
|                               | m (sd) norm       | m (sd) norm                | m (sd) norm       | z-waarde / p       | z-waarde / p      |
| <b>Draagkracht-variabelen</b> |                   |                            |                   |                    |                   |
| TCS-PZ                        | 52.1 (9.1) gem.   | 53.0 (9.1) gem.            | 53.3 (11.4) gem.  | -0.9 / ns          | -0.14 / ns        |
| UCL-P                         | 16.0 (2.8) gem.   | 17.4 (3.7) gem.            | 15.8 (4.7) gem.   | -2.2 / <b>.03</b>  | -0.4 / ns         |
| <b>Draaglast-variabelen</b>   |                   |                            |                   |                    |                   |
| TCS-NZ                        | 100.3 (18.9) gem. | 90.1 (21.3) gem.           | 93.0 (18.1) gem.  | -2.8 / <b>.005</b> | -1.7 / ns         |
| SCL-TOT                       | 195.9 (63.4) gem. | 176.5 (60.5) <b>ben.g.</b> | 187.6 (66.3) gem. | -2.7 / <b>.007</b> | -2.1 / <b>.04</b> |
| UCL-D                         | 16.2 (4.1) z.hoog | 15.4 (5.2) <b>hoog</b>     | 16.4 (4.7) z.hoog | -1.1 / ns          | -0.8 / ns         |

\*: Parnassia, Den Haag, n = 14, t1-t2; n = 9, t1-t3; gem. = gemiddeld ben.g. = beneden gemiddeld z.hoog = zeer hoog

Zoals blijkt uit tabel 1 zijn patiënten die RR afmaakten, aanvankelijk vooral verbeterd op draaglast-variabelen. Direct na RR is op alledrie de variabelen sprake van een klinisch en/of statistisch significante verbetering. Na drie maanden is alleen nog sprake van statistisch significant verminderd psychisch lijden.

Bij de draagkracht-variabelen is alleen sprake van een statistisch significante verbetering bij de probleemoplossende coping direct na de therapie.

Samenvattend lijkt RR voor patiënten met therapieresistente angstklachten vooral een kortdurend draaglast-reducerend effect te hebben. Verder lijken patiënten met een fobische stoornis eerder met RR te stoppen dan patiënten met een dwangstoornis.

## RR bij patiënten met verslavingsproblematiek

Verslaving aan alcohol of drugs wordt, zeker bij getraumatiseerde patiënten, wel in verband gebracht met pogingen ontregelde *arousal*-systemen te reguleren (Stewart, Pihl, Conrod, & Dongier, 1998). Symptomen van hyperarousal (zoals paniek, herbelevingen en slaapproblemen) gaan samen met toenemende productie van noradrenaline en kunnen worden bestreden met dempende middelen als alcohol, benzodiazepinen, hasj, weed, opium, heroïne en morfine. Hypoarousal kan zich uiten door dissociatie, hulpeloosheid, depersonalisatie, derealisatie en emotionele vervlakking (Perry, Pollard, Blakely, Baker, & Vigilante, 1995). Het gaat samen met de aanmaak van opiaten en kan worden bestreden met oppeppende middelen als cafeïne en nicotine; met amfetaminen als speed, ecstasy en cocaïne; en met tripmiddelen als paddestoelen en LSD. Hyper- en hypoarousal kunnen beide bij dezelfde patiënt voorkomen. Deze bevindingen pleiten ervoor in de behandeling van verslaafde patiënten nadruk te leggen op het activeren van 'rustbelevingen', die tegengesteld zijn aan hypo- of hyperarousal (Vos, 2001). Wanneer innerlijke rust kan worden uitgebreid, is compensatie van de ontregelde arousal met behulp van middelen misschien niet langer nodig. Op basis van deze gedachtegang ontstond binnen de Kuno van Dijk Stichting in Groningen, een centrum voor de behandeling van verslavingsproblematiek, het idee om RR te geven aan patiënten die, na een programma gericht op afkicken en het reguleren van het dagelijks leven, op de wachtlijst staan voor psychotherapie, of in aanmerking komen voor nazorg.



In totaal beginnen achttien patiënten (vijftien mannen, drie vrouwen) aan de behandeling. Tien staan op de wachtlijst voor psychotherapie, acht komen in aanmerking voor nazorg. De gemiddelde leeftijd is eenenveertig jaar en de gemiddelde verslavingsduur negen jaar. Het gemiddelde opleidingsniveau ligt tussen havo en vwo. De therapie wordt gegeven door een getrainde en gesuperviseerde student klinische psychologie en een psycholoog.

Slechts vijf patiënten maken de behandeling af in gemiddeld twaalf sessies (*range*: 9-17). De dertien drop-outs (72%) verschillen niet van deze vijf met betrekking tot behandelaar, geslacht, leeftijd, duur van de klachten, wachtlijst of nazorg, en scores op de uitkomstmaten zoals gemeten voor aanvang van RR (op T1). Wel hebben de drop-outs een hoger opleidingsniveau dan de patiënten die de therapie afmaken (vwo/hbo versus mavo/havo).

Opvallend is dat het drop-outpercentage hoger is dan het toch al hoge landelijk gemiddelde van ongeveer 63 procent voor drop-out in de verslavingszorg (De Weert-van Oene, Schnabel, & Schrijvers, 1998). Daarbij geldt wel dat de reden om met de therapie te stoppen bij ten minste twee patiënten een positieve was. Zij vonden dat het zo goed met ze ging dat verdere hulp niet nodig was. Ook valt op dat de meeste drop-outs (meer dan 45%) plaatsvinden vanaf de sessies dat patiënten actief aan het werk moeten met de cue-conditioneringsoefening. Mogelijk speelt hier het arousalprobleem een rol. Hypo- of hyperaroused-zijn maakt het misschien moeilijk om geconcentreerd en rustig een oefening te doen.

---

*Wouter start met RR terwijl hij op de wachtlijst staat voor psychotherapie. Zijn alcoholgebruik is onder controle, maar hij heeft nog veel last van piekeren en depressieve gevoelens. Het identificeren van de draagkracht gaat goed. Wouter is enthousiast over de methode, omdat hij merkt dat het in gedachten uitspreken van de kernstrategie en het oproepen van de topsituatie vanaf het begin een krachtig gevoel oplevert. Het cue-conditioneren wil echter niet lukken. Steeds zijn er nieuwe redenen waarom het oefenen niet kon doorgaan of mislukte. Als de therapeut tijdens de zesde sessie vraagt of Wouter nog in deze therapie gelooft, geeft hij aan de methode 'veel te irrationeel' te vinden en meer behoefte te hebben aan een klachtgerichte behandeling die hem helpt zijn verleden te verwerken. Hij besluit te stoppen met RR en nu maar gewoon te wachten tot hij aan de beurt is voor 'echte' psychotherapie.*

In het relatief zeldzame geval dat RR wel aansluit, heeft de patiënt er baat bij en helpt het 'de gezonde kant' aan te spreken en te activeren.

---

*Peter staat ook op de wachtlijst voor psychotherapie. Hij is afgekickt van alcohol en speed, maar heeft nog regelmatig 'dorst'. Hij wil RR om de neiging weer te gebruiken te kunnen weerstaan. Als kernstrategie kiest Peter voor 'Ik ben een goeie gozer'. Het idee met een topsituatie te werken spreekt hem niet aan. Het object (een steentje) wordt daarom alleen gekoppeld aan de kernstrategie en het goede gevoel dat daarmee samengaat. Peter gebruikt het steentje wanneer hij de neiging heeft alcohol te kopen. Tevens begint hij elke dag met het steentje vast te pakken, in de spiegel te kijken en tegen zichzelf te zeggen 'Peter, je bent een goeie gozer en er wordt vandaag niet gezopen'. Dit ritueel geeft hem het gevoel van controle en helpt terugval te voorkomen.*

Tijdens de behandeling krijgt Peter de mogelijkheid als timmerman terug te komen bij zijn oude baas. Hij gaat op het aanbod in en blijkt nog goed met zijn vroegere collega's te kunnen opschieten. Ook het werk gaat hem weer goed af. Tijdens een van de laatste sessies vertelt hij trots dat hij pannenbier heeft geweigerd en daarbij heeft uitgelegd waarom hij niet meer drinkt. Peter is zo tevreden met het behaalde resultaat dat hij zich afmeldt voor de psychotherapie.

**Tabel 2 Resultaten rr: Verslaving/Kuno van Dijk\*.**

| Variabele                     | T1                | T2                         | T1-T2             |
|-------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
|                               | m (sd) norm       | m (sd) norm                | z-waarde / p      |
| <b>Draagkracht-variabelen</b> |                   |                            |                   |
| TCS-PZ                        | 50.6 (5.4) gem.   | 58.4 (5.9) <b>bov.g</b>    | -2.0 / <b>.04</b> |
| UCL-P                         | 14.3 (3.0) laag   | 16.8 (2.8) <b>gem.</b>     | -1.4 / ns         |
| <b>Draaglast-variabelen</b>   |                   |                            |                   |
| TCS-NZ                        | 92.4 (15.7) gem.  | 79.6 (8.8) <b>ben.g</b>    | -2.0 / <b>.04</b> |
| SCL-TOT                       | 162.2 (41.4) laag | 134.4 (27.3) <b>z.laag</b> | -1.5 / ns         |
| UCL-D                         | 15.4 (2.4) hoog   | 11.6 (0.9) <b>gem.</b>     | -1.8 / ns         |

\*: Kuno van Dijk, Groningen, n = 5, t1-t2gem. = gemiddeld bov.g. = boven gemiddeld ben.g. = beneden gemiddeld z.laag = zeer laag

Zoals blijkt uit tabel 2 vindt bij patiënten die RR afmaakten, na de therapie op alle variabelen een klinische verbetering plaats. Alleen de zelfbeeld-variabelen verbeteren ook statistisch significant. In deze pilotstudie vond geen follow-upmeting plaats.

Samengevat geldt dat RR bij patiënten met verslavingsproblematiek, net als veel andere behandelingen bij deze doelgroep, vaak niet wordt afgemaakt. Zodra er moet worden geoefend, haken veel patiënten af. Wanneer de therapie wel aanslaat, heeft het een positief effect, vooral op het zelfbeeld.

## RR bij chronische longaandoeningen

Longrevalidatie bij patiënten met astma en/of *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD) bestaat uit een combinatie van fysieke en psychosociale modules, en is gericht op behoud en verbetering van het fysieke inspanningsvermogen en het verkrijgen van een optimale kwaliteit van leven (Gomez, & Rodriguez-Roisin, 2002). Hiertoe is het nodig dat patiënten gemotiveerd zijn hun gedrag fundamenteel te veranderen. Een hoge *self-efficacy* en een actieve copingstijl dragen bij aan het succes van revalidatie (Buchi et al., 1997). Juist hieraan ontbreekt het nogal eens omdat veel revalidatiepatiënten depressief, gedemoraliseerd, of geplaagd door schuldgevoelens aan het revalidatieproces beginnen (De Voogd, & Elzen, 2001). Omdat RR doelt op het versterken van draagkracht werd door het behandelteam van de afdeling Longrevalidatie van het Revalidatiecentrum Beatrixoord in Haren toevoeging ervan aan het standaard revalidatieprogramma zinvol geacht.

In totaal beginnen tien patiënten (twee mannen, acht vrouwen) aan de behandeling. De gemiddelde leeftijd is vierenvijftig jaar en het is gemiddeld vier jaar geleden dat de diagnose 'chronische longaandoening' gesteld werd. Het gemiddelde opleidingsniveau

ligt onder mavo-niveau. De therapie wordt gegeven door een getrainde en gesuperviseerde studente klinische psychologie.

Acht patiënten maken de behandeling af in gemiddeld negen sessies (*range*: 7-12). De twee drop-outs (20%) verschillen niet van deze acht met betrekking tot geslacht, leeftijd, duur van de klachten, wachtlijst of nazorg, en scores op de uitkomstmaten zoals gemeten voor aanvang van RR (op T1).

Bij de patiënten die de therapie afronden, lijkt RR aan de verwachting te voldoen. De handicap komt minder centraal te staan en patiënten gaan actiever aan het werk met wat ze nog wel kunnen.

---

*Jannie is 45 jaar en komt steeds in de problemen omdat ze te weinig rekening houdt met de beperkingen die het gevolg zijn van haar longklachten. Het doel van opname in het revalidatiecentrum is dan ook de handicap beter te hanteren. Het identificeren en cue-conditioneren van de draagkracht verloopt in rap tempo. Na drie sessies treedt de geconditioneerde reactie (het voelen van blijdschap en kracht) op bij het aanraken van het object (een kastanje). Bij het contraconditioneren brengt Jannie steevast situaties in die te maken hebben met acceptatie; ze heeft moeite over de opname te praten, ze ergert zich vaak aan het personeel, ze vindt de therapieën zinloos, heeft vaak de neiging boos naar andere mensen uit te vallen, en is bang dat ze nooit meer zal kunnen werken. Door in dergelijke situaties zowel imaginair als in vivo de kastanje te gebruiken, ontdekt ze dat er 'in haar' altijd sprake is van twee kanten: een kant die boos is over de ziekte, en een kant die 'ondanks alles optimistisch blijft'. Ze geeft beide kanten een naam ('Jannie-voor' en 'Jannie-tegen'), past de kernstrategie hierbij aan ('Ik laat Jannie-voor aan het woord'), conditioneert de kastanje opnieuw, en probeert vervolgens met behulp hiervan Jannie-voor in moeilijke situaties het woord te geven. Dit lukt goed, waardoor ze minder ruzies krijgt en actiever wordt, ondanks de voortdurende beperkingen.*

Beide patiënten die vroegtijdig met RR stoppen, voelen weerstand tegen de cue-conditioneringsoefening.

---

*Gerda heeft een krachtige kernstrategie, een prachtige topsituatie en een mooi object. Maar ze zegt dat het oefenen niet lukt. Bij navraag blijkt ze goed te begrijpen hoe de oefening werkt. Ze kan haarfijn uitleggen wat ze had moeten doen. Eigenlijk heeft ze er geen zin in en vindt ze andere dingen belangrijker. De therapeut benadrukt dat dit regelmatig voorkomt en dat doorgaan met RR geen zin heeft zonder deze oefening. Gerda blijft bij haar besluit dat ze niet wil oefenen. De therapie wordt afgesloten met de afspraak dat een herkansing altijd mogelijk is.*

**Tabel 3 Resultaten rr: Long/Beatrixoord\*.**

| Variabele                     | T1                  | T2                        | T3                        | T1-T2                    | T1-T3                    |
|-------------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                               | m (sd) norm         | m (sd) norm               | m (sd) norm               | z-waarde / significantie | z-waarde / significantie |
| <b>Draagkracht-variabelen</b> |                     |                           |                           |                          |                          |
| TCS-PZ                        | 61.0 (6.6) hoog     | 63.3 (4.8) hoog           | 62.3 (4.7) hoog           | -1.3 / ns                | -.56 / ns                |
| UCL-P                         | 16.5 (1.8) gem.     | 18.5 (2.9) gem.           | 18.3 (4.5) gem.           | -2.1 / <b>.03</b>        | -1.2 / ns                |
| <b>Draaglast-variabelen</b>   |                     |                           |                           |                          |                          |
| TCS-NZ                        | 83.6 (17.6) gem.    | 75.5 (12.5) <b>b.gem.</b> | 80.0 (13.2) <b>b.gem.</b> | -1.6 / ns                | -1.0 / ns                |
| SCL-TOT                       | 174.1 (38.2) b.gem. | 146.0 (22.5) <b>laag</b>  | 159.4 (56.0) <b>laag</b>  | -2.5 / <b>.01</b>        | -1.2 / .24               |
| UCL-D                         | 13.1 (4.1) hoog     | 11.1 (2.8) <b>gem.</b>    | 11.1 (3.9) <b>gem.</b>    | -2.1 / <b>.04</b>        | -2.6 / <b>.01</b>        |

\*: Beatrixoord, Haren, n = 8, t1-t2; n = 8, t1-t3

Zoals blijkt uit tabel 3 zijn patiënten die RR afmaakten, na de therapie vooral verbeterd op draaglast-variabelen. Zowel direct na RR als drie maanden later is er op alledrie de variabelen sprake van een klinisch of statistisch significante verbetering ten opzichte van de voormeting. Bij de draagkracht-variabelen is alleen een statistisch significante verbetering gemeten bij de probleemoplossende coping direct na de therapie.

Samenvattend lijkt RR voor patiënten die zijn opgenomen om te revalideren in verband met een chronische longaandoening, vooral een draaglast-reducerend effect te hebben.

## Beschouwing

In tegenstelling tot de resultaten bij chronisch psychiatrische patiënten (met psychotische, stemmings- of persoonlijkheidsproblematiek) leidt RR in deze studie bij angst-, verslavings- en longpatiënten niet tot een duidelijke versterking van de draagkracht, zeker niet op langere termijn. Wel is er een duidelijk effect op draaglast. Deze is direct na de therapie afgenomen. Bij angstpatiënten gaat het om een tijdelijke verbetering, bij longpatiënten is de verbetering drie maanden na de therapie nog zichtbaar.

Dat Rationele Rehabilitatie geen haarlemmerolie is voor de behandeling van chronische klachten, blijkt ook uit het feit dat gemiddeld genomen ongeveer een op de twee patiënten in de hier uitgevoerde pilotstudies vroegtijdig met de behandeling stopt. Het 'moeten oefenen' lijkt hiervoor een belangrijke reden. Dit wordt bevestigd door Heilbron (2000), een ex-cliënt die in het tijdschrift *Psy* een negatieve bespreking aan Rationele Rehabilitatie wijdt. Zij stelt onder meer:

'Werken met Rationele Rehabilitatie spreekt me niet aan. Wie de discipline op kan brengen om geregeld gevoelens terug te halen en daarmee te oefenen, zal er iets aan kunnen hebben. Helaas is dat nu precies wat vaak ontbreekt' (p. 37).

Het is alsof ze verzucht dat de cliënt het toch weer zelf moet doen. Dat klopt. Zonder actieve 'mentale fitnessstraining' mislukt RR.

Ter nuancering geldt wel dat drop-out regelmatig door positieve redenen ontstond. 'De therapie afmaken maar niet meer aan de metingen meedoen', en 'de therapie afbreken omdat het goed gaat', waren ook argumenten voor drop-out. Bovendien is het aantal afvallers in andere studies naar het effect van RR minder, namelijk één op de drie (Van der Veen, & Appelo, 2002).

Naast het verplicht oefenen kunnen andere factoren van invloed zijn geweest op het relatief beperkte effect en de hoge drop-out. Ten eerste is het bij de angst- en verslaafde patiënten de vraag of RR wel op het goede tijdstip is gegeven. Zij hadden relatief kort voor de behandeling met RR een reguliere behandeling afgerond en ontvingen, of waren aangemeld voor, nazorg of aanvullende psychotherapie. Mogelijk is het bij hen beter de therapie, net als bij de longpatiënten, als 'empowerment-strategie' voor de reguliere behandeling te geven. Of juist, net als bij de chronisch psychiatrische patiënten uit ander RR-onderzoek, lange tijd nadat andere zorginspanningen zijn afgesloten. Op dat moment is de motivatie om er ondanks blijvende klachten toch nog iets van te maken, misschien groter dan vlak na een afgesloten behandeling.

Ten tweede is het RR-protocol misschien te beperkt. Zo wordt er in andere zelfbeeld-versterkende therapieën, naast visualisatie en zelfspraak ook wel gebruik gemaakt van lichaamshouding en muziek. De cliënt neemt dan tijdens het contraconditioneren ook een krachtige houding aan en luistert ondertussen zo mogelijk naar zijn favoriete muziek (Korrelboom, 2000). Ook het meer gespreid aanbieden van de sessies, of het houden van *booster*-sessies kunnen het effect mogelijk gunstig beïnvloeden.

Hoe dan ook, deze pilotstudies roepen vooral de vragen op voor wie (op welk moment) RR wel en niet nuttig is. In de nog lopende hoofdstudie zal daarom nadrukkelijk aandacht worden besteed aan het identificeren van prognostische variabelen.

---

### **Abstract**

*Rational Rehabilitation (RR) is a short therapy for chronic psychiatric patients. It aims to improve staying-power and, as a result of that, to reduce psychological suffering. Cue- and contra-conditioning are the core therapeutic instruments. This article describes the results of three pilot-studies. RR is applied to patients with chronic anxiety- and obsessive compulsive disorders, drug- or alcohol addicted patients, and patients with a chronic pulmonary disease. In general, RR is effective in reducing distress. Also it appears that further research on predictive variables is necessary since RR has a drop-out rate of almost 50%.*

### **Noot**

- 1 Onderzoek naar het effect van Rationele Rehabilitatie wordt mede mogelijk gemaakt door de Stichting Brons

### **Referenties**

Appelo, M.T. (1999a). *Van draaglast naar draagkracht*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Appelo, M.T. (1999b). Rationele Rehabilitatie: een pilotstudie. *Gedragstherapie*, 32(1), 57-67.
- Arrindel, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL90. Een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ballenger, J.C. (1999). Current treatments of the anxiety disorders in adults. *Biological psychiatry*, 46(11), 1579-1594.
- Berretty, E. (2000). Therapieresistente dwang, Een pleidooi voor een niet-klachtgerichte behandeling. *De Psycholoog*, 496-500.
- Boer, P.C.A.M den, Rombouts, R.P., Appelo, M.T., & Wolters, H. (1999). De ontwikkeling van de Test voor Cognitieve Stijlen. *Gedragstherapie*, 32(2), 117-130.
- Büchi, S., Villiger, B., Sensky, T., Schwartz, F., Wolf, C., & Buddeberg, C. (1997). Psychosocial Predictors of long-term success of inpatient pulmonary rehabilitation of patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 10, 1272-1277.
- Cladder, J.M. (1994). *Korte psychotherapie met hypnose en NLP*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and Healing*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Gingerich, W.J., & Eisengart, S. (2000). Solution Focused Brief Therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Gomez, F.P., & Rodriguez-Roisin, R. (2002). Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) guidelines for chronic obstructive pulmonary disease. *Current Opinion Pulmonary Medicine*, 8, 81-86.
- Heilbron, C. (2000). Appelo onderschat patiënt. *Psy*, 2, 37.
- Hunt, C. (2000). The unmet need for treatment in panic disorder and social phobia. In G. Andrews, (Ed.), S. Henderson, (Ed.), et al. (2000). *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses*. New York: Cambridge University Press.
- Korrelboom, K. (2000). Versterking van het zelfbeeld bij patiënten met persoonlijkheidspathologie: 'hot cognitions' versus 'cold cognitions'. *Directieve Therapie*, 20(3), 282-301.
- Lange, A., Richard, R., Gest, A., Vries, M. de, & Lodder, L. (1998). The effects of positive self-instruction: a controlled trial. *Cognitive Therapy & Research*, 22, 225-236.
- Öst, L.G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use-dependent' development of the brain: How 'states' become 'traits'. *Infant mental health journal*, 16(4), 271-291.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G van der, Telligen, B., & Brosschot, J.F. (1988). *De Utrechtse Coping Lijst. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Stanley, M.A., & Turner, S.M. (1995). Current Status of Pharmacological and Behavioral Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior therapy*, 26, 163-186.
- Stewart, S.H., Pihl, R.O., Conrod, P.J., & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive behaviors*, 23(6), 797-812.
- Veen, D.C. van der, & Appelo, M.T. (2002). Rationele Rehabilitatie: korte oplossingsgerichte therapie. In C.A.L. Hoogduin, & M.T. Appelo. (2002), *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten* (pp. 1-20). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Voogd, J.N. de, & Elzen, H.E. (2001). Psychological state and personality traits of patients in a pulmonary rehabilitation program. *European Respiratory Journal*, 18, 448.
- Vos, H.P.J. (2001). Over vensters en tralies. Hoe hechten hechtenis kan worden. In H. Vos, L. Bos, & F. Brook. (2001), *Dubbelspoor. Over hechting en verslaving*. Dr. Kuno Van Dijk Stichting.
- Weert, G. de - van Oene, Schnabel, P., & Schrijvers, G. (1998). Drop-out in de verslavingszorg. Literatuurstudie over de periode 1990-1996. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 53(4), 388-402.