



**Universiteit Utrecht**

**FACULTEIT SOCIALE WETENSCHAPPEN**

---

‘Het behandel­effect van de stabilisatie-interventies Resource Development Installation en Trauma Sensitieve Yoga bij mannen met beroepsgerelateerde complexe PTSS’

MASTERTHESIS

2013 – 2014

Ramona Grauss, BSc

Onder begeleiding van:

Prof. Dr. R. Kleber

&

Drs. J. van Bokkem

Deze masterthesis is onderdeel van het masterprogramma Klinische en Gezondheidspsychologie. Het onderzoek is uitgevoerd binnen stichting Centrum '45, dat onderdeel uitmaakt van de Arq Psychotrauma Expert Groep.



Stichting **Centrum '45**

## **SAMENVATTING**

Dit onderzoeksverslag richtte zich op het behandel­effect van de stabilisatie-interventies resource development installation en trauma sensitieve yoga bij 20 mannen met beroepsgerelateerde complexe PTSS. Dit effect werd gemeten aan de hand van veranderingen op het gebied van klachten, posttraumatische stresscognities en kwaliteit van leven. Daarnaast werd de invloed van bepaalde trauma specifieke, persoonlijke en interpersoonlijke factoren op dit behandel­effect onderzocht. De participanten werden at random werden ingedeeld in één van de condities (RDI of TSY). Vervolgens werden er drie sessies uitgevoerd door gekwalificeerde behandelaren en vonden begin- en nametingen plaats waarbij verschillende vragenlijsten werden afgenomen. Uit de resultaten kwam onder andere naar voren dat beide interventies zorgden voor een afname van de PTSS klachten en een toename van de fysieke gesteldheid. Daarnaast bleek dat de mate van traumatisering, het gebruik van hulpbronnen en de kwaliteit van de therapeutische relatie van invloed waren op dit behandel­succes. Omdat huidig onderzoek één van de eerste onderzoeken naar RDI en TSY als stabilisatie-interventies betreft en het onderzoek enige psychometrische beperkingen heeft, moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Desondanks kunnen de resultaten als positief en veelbelovend worden omschreven.

## **SUMMARY**

Current study tested the treatment effect of the stabilization-interventions resource development installation and trauma sensitive yoga among 20 men with a complex PTSD, which they have encountered during the practice of their profession. The treatment effect was measured in terms of symptoms, posttraumatic stresscognitions and quality of life. Also the possible influence of certain trauma specific, personal- and interpersonal factors on the treatment effect was studied. The participants were randomly assigned to groups (RDI or TSY) after which the interventions started. These interventions included three treatment sessions, which were conducted by qualified therapist, and a pre and posttest which contained a set of questionnaires. The results showed, among other things, a decline in PTSD symptoms and an increase in physical health. Also relationships between the degree of traumatization, the use of resources and the quality of the therapeutic alliance and the treatment effect were found. While implying these results, the psychometric limitations of the current study and the fact that it is one of the first studies focused on this subject, should be taken in consideration. Nevertheless this study indicates positive and promising treatment effects of the stabilization interventions RDI and TSY.

## VOORWOORD

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van het masterprogramma Klinische en Gezondheidspsychologie, waarbij het uitvoeren van een onderzoek en het schrijven van een daaruit voortvloeiende thesis onderdeel zijn van de opleiding.

Dit onderzoek is uitgevoerd bij Stichting Centrum '45, een derdelijns expertisecentrum op het gebied van complexe traumatisering. In dit centrum worden verschillende soorten doelgroepen behandeld zoals veteranen, politieagenten, vluchtelingen en de naoorlogse generatie. Tijdens mijn onderzoeksstage ben ik voornamelijk in contact gekomen met de beroepsgerelateerde doelgroep, die een grote indruk op mij maakte. Door het aanhoren van hun vaak indrukwekkende verhalen, raakte ik erg betrokken bij deze groep mensen. Dit is dan ook de reden dat ik mijn masterthesis wilde richten op mensen die tijdens het uitoefenen van hun beroep een trauma hebben opgelopen. Via deze weg hoop ik een steentje bij te dragen in de beschikbare empirische kennis omtrent de behandeling van complex beroepsgerelateerde PTSS.

Het huidige onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek wat wordt uitgevoerd door Joke van Bokkem. Allereerst wil ik haar daarom bedanken voor het feit dat ik onderdeel mocht uitmaken van haar onderzoek. Daarnaast was zij gedurende het gehele proces mijn stage begeleidster en heb ik veel van haar kunnen leren. Daarom wil ik haar dan ook bedanken voor al haar hulp, feedback, wijze lessen en betrokkenheid tijdens mijn onderzoeksstage.

Ook wil ik Rolf Kleber bedanken. Hij gaf mij regelmatig nuttige feedback over mijn onderzoeksverslag waardoor ik deze in kwaliteit heb kunnen verbeteren. Mede dankzij hem heb ik veel geleerd over het doen van onderzoek en het op correcte wijze rapporteren van de gegenereerde informatie in een onderzoeksverslag.

Tenslotte wil ik graag Stichting Centrum '45, en met name alle cliënten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken. Ondanks dat de vragenlijsten soms erg confronterend en zwaar konden zijn voor de cliënten, stonden zij hiervoor open en wilde zij graag hun bijdrage leveren aan het onderzoek. Hun deelname was van essentieel belang en daarom ben ik dankbaar voor hun participatie en het delen van hun persoonlijke ervaringen en verhalen.

## INHOUDSOPGAVE

	paginanummer
<b>INLEIDING.....</b>	<b>3</b>
Complexe PTSS.....	3
Trauma sensitieve yoga.....	4
Resource development installation.....	4
Effectiviteit.....	5
Determinanten van succes.....	6
<b>METHODEN.....</b>	<b>8</b>
Participanten.....	8
Design.....	9
Procedure.....	10
Vragenlijsten.....	11
Statistische analyse.....	13
<b>RESULTATEN.....</b>	<b>14</b>
Klachten en symptomen.....	14
Posttraumatische stresscognities.....	15
Levenskwaliteit.....	16
Trauma, klachten en behandeluitkomst.....	16
Hulpbronnen en behandeluitkomst.....	17
Therapeutische relatie en behandeluitkomst.....	18
<b>DISCUSSIE.....</b>	<b>18</b>
Interpretatie resultaten behandel-effect.....	18
Interpretatie resultaten determinanten van succes.....	20
Beperkingen.....	23
Sterke punten.....	23
Toekomstig onderzoek.....	24
Conclusie.....	25
<b>REFERENTIELIJST.....</b>	<b>25</b>
Bijlage 1 .....	30
Bijlage 2 .....	33

## INLEIDING

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een stoornis die zich kan ontwikkelen als gevolg van blootstelling aan een extreme gebeurtenis. De klachten uiten zich op het gebied van herbeleving van de traumatische gebeurtenis, het ontwijken van stimuli die associaties aan de gebeurtenis doen oproepen en verhoogde prikkelbaarheid. Wanneer deze klachten langer dan een maand aanwezig zijn en zorgen voor klinisch significante lijden en verstoringen op sociaal- of werkgebied, of op andere belangrijke levensgebieden, spreekt men van PTSS (American Psychiatric Association, 2000).

### *Complexe PTSS*

Volgens bepaalde onderzoekers en klinici zijn deze diagnostische criteria onvoldoende in staat om de complexiteit van klachten van mensen die langdurig en meervoudig getraumatiseerd zijn te omvatten (Herman, 1992; Korn, 2009). Daarom is de term complexe PTSS ontstaan. Samenvattend gaat het bij complexe PTSS om blootstelling aan meervoudige en langdurende traumatische gebeurtenissen, die naast de PTSS klachten zorgen voor beperkingen op andere gebieden (Stöfösel & Mooren, 2010). Het begrip is echter niet opgenomen in de DSM omdat er discussie omtrent dit concept bestaat. Aan de ene kant zijn er meerdere onderzoeken die aantonen dat blootstelling aan een enkelvoudig trauma andere gevolgen kan hebben op het gebied van symptomen en klachten, dan blootstelling aan meervoudige en langdurig trauma's (Herman, 1992; Kilpatrick et al., 1998; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday en Spinazzola, 2005). Aan de andere kant zijn er verschillende onderzoekers die stellen dat er onvoldoende bewijs beschikbaar is om complexe PTSS als een apart construct te beschouwen omdat er veel overlap bestaat tussen de symptomen van complexe PTSS en andere stoornissen, en er sprake is van een hoge comorbiditeit tussen complexe en 'gewone PTSS' (Klein & Riso, 1993; Resick et al., 2012). Ondanks dat er nog geen consensus bestaat omtrent het begrip complexe PTSS, wordt in dit onderzoek wel gebruik gemaakt van deze term. Hiermee wordt in huidig onderzoek bedoeld dat er naast PTSS ook sprake is van andere problematiek op As 2, 3 en/of 4 van de DSM (American Psychiatric Association, 2000).. Dit zijn mensen waarbij ook sprake is van persoonlijkheidsproblematiek, lichamelijke klachten en/of interpersoonlijke problemen.

Omdat complexe PTSS op klachtengebied in min of meerdere mate verschilt van enkelvoudige PTSS is dit verschil ook zichtbaar in de behandeling. De behandeling van complexe traumapatiënten verloopt meestal via het driefasen-model, welke bestaat uit de stabilisatiefase, traumagerichte behandeling en herintegratie (Stöfösel & Mooren, 2010). Mensen met complexe PTSS hebben vaak veel bijkomende problemen zoals depressies, middelenmisbruik en suïcidaliteit. Er wordt gedacht dat het voor deze groep patiënten te

heftig zou zijn als er direct, bijvoorbeeld in de vorm van een traumagerichte behandeling, op de details van het trauma wordt ingegaan (Dorrepaal, 2013). Daarom speelt de stabilisatiefase een belangrijke rol. Patiënten leren tijdens deze fase effectiever om te gaan met verschillende triggers zodat zij stabiel de rest van de traumagerichte behandeling ingaan (Mooren, Stöfsl, Truyens, 2012). Het is dus zowel voor de patiënt, als voor de behandelaar van belang dat de patiënt stabiliseert voordat hij/zij aan de daadwerkelijke behandeling begint. Daarom is het relevant om te onderzoeken of stabilisatie-interventies inderdaad het beoogde effect waarmaken. Twee voorbeelden van stabilisatie-interventies zijn trauma-sensitieve yoga (TSY) en EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) resource development installation (RDI).

#### *Trauma sensitieve yoga*

Mensen met PTSS hebben vaak lichamelijke klachten, voelen zich lichamelijk gespannen of staan niet meer in contact met hun lichaam. Daarom is trauma-sensitieve yoga (TSY) ontwikkeld (Emerson & Hopper, 2011). TSY is een aangepaste vorm van yoga waarbij extra aandacht is voor het creëren van een veilige omgeving, doordat de yoga instructeur een open en flexibele houding aanneemt en er geen sprake is van lichamelijk contact (Emerson, Sharma, Chaudhry & Turner, 2009). De effectiviteit van yoga als traumagerichte behandeling is in meerdere studies onderzocht. Zo toonde het onderzoek van Descilo et al. (2009) aan dat yoga ademhalingsoefeningen bij 50 overlevenden van de tsunami in Zuidoost Azië zorgde voor een daling van PTSS en depressieve symptomen, ten opzichte van de controlegroep. Ook uit een longitudinaal onderzoek bij acht Vietnam veteranen met PTSS kwam naar voren dat yoga zorgde voor een significante vermindering van verscheidene PTSS klachten (Carter & Byrne, 2004). Beide onderzoeken hadden echter psychometrische beperkingen. Ook Cabral, Meyer en Ames (2011) concludeerden in hun meta-analyse naar yoga als behandeling voor psychopathologie, dat er een gebrek is aan onderzoek van goede psychometrische kwaliteit naar PTSS en yoga. Ze noemen wel het onderzoek van Van der Kolk (2006) waaruit naar voren kwam dat yoga zorgde voor een significantie daling van de PTSS symptomen in vergelijking tot de controlegroep.

#### *Resource development installation*

Naast TSY is ook resource development installation (RDI) een stabilisatie-interventie die in de klinische praktijk gebruikt wordt (Mooren et al., 2012). RDI is een specifiek eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) protocol dat kan worden gebruikt in de beginfasen van therapie. Tijdens een RDI interventie focussen de therapeut en de cliënt zich op positieve, in de meeste gevallen autobiografische, herinneringen die geen verband hebben

met de traumatische gebeurtenis(sen) waarvoor de cliënt in behandeling is. Deze herinneringen worden zo gekozen, dat het imaginair oproepen zou kunnen helpen bij het overkomen van te verwachte problemen binnen de traumabehandeling (Leeds & Shapiro, 2000). De effectiviteit van RDI bij cliënten is op dit moment alleen door Korn en Leeds (2002) onderzocht. Dit onderzoek betrof twee single casestudy's van cliënten met complexe PTSS. Bij beide participanten vond, na drie sessies, een klinisch significante daling plaats op het gebied van klachten en symptomen (Korn & Leeds, 2002). Dit onderzoek is echter psychometrisch beperkt.

### *Effectiviteit*

Het is opvallend te noemen dat de werking van RDI zo gering is onderzocht. Met name omdat in de huidige tijdgeest de nadruk binnen de geestelijke gezondheidszorg steeds meer is komen te liggen op evidence-based behandelingen. Ondanks dat er wel onderzoeken zijn die de effectiviteit van yoga als traumagerichte behandeling hebben aangetoond (Carter & Byrne, 2004; Descilo et al., 2009), ontbreekt het deze onderzoeken aan psychometrische kwaliteit. Tevens heeft onderzoek zich niet eerder specifiek gericht op TSY als stabilisatie-interventie bij mensen met complexe PTSS. Tenslotte is het voor de klinische praktijk noodzakelijk om meer kennis te ontwikkelen op het gebied van de werkzaamheid in de stabilisatiefase, omdat deze fase van belang is bij de behandeling van complexe PTSS (Mooren et al., 2012). Om deze redenen staat de volgende vraag in dit onderzoek centraal: zijn de stabilisatie-interventies resource development installation (RDI) en trauma-sensitieve yoga (TSY) werkzaam bij mannen met een beroepsgerelateerde complexe PTSS?

Het doel van een stabilisatie-interventie is er voor zorgen dat een cliënt stabiel en weerbaar genoeg is om aan de traumagerichte behandeling te beginnen (Stöfvel & Mooren, 2010). Dit indiceert dat de klachten na een stabilisatie-interventie in bepaalde mate gestabiliseerd/afgenomen zouden moeten zijn. Daarnaast zijn er verschillende theorieën die stellen dat posttraumatische stresscognities een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van posttraumatische klachten (Emmerik, Schoorl, Emmelkamp & Kamphuis, 2007), en daarom zou ook hierin een behandelings-effect zichtbaar kunnen zijn. Tenslotte wordt kwaliteit van leven vaak gebruikt als uitkomstmaat van een behandeling (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004) en zou deze bij een effectieve behandeling kunnen stijgen. Beide verwachtingen worden ondersteund door het consensus model van posttrauma behandeling zoals omschreven door Korn & Leeds (2002). Stabilisatie-interventies zouden volgens dit model onder andere gericht zijn op het verbeteren van het zelfbeeld en het affect en het versterken van het ego. Samengevat wordt er verwacht dat RDI en TSY leiden tot

vermindering van de klachten en de trauma gerelateerde cognities, en een verbetering van de levenskwaliteit. Naast dat de effectiviteit van beide interventies wordt onderzocht, worden ook mogelijke verschillen hierin tussen de interventies, in het onderzoek meegenomen. De verwachting bestaat dat TSY effectiever zal zijn dan RDI op het gebied van verbetering van levenskwaliteit en op het gebied van klachtenvermindering. Deze verwachting is gebaseerd op eerdere onderzoeken die de effectiviteit van TSY hebben aangetoond (Carter & Byrne, 2004; Descilo et al., 2009; Emerson et al., 2009). Daarnaast wordt verwacht dat RDI effectiever zal zijn in het verminderen van de trauma gerelateerde cognities. Deze verwachting bestaat omdat RDI een vorm van contraconditionering is (Stöfösel & Mooren, 2010). Dit zou kunnen betekenen dat RDI invloed uitoefent op de eventueel aanwezige disfunctionele cognities. Daarnaast richten de RDI sessies zich op verschillende positieve eigenschappen van de participant (zie bijlage 2 voor het protocol). Doordat er tijdens de RDI sessies positieve gedachten en herinneringen worden geactiveerd, zal het positieve affect versterken (Korn & Leeds, 2002). Daarom bestaat de verwachting dat wanneer het positieve affect van de participant wordt versterkt, de negatieve stresscognities afnemen.

#### *Determinanten van succes*

Het behandelingsucces van de interventies RDI en TSY staat in dit onderzoek centraal. Daarnaast wordt er gekeken naar bepaalde factoren die mogelijk een rol zouden kunnen spelen bij dit eventuele behandelingsucces, om zo meer informatie te genereren over de omstandigheden en factoren waarbij de interventies werkzaam zijn. Het kan namelijk mogelijk zijn dat een stabilisatie-interventie voor de ene persoon beter werkt dan voor de ander. Het feit dat men verschilt op het gebied van trauma specifieke, persoonlijke en interpersoonlijke factoren zou hierbij een rol kunnen spelen. Daarom poogt dit onderzoek de volgende deelvraag te beantwoorden: zijn er trauma specifieke, persoonlijke en interpersoonlijke factoren van mannen met een beroepsgerelateerde complexe PTSS, die mogelijk van invloed kunnen zijn op het behandelingseffect van de stabilisatie-interventies RDI en TSY? Om deze vraag te beantwoorden zal in dit onderzoek specifiek worden ingegaan op het trauma en de klachten, coping/hulpbronnen en de kwaliteit van de therapeutische relatie. Antwoord op deze vraag zou meer informatie kunnen bieden over voor wie de stabilisatie-interventies gunstig zijn. Dit kan in de toekomst van pas komen bij het toewijzen van een behandeling, zodat er zorg op maat ontstaat.

De verwachting bestaat dat mensen die veelvuldig aan traumatische gebeurtenissen zijn blootgesteld en die in ernstigere mate psychische klachten vertonen, minder verbetering zullen vertonen na afloop van de interventies. Dit is gebaseerd op het feit dat deze groep een



complexere vorm van PTSS heeft. Over het algemeen geldt dat mensen met complexe PTSS minder verbetering vertonen na een behandeling. Deze patiëntengroep zou meer profiteren van intensievere en langdurige interventies (Herman, 1992; Korn, 2009; Van der Kolk, 2002). Daarnaast heeft ook het onderzoek van Perconte en Griger (1991) aangetoond dat participanten met hoge mate van PTSS klachten, minder profijt hebben van een behandeling dan participanten met minder symptomen.

Daarnaast bestaat de verwachting dat er een positief verband bestaat tussen het ervaren van steun aan beschikbare hulpbronnen en het behandelresultaat. Dit is gebaseerd op het feit dat de stabilisatie-interventies zich richten op het verbeteren van de coping (Korn & Leeds, 2002; Libby, Reddy, Pilver & Desai, 2012). Tijdens de interventies is het daarom mogelijk dat men een effectievere copingstijl aanleert, waardoor men meer gebruik gaat maken van hulpbronnen. Hulpbronnen zijn namelijk bepaalde activiteiten of gedragingen waardoor men zich in het algemeen gesteund voelt in moeilijke tijden (Van der Kolk, 2002). In het bijzonder wordt er een verband verwacht tussen de behandeluitkomst en de hulpbronnen sociale steun, emotionele expressie en lichamelijke activiteit. Er is namelijk uit eerder onderzoek naar voren gekomen dat er een positief verband bestaat tussen sociale steun en afname van PTSS klachten (Deja et al., 2006). Het verband met emotionele expressie wordt verwacht omdat het delen van persoonlijke herinneringen een belangrijk onderdeel is van RDI (Korn & Leeds, 2002). Tenslotte is het verwachte verband met lichamelijke activiteit gebaseerd op het feit dat TSY bestaat uit lichamelijke activiteiten ((Emerson & Hopper, 2011).

Tenslotte is uit meerdere onderzoeken gebleken dat een goede therapeutische relatie een positieve invloed heeft op de behandeluitkomst (Duncan et al., 2003; Horvath & Symonds, 1991). Daarom bestaat de verwachting dat mensen die de relatie met hun behandelaar als positief beoordelen, uiteindelijk meer profiteren van de stabilisatie-interventies. Omdat er weinig onderzoek is gedaan naar de rol van de therapeutische relatie tijdens de behandeling van PTSS, is het van belang dat huidig onderzoek hier aandacht aan besteedt. Daarnaast moet er meer kennis gegenereerd worden over de rol van de therapeutische relatie en de stabilisatie-interventies RDI en TSY, zodat in de toekomst eventuele maatregelen genomen kunnen worden wanneer deze relatie wordt beperkt.

## METHODEN

### *Participanten*

In totaal hebben er 20 mannen deelgenomen aan dit onderzoek. Deze populatie bestond uit cliënten van Centrum '45 die geïndiceerd waren voor een traumagerichte behandeling. De cliënten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek voldeden aan de inclusiecriteria waarbij er sprake moest zijn van een primaire diagnose PTSS volgens de DSM-IV (APA, 2000) en de aanwezigheid van comorbiditeit op As 1, 2, 3 en/of 4. Daarnaast moest de PTSS beroepsgerelateerd zijn en moest de cliënt in staat zijn om emotioneel over de ervaringen te spreken en was therapiemotivatie aanwezig. Cliënten die niet voldeden aan deze criteria werden uitgesloten. De criteria werden tijdens de intake en diagnostische screening nagegaan. Wanneer iemand voldeed aan de criteria werd deze cliënt door de onderzoeker benaderd, waarna hij kon aangeven of hij wilde meewerken. Er was geen sprake van non respons. Wel waren er tijdens dit onderzoek twee drop-outs, waarbij één participant psychisch te onstabiel bleek en de andere participant na één interventie besloot zijn deelname te annuleren in verband met persoonlijke redenen. Deze twee drop-outs zijn uit de dataset verwijderd.

De gemiddelde leeftijd van de participanten was 47.90 jaar ( $SD = 11.22$ ) en liep uiteen van 25 jaar tot 71 jaar. In Tabel 1 is een overzicht van de demografische gegevens opleidingsniveau, burgerlijke staat, leefsituatie en werkstatus weergegeven. Hierin is onder andere af te lezen dat er aan dit onderzoek 11 veteranen, 7 politieagenten en 2 participanten die zowel veteraan als politieagent zijn (geweest), hebben meegewerkt. Daarnaast had 60% van de participanten MBO als hoogst afgeronde opleiding. De meeste participanten waren gehuwd (50%) en woonde samen met hun partner en kinderen (40%) of samen met hun partner zonder kinderen (35%). De meerderheid van de participanten was op het moment van het onderzoek arbeidsongeschikt of zat in de ziektewet (60%). Een independent samples t-test werd gebruikt om verschillen tussen de twee condities (RDI en TSY) te toetsen. Er bestond geen significant verschil tussen de twee groepen en leeftijd ( $t(18) = .16, p = .88$ ), doelgroep ( $t(18) = -.14, p = .75$ ), opleidingsniveau ( $t(18) = .25, p = .81$ ), burgerlijke staat ( $t(18) = -.34, p = .59$ ), leefsituatie ( $t(18) = -1.53, p = .52$ ) en werkstatus ( $t(18) = -.92, p = .37$ ).

Tabel 1

*Een Overzicht van de verdeling van Doelgroep, Opleidingsniveau, Burgerlijke Staat, Leefsituatie en Werkstatus onder de Participanten, weergegeven in Frequenties en Percentages*

	Frequentie	Percentage
<i>Doelgroep</i>		
Veteraan	11	55
Politie	7	35
Beide	2	10
<i>Opleidingsniveau</i>		
Vmbo	3	15
Havo/Vwo	3	15
Mbo	12	60
Hbo	2	10
<i>Burgerlijke Staat</i>		
Ongehuwd zonder partner	2	10
Ongehuwd met partner	3	15
Gehuwd	10	50
Gescheiden	3	15
Anders	2	10
<i>Leefsituatie</i>		
Alleenstaand	4	20
Met partner, zonder kinderen	7	35
Met partner, met kinderen	8	40
Anders	1	5
<i>Werkstatus</i>		
Full time betaald	6	30
Geen werk	1	5
Arbeidsongeschikt/ziektewet	12	60
Vrijwilligerswerk	1	5

### *Design*

Dit onderzoek is een 2 x 2 mixed factorial design. Waarbij de onafhankelijke variabele ‘experimentele conditie’ (RDI of TSY) between subjects is. De onafhankelijke variabele ‘tijd’ (voormeting en nameting) is within subjects. De afhankelijke variabele zijn traumasymptomen (HTQ), kwaliteit van leven (WHOQOL), trauma gerelateerde cognities (PTCI), kwaliteit van de therapeutische relatie(SRS), de mate van blootstelling aan traumatische gebeurtenissen (HTQ), de ernst en aard van de klachten (BSI-35 en HTQ) en hulpbronnen (ResQ-33).

### *Procedure*

Wanneer de participanten voldeden aan de inclusiecriteria werden zij door de onderzoeker of door hun behandelaar benaderd om mee te werken aan dit onderzoek. Als zij geïnteresseerd waren werden zij voorzien van schriftelijke en mondelinge informatie waarin onder andere het doel en de gang van zaken omtrent het onderzoek werd verteld en hun anonimiteit werd benadrukt. Vervolgens werd aan de informed consent voldaan door de participant een formulier te laten ondertekenen waarmee hij aangaf goed geïnformeerd te zijn en toestemming te geven voor het gebruik van video-opnames en zijn persoonlijke gegevens. Wanneer dit formulier was ondertekend werd de participant at random toegewezen aan één van de twee condities (RDI of TSY). Zo ontstonden er twee gelijke groepen met tien participanten per conditie. Vervolgens werd deze conditie aan de participant bekend gemaakt en werden de drie wekelijkse sessies ingepland. De stabilisatie-interventies werden door gekwalificeerde behandelaren uitgevoerd. De RDI interventies werden allemaal door dezelfde behandelaar uitgevoerd. De TSY interventies werden door twee andere behandelaren uitgevoerd, waarbij een participant werd gekoppeld aan één behandelaar die vervolgens de drie sessies uitvoerde.

Allereerst moest de participant tijdens de eerste sessie een set vragenlijsten invullen. Deze vragenlijst werd in een aparte ruimte ingevuld, met alleen de aanwezigheid van een onderzoeksassistent om eventuele vragen te beantwoorden. Vervolgens werd er één van twee stabilisatie-interventies uitgevoerd. Sessie twee bestond alleen uit de stabilisatie-interventie. Tenslotte vond de derde en laatste sessie plaats. Tijdens deze sessie werd eerst de interventie uitgevoerd, waarna de participant nogmaals een set vragenlijsten moest invullen. Gedurende alle drie de sessie werd voorafgaand aan de interventie door de participant een ‘outcome rating scale’ (ORS; deze data zijn in het onderzoek niet meegenomen) en naderhand van de sessie een ‘session rating scale’ (SRS) ingevuld. De interventies vonden plaats gedurende 3 aaneensluitende weken, waarbij er per week één sessie plaats vond. De voor- en nameting bestonden beide uit een set vragenlijsten namelijk de HTQ, WHOQOL-BREF en de PTCI. Daarnaast werden er ook demografische gegevens uitgevraagd. Zie Bijlage 1 en 2 voor de protocollen die tijdens de verschillende interventies per sessie zijn gevolgd.

De vragenlijsten zijn vervolgens omgezet in data welke zijn ingevoerd in SPSS (IBM Corp, 2011). Om meer gegevens van de participanten te genereren zijn ook data uit de Compass meting verzameld. Dit is een set vragenlijsten die door iedere cliënt binnen Centrum ’45 tijdens de intake en eens per halfjaar digitaal wordt ingevuld. Dit invullen gebeurde thuis op de computer, of binnen Centrum ’45 in een daarvoor speciaal ingerichte kamer. De

gegevens van de volgende vragenlijsten uit de Compass-meting zijn tijdens deze studie gebruikt: BSI-53, HTQ-16 en de ResQ-33.

Huidig onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek binnen Centrum '45 naar de effectiviteit van RDI en TSY bij beroepsgerelateerd complex getraumatiseerden, uitgevoerd door J. van Bokkem. Centrum '45 is een landelijk behandel en expertise centrum voor mensen met complexe psychotrauma.

### *Vragenlijsten*

The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica et al., 1994) – Om het behandel-effect in het kader van de PTSS klachten te registreren is gebruik gemaakt van de HTQ. Daarnaast wordt het instrument gebruikt om te meten in welke mate de participanten zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen en in hoeverre zij PTSS symptomen vertonen. Dit is een zelfrapportage vragenlijst die met 20 items de mate van blootstelling aan verschillende traumatische gebeurtenissen meet. Hierbij bestaan vier respons mogelijkheden namelijk: zelf ondervonden, getuige van geweest, over horen spreken of nee (meerdere antwoorden toegestaan). Een voorbeelditem uit deze schaal is: 'bedreigd met lichamelijke marteling'. Daarnaast bevat de HTQ uit 16 items gericht op trauma gerelateerde symptomen, welke zijn afgeleid van de DSM-IV (APA, 2000) criteria voor PTSS. De items bestaan uit klachten omschrijvingen, waarbij de participant moet aangeven in welke mate hij deze klachten de afgelopen week heeft ervaren. Deze items moesten gescoord worden op een 4-punts Likertschaal waarbij 1 staat voor: 'helemaal geen last' en 4 voor: 'zeer veel last'. Een voorbeeld item is: 'geïrriteerd zijn of woede-uitbarstingen hebben'. Een gemiddelde score van 2.5 wordt als cut-off score gehanteerd, waarbij een score van  $\geq 2.5$  zou duiden op PTSS. Zowel de betrouwbaarheid (interne consistentie:  $\alpha = .92$ ) als de validiteit van de HTQ zijn goed (Mollica et al, 1994). De vragenlijst uit huidig onderzoek betreft een Nederlandse vertaling van de originele HTQ (Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001).

The world health organization's quality of life (WHOQOL-bref, 1996) – Kwaliteit van leven wordt vaak gebruikt als uitkomstmaat van een behandeling (Skevington et al., 2004). Daarom wordt in huidig onderzoek de WHOQOL-bref gebruikt om het behandel-effect van de stabilisatie-interventies in het kader van kwaliteit van leven te registreren. Deze versie bestaat uit 26 vragen, die ingaan op verschillende aspecten van de kwaliteit van het leven, die beantwoord moeten worden op een 5-punts Likertschaal. Hierbij staat 1 voor 'erg slecht/ontevreden' of 'helemaal niet' en 5 staat voor 'erg tevreden' of 'helemaal'. De vragen zijn onder te verdelen in de schalen: fysiek, sociale relaties, psychologisch functioneren en omgeving. Een voorbeeld item is: 'Hebt u genoeg geld om in uw behoeften te voorzien?' De

betrouwbaarheid van de WHOQOL-BREF is goed tot is uitstekend te noemen (tussen de  $\alpha=.66$  en  $\alpha=.80$ ) (Trompenaars, Masthoff, van Heck, de Vries & Hodiament, 2007). Er is gebruik gemaakt van een Nederlandse vertaling (Wim Kleijn, 2003, speciale uitgave Centrum '45).

Posttraumatische cognitions inventory (PTCI) (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999) – Om het behandel­effect in het kader van posttraumatische stresscognities te registreren is gebruik gemaakt van de PTCI. Er zijn verschillende theorieën die stellen dat deze cognities een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en de instandhouding van posttraumatische klachten (Emmerik, Schoorl, Emmelkamp & Kamphuis, 2007). Daarom is het in dit onderzoek relevant om naast de eventuele klachten, ook naar de eventuele verandering in cognities te kijken. De PTCI bestaat uit 36 items en deze zijn te verdelen in drie schalen namelijk 'negatieve cognities over zichzelf', 'negatieve cognities over de wereld' en 'zelfverwijt'. De items moeten gescoord worden op een 7-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor 'helemaal oneens' en 7 voor 'helemaal eens'. Een voorbeelditem is: 'Ik kan er niet op vertrouwen dat ik het juiste zal doen.' Zowel de totale schaal als de losse schalen van de Nederlandse PTCI beschikken over een hoge interne betrouwbaarheid (negatieve cognities over zichzelf  $\alpha = .93$ , negatieve cognities over de wereld  $\alpha = .88$  en zelfverwijt  $\alpha = .78$ , de totale schaal  $\alpha = .94$ ). Daarnaast is ook de test-hertest betrouwbaarheid als hoog beoordeeld (totale schaal:  $r = .79$ ,  $p < .01$ ) (Emmerik et al., 2007). Er is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling door Emmerik (Emmerik et al., 2007).

The brief symptom inventory (BSI-53) (Derogatis & Melisaratos, 1983) – Om meer inzicht te krijgen in welke mate de participanten psychische klachten ervaren is gebruik gemaakt van de BSI-53. De BSI-53 is een verkorte versie van de Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) die met behulp van 53 items verschillende soorten psychologische symptomen kan registreren. In de praktijk wordt de vragenlijst gebruikt om het klachtenbeloop te meten en als ondersteuning tijdens psychodiagnostiek. Deze BSI-53 wordt in dit onderzoek gebruikt om een uitgebreid inzicht te creëren in de aanwezig symptomen van de participanten. Het instrument bestaat uit 9 dimensies (somatisatie, obsessief-compulsieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressiviteit, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme) en drie schalen (de totaalscore, het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de symptomen). Een voorbeelditem van de BSI-53 is 'Moeite iets te onthouden.' De items moeten gescoord worden op een 5-punts Likertschaal waarbij 1 staat voor 'helemaal niet' en 5 staat voor 'extreem'. Zowel de betrouwbaarheid (tussen de  $\alpha=.71$  en  $\alpha=.85$ ) als de validiteit van de BSI-53 zijn goed (Drobnjak, 2013). Er is gebruikt gemaakt van

de Nederlandse vertaling (de Beurs & Zitman, 2006).

Resources Questionnaire (ResQ) (ontwikkeld door Kleijn & Smith in 1996, speciale uitgave Centrum '45) – Om te registeren of de participanten gebruik maken van hulpbronnen om zo steun te ervaren in moeilijke situaties, is gebruik gemaakt van de ResQ. De ResQ-33 meet het gebruik van hulpbronnen zodat er meer inzicht ontstaat in hoe en in welke mate men ondersteunde factoren ervaart. Deze vragenlijst bestaat uit 33 items. Deze items betreffen enkele omstandigheden die mensen als steunend kunnen ervaren. Een voorbeeld item is: 'Sombere gevoelens kunnen uiten'. Op een 4-punts Likertschaal, waarbij 1 staat voor 'nooit' en 4 staat voor 'altijd', moet worden aangegeven in welke mate de participant het afgelopen jaar steun heeft ervaren aan de omschreven omstandigheid. De ResQ-33 bevat de volgende schalen: sociale steun, culturele activiteit, expressie van emoties, financiële middelen, lichamelijke activiteit, spirituele activiteiten, zelfvertrouwen en medische ondersteuning. De betrouwbaarheid van de totale schaal is goed ( $\alpha = .85$ ) (Kleijn, van Heck & van Waning, 2001). Er zijn geen gegevens beschikbaar over de validiteit.

Session rating scale (SRS) (Duncan et al., 2003). – Om inzicht te krijgen in hoe de participanten de therapeutische relatie met hun behandelaren beoordelen, wordt gebruik gemaakt van de SRS. Vele onderzoeken hebben aangetoond dat de kwaliteit van de therapeutische relatie invloed heeft op de behandeluitkomst (Hafkenscheid, 2010). De SRS meet de kwaliteit van de therapeutische relatie aan de hand van vier items welke gescoord moeten worden op een schaal. De SRS omvat de volgende items: 'de ervaren band met de therapeut', 'doelen en onderwerpen', 'aanpak en werkwijze' en 'algeheel'. De items worden aan het eind van de schalen gedefinieerd. Bijvoorbeeld aan de linker kant: 'De manier waarop de behandelaar mijn problemen aanpakt sluit niet bij me aan.', met aan de rechter kant: 'De manier waarop de behandelaar mijn problemen aanpakt sluit goed bij me aan.' Zowel de betrouwbaarheid (interne consistentie:  $\alpha = .90$ ) als de validiteit zijn goed (Hafkenscheid, 2010). In huidig onderzoek is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de SRS (Asmus, Crouzen, Oenen van, 2004).

#### *Statistische analyse*

Voor de analyses werd gebruik gemaakt van 'The Statistical Package of Social Sciences' (SPSS) versie 20.0 (IBM Corp, 2011). In dit onderzoek werden verschillende analyses gebruikt namelijk een independent samples t-test, een mixed between-subjects analysis of variance analyses en een correlatie analyse. Daarnaast zijn de assumpties gecontroleerd en deze voldeden. Er is bij alle analyses een alfa van .05 gehanteerd. Om de gevonden effecten en correlaties te interpreteren qua sterkte is gebruik gemaakt van de richtlijnen van Cohen

(1988). Om gebruikt te kunnen maken van de correlatie analyses zijn speciale verschil variabele aangemaakt. Voor de HTQ en de PTCI geldt dat deze verschil variabelen, vanwege een verwachte afname in de scores, bestaan uit de aftrek van de gemiddelde score tijdens de nameting van de gemiddelde scores tijdens de beginmeting (beginmeting – nameting). Voor de WHOQOL geldt dat de verschil variabelen, vanwege een verwachte stijging in scores, zijn samengesteld uit de aftrek van de gemiddelde score tijdens de beginmeting van de gemiddelde scores tijdens de nameting (nameting – beginmeting). Deze verschil variabelen zijn vervolgens gecorreleerd met de trauma specifieke, persoonlijke en interpersoonlijke factoren.

## RESULTATEN

In Tabel 2, 3 en 4 zijn de gemiddelde scores van de participanten tijdens de begin en nameting te zien op de HTQ, PTCI en de WHOQOL. De gemiddelde scores van de participanten op de HTQ, voorafgaand aan de interventies was 3.05 ( $SD = .54$ ). Eén participant scoorde onder de cut-off score van 2.5. De gemiddelde scores van de participanten op de schalen van de WHOQOL tijdens de beginmeting, zijn vergelijkbaar met de scores van ambulante psychiatrische patiënten, die als normgroep is ontwikkeld door Zwemstra, Masthoff, Trompenaars en De Vries (2009). Daarnaast zijn de scores van de participanten tijdens de beginmeting op de schalen van de PTCI vergelijkbaar met de gemiddelde scores van PTSS patiënten uit het onderzoek van Foa et al. (1999).

### *Klachten en symptomen*

Om te toetsen of stabilisatie-interventies RDI en TSY zorgen voor verbetering op het gebied van klachten (HTQ) tussen meetmoment één en twee werd gebruik gemaakt van een ‘mixed between-subjects analysis of variance’. In Tabel 2 is af te lezen dat de gemiddelde scores van beide condities op de HTQ afnemen. Er bestond een sterk hoofdeffect voor tijd,  $F(1,18) = 14.94, p < .01$ , partial eta squared = .45. Dit betekent dat de gemiddelde scores op de HTQ significant afnemen tussen de begin- en nameting. Echter werd er geen significant interactie-effect gevonden tussen conditie en tijd,  $F(1,18) = .132, p = .721$ ). Dit suggereert dat de RDI en TSY groepen niet van elkaar verschillen wat betreft de verandering in de HTQ scores tussen de twee meetmomenten.



Tabel 2

*Gemiddelde Scores en Standaarddeviaties van de participanten op de HTQ, onderverdeeld in Tijd (beginmeting en nameting) en Conditie (RDI en TSY) (met de Standaarddeviaties tussen de haakjes)*

	RDI	TSY	Totaal
Beginmeting	3.06 (0.44)	3.05 (0.65)	3.06 (0.54)
Nameting	2.56 (0.74)	2.64 (0.56)	2.6 (0.64)

#### *Posttraumatische stresscognities*

Een ‘mixed between-subjects analysis of variance’ werd gebruikt om te toetsen of stabilisatie-interventies RDI en TSY zorgen voor verbetering op het gebied van posttraumatische stresscognities (PTCI) tussen meetmoment één en twee. In Tabel 3 is te zien dat voor beide condities geldt dat de gemiddelde scores op de verschillende PTCI schalen tussen de begin- en nameting afnemen. Echter bestond geen hoofdeffect voor tijd en de scores op de totaal schaal,  $F(1,18) = 2.77, p = .13$ . Dit betekent dat de gemiddelde scores op de totaal schaal van de PTCI niet significant afnemen tussen de begin- en nameting. Daarnaast werd er voor de totale schaal ook geen significant interactie-effect gevonden tussen conditie en tijd,  $F(1,18) = .001, p = .97$ . Dit suggereert dat de RDI en TSY groepen niet van elkaar verschillen wat betreft de verandering op de totaal schaal van de PTCI tussen de twee meetmomenten. Verder is in Tabel 3 af te lezen dat gemiddelde scores van de verschillende schalen afnemen tussen de twee meetmomenten. Echter werden ook hier geen significante resultaten gevonden.

Tabel 3

*Gemiddelde Scores en Standaarddeviaties van de participanten op de PTCI schalen, onderverdeeld in Tijd (beginmeting en nameting) en Conditie (RDI en TSY) (met de Standaarddeviaties tussen de haakjes)*

	PTCI			PTCI			PTCI			PTCI		
	RDI	TSY	Totaal	RDI	TSY	Totaal	RDI	TSY	Totaal	RDI	TSY	Totaal
Beginmeting	142.0 (36.37)	151.1 (35.13)	146.55 (35.12)	4.34 (1.15)	4.34 (1.15)	4.51 (1.15)	4.99 (1.58)	5.31 (1.08)	5.15 (1.33)	3.18 (1.54)	3.16 (1.21)	3.17 (1.35)
Nameting	129.0 (44.07)	138.6 (31.11)	133.8 (37.45)	3.83 (1.37)	4.29 (1.06)	4.06 (1.22)	4.64 (1.62)	4.87 (0.82)	4.76 (1.26)	3.18 (1.65)	2.90 (1.54)	3.04 (1.56)

### *Levenskwaliteit*

Om te toetsen of stabilisatie-interventies RDI en TSY zorgen voor verbetering van kwaliteit van leven (WHOQOL) tussen meetmoment één en twee werd gebruik gemaakt van een ‘mixed between-subjects analysis of variance’. In Tabel 4 is af te lezen dat de gemiddelde scores van beide condities op de vier domeinen van de WHOQOL toenemen. Voor het domein fysiek van de WHOQOL werd een significant effect gevonden. Er bestond namelijk een significant sterk hoofdeffect voor tijd,  $F(1,18) = 7.86, p < .05$ , partial eta squared = .30. Dit suggereert dat er een significante verbetering plaats vindt, tussen de twee meetmomenten, in de scores op de fysieke schaal van de WHOQOL. Er werd geen significant interactie-effect gevonden tussen conditie en tijd ( $F(1,18) = .19, p = .67$ , partial eta squared = .01). Dit suggereert dat de RDI en TSY groepen niet van elkaar verschillen wat betreft de verandering op het domein fysiek van de WHOQOL tussen de twee meetmomenten. In Tabel 4 is te zien dat voor beide condities geldt dat de gemiddelde scores op de verschillende WHOQOL domeinen tussen de begin- en nameting toenemen. Voor de domeinen psychisch functioneren ( $F(1,18) = 2.64, p = .12$ , partial eta squared = .13), sociale relaties ( $F(1,18) = 3.61, p = .07$ , partial eta squared = .17) en omgeving ( $F(1,18) = .004, p = .95$ , partial eta squared < .001) van de WHOQOL werden echter geen significante hoofd effecten voor tijd gevonden. Opvallend is dat er bij de RDI groep een daling plaatsvond op het domein omgeving van de WHOQOL. Dit effect bleek echter niet significant te zijn.

Tabel 4

*Gemiddelde Scores en Standaarddeviaties van de participanten op de WHOQOL domeinen, onderverdeeld in Tijd (beginmeting en nameting) en Conditie (RDI en TSY) (met de Standaarddeviaties tussen de haakjes)*

	WHOQOL Fysiek			WHOQOL Psychologisch			WHOQOL Sociaal			WHOQOL Omgeving		
	RDI	TSY	Totaal	RDI	TSY	Totaal	RDI	TSY	Totaal	RDI	TSY	Totaal
Beginmeting	9.66 (2.36)	9.14 (2.76)	9.40 (2.51)	9.93 (1.65)	10.00 (2.24)	9.97 (1.92)	10.93 (2.80)	10.67 (2.67)	10.80 (2.66)	13.10 (2.00)	12.30 (2.30)	12.70 (2.14)
Nameting	10.29 (2.05)	10.00 (3.16)	10.14 (2.59)	10.93 (1.99)	10.27 (2.04)	10.60 (1.99)	12.53 (2.53)	11.33 (2.61)	11.93 (2.58)	12.65 (2.38)	12.80 (1.83)	12.73 (2.07)

### *Trauma, klachten en behandeluitkomst*

Om te toetsen of participanten die veelvuldig aan traumatische gebeurtenissen zijn blootgesteld en die in ernstigere mate verschillende psychische klachten vertonen, minder

verbetering vertonen na afloop van de stabilisatie-interventies, is gebruik gemaakt van een correlatie analyse. Er bestond geen significante correlatie tussen de mate van blootstelling aan traumatische gebeurtenissen (HTQ) en klachtenvermindering (HTQ,  $r = -.34$ ,  $p = .15$ ) en afname van posttraumatische stresscognities (PTCI totaal schaal,  $r = -.15$ ,  $p = .52$ ). Er werd wel een sterke positieve significante correlatie gevonden tussen de mate van blootstelling aan traumatische gebeurtenissen (HTQ) en verbetering op de fysieke schaal van de WHOQOL,  $r = .50$ ,  $p < .05$ . Dit indiceert dat een hogere mate van blootstelling aan traumatische gebeurtenissen samenhangt met een hogere mate van verbetering op het fysieke aspect van levenskwaliteit. Voor de overige schalen bestonden geen significante correlaties (WHOQOL psychisch,  $r = -.05$ ,  $p = .82$ ; WHOQOL sociaal,  $r = .24$ ,  $p = .32$ ; WHOQOL omgeving,  $r = .12$ ,  $p = .62$ ). Daarnaast is gekeken naar de mate van klachten voorafgaand aan de interventies en de uiteindelijke behandeluitkomst. Er werden geen significante correlaties gevonden tussen de mate van klachten tijdens de beginmeting (HTQ) en klachtenvermindering (HTQ,  $r = .26$ ,  $p = .27$ ), afname van posttraumatische stresscognities (PTCI totaal schaal,  $r = .21$ ,  $p = .37$ ) en verbetering van levenskwaliteit (WHOQOL fysiek,  $r = -.12$ ,  $p = .62$ ; WHOQOL psychisch,  $r = .05$ ,  $p = .84$ ; WHOQOL sociaal,  $r = .09$ ,  $p = .70$ ; WHOQOL omgeving,  $r = .11$ ,  $p = .64$ ). Tenslotte werden er ook geen significante correlaties gevonden tussen de algemene psychische gezondheidsschaal van de BSI en klachtenvermindering (HTQ,  $r = .10$ ,  $p = .70$ ), afname van posttraumatische stresscognities (PTCI totaal schaal,  $r = .37$ ,  $p = .13$ ) en verbetering van levenskwaliteit (WHOQOL fysiek,  $r = .07$ ,  $p = .80$ ; WHOQOL psychisch,  $r = .26$ ,  $p = .30$ ; WHOQOL sociaal,  $r = .25$ ,  $p = .32$ ; WHOQOL omgeving,  $r = .09$ ,  $p = .71$ ). Deze resultaten indiceren dat er geen verband bestaat tussen de mate van klachten voorafgaand aan de interventies en de verbetering van de klachten, posttraumatische stresscognities en levenskwaliteit na de interventies.

#### *Hulpbronnen en behandeluitkomst*

Om te toetsen of er een positief verband bestaat tussen sociale steun, emotionele expressie en lichamelijke activiteit als hulpbronnen en de behandeluitkomst van de stabilisatie-interventies is gebruik gemaakt van een correlatie analyse. Er werden medium tot sterk significante correlaties gevonden tussen de schalen sociaal netwerk ( $r = .52$ ,  $p < .05$ ), emotionele expressie ( $r = .47$ ,  $p < .05$ ) en fysieke activiteit ( $r = .65$ ,  $p < .01$ ) van de ResQ en een afname op de schaal zelfverwijt van de PTCI. Daarnaast werd er een sterke significante correlatie gevonden tussen de totaalschaal van de ResQ en een afname op de schaal zelfverwijt van de PTCI ( $r = .53$ ,  $p < .05$ ). Dit indiceert dat wanneer iemand voorafgaand aan de interventies hoog scoort op sociaal netwerk, emotionele expressie, fysieke activiteit en hulpbronnen in het algemeen,

het zelfverwijt na de interventies meer zal zijn afgenomen in vergelijking tot iemand die laag scoort op deze hulpbronnen. Ook bestond er een sterke significante negatieve correlatie tussen de schaal spiritueel van de ResQ en een toename op de schaal psychisch van de WHOQOL ( $r = -.48, p < .05$ ). Dit verband indiceert dat iemand die voorafgaand aan de interventies hoog scoort op spiritualiteit, uiteindelijk na de interventies minder verbetering zal vertonen op het gebied van psychisch welbevinden in vergelijking tot iemand die laag scoort op spiritualiteit. Er werden geen andere significante correlaties gevonden tussen de schalen van de ResQ en de behandeluitkomst op de HTQ, PTCI en de WHOQOL.

#### *Therapeutische relatie en behandeluitkomst*

Om te toetsen of de kwaliteit van de therapeutische relatie van invloed is op de behandeluitkomst van de stabilisatie-interventies, is er gebruik gemaakt van correlatie analyses. Hierbij is het gemiddelde van de totaalscores van de drie sessies samengenomen. Er werd een sterke positieve significante correlatie gevonden tussen kwaliteit van de therapeutische relatie en klachtenvermindering op de HTQ,  $r = .51, p < .05$ . Dit verband indiceert dat hoe hoger iemand de therapeutische relatie beoordeelt, hoe meer klachtenvermindering er aan het einde van de interventies zal hebben plaatsgevonden. Er werden geen significante correlaties gevonden tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en afname van posttraumatische stresscognities (PTCI totaal schaal,  $r = .27, p = .24$ ) en verbetering van levenskwaliteit (WHOQOL fysiek,  $r = 0.02, p = .94$ ; WHOQOL psychisch,  $r = .08, p = .73$ ; WHOQOL sociaal,  $r = -.06, p = .81$ ; WHOQOL omgeving,  $r = .17, p = .48$ ).

### **DISCUSSIE**

Het doel van dit onderzoek is een empirisch onderbouwd antwoord formuleren op de volgende twee vragen: ‘zijn de stabilisatie-interventies resource development installation (RDI) en trauma-sensitieve yoga (TSY) werkzaam bij mannen met een beroepsgerelateerde complexe PTSS?’ en ‘zijn er trauma specifieke, persoonlijke en interpersoonlijke factoren van mannen met een beroepsgerelateerde complexe PTSS, die mogelijk van invloed kunnen zijn op het behandel-effect van de stabilisatie-interventies RDI en TSY?’ Het behandel-effect van de stabilisatie-interventies RDI en TSY staat in dit onderzoek centraal. Vervolgens wordt er, om meer inzicht te creëren over de determinanten die mogelijk een rol spelen bij het behandel-effect, ook ingegaan op de rol van trauma specifieke, persoonlijke en interpersoonlijke factoren.

#### *Interpretatie resultaten behandel-effect*

Voorafgaand aan dit onderzoek bestond de verwachting dat de stabilisatie-interventies RDI en TSY vermindering van klachten en trauma gerelateerde cognities, en een verbetering van

de levenskwaliteit teweeg zouden brengen. Uit de resultaten blijkt inderdaad dat beide interventies zorgen voor een sterke afname van de PTSS klachten. Dat TSY kan zorgen voor PTSS klachtenvermindering komt overeen met eerder onderzoeken (Carter & Byrne, 2004; Descilo et al., 2009; Van der Kolk, 2006). De werkzaamheid van RDI is slechts door één enkele studie eerder onderzocht (Korn & Leeds, 2002). De huidige resultaten sluiten aan bij dit onderzoek en bieden daarmee meer bewijs voor de aanname dat ook RDI een werkzame stabilisatie-interventie zou zijn. Op basis van de resultaten zou gesteld kunnen worden dat RDI en TSY zorgen voor vermindering van PTSS klachten bij mannen met beroepsgerelateerde complexe PTSS. Beide interventies zouden in de praktijk gunstig kunnen zijn tijdens de stabilisatie fase omdat cliënten verlichting van hun PTSS symptomen ervaren, waardoor zij stabielere de traumagerichte behandeling ingaan.

Daarbij blijkt uit de resultaten dat de interventies voor een verbetering van het fysieke aspect van de kwaliteit van leven zorgen. Dit aspect gaat onder andere in op de mate van pijn, energie, slaap en het vermogen tot activiteit. De resultaten indiceren dat de participanten er met behulp van de interventies op deze gebieden, op vooruit gaan. Dit zou verklaard kunnen door het eerder besproken resultaat, namelijk een afname van de PTSS klachten. Een deel van onderdelen die in het fysieke aspect van de kwaliteit van leven vallen, overlappen namelijk met PTSS klachten. Omdat dus een deel van de PTSS klachten lijkt af te nemen, zou dit kunnen zorgen voor een verbetering van het fysieke aspect van de kwaliteit van leven.

Dat de stabilisatie-interventies daadwerkelijk zorgen voor een afname van de PTSS klachten en een verbetering van de fysieke gesteldheid is ondanks dat het overeenkomt met de verwachtingen, toch verrassend. Dit omdat stabilisatie-interventies in principe zijn bedoeld om de cliënten te stabiliseren, en niet zozeer om tot klachtenvermindering te zorgen (Mooren et al., 2012). Door dit resultaat zouden er vraagtekens gezet kunnen worden bij het praktische nut van de daadwerkelijke intensieve traumagerichte behandelingen, omdat de PTSS klachten ook met drie enkele sessies kunnen afnemen. Het is daarom aannemelijk dat de interventies niet daadwerkelijk zorgen voor klachtenafname, maar dat de perceptie op deze klachten is veranderd. Doordat de participanten stabielere zijn, neemt hun draagkracht toe waardoor zij in staat zijn om beter met hun klachten om te gaan. Dit komt overeen met het artikel van Korn en Leeds (2002) waarin wordt gesteld dat de stabilisatiefase onder andere draait om versterken van de draagkracht.

Op de boven besproken resultaten na, werden er geen andere behandel-effecten gevonden. Hoewel de gemiddelde posttraumatische stresscognities scores lijken af te nemen, en de scores op de psychische-, sociale- en omgevingsaspecten van de kwaliteit van leven

lijken te stijgen, bieden de resultaten onvoldoende bewijs om te stellen dat de stabilisatie-interventies daadwerkelijk een verandering in deze gebieden teweeg brengen. Dat de cognitieve stresscognities en de kwaliteit van leven niet op alle aspecten verbeterd lijken te zijn, is logischerwijs te verklaren door feit dat er bij de cliënten nog steeds sprake is van PTSS. Ondanks dat de klachten enigszins stabiliseren, waren de interventies slechts van korte duur en zijn de cliënten niet ‘genezen’ omdat de daadwerkelijke behandeling nog moet plaatsvinden.

Deze resultaten suggereren dat de stabilisatie-interventies met name werkzaam zijn op het gebied van PTSS klachtenvermindering en daarmee zorgen voor fysieke verbetering. Omdat er, voor zover bekend, niet eerder onderzoek is uitgevoerd naar het effect van de stabilisatie-interventies op posttraumatische stresscognities en kwaliteit van leven, is het te voorbarig te concluderen dat de interventies inderdaad geen effect hebben op (een deel van) deze twee gebieden. De resultaten zouden namelijk voor een groot deel verklaard kunnen worden door de kleine steekproef (N=20). Meer onderzoek is noodzakelijk om uiteindelijk conclusies te kunnen trekken.

Daarnaast werd, tegen verwachting in, geen verschil in resultaten gevonden tussen RDI en TSY. De afwezigheid van een verschil zou kunnen betekenen dat er sprake is van een placebo-effect; de PTSS klachten nemen af doordat de participanten verwachten dat de interventies effectief zullen zijn. Ook aandacht en de therapeutische relatie zou hierbij een rol een kunnen spelen. Doordat de participanten in behandeling zijn en in contact staan met iemand die hun mogelijk kan helpen, neemt een deel van de klachten af. De afname zou te verklaren kunnen zijn door de subjectieve ervaring van het in behandeling zijn, wat bij de participant een deel van de spanning kan wegnemen. Deze verklaringen stellen dat het voor de participant niet uit maakt welke interventie hij ondergaat, omdat het slechts de verwachting en de subjectieve ervaring van het ‘in behandeling zijn’ is, die eventuele veranderingen teweeg brengen. Een andere verklaring voor het gebrek aan verschil tussen RDI en TSY in het behandel-effect kan liggen in het feit dat beide interventies, ondanks de inhoudelijk verschillen, hetzelfde doel beogen namelijk stabiliseren. Daarom zou het plausibel kunnen zijn dat beide interventies in vergelijkbare mate werkzaam zijn. In dit geval zou het in de praktijk niet uitmaken welke van de twee stabilisatie-interventies wordt uitgevoerd omdat zij beide even werkzaam zijn.

#### *Interpretatie resultaten determinanten van succes*

Het tweede deel van het onderzoek ging in op de trauma specifieke, persoonlijke en interpersoonlijke factoren die mogelijk van invloed zouden kunnen zijn op het behandel-effect

van de stabilisatie-interventies. Uit de resultaten blijkt dat, er in tegenstelling tot de verwachting, een sterk positief verband bestaat tussen de mate van blootstelling aan traumatische gebeurtenissen en een verbetering van de fysieke gesteldheid. Dit lijkt te betekenen dat de stabilisatie-interventies RDI en TSY bij mensen die aan meerdere traumatische gebeurtenissen zijn blootgesteld, in sterkere mate zorgen voor een verbetering van de fysieke gesteldheid, dan bij mensen die met minder traumatische gebeurtenissen in aanraking zijn gekomen. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat de stabilisatiefase juist is bedoeld voor mensen die meerdere trauma's hebben opgelopen en dus een complexe PTSS met zich meedragen (Stöfsl & Mooren, 2010). Juist deze groep mensen zou baat hebben bij het ondergaan van een stabilisatie-interventie, wat het gevonden verband verklaart. Er bestaat echter geen verband tussen de mate van klachten voorafgaand aan de interventies en het behandelresultaat. Deze resultaten zijn tegenstrijdig aan het onderzoek van Perconte en Griger (1991), waarbij een negatief verband werd gevonden tussen ernst van PTSS symptomen en behandeluitkomst. Het zou kunnen zijn dat de mate van PTSS symptomen geen invloed hebben op de behandeluitkomst. De voorgaande speculatie wordt ondersteund door meerdere onderzoeken die ook geen verband vonden tussen ernst van de klachten en behandeluitkomst van PTSS behandelingen (Jaycox, Foa & Morral, 1998; Munley, Bains, Frazee & Schwartz, 1994).

Naast de trauma specifieke factoren bestond er ook interesse naar persoonlijke factoren, namelijk hulpbronnen. Voorafgaand was de verwachting dat er een positief verband zou bestaan tussen sociale steun, emotionele expressie en lichamelijke activiteit in de vorm van hulpbronnen en de behandeluitkomst. Uit de resultaten blijkt dat er geen verband bestaat tussen deze hulpbronnen en een afname van de PTSS klachten of verbetering van levenskwaliteit. Dit zou kunnen betekenen dat het al dan niet ervaren van steun aan sociaal contact, emotionele expressie en lichamelijke activiteit niet van invloed is op de afname van de PTSS klachten en de verbetering van levenskwaliteit tijdens de stabilisatie-interventies RDI en TSY. Wel werden er sterke verbanden gevonden tussen deze hulpbronnen en een afname van zelfverwijt. Ook steun van hulpbronnen in het algemeen gezien heeft een sterk positief verband met het afnemen van zelfverwijt. Dit zou kunnen betekenen dat hoe meer steun iemand ervaart van hulpbronnen, hoe meer het zelfverwijt afneemt tijdens beide stabilisatie-interventies. Er is voor zover bekend nog geen onderzoek beschikbaar naar het verband tussen hulpbronnen, stabilisatie-interventies en zelfverwijt, waardoor een verklaring voor dit gevonden resultaat lastig te genereren is. Wel is het duidelijk dat dit resultaat mogelijk belangrijk is voor de klinische praktijk, omdat het indiceert dat er een verband

bestaat tussen hulpbronnen en zelfverwijt. Het gebruik van hulpbronnen zou bijvoorbeeld voor mensen met een hoge mate van zelfverwijt, gestimuleerd kunnen zodat zij optimaal profiteren van de stabilisatie-interventies. Daarnaast is het opvallend dat er een sterk negatief verband werd gevonden tussen het ervaren van steun uit spiritualiteit en een toename van het psychisch functioneren. Dit zou kunnen betekenen dat mensen die veel steun ervaren aan spiritualiteit minder profijt hebben van de stabilisatie-interventies RDI en TSY. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat spiritualiteit met bepaalde overtuigingen en betekenisgeving komt, welke mogelijk niet te verenigen zijn met het trauma dat iemand heeft ervaren (Wilson & Moran, 1998). Hierdoor raken de spirituele overtuigingen in wanorde waardoor men ongemak kan ervaren en het psychisch welbevinden laag uitvalt. De resultaten impliceren dat er geen verband bestaat tussen hulpbronnen en een afname van de PTSS klachten en/of een verbetering van levenskwaliteit door de stabilisatie-interventies. Dit is onder andere in tegenstrijd met het onderzoek van Deja et al. (2006) die aantoonde dat sociale steun tijdens een behandeling een rol speelde bij de afname van PTSS klachten. Dat dit resultaat niet gerepliceerd is ligt mogelijk in het feit dat de participanten van Deja et al. (2006) een andere doelgroep betrof (overlevende van een acute longziekte). Een andere verklaring zou kunnen liggen in een beperking van het instrument (ResQ-33) waarmee de hulpbronnen werden gemeten. Deze vragenlijst richt zich namelijk de mate van steunervaring aan hulpbronnen in het afgelopen jaar. Hierdoor is het goed mogelijk dat de ingevulde antwoorden niet overeenkomen met de mate waarin de participanten op moment van het onderzoek steun ervoeren aan hulpbronnen. Het kan zijn dat iemand het afgelopen jaar over het algemeen veel sociale steun kreeg, maar op het moment van het onderzoek niet. Dit kan mogelijk de resultaten hebben verstoord.

Tenslotte werd onderzocht of de kwaliteit van de therapeutische relatie van invloed was op het behandelresultaat. De verwachting bestond dat er een positief verband zou bestaan tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en het behandelresultaat. Uit de resultaten blijkt er geen verband te bestaan tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en een afname van de posttraumatische stresssymptomen of een toename van de kwaliteit van leven. Voor zover bekend is dit verband nog niet eerder onderzocht en daarom is het te voorbarig om te stellen dat dit verband niet bestaat. Deze resultaten zouden namelijk wederom verklaard kunnen worden door de kleine steekproef. Daarenboven werd er wel een sterk positief verband gevonden tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en een afname van de PTSS klachten. Omdat er op basis van huidige resultaten geen causaal verband getrokken kan worden, zijn meerdere interpretaties mogelijk. Zo zou het kunnen zijn dat een goede



therapeutische relatie tijdens de stabilisatie-interventies RDI en TSY mogelijk een positieve invloed heeft op de afname van de PTSS symptomen. Andersom zou het kunnen zijn dat de participanten de therapeutische relatie positiever beoordelen naar mate de PTSS klachten in ernst afnemen. Beide interpretaties komen overeen met eerder onderzoek dat een verband tussen een goede therapeutische relatie tijdens een PTSS behandeling en een daling van de PTSS klachten aantoonde (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Cloitre, Chase Stovall-McClough, Miranda & Chemtob, 2004). Er zijn echter, naar kennis, geen studies bekend die zich hebben gericht op de rol van de therapeutische relatie en de (stabilisatie) behandeling van complexe PTSS. Meer onderzoek hiernaar is dan ook gewenst.

### *Beperkingen*

Er dient een aantal beperkingen voor dit onderzoek te worden opgemerkt. Zo is er sprake van een kleine steekproef (N= 20). Bij kleine steekproeven dient voorzichtigheid te worden betracht in het trekken van conclusies. Een andere beperking van de huidige studie is het gebrek aan een controlegroep, waardoor de resultaten mogelijk het gevolg zijn van externe factoren. Vervolgonderzoek zou kunnen profiteren van een controlegroep in de vorm van een wachtlijst. Daarnaast is het van belang om te vermelden dat de participanten groep bestond uit cliënten in verschillende stadia van hun behandeling binnen stichting Centrum '45. Zo waren er participanten die op de wachtlijst stonden voor een behandeling en participanten die al in een verder stadium van behandeling waren, waardoor zij naast het onderzoek mogelijk ook andere vormen van behandeling ondergingen. Er kan dus niet uitgesloten worden dat er andere (zowel psychologisch en/of fysiologische) behandelingen van invloed zijn geweest op de resultaten. Het zou voor de psychometrische kwaliteit van toekomstig onderzoek aan te raden zijn om de participantengroep te beperken tot cliënten die op de wachtlijst voor een behandeling staan, en niet al een vorm van behandeling ontvangen en/of deel van de behandeling achter de rug hebben. Hierdoor zou de steekproef nog beter aansluiten bij de doelgroep van stabilisatie-interventies.

### *Sterke punten*

Naast deze beperkingen heeft deze studie ook meerdere sterke punten welke van positieve invloed zijn op de impliceerbaarheid van de resultaten. Zo zijn de participanten at random toegewezen aan de verschillende condities. Daarnaast zijn beide interventies uitgevoerd door gekwalificeerde en ervaren behandelaren en werd er gebruik gemaakt van een vast protocol, wat de replicerbaarheid ten goede komt. Bovendien betreft de participantengroep een representatieve steekproef uit de patiëntenpopulatie. Alle participanten hadden tijdens het beoefenen van hun beroep een trauma opgelopen, waren gediagnosticeerd met complexe

PTSS en scoorden op de verschillende instrumenten psychiatrische populatie. Tenslotte is huidig onderzoek vernieuwend en biedt het nieuwe perspectieven voor toekomstig onderzoek.

### *Toekomstig onderzoek*

Zoals al eerder genoemd zou toekomstig onderzoek profiteren van een grotere groep participanten, een controlegroep in de vorm van een wachtlijst en striktere inclusiecriteria. Deze factoren zouden de psychometrische kwaliteit ten goede komen. Verder komt uit dit onderzoek interessante en opvallende informatie naar voren, die inspireren tot vervolg onderzoek. Allereerst zou toekomstig onderzoek zich nogmaals kunnen richten op het effect van de stabilisatie-interventies PTSS klachten, posttraumatische stresscognities en kwaliteit van leven. Huidig onderzoek duidt op positieve effecten maar meer onderzoek is nodig om met zekerheid te kunnen spreken van een effect. Replicerend onderzoek is daarom wenselijk. Daarnaast lijkt er een verband te bestaan tussen hulpbronnen en een afname van zelfverwijt door de stabilisatie-interventies. Nieuw onderzoek zou zich kunnen richten op deze twee variabelen, om zo meer kennis te generen over de precieze totstandkoming van het verband. Omdat in huidig onderzoek het gebruik van hulpbronnen maar eenmalig werd gemeten, kunnen er geen uitspraken worden gedaan over de ontwikkeling van deze hulpbronnen. Een studie die het gebruik van hulpbronnen voorafgaand aan een behandeling vergelijkt met het gebruik van hulpbronnen naderhand, zou hier meer kennis over kunnen genereren. Een ander opvallend resultaat dat vraagt om meer onderzoek, is het negatieve verband tussen spiritualiteit en psychisch welbevinden. Toekomstig onderzoek zou de behandeluitkomst, en dan met name het psychisch functioneren, van mensen met een hoge spiritualiteit kunnen vergelijken met die van mensen met lagere spiritualiteit. Wanneer aanstaand onderzoek het negatieve verband repliceert, is dit belangrijke kennis om in acht te nemen in de klinische praktijk. Echter is meer onderzoek noodzakelijk.

Om te ontdekken of de effecten van de stabilisatie-interventies op lange termijn nog zichtbaar is een follow-up meting noodzakelijk. Daarnaast zou de follow-up meting informatie kunnen bieden over de daadwerkelijke toegevoegde waarde van de stabilisatie-interventies RDI en TSY bij de behandeling van complexe PTSS. Een interessante vergelijking zou kunnen liggen tussen cliënten die een stabilisatie-interventie en een traumagerichte behandeling hebben ontvangen en cliënten die alleen deze traumagerichte behandeling hebben ondergaan. Pas wanneer deze eerste groep mensen er aan het einde van hun behandeling beter aan toe zijn dan de tweede groep mensen, kunnen er uitspraken worden gedaan over de toegevoegde waarde van de stabilisatie-interventies. Mocht dit niet worden aangetoond kunnen er vraagtekens worden gezet bij het nut van de stabilisatie-interventies, en

zelfs de stabilisatie fase in zijn geheel.

### *Conclusie*

Ondanks dat er nog vele vragen voor toekomstig onderzoek open liggen en er enige beperkingen van de huidige studie te noemen zijn, lijken de resultaten positieve effecten van de stabilisatie-interventies RDI en TSY te impliceren. Het vermoeden bestaat dat huidig onderzoek meer resultaten zou genereren bij uitbreiding van het aantal participanten. Echter is er naast een grotere steekproef, meer onderzoek noodzakelijk om empirische conclusies te kunnen trekken en RDI en TSY uiteindelijk te kunnen classificeren als ‘evidence based’ stabilisatie behandelingen. Afsluitend kan gesteld worden dat huidig onderzoek, ondanks dat het één van de eerste onderzoeken naar het behandelings-effect van de stabilisatie-interventies RDI en TSY betreft en het bepaalde psychometrische beperkingen heeft, veelbelovende resultaten verschaft.

### **REFERENTIELIJST**

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and manual of mental disorders*. Washinton: American Psychiatric Association.
- Asmus, F., Crouzen, M., & Van Oenen, F. J. (2004). Session Rating Scale. Verkregen op 11 februari 2014, via <http://scottdmiller.com/purchase-individual-or-group-licenses>.
- Beurs, E., de, & Zitman F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61(2), 120-141.
- Cabral, P., Meyer, H. B., & Ames, D. (2011). Effectiveness of yoga therapy as a complementary treatment for major psychiatric disorders: a meta-analysis. *The primary care companion to CNS disorders*, 13(4).
- Carter, J., & Byrne, G. (2004). A two year study of the use of yoga in a series of pilot studies as an adjunct to ordinary psychiatric treatment in a group of Vietnam War veterans suffering from post traumatic stress disorder. Verkregen op 27 november 2013, via <http://therapywithyoga.com/Vivekananda.pdf>
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1067-1074.
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 411.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analyses for the Behavioral Sciences*. (2nd ed). Hillsdale, New Jersey: Erlbsum.
- Deja, M., Denke, C., Weber-Carstens, S., Schröder, J., Pille, C. E., Hokema, F., ... & Kaisers, U. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, *10*, 147-158.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, *13*, 596–605.
- Descilo, T., Vedamurtachar, A., Gerbarg, P. L., Nagaraja, D., Gangadhar, B. N., Damodaran, B., . . . Brown, R. P. (2009). Effects of a yoga breath intervention alone and in combination with an exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression in survivors of the 2004 South-East Asia tsunami. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-12.
- Dorrepaal, E. (2013). Over de behandeling van Complexe PTSS was nog te weinig bekend. *Psychopraktijk*, *3*(5), 7-10.
- Drobnjak, S. (2013). Brief Symptom Inventory. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 269-270). Springer: New York.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J. & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a ‘working’ alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, *3*(1), 3-12.
- Emerson, D., & Hopper, E. (2011). *Overcoming Trauma trough Yoga; reclaiming your body*. Berkeley: North Atlantic books. Verkregen via <http://books.google.nl/books>
- Emerson, D., Shamra, R., Chaudhry, S., & Turner, J. (2009). Trauma-sensitive yoga: principles, practice, and research. *International Journal od Yoga Therapy*, *19*, 123-128.
- Foa, E. B., & Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999) The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessement*, *11*, 303-314.
- Hafkenscheid, A. (2010). De Outcome rating scale (ORS) en de Session rating scale (SRS). *Tijdschrift voor psychotherapie*, *36*(6), 394-403.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 377-391.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, *38*(2), 139-149.

- IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 185.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Freedy, J. R., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S., & van der Kolk, B. (1998). The posttraumatic stress disorder field trial: evaluation of the PTSD construct—criteria A through E. *DSM-IV Sourcebook, 4*, 803-844. Verkregen via <http://books.google.nl/books>
- Klein, D. N., & Riso, L. P. (1993). Psychiatric disorders: Problems of boundaries and comorbidity. *Basic issues in psychopathology* (pp. 19-66). New York: Guilford Press. Verkregen via <http://books.google.nl/books>
- Kleijn, W.C., Heck, G.L. van, & Waning, A. van. (2001). Toelichting voor gebruikers van de COPE-easy, Resq en Strain. Intern rapport; 1-8.
- Kleijn, W. C., Hovens, J. E. & Rodenburg, J. J. (2001). Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom checklist-25 in different languages. *Psychological Reports, 88*, 527-532.
- Korn, D. L. (2009). EMDR and the treatment of complex PTSD: a review. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*(4), 264-278.
- Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58*(12), 1465-1487.
- Leeds, A. M., & Shapiro, F. (2000). EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In J. Carlson, & L. Sperry, *Brief therapy strategies with individuals and couples* (pp. 469-534). Phoenix: Zeig, Tucker & Theisen. Verkregen via <http://books.google.nl/books>
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(2), 111-116.
- Mollica, R. f., Caspi-Yavin, Y., Lavelle, J., Tor, S., Yang, T., Chan, S., Pham, T., ... & De Marneffe, D. (1994). The Harvard trauma questionnaire (HTQ): Manual for use with

- Cambodian, Lao, and Vietnamese versions. Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard School of Public Health.,
- Mooren, T., Stöf sel, M. & Truyens, J. (2012). Complexe PTSS. In E. Vermetten, R. J. Kleber, & O. van der Hart (Red.), *Handboek posttraumatische stresscognities* (pp. 602-618). Utrecht: de Tijdstroom
- Munley, P. H., Bains, D. S., Frazee, J., & Schwartz, L. T. (1994). Inpatient PTSD treatment: A study of pretreatment measures, treatment dropout, and therapist ratings of response to treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 319-325.
- Perconte, S. T., & Griger, M. L. (1991). Comparison of successful, unsuccessful, and relapsed Vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(9), 558-562.
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of traumatic stress*, 25(3), 241-251.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13(2), 299-310.
- Stöf sel, M., & Mooren, T. (2010). *Complex trauma; diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Heck, G. L. van, Vries, J. de, & Hodiament, P.P.G. (2007). Relationships between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(1),36-47.
- Van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 277-293.
- Van der Kolk, B. A. (2002). Assessment and treatment of complex PTSD. *Treating trauma survivors with PTSD*, 127-156.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389-399.
- WHOQOL-BREF (1996). Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. World Health Organization, Geneva.
- Wilson, J. P., & Moran, T. A. (1998). Psychological trauma: Posttraumatic stress disorder and

spirituality. *Journal of Psychology and Theology*, 26, 168–178.

Zwemstra, J., Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., & De Vries, J. (2009). Quality of Life in a Population of Dutch Prisoners with Mental Disorders: Relations with Psychopathological, Social, Demographical, Judicial and Penitentiary Factors. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(3), 186-197.

## **BIJLAGE 1: Trauma-sensitieve Yoga protocol**

3 sessies van elk 1 uur

Bewegingen kunnen aangepast worden aan bewegingsmogelijkheden client, in principe worden elke sessie dezelfde bewegingen gedaan. Indien client zeer weinig bewegingsmogelijkheden heeft dan kan de 'joint releasing sequence' worden gedaan. (deze kan ik nog als bijvoegsel toevoegen)

### **Opbouw sessie**

10 min – introductie en psycho-educatie

40min – houdingen

10 min – bespreken van ervaringen

### **Therapeut**

taalgebruik: open en uitnodigend. Client wordt uitgenodigd om nieuwsgierig te zijn en te experimenteren maar ook om te stoppen zo nodig.

effectieve keuzes: er worden 2-3 mogelijkheden per houding aangereikt zodat cliënt zelf een keuze kan maken, er worden hulpstukken aangeboden zodat cliënt zijn/haar oefening gemakkelijker kan maken. Er ligt nadruk op de eigen grenzen respecteren

### **Sessie 1:**

Introductie wat trauma sensitieve yoga-mindfulness is. Bijvoorbeeld: “**Welkom** in deze yoga en mindfulness training. Deze training is opgezet omdat wij mensen met PTSS een laagdrempelige, veilige manier willen bieden om beter in contact te komen met hun lichaam. Vaak voelen mensen met PTSS, maar ook bij andere angstklachten en depressieve klachten hun lichaam niet meer goed, en zijn sensaties van het lichaam eerder beangstigend dan vertrouwd.

Yoga betekent letterlijk verenigen, bijvoorbeeld van lichaam en geest. In yoga –houdingen probeer je door met aandacht te bewegen in contact te blijven met je lichaam in het hier en nu. Mindfulness is een Engels woord voor aandachtig. Door met de aandacht naar het lichaam te gaan, wordt het denken aan het verleden minder en kan het lichaam een hulpbron worden om tot rust te komen in het hier en nu”.

Het belang van veiligheid. Cliënten worden niet aangeraakt. De therapeut en cliënt blijven op hun mat eigen mat behalve als cliënt vraagt om hulp. De houdingen moeten gemakkelijk zijn en moeten geen pijn doen. Als er pijn is dan direct uit een houding komen.

De eerste sessie gaat over gronden. Door gronden kan men uit het hoofd komen en meer in het hier en nu. Voor veel mensen heeft gronden een rustgevend effect. Laten we het proberen. Er zijn allerlei technieken om te gronden. Vandaag gaan we eerst met al de lichaamsdelen die



de grond raken de grond echt voelen. Daarna gaan we de voeten bekijken en het midden vinden van de voet in elke houding, Vervolgens spannen we de bovenbeen spieren aan en tenslotte proberen we van waar we de grond raken op te ademen en weer naar de grond toe uit te ademen.

Laten we het proberen:

- 1. Zittende berg-houding**
- 2. Zittend de adem waarnemen**
- 3. Zittend zonne-ademen**
- 4. Zittend nekrollen**
- 5. Zittend schouder-rollen**
- 6. De tafel**
- 7. Kind houding**
- 8. Kat-stretch (hol-bol)**
- 9. Staande berg**
- 10. Zonnegroet**
- 11. Staande voorwaartse buiging of stoel**
- 12. Krijger 2\***
- 13. Boom**
- 14. Stoel of staande voorwaartse buiging \***
- 15. Brug**
- 16. Liggend knieën naar de borst\***
- 17. Boot**
- 18. Zittende voorwaartse buiging (L, R, beide benen vooruit)**
- 19. Liggende twist**
- 20. Laatste rust/herstel houding**

\* Eventueel

## **Sessie 2: Ademhaling als snelweg naar rust in het lijf**

Psycho-educatie over ademhaling; uitleg over toename van sympathische zenuwstelsel activiteit, en te kort schietende feedback systeem bij PTSS en angst. Uitleg over parasympathische zenuwstelsel en het natuurlijk voorkomende 'relaxation response'.

Samen de ademhaling diagnosticeren; is de adem snel, kort, lang, oppervlakkig, diep, traag, zit de adem meer in de buik of hoog in de borst of overall een beetje.

Uitleg over de ratio van adem, probeer de ademhaling naar de buik te brengen. Leer Ujjay ademhaling ofwel oceaan ademhaling. Leg uit dat dit de snelt werkende rustgevende ademhalingstechniek is. Eerst alleen ujjay op de uitademing. Probeer dan de uitademing 2 x zo lang als de inademing te doen. Volg met een normale ademhaling kijk hoe dit bevalt. Als cliënt ontspannen is dan 3 deels ademhaling doen ( 3 maal inademen, zodat volledige longcapaciteit gevuld wordt ) Als cliënt de ujjay ademhaling nog te moeilijk vindt dan terug naar rustig ademen. Anders samen 5 x 3 deels ademhaling doen.

Als het ademen en op de ademhaling letten te moeilijk is voor cliënten dan terug naar gronden en komt sessie 2 als sessie 3.

Begin dan met de houdingen, telkens met ujjay uitademen. Als het heel makkelijk is dan kan cliënt in de houdingen ook ujjay inademen.

De volgorde is dezelfde als 1<sup>e</sup> sessie.

### **3<sup>e</sup> sessie: alles combineren**

Voor bespreken wat cliënt het meest prettig vond of waar cliënt het meeste baat bij had. Daar de sessie op focussen. Als het ademen te moeilijk is blijf dan bij gronden.

Ook hier is dezelfde volgorde als 1<sup>e</sup> sessie.

## **BIJLAGE 2: Resource Development and Installation (RDI) protocol**

**1. Identificeer probleemsituatie** gericht op traumabehandeling (Bijvoorbeeld “Tegen de traumagerichte behandeling opzien, moeite met emotieregulatie tijdens behandeling, angst controleverlies/zich overgeven aan behandeling”) Identificeer deze concrete, specifieke situatie waar de cliënt momenteel tegenaan loopt. *Met welke situatie zou je beter willen kunnen omgaan? Waar loop je tegenaan? Maak daarvan een (stilstaand) plaatje.*

### **2. Identificeer een benodigde hulpbron**

Ga na welke eigenschap de cliënt nodig heeft om deze probleemsituatie adequater te kunnen hanteren. Specificeer de eigenschappen 'trots', 'doorzettingsvermogen' en 'zelfvertrouwen'. In het geval de patiënt een wenselijke toestand - zoals rust, ontspanning, veiligheid – noemt, vraag dan: “Wat heb jij nodig om ..... te bereiken”).

*"Wat (voor eigenschap) heb jij nodig om beter te kunnen omgaan met deze situatie?".....*  
*Oke, ga eens zitten als iemand die..... (hulpbron) heeft.*

*Of: Neem de houding aan van iemand met... (hulpbron).*

### **3. Identificeer en activeer een aan deze hulpbron verbonden herinnering (positieve targetherinnering)**

a. Identificeer een sterk met deze hulpbron verbonden herinnering. Zorg ervoor dat de representatie van die herinnering zo positief (*empowering*) mogelijk is.

*Wanneer in je leven had je - voor jouw doen - dit/deze (hulpbron) het meest beschikbaar? Ga je herinneringen eens langs.*

b. Activeer de herinnering met gebruikmaking van zo veel mogelijk zintuigmodaliteiten:

*Wat zie je....., wat hoor je....., wat ruik je..... etc?*

c. Laat de cliënt [indien mogelijk] een krachtige en geloofwaardige overtuiging formuleren die past bij de herinnering.

*Welke uitspraak over jezelf past hierbij (b.v. Ik kan de wereld aan)?*

d. Laat de aandacht richten op de bijbehorende emoties

*Wat voel je daarbij?*

2

[N.B. stop als patiënt negatieve gevoelens aangeeft en ga terug naar stap 3a.; identificeer een andere herinnering]

e. Laat de plek in het lichaam lokaliseren waar de emotie het sterkst wordt gevoeld

*Waar in je lichaam voel je dat het sterkst?*

f. Laat een bijbehorende lichaamshouding aannemen

*Ga zitten als iemand die.....heeft. Laat in je lichaamshouding zien dat je ..... (naam hulpbron) hebt.*

#### **4. Imaginatie**

*Oke, blijf in die herinnering en concentreer je goed op wat je ziet....., hoort..... en voelt....., welke positieve dingen je tegen jezelf zegt..... en concentreer je op je lichaamshouding .....en de emoties die daarbij horen.....en de plaats waar je die voelt.....  
..... Ja, heb je dat?*

10-15 seconden imagineren en concentreren

#### **5. Vraag naar reacties**

*Wat merk je? Wat komt er op? Wat gaat er door je heen?*

[N.B. als cliënt negatieve gevoelens of associaties aangeeft, hier stoppen en een andere herinnering identificeren: ga terug naar stap 3a of overweeg andere opties]

#### **6. Volg associatieketens met nieuwe imaginaties**

*Ga daar mee door!*

Doorgaan met imagineren totdat er geen nieuwe positieve associaties meer opkomen of het goede gevoel niet meer sterker wordt.

(N.B. Bij sterke negatieve associaties stoppen, teruggaan naar stap 3a.; bij signalen dat negatieve associaties opkomen, stoppen met sets en doorgaan met 7)

*Eventueel kan men hier - dus vóór stap 7 - met de cliënt een 'anker' afspreken; dwz. een lichamelijk gebaar (b.v. een vuist maken of duim en wijsvinger tegen elkaar), waarmee de cliënt direct de hulpbron kan oproepen. Indien meer dan één hulpbron wordt geïnstalleerd, dan kunnen middelvinger, ringvinger enz. worden gebruikt (elke vinger een eigen hulpbron).*

#### **7. Met de hulpbron naar de probleemsituatie (eventueel 'anker(s)' gebruiken)**

3

*Neem nu de situatie van..... (probleemsituatie concreet benoemen) weer in gedachten. Stap in het plaatje daarvan en neem ..... [hulpbron] met je mee, hoe je dat wilt.*

*Wat is er veranderd?*

#### **8. Identificeer en installeer eventueel nieuwe hulpbronnen**

*Ga eens na welke eigenschap je verder nog nodig hebt om goed met deze situatie om te kunnen gaan....*

Indien nog meer hulpbronnen nodig zijn: ga terug naar stap 2 en volg de procedure opnieuw voor elke hulpbron. Het is aan te bevelen om zo veel mogelijk verschillende hulpbronnen te installeren.

Check na het installeren van de laatste hulpbron:

*Kijk nog eens goed naar het plaatje van ... (probleemsituatie).*

*Voelt het aan alsof je nu goed met deze situatie kunt omgaan?*

Indien "ja", ga dan naar stap 9. Indien "nee", eventueel een nieuwe hulpbron activeren en installeren.

### **9. Positief afsluiten**

De laatste stap van de procedure is het linken van positieve vermogens aan het zelfbeeld.

*Roep de probleemsituatie (concreet benoemen) op en de hulpbronnen die je erbij verzameld hebt. Wat zegt dat over jou dat je zo 'n situatie aankan?... Hoe noem je iemand die dat kan?*

*Wat voor soort mensen kunnen dat? ...*

### **10. Huiswerk**

Vraag de patiënt de komende tijd te oefenen met het regelmatig oproepen van de hulpbron, (zodanig) via de geïdentificeerde herinnering en daarvan een dagboekje bij te houden.

RDI-protocol, gebruikt voor dit onderzoek, is gebaseerd op de Nederlandse gewijzigde versie van RDI protocol (De Jongh, ten Broeke & Beer, 2012).