



[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)

# Pilotstudy traumacursus: psycho-educatie en relatiemanagement bij mensen met traumagerelateerde klachten

Menno Arnoldus, Hannie Heemstra, Elles Bulder en Martin Appelo\*

---

## samenvatting

*Het artikel beschrijft de praktische aanleiding, ontwikkeling en evaluatie van de traumacursus. De cursus is onderdeel van een gefaseerd behandelprogramma voor patiënten met traumagerelateerde klachten, waarbij de traumatisering plaatsvond binnen – of door – een context van terreur. Uit een pilotstudy blijkt dat de cursus de algemene competentieverwachting van deelnemers verhoogt. Er is geen duidelijk trainingseffect op angst, sociale steun en actief probleemoplossende coping. De resultaten zijn vertaald in suggesties voor verbetering van zowel de inhoud als de vorm van de cursus.*

## Inleiding

Een levensbedreigende situatie kan door de overweldigende angst, afschuw en machteloosheid die zij oproept, tot een breed spectrum van traumagerelateerde klachten leiden. Traumata zijn intrusieve, ingrijpende ervaringen die de stress-adaptatiemechanismen van het slachtoffer ontregelen en de beleving van integriteit en continuïteit aantasten. Veel getraumatiseerde patiënten benadrukken dat door het trauma hun leven definitief is veranderd. Zij ervaren een verlies van het besef van regie, verbondenheid en zingeving, doordat de traumatiserende ervaring hun zelf- en wereldbeeld heeft veranderd. Het ziektebeeld van de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) kenmerkt zich door verhoogde *arousal*, herbelevingen en vermijdingsgedrag (APA, 1994). Traumatisatie op jonge leeftijd leidt door verstoring van de normale ontwikkeling tot complexe beelden (Herman, 1992). Recente studies tonen aan dat ongeveer vijftien procent van de mensen na een traumatische gebeurtenis PTSS ontwikkelt. Het kan direct na de traumatiserende ervaring ontstaan, maar ook na een volledig symptoomvrije periode of een periode met partiële PTSS-klachten (Smid, Van der Mast, & Gersons, 2003). De incidentie van PTSS onder de totale bevolking wordt geschat op ongeveer zeven procent (Gersons & Carlier, 1998).

---

\* DRS. M. ARNOLDUS is psychiater en leidinggevende behandelzaken van het Kenniscentrum PTSS Noord Nederland in Winschoten. Correspondentieadres: Kenniscentrum PTSS Noord Nederland, GGz Winschoten, Postbus 286, 9670 AG Winschoten. E-mail: [ptss@ggzgroningen.nl](mailto:ptss@ggzgroningen.nl)

Werkt bij GGZ Groningen.

DRS. H. HEEMSTRA is sociologe en werkte in het kader van dit onderzoek als junior-onderzoeker bij het Kenniscentrum.

Werkt bij GGZ Groningen.

DR. E. BULDER is historica en werkt als senior-onderzoeker bij het Kenniscentrum.

Werkt bij GGZ Groningen.

DR. M. APPELO is hoofd wetenschappelijk onderzoek van GGz Groningen en universitair docent bij Klinische Psychologie van de Rijks Universiteit Groningen.

Werkt bij GGZ Groningen.

Slachtoffers die door traumatisatie ernstig zijn geschokt in hun geloof in een veilige wereld of in hun algemene competentiebeleving, lopen een grotere kans chronische posttraumatische klachten te ontwikkelen (Yehuda, 2003). PTSS kent een hoge comorbiditeit met andere psychische stoornissen, in het bijzonder verslavingsproblematiek, depressieve klachten, fobieën en gedragstoornissen (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

PTSS-klachten zijn effectief te behandelen. Zowel nationaal als internationaal zijn overzichten beschikbaar van empirisch gevalideerde psychologische behandelmodellen en interventies (Chambless et al., 1998; Foa, Keane, & Friedman, 2000; Gersons & Carlier, 1998; Van Minnen & Verbraak, 2002). Voorbeelden van effectieve interventies zijn: Imaginaire Exposure (IE), Cognitieve therapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Stress Inoculation Training (SIT), Korte Eclectische Psychotherapie, en Interapy, een behandeling via internet.

De effectiviteit van de op het eerste gezicht vaak zo verschillende behandelingen zijn vanuit een overkoepelend theoretisch kader te begrijpen (Spinhoven, Elzinga, & Roelofs, 2002). Bij alle niet-medicamenteuze therapiemodellen worden fragmenten van het trauma geactualiseerd en vervolgens in een veilige, therapeutische omgeving en relatie gekoppeld aan niet-aversieve alternatieve reacties. De nieuwe stimulusresponsen worden tijdens de therapie versterkt, waardoor de kracht van de oude paren vermindert. Dit theoretisch model komt overeen met de theorievorming over associatieve cognitieve netwerken (zie bijvoorbeeld: Lang, 1988), die ook wel wordt gebruikt om het succes van contraconditionering te verklaren (Korrelboom & Appelo, 2002). Centraal hierbij is de gedachte dat niet-habituatie aan traumagerelateerde stimuli centraal staat, maar de extinctie of inhibitie van de negatieve reactie hierop door versterking van niet-aversieve alternatieve responsen.

Wanneer bij de intake duidelijk is dat de aanmeldingsklachten samenhangen met een trauma, verdient het de voorkeur de focus van de behandeling hierop te richten. De praktijk leert echter dat er een categorie patiënten bestaat die grote moeite heeft een vruchtbare werkrelatie met hun behandelaar aan te gaan. Het gaat dan meestal om patiënten met langdurige of herhaalde ervaringen met seksueel of oorlogsgeweld. Deze patiënten zijn bijna allemaal het slachtoffer geweest van herhaalde of chronische overstimulatie, gevolgd door emotionele deprivatie in een door de ander gecreëerde en gecontroleerde situatie. De ervaring van het slachtoffer geen invloed te kunnen uitoefenen op het eigen lot en voor de ander niet te tellen als medemens, kan leiden tot een gehele of gedeeltelijke *soul murder* (Shengold, 1979).

*Soul murder* berooft het slachtoffer van zijn of haar eigen identiteit en gevoelensleven. Hierdoor wordt het vertrouwen in zichzelf en de medemens zo aangetast dat het slachtoffer in zijn of haar latere leven moeite blijft houden met het aangaan en onderhouden van gelijkwaardige, op wederzijds respect gebaseerde relaties met 'belangrijke anderen'. *Soul murder* vindt plaats in situaties waarbij de agressor opzettelijk een context van terreur creëert met het doel zijn of haar slachtoffer(s) te gebruiken of misbruiken.

De opbouw van een terreurcontext gebeurt stapsgewijs. De eerste stap is het installeren van een klimaat van angst en het fysiek of sociaal isoleren van het slachtoffer. De volgende stap is dat de agressor nieuwe omgangsregels dicteert en het slachtoffer

onvoorspelbaar en willekeurig straft of gunsten toestaat. Hiermee maakt de agressor het slachtoffer duidelijk dat in hun onderling contact de regel niet opgaat dat een interactie wordt gestuurd doordat actoren elkaars gedrag en stemming beïnvloeden. Geïsoleerd en overgeleverd wordt het slachtoffer vervolgens gekleineerd, vernederd en misbruikt. Als dan ook nog blijkt dat de omgeving zich uit angst of eigenbelang afzijdig houdt, gaat het gevoel als mens te tellen verloren. De soul murder is voltooid zodra het slachtoffer zich nog slechts object voelt in een door 'onmensen' gecontroleerde, mensenwaardige situatie. De agressor heeft dan het slachtoffer in bezit genomen. De 'meester-slaaf'-relatie tussen agressor en slachtoffer leidt tot moeilijk te begrijpen overdrachtsfenomenen. Het slachtoffer ontkent zijn of haar identiteit en gaat zich -- als overlevingsstrategie -- identificeren met de doelstellingen en motivatie van de agressor.

Terreur is een existentieel trauma dat het zelf- en wereldbeeld van het slachtoffer ernstig kan beschadigen. De angst van de patiënt voor herhaling van dit trauma in het contact met belangrijke anderen stelt bijzondere eisen aan de behandelrelatie. Het is goed hier in een behandelsetting rekening mee te houden. Want als in het kader van de behandeling fragmenten van het trauma worden geactualiseerd, actualiseert zich ook de beleving van de context waarin het trauma plaatsvond. Het gevolg hiervan kan zijn dat de behandeling niet op gang komt of wordt afgebroken door onbespreekbare overdrachtsfenomenen.

De behandeling van patiënten die binnen een context van terreur zijn getraumatiseerd, is alleen mogelijk als de behandelcontext veilig, inzichtelijk en voorspelbaar is. De patiënt dient daadwerkelijk invloed te hebben op de behandelovereenkomst. Daarnaast impliceert de ervaring van isolement en verstoken te zijn geweest van hulp van buitenaf dat de omgeving van de patiënt zo mogelijk bij de behandeling moet worden betrokken. Het beloop van de behandeling moet voor alle betrokkenen transparant en controleerbaar zijn, om ongewenste overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen tussen patiënt en behandelaar tijdig te kunnen signaleren.

Gebaseerd op onze praktijkervaring met mensen die gedurende langere tijd slachtoffer zijn geweest van machtsmisbruik binnen een context van terreur, is binnen de GGZ Winschoten een gefaseerd behandelprogramma ontwikkeld (Arnoldus, 1994).

## Het 'Winschoter Traumatraject'

Dit behandelprogramma bestaat uit de volgende fasen:

- 1 probleeminventarisatie, stabilisatie en herstel van veiligheid;
- 2 psycho-educatie in een lotgenotengroep, gericht op *empowerment*;
- 3 psychotherapie;
- 4 nazorg, gericht op consolidatie.

Fase 1 is gericht op het bieden van structuur, zonodig door tijdelijk de controle over te nemen. Voor fase 2 is een cursus ontwikkeld ter voorbereiding op de psychotherapeutische behandel fase (Arnoldus & Markhorst, 1999). Deze 'traumacursus' heeft een psycho-educatief karakter. De cursus reikt woorden en referentiekaders aan ter versterking van de positie van de patiënt bij het plannen en uitvoeren van de psychotherapie in de volgende fase. In deze trainingsfase wordt de controle en regie

teruggegeven aan de patiënt. Tevens wordt tijdens de cursus geprobeerd de angst van de deelnemers voor intieme relaties te verminderen door het vertrouwen in het sociale sturingsmechanisme van wederkerige beïnvloeding te herstellen. De psychotherapeutische behandeling in fase 3 is gericht op symptoomreductie door het verwerven van inzicht in de manier waarop het trauma het gevoelsleven en denken heeft beïnvloed, en het bespreken en aanreiken van corrigerende ervaringen en cognities. Na afloop van de psychotherapeutische behandeling wordt in fase 4 een laagdrempelig nazorgcontact aangeboden ter consolidatie van het bereikte resultaat.

## De traumacursus

Het conceptuele kader voor de traumacursus is het begrip empowerment. In het algemeen staat bij empowerment het ontwikkelen van draagkracht en optimaliseren van hulpbronnen centraal. Empowerment-interventies zijn vooral gericht op zelfcontrole (Clark & Krupa, 2002). Deelnemers ontwikkelen de kracht en capaciteit om hun bestaan vorm te geven en op te komen voor hun rechtspositie (Jacobs, 2001). Het proces van empowerment voltrekt zich op drie dimensies. De persoonlijke dimensie is gericht op het versterken van eigenwaarde, met het doel grip te krijgen op het eigen leven. De interpersoonlijke dimensie, de relatie met de omgeving, heeft als doel beter gebruik te leren maken van sociale hulpbronnen. De maatschappelijke dimensie richt zich op recht, rechtspositie en medezeggenschap.

De cursus bestaat uit tien wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, voor een groep van acht tot tien deelnemers. De deelnemers moeten ouder zijn dan achttien jaar en de Nederlandse taal spreken en begrijpen. Patiënten komen in aanmerking voor deelname wanneer zij in behandeling zijn vanwege traumagerelateerde klachten die zijn ontstaan in een context van terreur, of wanneer zij voor behandeling worden aangemeld bij een afdeling voor ambulante volwassenenzorg van GGz Groningen. Gezien de grote comorbiditeit bij traumagerelateerde klachten is de formele DSM-IV-diagnose PTSS geen vereiste. Het belangrijkste inclusiecriteria is de consensus tussen patiënt en verwijzer over de causale relatie tussen de huidige klachten en eerder opgetreden traumatische omstandigheden.

De traumacursus is protocollair beschreven en bestaat uit achtergrondinformatie voor cursusgevers en samenvattingen per zitting voor de deelnemers (Arnoldus & Markhorst, 1999). Daarnaast zijn er informatiebrochures beschikbaar voor verwijzers en partners.

Tijdens de bijeenkomsten komen de volgende onderwerpen aan bod:

- 1 Trauma in een historisch perspectief: de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de visie op trauma en de behandeling ervan;
- 2 Basisbegrippen (wat is een trauma), en indelingsprincipes (welke soorten trauma zijn er);
- 3 Trauma en hersenen: de invloed van traumatische gebeurtenissen op verschillende hersenfuncties en neurotransmitters;
- 4 Trauma en hersenen: vervolg;
- 5 Wat is een normale psychische ontwikkeling? Met nadruk op basiszekerheden, het ontwikkelen van autonomie en regie, en zelfbeeld;
- 6 Gevolgen van traumatisering voor de psychische ontwikkeling;
- 7 Gevolgen van een ontregeld brein en een verstoorde psychische ontwikkeling;

- 8 Overzicht en de rationale van de behandel mogelijkheden voor mensen met traumaproblemen;
- 9 Kiezen van het type behandeling;
- 10 Voorbereiding op het gesprek over de behandelovereenkomst met de therapeut en evaluatie van de traumacursus.

De bijeenkomsten verlopen volgen een vast stramien. Er zijn twee docenten, waarvan de een zich beperkt tot het geven van informatie, de andere stimuleert de deelnemers tot een actieve inbreng. De docenten herhalen eerst kort de stof van de vorige bijeenkomst en geven deelnemers gelegenheid vragen te stellen of te reageren. Vervolgens bieden zij nieuwe informatie aan, waarna weer discussie mogelijk is.

Tijdens de cursus houden deelnemers contact met hun verwijzer, die de inhoud van de cursus kent, om ervaringen tijdens de cursus te bespreken. Na de cursus blijven de cursusgevers op de achtergrond beschikbaar voor aanvullende informatie en begeleiding.

De traumacursus benut de voordelen van een lotgenotengroep, zoals herkenning, erkenning en onderlinge sociale steun. Bovendien reikt zij een cognitief referentiekader aan, waarmee de deelnemers hun belevingen en ervaringen kunnen verwoorden en plaatsen. Naast het verwerven van kennis en het ervaren van sociale steun moeten de deelnemers tijdens de cursus merken dat het aangaan van een werkrelatie met anderen niet angstbeladen en normaal kan zijn. Het is daarom van groot belang dat de cursusleiders zorgen voor een veilige sfeer op basis van wederzijds respect en empathie, terwijl tegelijk wordt gestimuleerd actief mee te doen. In het beloop van de cursus worden de deelnemers daarom steeds vaker uitgenodigd met eigen inbreng te komen en daardoor zelf de gespreksonderwerpen te bepalen. Hierbij wordt de regel in acht genomen dat de deelnemers alleen die persoonlijke informatie geven die de ander nodig heeft om de achtergrond van een vraag of advies te begrijpen. Doordat de deelnemers de regie houden over wat wel en niet over het trauma wordt verteld en zelf actief bijdragen aan de inhoud van de cursus, wordt de algemene competentieverwachting gestimuleerd.

## Pilotstudy

### Onderzoeksvragen

De doelstelling van de traumacursus is de deelnemers in een lotgenotengroep voor te bereiden op hun verdere behandeling in de psychotherapeutische behandelfase.

De doelen zijn geoperationaliseerd in termen van empowerment: bevorderen van de algemene competentieverwachting, actieve probleemoplossende coping en het zoeken en benutten van sociale steun.

Door het aanreiken van kennis en het herstellen van vertrouwen in het sociale sturingsmechanisme van wederkerige beïnvloeding beoogt de cursus de algemene competentieverwachting te vergroten en de angst voor het aangaan en onderhouden van ongelijke relaties te verminderen. We gaan ervan uit dat kennis over de gevolgen en behandeling van traumatisering de positie en inbreng van de patiënt bij het opstellen van de behandelovereenkomst versterkt en tot een meer actief probleemoplossende intentie leidt. Het ontwikkelen van de algemene competentieverwachting wordt niet

alleen gestimuleerd door het creëren van een klimaat van gelijkwaardigheid tussen deelnemers en docenten, maar ook door het actief bijdragen aan de inhoud van de cursus en het houden van de regie over wat men al dan niet vertelt over de persoonlijk voorgeschiedenis en traumata. De verwachting is verder dat de cursus de relatie met de behandelaar – als ‘belangrijke ander’ – minder angstbeladen maakt en daardoor bijdraagt aan een positieve werkrelatie. Dit resulteert mogelijk samen met de lotgenotenervaringen in het toenemend durven zoeken en accepteren van sociale steun.

Samenvattend richt het onderzoek zich dus op de vraag of de traumacursus daadwerkelijk leidt tot angstreductie, het ervaren van sociale steun, een hogere algemene competentieverwachting en een meer actief probleemoplossende copingstijl.

### **Deelnemers**

Aan de deelnemers van zes groepen (totaal 58 deelnemers; twee groepen in Winschoten, twee in Delfzijl en twee in Groningen) werd gevraagd mee te doen aan het onderzoek. Acht deelnemers weigerden, zodat vijftig proefpersonen aan het onderzoek deelnamen.

Alle deelnemers hebben een traumavoorgeschiedenis die wordt gekenmerkt door een langdurig verblijf in een context van terreur. Het gaat om vluchtelingen, oorlogsslachtoffers en patiënten met een incestverleden. Gezien de ruime inclusiecriteria hebben lang niet alle deelnemers op het moment van aanmelding een officiële DSM-IV-diagnose. Van de dertig deelnemers (60%) voor wie dat wel geldt, gaat het in tien gevallen (20%) om een PTSS, eenmaal om een angststoornis (2%), zesmaal om een stemmingsstoornis (12%), driemaal om een persoonlijkheidsstoornis (6%), en tienmaal om een combinatie van as-I- en as-II-problematiek (20%).

De deelnemers hebben een gemiddelde leeftijd van 37,3 jaar ( $sd = 10.2$ , range 21-65). Er zijn 4 mannen en 46 vrouwen. Het gemiddelde opleidingsniveau is 2,9 ( $sd = 1.4$ , range 1-5) hetgeen overeenkomt met een afgeronde mavo- of mbo-opleiding. De gemiddelde ziekteduur, gerekend vanaf het eerst geregistreerde contact met een GGz-instelling, is 6,5 jaar ( $sd = 5.6$ , range 0-20 jaar). Veertien deelnemers wonen alleen, 36 deelnemers wonen met hun partner of gezin. Achtenveertig deelnemers hebben voor een ‘vinger aan de pols’-contact ook gesprekken met een andere hulpverlener.

### **Effectmaten en meetinstrumenten**

Angst wordt gemeten met de subschaal Angst van de *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986). Een hogere score (SCL-A) betekent meer angst.

Als maat voor sociale steun is gekozen voor een subschaal van de *Sociale Steun Lijst* (SSL; Van Sonderen, 1993). Het gaat om de schaal (SSL-D) die meet in hoeverre er discrepantie is tussen de sociale en emotionele steun die iemand wenst, maar mist. Een hogere score betekent een grotere discrepantie tussen gewenste en ervaren steun.

Algemene competentieverwachting wordt gemeten met de totaalscore van de *Algemene Competentie Schaal* (ALCOS-12; Sherer & Maddux, 1982; Bosscher, Smit, & Kempen, 1997). Deze schaal (ALCOS) meet in hoeverre iemand controle en regie ervaart over zijn of haar leven. Een hogere score betekent een grotere algemene competentieverwachting.

Hanteren van een probleemoplossende houding wordt gemeten met de subschaal Actief problemen oplossen van de *Utrechtse Coping Lijst* (UCL; Schreurs, Van der Willige, Telligen, & Brosschot, 1988). Deze subschaal (UCL-AP) meet in hoeverre mensen van zichzelf zeggen dat ze actief en planmatig oplossingsgericht te werk gaan wanneer ze een probleem ervaren. Een hogere score betekent dat mensen meer actief probleemoplossend te werk gaan.

Om te bepalen of deze variabelen als effectmaten voor de traumacursus kunnen worden gebruikt, is een maand voorafgaand aan de cursus een baselinemeting (T0) gedaan bij vijftieng deelnemers. De resultaten van deze meting zijn vergeleken met die van de meting direct voor aanvang van de cursus (T1). De resultaten staan vermeld in tabel 1.

**Tabel 1 Veranderingen tussen baseline- en voormeting: T0-T1.**

Variabele	n	T0 M (sd)	T1 M (sd)	Correlatie (p)	T-waarde	Significantie (tweezijdig)
SCL-A**	21	30.4 (8.1)	28.2 (9.4)	.82 (.000)	1.86	.08
SSL-D**	20	57.0 (16.1)	55.9 (14.6)	.83 (.000)	0.54	.60
ALCOS*	21	35.8 (9.6)	35.1 (9.5)	.85 (.000)	0.58	.57
UCL-AP*	20	15.5 (5.0)	16.6 (3.8)	.72 (.000)	-1.43	.17

\* = een hogere score betekent een beter resultaat\*\* = een hogere score betekent een slechter resultaat

De scores van de deelnemers correleren hoog op alle vier de maten tussen het eerste en het tweede meetmoment. Gezien de hoge significantiewaarden bij de SSL-D en de ALCOS kunnen we concluderen dat op deze variabelen geen veranderingen optreden tussen de baseline- en de voormeting. De significantiewaarden bij de SCL-A en de UCL-AP zijn beduidend lager. De kans dat hier terecht wordt geconcludeerd dat tijdens de periode voorafgaand aan de training geen veranderingen optreden, is dus veel kleiner dan bij de andere twee variabelen. Daarom moeten de trainingseffecten op angst en actief probleemoplossende coping met reserve worden geïnterpreteerd.

Naast vragenlijstafname bij deelnemers zijn de ervaringen van de docenten onderzocht door middel van een korte schriftelijke enquête. De vragen waren vooral gericht op de indicatiestelling (Levert het ruime inclusiecriteria met betrekking tot de diagnose een probleem op?) en de inhoud van de cursus.

### Meetmomenten en beschikbare data

Ter bepaling van het effect van de cursus vonden er twee metingen plaats. De eerste (T1) vlak voor aanvang van de cursus en de tweede (T2) direct erna. Nogal wat deelnemers bleken om verschillende redenen niet aan een van de metingen mee te hebben willen doen. Wanneer deelnemers wel meededen, wilden ze tijdens het afnemen van de vragenlijsten nogal eens vroegtijdig stoppen of lijsten overslaan. Bij slechts dertig van de vijftig deelnemers (60%) konden de twee metingen min of meer volledig worden afgenomen. De resultaten zijn voor deze groep berekend.

## Resultaten

De resultaten werden per variabele berekend met een *T*-test voor gerelateerde steekproeven. Tabel 2 laat zien dat de deelnemers na de cursus een hogere algemene



competentieverwachting hadden en minder angst ervoeren. Het effect op angst (eenzijdige significantie  $p = .02$ ) kwam echter sterk overeen met het effect tijdens de periode voorafgaand aan de training (tweezijdige significantie  $p = .08$ ). Dit resultaat kan dus niet direct aan de training worden toegeschreven. Bovendien zijn de angstscores zowel voor als na de training gemiddeld vergeleken met normen voor poliklinisch behandelde vrouwelijke psychiatrische patiënten. Er zijn geen significante trainingseffecten op sociale steun en actief probleemoplossende coping.

**Tabel 2 Veranderingen tussen voor- en nameting: T1-T2.**

Variabele	n	Voormeting M (sd)	Nameting M (sd)	T-waarde	Significantie (eenzijdig)
SCL-A**	27	29.9 (10.5)	27.3 (10.6)	2.11	.02
SSL-D**	27	58.5 (13.6)	56.9 (16.4)	0.69	.25
ALCOS*	26	34.3 (8.6)	37.2 (7.2)	-2.50	.01
UCL-AP*	27	15.3 (3.5)	16.2 (4.0)	-1.50	.07

\* = een hogere score betekent een beter resultaat\*\* = een hogere score betekent een slechter resultaat

De resultaten van de schriftelijke enquête bij de docenten lijken hierbij aan te sluiten. De meerderheid van de docenten vond dat de cursus te veel theorie bevat, waardoor er te weinig tijd is voor het samen inventariseren van en zoeken naar manieren om bijvoorbeeld herbelevingen en dissociatie te hanteren. Ook opperde een aantal van hen om netwerkleiden bij de cursus te betrekken. Deze worden verondersteld beter op de hoogte te zijn van de inhoud, hetgeen het zoeken en geven van sociale steun ten goede zal komen. Ten slotte ervoeren de docenten de indicatiestelling als te ruim. Het kwam regelmatig voor dat deelnemers zichzelf niet herkenden in het verhaal van anderen, omdat de traumavoorgeschiedenis divers is wat betreft het soort trauma's.

### Drop-outs

Net zo opvallend als het grote aantal incomplete vragenlijsten, is het relatief lage percentage deelnemers dat vroegtijdig met de cursus stopte. Dit betreft slechts negen deelnemers (18%). Drie van hen vonden de cursus te belastend; twee stopten met deelname vanwege verhuizing; twee deelnemers vielen uit door oplopende, externe (niet aan de cursus gerelateerde) stressoren; een deelnemer staakte deelname vanwege een nieuwe baan; en een deelnemer werd vanwege storend gedrag door de trainers uit de groep gezet.

Onderzocht is of de negen deelnemers die met de cursus zijn gestopt, verschilden van de eenenveertig deelnemers die de cursus hebben afgemaakt (*completers*). Een *T*-test voor onafhankelijke groepen leverde geen verschil op in leeftijd ( $t(48) = -1.5, p = .14$ ) en ziekte duur ( $t(48) = -.10, p = .93$ ). Wel was er een verschil in opleidingsniveau ( $t(47) = 2.2, p = .04$ ); drop-outs hadden een lager opleidingsniveau (2.0;  $sd = 0.9$ ) dan completers (3.1;  $sd = 1.4$ ).

Een Fisher's Exact Test liet zien dat er geen significante verschillen waren met betrekking tot geslacht ( $\chi^2(1) = 0.14; p = .56$ ) en het wel of niet hebben van een andere hulpverlener naast de traumacursus ( $\chi^2(1) = 0.46; p = 1.0$ ). Ook is er geen verschil in het al dan niet voldoen aan de diagnose PTSS ( $\chi^2(1) = 1.22; p = .36$ ) in het bijzonder, of een officiële DSM-IV-diagnose ( $\chi^2(1) = .20, p = .72$ ) in het algemeen. Wel bleek dat

drop-outs (100%) vaker dan completers (66%) met een partner of gezin woonden ( $\chi^2(1) = 4.27; p = .047$ ).

Op T1 is ook gekeken naar verschillen op de effectmaten. Uit tabel 3 blijkt dat drop-outs voor de cursus een hogere algemene competentieverwachting hadden dan de completers.

**Tabel 3 Vergelijking voormeting: completers (n = 41) versus drop-outs (n = 9).**

Variabele	Completers M (sd)	Drop-outs M (sd)	T-waarde	Significantie (tweezijdig)
SCL-A**	29.7 (9.9)	30.9 (6.7)	-0.35	.73
SSL-D**	58.3 (12.7)	56.6 (13.7)	0.37	.71
ALCOS*	34.3 (8.7)	40.4 (6.6)	-2.00	.05
UCL-AP*	15.8 (3.9)	16.1 (3.1)	-0.21	.83

\* = een hogere score betekent een beter resultaat\*\* = een hogere score betekent een slechter resultaat

Over het geheel genomen bleken deelnemers die de cursus niet afmaakten in vergelijking met completers een lager opleidingsniveau te hebben, vaker met partner of gezin te wonen en een hogere algemene competentieverwachting te hebben. Zij leken beter sociaal ingebed en meer overtuigd te zijn controle en regie over hun leven te hebben.

## Beschouwing

De traumacursus voldeed slechts ten dele aan de verwachting. Hoewel de angst minder werd na de cursus, kan dit niet met zekerheid aan de cursus worden toegeschreven. Er was geen effect op sociale steun en op actief probleemgerichte coping. Alleen de algemene competentieverwachting werd positief beïnvloed. De docenten vonden de cursus te theoretisch en hadden daardoor weinig mogelijkheden voor het samen actief zoeken naar en oefenen met manieren om traumagerelateerde problematiek te hanteren. Ook het ontbreken van participatie door netwerkleden en te ruime inclusiecriteria werden door hen als kritiekpunten genoemd. Deze bevindingen leiden tot de volgende overwegingen en verbeterpunten.

Uit onderzoek naar psycho-educatie bij patiënten met psychotische problematiek blijkt dat de effecten tegenvallen wanneer te veel nadruk is op kennisoverdracht. Het stellen van doelen en stressmanagement om die doelen te behalen zijn nodig om het effect te vergroten (Tarrier, Barroclough, & Vaughn, 1988). Mogelijk speelt dit ook bij patiënten met traumagerelateerde problematiek een rol en moet er dus minder theorie en kennisoverdracht en meer gelegenheid tot het samen bespreken van moeilijke situaties en de oplossingen daarvoor worden geboden. Het feit dat drop-outs een lager opleidingsniveau hebben dan completers pleit hier in elk geval voor.

Het min of meer actief bij de psycho-educatie betrekken van netwerkleden is bij verschillende psychische stoornissen gemeengoed. In veel gevallen worden in elk geval de resultaten van de cursus met netwerkleden besproken (zie bijvoorbeeld voor mensen met een manisch depressief syndroom; Vogtlander & Van Gent, 1998), of doen de netwerkleden aan een gedeelte van de cursus mee (zie bijvoorbeeld voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis; Freije, Dietz, & Appelo, 2002). Bij psychotische stoornissen wordt de psycho-educatie vaak geheel samen met de netwerkleden gegeven (zie bijvoorbeeld Solomon, Draine, & Mannion, 1996). Samenwerken met 'belangrijke

anderen' had een positief effect op de generalisatie van hetgeen tijdens de cursus aan de orde kwam en beïnvloedde daarmee de ervaren steun en het zelfvertrouwen. Het lijkt daarom verstandig om ook hiervoor tijdens de traumacursus tijd en ruimte vrij te maken.

Ten slotte lijkt het verstandig de inclusiecriteria aan te scherpen zodat de traumavoorgeschiedenissen van deelnemers meer overeenkomen. Uit de literatuur over zelfhulp blijkt dat patiënten met overeenkomstige problematiek elkaar goed kunnen helpen bij het vinden en hanteren van actieve probleemoplossingsstrategieën (zie bijvoorbeeld Powell, Yeaton, Hill, & Silk, 2001). Voorwaarde is echter dat deelnemers zich goed in elkaars verhaal herkennen.

Voor eventueel vervolgonderzoek met een nieuwe versie van de traumacursus is het ook van belang lering te trekken uit het hoge aantal incomplete metingen in deze pilotstudy. Naar de redenen hiervan kan op dit moment slechts worden gegis. Mogelijk speelde het sterk wisselende toestandsbeeld van de deelnemers een rol. Ook werd de indruk gewekt dat het niet invullen van nametingen soms samenhang met teleurstelling van deelnemers over het einde van de cursus en daarmee met het verlies van inmiddels vertrouwde anderen. Beide punten vragen om een betere timing van de vragenlijstafname. In deze studie werd gewerkt met geautomatiseerde testafname, op afspraak, in de behandelsetting. Het is misschien beter de vragenlijsten in boekjesvorm mee naar huis te geven, met de vraag deze binnen enkele dagen ingevuld te retourneren. De deelnemers hebben dan meer vrijheid te bepalen wanneer zij de lijsten invullen. De nameting kan een of twee weken voor het eind van de cursus worden meegegeven met de vraag de resultaten tijdens de laatste bijeenkomst in te leveren. Het nadeel van thuis invullen is echter dat het de betrouwbaarheid van de resultaten negatief kan beïnvloeden en dat men de lijsten gaat 'vergeten' en 'kwijtraken'. Het tijdens de bijeenkomsten laten invullen van de vragenlijstboekjes is misschien het beste compromis. De deelnemers vullen dan tegelijk een boekje in en er is altijd iemand aanwezig om vragen te beantwoorden.

Concluderend is het noodzakelijk de traumacursus inhoudelijk en formeel te wijzigen. Het effect zal dan opnieuw moeten worden onderzocht. Uitgaande van de veronderstelde noodzaak van een traumacursus als voorbereiding op psychotherapie, wordt daarbij gedacht aan een vergelijking tussen de traumacursus en een wachtlijst. Anderzijds kan naast de effectiviteit van de traumacursus ook de noodzaak ervan ter discussie worden gesteld door een studie waarbij deelnemers in de ene conditie alleen psychotherapie krijgen en in de andere conditie daaraan voorafgaand de traumacursus.

---

**abstract**

*In this article, we introduce the 'Psychotrauma-course'. This course includes psycho-education and relation management. Its purpose is to prepare patients with trauma-related symptoms for psychotherapy. Results of a pilot study show a significant positive effect on self-efficacy,*

but not on anxiety, active coping and social support. Therefore, suggestions are formulated to improve the course.

## Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders: Fourth edition*. Washington DC: APA.
- Arnoldus, M.P.E. (1994). De complexe posttraumatische stress-stoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis. In J.J.L. Derksen & H. Groen (red.), *Handboek voor de behandeling van borderline patiënten* (pp. 118-125). Utrecht: De Tijdstroom.
- Arnoldus, M.P.E., & Markhorst, C.M. (1999). *Traumacursus; handleiding*. Groningen: Stichting GGZ Groningen.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL90. Een multidimensionale psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosscher, R.J., Smit, J.H., & Kempen, G.I.J.M. (1997). Algemene competentie verwachtingen bij ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 52, 239-248.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., CritsCristoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennet Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., & Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Clark, C.C., & Krupa, T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health: giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 341-349.
- Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD, Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Freije, H., Dietz, B., & Appelo, M. (2002). Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Dth*, 22, 367-378.
- Gersons, B.P.R., & Carlier, I.V.E. (1998). Diagnose van posttraumatische stress-stoornissen. In B.P.R. Gersons & I.V.E. Carlier (red.), *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen* (pp. 1-11). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gersons, B.P.R., & Carlier, I.V.E. (red.) (1998). *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma en herstel: de gevolgen van geweldsmishandeling thuis tot politiek geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Jacobs, G. (2001). *De paradox van kracht en kwetsbaarheid, empowerment in feministische hulpverlening en humanistisch raadswerk*. Amsterdam: Uitgever S.W.P.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E.J., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Korrelboom, C.W., & Appelo, M.T. (2002). Geef de stuurlozen het roer: contraconditionering en coping bij borderline-problematiek. In C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (red.), *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten* (pp. 131-146). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Lang, P.J. (1988). Fear, anxiety and panic: context, cognition and visceral arousal. In S. Rachman & J.D. Maser (Eds.), *Panic: psychological perspectives*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Minnen, A. van, & Verbraak, M.J.P.M. (red.) (2002). *Psychologische Interventies bij posttraumatische stress-stoornis*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Powell, T.J., Yeaton, W., Hill, E.M., & Silk, K.R. (2001). Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders: The effects of self-help group participation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 3-11.
- 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.
- Sherer, M., & Maddux, J.E. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological reports*, 51, 663-671.
- Shengold, L. (1979). Child abuse and deprivation: soul murder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 533-559.
- Smid, G.E., Mast, R.C. van der, & Gersons, B.P.R. (2003). De uitgestelde posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 265-276.
- Solomon, P., Draine, J. & Mannion, E. (1996). Impact of brief family psycho education on self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 41-50.

- Sonderen, E. van (1993). *Het meten van sociale steun met de Sociale Steun Lijst (SSL)*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Spinhoven, Ph., Elzinga, B.M., & Roelofs, K. (2002). Theoretische modellen voor de PTSS. In A. van Minnen & M.J.P.M. Verbraak (red.), *Psychologische Interventies bij posttraumatische stress-stoornis* (pp. 15-38). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Tarrier, N., Barroclough, C., & Vaughn, C. (1988). The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Vogtländer, L., & Gent, E. van (1998). Leren omgaan met kwetsbaarheid. Cursus psycho-educatie voor mensen met een manisch depressief syndroom. *MGV*, 3, 256-264.
- Yehuda, R. (2003). Changes in the Concept of PTSD and trauma. *Psychiatric Times*, XX, 4.