

Exposurebehandeling voor posttraumatische stressstoornis bij een patiënte met een psychotische stoornis

M. VAN DEN BERG, G.J. HENDRIKS, A. VAN MINNEN

SAMENVATTING Een patiënte met een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en een comorbide schizoaffectieve stoornis kreeg als therapie exposurebehandeling. Na 26 sessies waren de PTSS-klachten volledig in remissie. Bij follow-up na 12 en na 24 maanden was dit nog steeds het geval. Tevens waren de antipsychotica afgebouwd. Deze casus laat zien dat succesvolle behandeling van PTSS bij patiënten met een psychotische stoornis mogelijk is en dat deze behandeling gezien de ernst van beide stoornissen bij hen overwogen zou moeten worden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)3, 191-195]

TREFWOORDEN exposurebehandeling, posttraumatische stressstoornis, psychotische stoornis

Exposuretherapie en *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR) zijn in de Multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van angststoornissen (2003) opgenomen als eerste-keuze-behandelingen voor posttraumatische stressstoornis (PTSS). Uit een recente meta-analyse (Bradley e.a. 2005) bleek dat bij 67% van de patiënten met PTSS na afronding van de cognitieve-gedragstherapie (CGT) geen sprake meer was van de stoornis; bij de wachtlijstconditie was dit slechts bij 17% het geval.

Bezorgdheid om decompensatie van de patiënt blijkt een veelvoorkomende reden te zijn om de patiënt niet te behandelen met exposure, maar deze zorg is ongegrond (Cahill e.a. 2006). De bezorgdheid is vermoedelijk nog groter in geval van kwetsbare patiënten met ernstige psychiatrische symptomen en een comorbide PTSS. Bij 29-43% van de patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis zoals een psychose blijkt PTSS als comorbide aandoening voor te komen (Seedat e.a. 2003).

In hoeverre de vrees bij behandelaars voor decompensatie door een exposurebehandeling bij deze groep patiënten wel gegrond is, blijft vooralsnog onduidelijk. Gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) zijn bij deze populatie schaars omdat de aanwezigheid van ernstige psychiatrische symptomen vrijwel altijd een exclusie criterium is (Bradley e.a. 2005). Een eerste RCT naar traumabehandeling met CGT bij patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis en comorbide PTSS wees uit dat CGT effectiever was dan steunende en structurerende begeleiding (Mueser e.a. 2008). Een recente pilotstudie liet zien dat exposurebehandeling effectief was bij patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis, zonder nadelige gevolgen (Frueh e.a. 2009).

Wij beschrijven een patiënte met een psychotische kwetsbaarheid bij wie exposurebehandeling voor PTSS juist een gunstig effect had op de algehele psychische stabiliteit.

GEVALSBESCHRIJVING

Intake en screening

Patiënte A, een 27-jarige vrouw, werd door een afdeling voor langdurende zorg verwezen naar onze polikliniek. Zij was sinds haar 18e in zorg vanwege anorexia nervosa, depressieve episoden, twee suïcidepogingen en drie psychotische episoden die hadden geleid tot klinische opnamen (eenmaal middels een rechterlijke machtiging). Tijdens deze episodes was er sprake van een achtervolgingswaan, zo was zij er ten tijde van het overlijden van de Paus van overtuigd dat hij haar achtervolgde om haar te stenigen. Tevens hoorde zij stemmen die haar vernederden en de opdracht gaven zich te suïcideren of te automutileren.

Patiënte was genoodzaakt haar universitaire studie te staken en was arbeidsongeschikt verklaard. Zij woonde ten tijde van de intake begeleid zelfstandig en had een latrelatie met een partner die bekend was wegens psychosen en manisch-depressieve stoornis. Voorts had patiënte een aantal vrienden met wie zij contact had. Zij gebruikte quetiapine 200 mg 1 dd 3, oxazepam 50 mg 1 dd 0,5 zo nodig, en diverse pijnstillers vanwege migraineklachten.

Bij de intake werd mede gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews (Overbeek e.a. 1999; Weertman e.a. 2000). Het bleek dat patiënte voldeed aan de DSM-IV-criteria (APA 1994) voor schizoaffectieve stoornis, PTSS, obsessieve-compulsieve stoornis en paniekstoornis met agorafobie op as I, en aan die voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis op as II. Er was geen sprake van suïcidaliteit of depressie.

Patiëntes hulpvraag was expliciet gericht op het verminderen van haar PTSS-klachten. Uit de dossiergegevens bleek dat patiënte bij diverse instellingen had verzocht om traumabehandeling. Ook bleek dat de diagnose PTSS niet eerder was gesteld en dat traumagerichte behandeling vanwege bezorgdheid voor decompensatie niet was aangeboden.

In overleg met patiënte werd besloten tot exposurebehandeling gericht op de PTSS (Van

Minnen & Arntz 2004), met monitoring van de comorbide klachten.

De PTSS was het gevolg van mishandeling door haar vader gedurende haar jeugd. Patiëntes vader kwam 's avonds bijvoorbeeld regelmatig naar haar slaapkamer en begon haar, terwijl zij in bed lag, te slaan en te schoppen. Vervolgens ging hij naar de slaapkamer van haar jongere zusje om hetzelfde te doen. Patiëntes moeder negeerde deze gebeurtenissen. Tussen de ouders was veel ruzie, wat gepaard ging met veel geschreeuw en geweld. Patiënte rapporteerde jarenlang bestaande klachten van herbelevingen van deze gebeurtenissen, nachtmerries waarbij haar vader in een beest was veranderd en haar slaapkamer in kwam om haar aan te vallen, fysieke angstreacties bij confrontaties met bij voorbeeld een opengaande slaapkamerdeur, of stemverheffing van haar partner, voortdurende waakzaamheid, overdreven schrikreacties, een gevoel van onveiligheid, slaapproblemen, gevoelens van onthechting, interesseverlies, dissociatie en depersonalisatie. Patiënte vermeed praten over en denken aan de traumatische gebeurtenissen, evenals conflictsituaties, gaan slapen wanneer het donker was, deuren geopend laten, televisieprogramma's over geweld, foto's van haar jeugd, et cetera.

Behandelingsverloop

De eerste twee sessies werden gewijd aan psycho-educatie over de diagnostiek, de rationale van de behandeling, de introductie van de verschillende meetinstrumenten voor de systematische evaluatie, en aan het opstellen van een angsthiërarchie van de traumatische gebeurtenissen ten behoeve van de imaginaire exposure (IE), en van het vermijden van traumagerelateerde prikkels ten behoeve van de exposure in vivo (Eiv).

De eerste exposuresessies verliepen zonder bijzonderheden. Tijdens de sessies werden opnamen gemaakt van IE aan bijvoorbeeld de situatie waarin haar vader 's avonds haar kamer in kwam om haar te mishandelen, die zij thuis dagelijks beluisterde. De Eiv-opdrachten bestonden bij-

voorbeeld uit gaan slapen wanneer het donker was, met een openstaande slaapkamerdeur. De scores op de PTSS-klachtenschaal daalden, de therapietrouw van patiënte was groot en zij was trots op haar eigen actieve aandeel in de behandeling.

Bij sessie 9 was de score op de PTSS-klachtenschaal plotseling sterk verhoogd. Bij navraag bleek dat patiënte het gebruik van antipsychotica was gaan afbouwen vanwege de klachtenafname die zij ervoer. Zij besloot deze afbouw tegen advies van haar psychiater voort te zetten. Bij sessie 11 meldde patiënte 's nachts gedurende een aantal uren in dissociatieve of psychotische toestand over straat te hebben gezworven. Zij bleek de intensiteit van de exposure-oefeningen op eigen initiatief sterk te hebben opgevoerd uit angst dat de exposurebehandeling vanwege de klachtentoeename gestaakt zou worden. Zo beluisterde zij de opname van de IE bij voorbeeld 5 maal per dag in plaats van de afgesproken 5 maal per week, en was zij bij haar ouders in haar oude slaapkamer gaan slapen als EIV (terwijl het risico op agressiviteit van vader nog steeds aanwezig was).

Met patiënte werd duidelijk besproken dat de behandeling voortgezet zou worden op voorwaarde dat zij zich aan de afspraken zou houden.

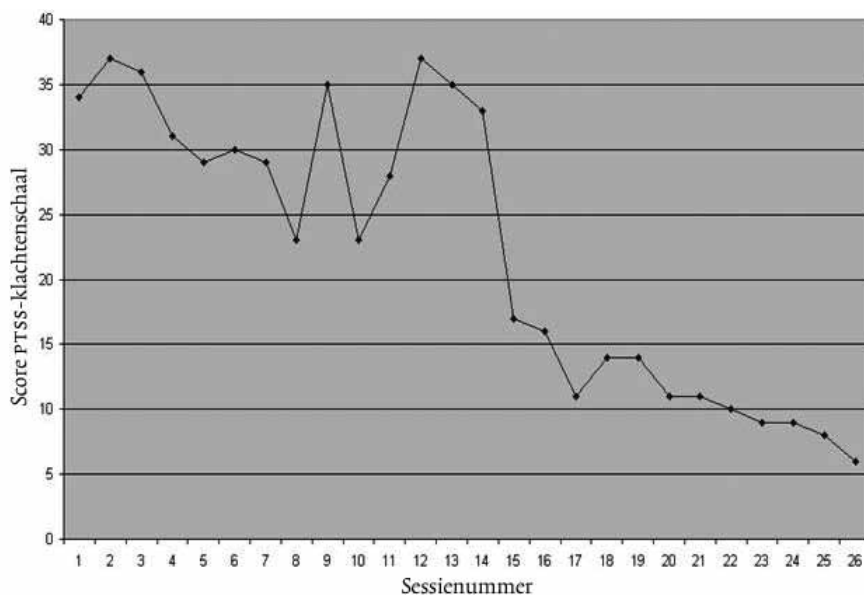
De exposure werd tijdelijk gestaakt en er werden eerst stressreducerende maatregelen getroffen. Zo mocht zij niet alleen slapen, om te zorgen dat zij voldoende nachtrust kreeg. Vervolgens werd een zelfcontroleprogramma opgesteld waarmee patiënte oplopende stress beter kon monitoren en de nodige maatregelen kon treffen. Ook het gebruik van de antipsychotica werd hervat.

Na implementatie van deze maatregelen werd de exposurebehandeling voortgezet. Vanaf sessie 15 was er weer een geleidelijke afname te zien in de PTSS-symptomen zoals gemeten volgens de PTSS-klachtenschaal. Dit correspondeerde met de afname van de lijdensdruk die patiënte in haar dagelijks leven ervoer.

Bij sessie 26 was de score op de PTSS-klachtenschaal (met een bereik van 0-51) gedaald: van 37 bij sessie 2 naar 6 bij sessie 26 (zie figuur 1). Patiënte had geen last meer van herbelevingen en nachtmerries, er was geen sprake meer van de eerdergenoemde vermijding van traumagerelateerde prikkels, en de symptomen van hyperarousal waren sterk afgenomen.

Patiënte voldeed bij afronding van de traumabehandeling niet meer aan de diagnose paniekstoornis. Omdat er nog wel sprake was van een

FIGUUR 1 Beloop van de PTSS-symptoomscore bij patiënte A tijdens exposurebehandeling



obsessieve-compulsieve stoornis (controle- en teldwang), werd de behandeling voortgezet met exposure en responspreventie en bij afronding was de Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; bereik 0-40) gedaald van 18 tot 4.

Bij follow-up na 12 maanden waren de klachten nog steeds volledig in remissie. Patiënte had onder begeleiding de antipsychotica afgebouwd. Na 24 maanden was haar psychische toestand nog steeds stabiel en was patiënte moeder geworden van haar eerste kind.

DISCUSSIE

Voor het slagen van de behandeling was van belang niet alleen de PTSS-symptomen, maar ook de comorbide klachten te monitoren, zodat verslechtering snel gesignaleerd werd en maatregelen getroffen konden worden. Nauw overleg met andere betrokken behandelaars en evaluatie van het medicatiegebruik was noodzakelijk. Door de exposurebehandeling bleken niet alleen de PTSS-symptomen verminderd te zijn, maar ook andere symptomen, waaronder de psychotische symptomen. Dit is in overeenstemming met de aanwijzingen dat een onbehandelde comorbide PTSS de ernst en het beloop van ernstige psychiatrische aandoeningen ongunstig beïnvloedt (Gerven e.a. 2002; Mueser e.a. 2002). Mueser en collega's ontdekten tevens dat de diagnose PTSS slechts bij 5% van de patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis daadwerkelijk wordt gesteld. Vanwege de hoge prevalentie van PTSS bij patiënten met ernstige psychiatrische symptomen is screening op PTSS, zoals in deze casus gebeurde, aan te bevelen.

De zeggingskracht van één gevalsbeschrijving is uiteraard beperkt; nader onderzoek naar de behandelmogelijkheden bij deze doelgroep is dan ook zeer wenselijk.

CONCLUSIE

Deze casus laat zien dat traumabehandeling met exposure ook bij psychotische kwetsbaarheid goed mogelijk is. Tevens is aannemelijk dat een

onbehandelde PTSS stressonderhoudend is, en mogelijk juist een rol speelt bij het in stand houden van psychotische klachten. Bij de beslissing om patiënten met een psychotische kwetsbaarheid PTSS-behandeling aan te bieden zouden behandelaars dit in ieder geval mee moeten laten wegen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herz. druk). Washington DC: APA.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, e.a. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Cahill, S.P., Foa, E.B., Hembree, E.A., e.a. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 597-610.
- Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Cusack, K.J., e.a. (2009). Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 665-675.
- Gerven, O. van, van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., e.a. (2002). Psychose, trauma, en traumagerelateerde psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 533-540.
- Minnen, A. van, & Arntz, A. (2004). Protocolaire behandeling van patiënten met een post-traumatische stress stoornis: Imaginaire exposure. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*. (2de, herz. druk) (pp. 1-31). Houten: Bohn Staf-leu Van Loghum.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Goodman, L.A., e.a. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123-143.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Xie, H., e.a. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 259-271.
- Overbeek, T., Schruers, K., & Griez, E. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview: Nederlandse Versie 5.0.0*. Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Seedat, S., Stein, M.B., Oosthuizen, P.P., e.a. (2003). Linking posttraumatic stress disorder and psychosis: a look at epidemiology, phenomenology, and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 675-681.

Trimbos-instituut (2003). Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.

Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (2000). SCID II Gestructureerd interview voor DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen. Amsterdam: Pearson.

AUTEURS

M. VAN DEN BERG is gz-psycholoog in opleiding tot specialist en teamleider van de Angst- en Stemningspoli Focus, Centrum voor Angststoornissen Overwaal van Forum GGZ Nijmegen.

G.J. HENDRIKS is directeur van het Centrum voor Angststoornissen Overwaal, plaatsvervangend A-opleider, en verbonden aan de afdeling Psychiatrie UMC St. Radboud te Nijmegen.

A. VAN MINNEN is psychotherapeut en klinisch psycholoog bij het Centrum voor Angststoornissen Overwaal en is als hoogleraar werkzaam bij de sectie Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: M. van den Berg, Tarweweg 2, 6534 AM Nijmegen.

E-mail: Mvdberg@overwaal.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-7-2009.

SUMMARY

Imaginal exposure treatment for a post-traumatic stress disorder in a patient with a comorbid psychotic disorder – M. van den Berg, G.J. Hendriks, A. van Minnen –
A patient suffering from both post-traumatic stress disorder (PTSD) and a comorbid schizo-affective disorder was treated with imaginal exposure treatment. After 26 sessions the PTSD symptoms were in full remission. This was still the case at follow-up after 12 and 24 months. Furthermore, the patient was no longer on antipsychotic medication. The case shows that PTSD can be treated successfully even if patients have a psychotic disorder. In view of the severity of both disorders it is at least worth trying imaginal exposure treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)3, 191-195]

KEY WORDS imaginal exposure, post-traumatic stress disorder, psychotic disorder