

Traumabehandeling bij patiënte met psychotische stoornis

E.M. KOOPMANS, M.H. EENDEBAK, H. KNEGTERING, S. CASTELEIN

SAMENVATTING

Tot voor kort was het niet gebruikelijk om patiënten met een psychotische stoornis én een posttraumatische stressstoornis (PTSS) te behandelen voor PTSS. Veel clinici beschouwden herbeleven van het trauma gedurende de behandeling als een risico voor een psychotische decompensatie. Wij behandelden een 43-jarige patiënte met een schizoaffectieve stoornis en een comorbide PTSS met traumagerichte cognitieve gedragstherapie. Patiënte ervoer na vijf sessies geen PTSS-klachten meer.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 604-607

TREFWOORDEN

psychotische stoornis, posttraumatische stressstoornis, traumabehandeling



De afgelopen jaren komt er steeds meer aandacht voor de interactie tussen het hebben van een psychose en een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De PTSS wordt veelal niet gediagnosticeerd om uiteenlopende redenen. Traumatische levenservaringen worden niet standaard uitgevraagd in de diagnostiek met als gevolg dat men een aanwezige PTSS in de klinische praktijk niet altijd vaststelt. Indien men de diagnose wel heeft gesteld, wordt de patiënt veelal niet specifiek behandeld voor de PTSS-klachten, maar staat psychosebehandeling voorop. Tot voor kort dacht men dat het behandelen van een PTSS bij patiënten met een psychotische kwetsbaarheid gecontra-indiceerd was vanwege het mogelijk optreden van een psychotische decompensatie bij de herbeleving van het trauma (Read e.a. 2007). Om deze reden werden patiënten met een psychose en een PTSS dan ook uitgesloten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van PTSS-behandelingen (Bradley e.a. 2005; Spinazolla e.a. 2005).

Wij beschreven een casus die laat zien dat behandeling van PTSS bij een patiënte met een psychotische stoornis effectief én veilig uit te voeren is.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 43-jarige vrouw uit een van de landen van de voormalige Sovjetunie, was slachtoffer geweest van ernstige mishandeling, zowel fysiek, psychisch als seksueel van aard. Zij werkte in het land van herkomst gedwongen in de prostitutie en werd meerdere malen met de dood bedreigd. Op twintigjarige leeftijd leerde patiënte haar

toenmalige partner kennen met wie zij kort daarna naar Nederland verhuisde.

Toen patiënte begin dertig was, werd bij haar een schizoaffectieve stoornis gediagnosticeerd, waarvoor zij sindsdien behandeling kreeg in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Patiënte werd meerdere malen opgenomen, zowel op vrijwillige als onvrijwillige basis. Ze hoorde stemmen, was achterdochtig en sliep op straat. Zij ging met enige regelmaat voor een aantal maanden terug naar haar geboorteland. Ze had vaak een psychotische decompensatie bij terugkeer uit haar thuisland. Het was onduidelijk of ze gedurende die maanden medicatietrouw was of dat de PTSS mogelijk ook een rol speelde bij de decompensatie.

Op 40-jarige leeftijd werd bij patiënte naast haar schizoaffectieve stoornis, een PTSS gediagnosticeerd. Voor aanvang van de PTSS-behandeling vertelde zij last te hebben van nachtmerries en hechtingsproblemen. Ook had ze moeite met het vertrouwen van mannen. Tevens was ze schrikachtig en raakte ze emotioneel overstuurd wanneer ze aan de gebeurtenissen werd herinnerd. Patiënte ervoer hinder in haar sociaal functioneren. Zij gebruikte bij aanvang van de behandeling dagelijks een antipsychoticum, een stemmingsstabilisator, een anxiolyticum en slaapmedicatie: venlafaxine met vertraagde afgifte 150 mg; lithiumcarbonaat 1000 mg (AN); risperidon 1 mg; zolpidem 10 mg (AN).

Behandeling

Na bevestiging van de diagnoses schizoaffectieve stoornis en PTSS werd patiënte traumabehandeling aangeboden

volgens de richtlijn voor behandeling van PTSS (Van Balkom e.a. 2013). Conform deze vorm van traumabehandeling stelde patiënte zich onder begeleiding van een therapeut bloot aan situaties die angst oproepen (*exposure*). Zij vertelde herhaaldelijk over het trauma met als doel dat de angst van de herinnering afnam. De herinnering die tot dusver werd vermeden, werd juist geëxpliciteerd in de therapie. Van deze sessies werden geluidsopnames gemaakt die patiënte dagelijks gedurende een periode van vijf dagen thuis afluisterde.

Patiënte kreeg vijf exposuresessies van 60 minuten in vijf weken tijd. In de behandeling werden de trauma's betreffende het seksueel misbruik (ontmaagding en gedrogeerd misbruik) en het fysiek geweld door haar toenmalige partner behandeld. De ernst van de PTSS-klachten werd wekelijks vastgesteld met de PTSS-klachtenschaal (Foa e.a. 1993). Deze zelfrapportage lijst meet symptomen van een PTSS (hogere score staat voor meer PTSS-klachten). Voor de eerste behandelsessie scoorde patiënte 24 punten op deze schaal; na vijf sessies scoorde zij 7 punten. Na de behandeling functioneerde patiënte stabiel, waarbij ze een betere kwaliteit van leven rapporteerde.

Een half jaar na het beëindigen van de traumabehandeling halveerde patiënte onder begeleiding haar slaapmedicatie en kon zij zowel de anxiolytica als de antipsychotische medicatie staken. Drie jaar na het eind van de behandeling was er geen psychotische decompensatie meer opgetreden, ondanks herhaaldelijk bezoek aan haar geboorteland. Er werden geen ongewenste effecten van de behandeling gerapporteerd.

Of deze positieve veranderingen op nog langere termijn zullen aanhouden, zal de toekomst moeten uitwijzen. De diagnose PTSS was niet meer van toepassing en in 3 jaar follow-up werden geen psychotische symptomen gezien.

BESPREKING

Van alle patiënten die een psychotische episode hebben meegemaakt, zou meer dan 50% ooit blootgesteld zijn geweest aan een traumatische ervaring (Read e.a. 2005). Bij systematisch uitvragen is de prevalentie 85% (Larsson e.a. 2013). Studies laten zien dat de prevalentie van PTSS bij psychosen varieert van 12 tot 29% (Buckley e.a. 2009). Een meta-analyse komt op een prevalentie van 12,9% (Achim e.a. 2011). In de algemene populatie is dit percentage substantieel lager, namelijk tussen de 0,4 en 3,5% (Darves-Bonoz e.a. 2008). De aanwezigheid van PTSS als comorbiditeit bij psychosen gaat samen met een slechtere prognose van de psychotische problematiek, matig sociaal functioneren en een groter risico op recidief van psychosen (Lysaker e.a. 2007; Mueser e.a. 2010).

Traumagerichte cognitieve gedragstherapie zoals imaginaire exposure en *eye movement desensitization and repro-*

AUTEURS

INEKE KOOPMANS, gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot specialist, gedragstherapeut, Lentis Volwassenenpsychiatrie, FACT en Kliniek Groningen.

MATTHIJS EENDEBAK, arts in opleiding tot specialist, Lentis, Groningen.

HENDERIKUS KNEGTERING, psychiater, hoofd onderzoek Lentis Research en A-opleider, Lentis, Groningen.

STYNKE CASTELEIN, medisch socioloog, senior onderzoeker, Lentis Research, Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw. E.M. Koopmans, Lentis, Groningen, Hereweg 80, 9725 AG Groningen.

E-mail: em.koopmans@lentis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-4-2015.

cessing (EMDR) zijn over het algemeen veilig en effectief en worden als eerstekeusbehandeling voor PTSS beschouwd (Van Balkom e.a. 2013; Bisson e.a. 2007; NICE 2005). Bij imaginaire exposure gaat de patiënt in plaats van deze te vermijden de confrontatie met de bedreigende herinnering aan (Van Minnen & Arntz 2011).

Bij EMDR wordt het verwerkingsproces op gang gebracht door de patiënt te vragen terug te denken aan de traumatische gebeurtenis. Tegelijkertijd wordt de patiënt afgeleid door de hand van de therapeut te volgen of door een hoofdtelefoon te luisteren naar 'klikjes' (De Jongh & Ten Broeke 2006).

Recente pilotstudies rapporteren bij zowel exposuretherapie als EMDR gericht op traumabehandeling bij psychosen een significante afname van PTSS-klachten (Van den Berg e.a. 2012; De Bont e.a. 2013; Croes e.a. 2014). Zowel imaginaire exposure als EMDR kon effectief en veilig toegepast worden bij patiënten met psychosen en een comorbide PTSS (Van den Berg e.a. 2015).

Onlangs is in Nederland een gecontroleerde studie afgerond, *Treating Trauma in Psychosis* (TTIP; zie: <http://www.ttip.nl/>). Hierbij werden de effecten van imaginaire exposure en EMDR vergeleken met een wachtlijstconditie (De Bont e.a. 2013). De uitkomsten zijn onlangs gepubliceerd (Van den Berg e.a. 2015). De patiënte in deze casusbeschrijving nam deel aan dit landelijke onderzoek.

CONCLUSIE

Na vijf sessies behandeling met imaginaire exposure voldeed patiënte niet meer aan de criteria voor PTSS. Er zijn geen ongewenste effecten van de behandeling gemeld.

Meer kennis over en onderzoek naar deze behandelvorm bij patiënten met een psychotische aandoening en een PTSD zijn nodig. Mogelijk speelt PTSD als oorzakelijke en/of onderhoudende factor van psychotische klachten een belemmerende rol bij herstel. Behandelen van de PTSD zou

in sommige gevallen ook een gunstig effect kunnen hebben op de psychotische klachten. Deze gevalbescrijving illustreert therapeutische mogelijkheden van PTSD-behandeling met imaginaire exposure bij een vrouw met een psychotische aandoening.

LITERATUUR

- Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull* 2011; 37: 811-21.
- Balkom ALJM van, van Vliet IM, Emmelkamp PMG, Bockting CLH, Spijker J, Hermens MLM, e.a. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (3de revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Berg DP van den, Gaag M van der. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 664-71.
- Berg DP van den, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, e.a. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 259-67.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 97-104.
- Bont PA de, van den Berg DP, van der Vleugel BM, de Roos C, Mulder CL, Becker ES, e.a. A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials* 2013; 14: 151.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 214-27.
- Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35: 383-402.
- Croes CF, van Grunsven R, Staring ABP, van den Berg DP, de Jongh A, van der Gaag M. Mentale beelden bij psychose: EMDR als een nieuwe interventie bij het behandelen van stemmen en wanen. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 568-76.
- Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, e.a. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Trauma Stress* 2008; 21: 455-62.
- Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum, BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1993; 6: 459-73.
- Jongh A de, ten Broeke E. Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethode voor de gevolgen van psychotrauma. Amsterdam: Harcourt; 2006.
- Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Røssberg JI, Mork E, Steen NE, e.a. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 123-7.
- Lysaker PHP, Buck KDMAB, LaRocco VAM. Clinical and psychosocial significance of trauma history: in the treatment of schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007; 45: 44-51.
- Minnen A van, Arntz A. Protocollaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stress -stoornis: Imaginaire exposure. In: Keijsers GPJ, van Minnen A, Hoogduin CAL, red. Protocollaire behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg I. Amsterdam: Boom Cure & Care; 2011. p. 181-212.
- Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophr Res* 2010; 116: 217-27.
- National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Londen: NICE; 2005.
- Read J, Hammersley P, Rudegear T. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Adv Psychiatr Treat* 2007; 13: 101-10.
- Read J, van Os J, Morrison AO, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 330-50.
- Spinazola J, Blaustein M, van der Kolk A. Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples? *J Trauma Stress* 2005; 18: 425-36.

SUMMARY

Trauma treatment in a patient with a psychotic disorder

E.M. KOOPMANS, M.H. EENDEBAK, H. KNEGTERING, S. CASTELEIN

Until recently, patients suffering from both a psychotic disorder and a post-traumatic stress disorder (PTSD) were hardly ever treated for their PTSD. Many clinicians considered that the reliving of the trauma during treatment could increase the risk of psychotic decompensation. We describe a trauma-focused cognitive behavioural therapy that was used to treat a 43-year-old patient diagnosed with both schizoaffective disorder and comorbid PTSD. After five sessions the patient no longer experienced PTSD symptoms.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)8, 604-607

KEY WORDS psychotic disorder, post-traumatic stress disorder, trauma treatment