



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

## Dank voor uw download

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

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

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

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

## Trauma, psychose, PTSS en de toepassing van EMDR

David van den Berg, Berber van der Vleugel en Anton Staring

---

**SAMENVATTING** In dit artikel beschrijven wij drie interacties tussen trauma, psychose en PTSS:

1. Veel patiënten met psychosen hebben in hun leven traumatiserende ervaringen meegemaakt. Deze traumata spelen vaak een belangrijke rol in hun psychosen en in het ontstaan hiervan.
2. Het meemaken van een psychose en de psychiatrische behandeling zijn voor veel patiënten levensechte en traumatische ervaringen, die kunnen leiden tot posttraumatische stressklachten.
3. Vaak komen psychosen en een posttraumatische stressstoornis gezamenlijk voor, waarbij er sprake is van negatieve wederzijdse beïnvloeding en voortgaande traumatisering.

Deze drie interacties hebben een hoge klinische relevantie. Er is in de praktijk van de zorg voor patiënten met psychosen echter weinig aandacht voor traumatisering en comorbide PTSS.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een behandelmethode die effectief is bij de behandeling van traumata en PTSS. Wij beschrijven per genoemde interactie een behandeling waarbij EMDR is ingezet. Daarna bespreken wij een aantal factoren die een EMDR-behandeling bij patiënten met psychosen kunnen bemoeilijken, zoals doorlopende traumatisering door psychotische klachten, cognitieve beperkingen, moeite met oogbewegingen, belemmeringen door antipsychotische medicatie en verminderde affectieve expressie. Wij sluiten het artikel af met het advies om in de zorg voor mensen met psychosen aandacht te hebben voor trauma en comorbide PTSS, en patiënten hier ook voor te behandelen.

---

DRS. D.P.G. VAN DEN BERG is GZ-psycholoog en werkzaam bij het Early Detection and Intervention Team van Parnassia, Den Haag. E-mail: [d.vandenberg@parnassia.nl](mailto:d.vandenberg@parnassia.nl).

DRS. B.M. VAN DER VLEUGEL is GZ-psycholoog bij GGZ Noord-Holland Noord, Alkmaar.

DR. A.B.P. STARING is GZ-psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGcT bij Bavo-Europoort. Ook is hij verbonden aan O3 Onderzoekcentrum, Erasmus MC, Rotterdam.

### Inleiding

Hoewel een psychotische stoornis bijna altijd samengaat met minimaal één comorbide stoornis, wordt na het vaststellen van een psychose gewoonlijk geen andere psychopathologie meer in kaart gebracht. Bij psychotische patiënten wordt dan ook nauwelijks naar traumatische ervaringen gevraagd. Hierdoor blijft de rol die traumata in de psychotische klachten spelen onderbelicht. Ook een eventuele posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt vaak niet vastgesteld (Lommen & Restifo, 2009; Mueser et al., 1998; Read, Hammersley, & Rudegeair, 2007).

Desondanks blijkt uit wetenschappelijk onderzoek dat 50 tot 98% van de patiënten met psychosen in zijn leven een traumatische ervaring mee heeft gemaakt, met een gemiddelde van 3,5 traumata per patiënt (Goodman, Rosenberg, Mueser, & Drake, 1997; Mueser et al., 1998). Van de vrouwen met psychosen geeft 69% aan als kind seksueel (48%) of fysiek (48%) misbruikt te zijn. Bij mannen met psychosen is dit 59%, van wie 28% seksueel en 50% fysiek (Read, Os, Morrison, & Ross, 2005). De prevalentie van comorbide PTSS onder patiënten met psychosen is hoog (11-67%, gemiddeld zo'n 40%) in vergelijking met de totale bevolking, waar deze onder de 5% ligt (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; McGorry et al., 1991; Meyer, Taiminen, Vuori, Aejjaelae, & Helenius, 1999; Mueser et al., 1998; Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000; Shaw, McFarlane, & Bookless, 1997).

Er is naast een hoge comorbiditeit ook veel overlap tussen psychotische symptomen en PTSS, al is het onderscheid niet altijd goed te maken. Zo lijken de negatieve symptomen van schizofrenie sterk op de vervlakking en vermijding bij PTSS (Stampfer, 1990). Hallucinaties bij psychose lijken sterk op de flashbacks bij PTSS. Morrison (2001) betoogt dat de appraisal en niet de fenomenologie van intrusies bepaalt of deze gezien worden als symptomen van PTSS dan wel psychose. Hallucinaties en flashbacks zijn beide nare, onvrijwillige ervaringen. De patiënt is het over het algemeen niet met de inhoud eens en wil graag dat de ervaringen ophouden te bestaan. Het verschil is dat de ervaring bij hallucinaties expliciet wordt toegeschreven aan een externe bron.

Andere onderzoekers benadrukken dat er bij ongeveer de helft van de hallucinaties een verband is tussen de inhoud of het thema van deze belevingen en de karakteristieken van traumata in de voorgeschiedenis (Hardy et al., 2005). Jones (2010) concludeert in een review van de aanwezige literatuur dat de meeste hallucinaties een vorm van innerlijke spraak zijn die beleefd wordt als van buiten komend, en dat slechts een klein deel van de hallucinaties gezien kan worden als

onvrijwillige intrusies uit het persoonlijk geheugen. Het zou zo kunnen zijn dat deze laatste groep hallucinaties directer gerelateerd is aan ervaren traumata en dus eigenlijk een vorm van herbeleven betreft.

Butler, Mueser, Sprock en Braff (1996) vergeleken veteranen met en zonder PTSS. Zij vonden dat de eerste groep significant meer last had van wanen en hallucinaties, die niet allemaal gecategoriseerd konden worden als herbelevingen van het trauma. In beide groepen zijn de hallucinaties even ernstig. De patiënten met schizofrenie hebben gemiddeld wel meer last van wanen en zijn meer gedesorganiseerd (Hamner et al., 2000). Het lijkt er dus op dat er verschillende verbanden kunnen zijn.

In dit artikel beschrijven we drie mogelijke interacties tussen traumatische ervaringen, psychose en posttraumatische stressstoornis:

1. Traumatische gebeurtenissen kunnen een belangrijke factor zijn in het ontstaan van psychosen.
2. Psychose en de ervaringen tijdens psychiatrische behandeling kunnen traumatiserend zijn en een PTSS veroorzaken.
3. PTSS en psychotische stoornis zijn los van elkaar ontstaan, maar versterken de psychopathologie wederzijds.

Deze interacties illustreren we met gevalsbeschrijvingen, waarbij we in de behandeling Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) hebben toegepast. We sluiten af met enkele mogelijke obstakels bij de toepassing van deze techniek bij patiënten met psychosen en enkele conclusies. Omdat de toepassing en uitvoering van EMDR stapsgewijs en in detail zijn beschreven (o.a. De Jong & Ten Broeke, 2008), volstaan wij met een schets (zie kader 1).

Hoe staat het met de behandeling van PTSS bij mensen met een psychotische stoornis? In de praktijk is deze bijna geheel afwezig. Bij veel klinici heerst de opvatting dat de kans op verergering van klachten erg groot is en om die reden wordt afgezien van behandeling. Omdat de aanwezigheid van ernstige psychiatrische symptomen vrijwel altijd een exclusiecriteria is, zijn er weinig gegevens over de generaliseerbaarheid van geprotocolleerde behandelingen bij mensen met comorbide problematiek (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005).

Een gerandomiseerde effectstudie met traumabehandeling bij patiënten met een ernstige as-1-stoornis toont dat een cognitief-gedragstherapeutisch programma dat vooral gebaseerd is op cognitieve herstructurering effectiever is dan steunende en structurerende begeleiding (Mueser et al., 2008). Het programma kende weinig uitvallers (1%) en patiënten in de experimentele conditie verbeterden

significant meer op PTSS-symptomen en andere uitkomstmaten dan patiënten in de steunende behandeling.

Van cognitieve herstructurering wordt gedacht dat het minder intrusief is dan exposure en daarom een kleiner risico heeft op verergering, maar een recente pilotstudie wees uit dat exposure-therapie bij patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis effectief was, zonder nadelige gevolgen (Frueh et al., 2009). Het percentage deelnemers dat uitviel was hoog (35%), maar alle uitval vond plaats tijdens de groepsbehandeling (psycho-educatie, angstmanagement en sociale-vaardigheidstraining) die voorafging aan de individuele sessies. Bij geen van hen was er sprake van een verslechtering van het psychiatrisch toestandsbeeld. Alle deelnemers die begonnen aan de individuele exposure-sessies maakten het programma af en bij hen was een significante daling in PTSS-symptomen te zien, die behouden bleek bij follow-up na drie maanden.

Het weinige onderzoek toont dat patiënten met een psychotische stoornis veilig blootgesteld kunnen worden aan op verwerking gerichte behandelingen. In dit artikel hebben wij gekozen voor EMDR conform de richtlijn (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen, 2010).

### **Kader 1**

#### De behandeling met EMDR

Het doel van EMDR is de negatieve invloed van nare herinneringen te verminderen door deze van hun emotionele lading te ontdoen. De behandeling loopt volgens de volgende stappen:

1. De patiënt wordt blootgesteld aan het meest intrusieve herinneringsbeeld (het target) in combinatie met de belangrijkste negatieve evaluatie over zichzelf, de negatieve cognitie (NC). De mate waarin het targetbeeld vergezeld van de NC (zoals 'ik ben machteloos' of 'ik ben waardeloos') in het heden emotionele lading oproept, wordt vastgesteld op de 'subjective units of disturbance' (SUD-)schaal. Deze loopt van 0 (helemaal niet naar) tot en met 10 (zo naar als maar zijn kan).
2. De therapeut biedt herhaaldelijk een afleidende stimulus aan waar de patiënt zich op moet concentreren, terwijl hij ook waarneemt wat zich aan het bewustzijn opdringt. De meest gebruikte afleidende stimuli zijn de vingers van de therapeut die oogbewegingen uitlokken of repeterende piepjes die door middel van een koptelefoon afwisselend

links en rechts worden aangeboden. De patiënt krijgt dus de opdracht de aandacht zowel extern (afleidende stimulus) als intern (beleving) te richten. Dit gaat door tot het traumatische aanvangsbeeld met al zijn details volledig neutraal aanvoelt (SUD is 0).

3. Het targetbeeld wordt voorzien van een positieve cognitie (PC), bijvoorbeeld 'ik kan het herinneringsbeeld aan' of 'ik ben oké'. De patiënt beoordeelt de geloofwaardigheid van de PC in combinatie met het herinneringsbeeld op de 'validity of cognition'(VOC-)schaal. Deze loopt van 1 (volstrekt ongeloofwaardig) tot en met 7 (volledig geloofwaardig). Deze procedure wordt herhaald tot de VOC-score het maximum heeft bereikt.
4. Een 'future template' bereidt de patiënt voor op confrontaties met beangstigende situaties in de toekomst, met name die situaties of omstandigheden die tot dan toe werden vermeden omdat ze aan de traumatische gebeurtenis doen herinneren. Dit verloopt op dezelfde wijze als de installatie van de PC, met dát verschil dat het targetbeeld nu niet de traumatische herinnering, maar de toekomstige situatie betreft.
5. Elke sessie wordt positief afgesloten door een positieve ontwikkeling (de therapiewinst) te koppelen aan het zelfbeeld. Het doel hiervan is dat de patiënt met een functionele zelfevaluatie op de gebeurtenis en het verwerkingsproces kan terugkijken.

Resource development and installation (RDI) is een protocol om hulpbronnen (positieve eigenschappen en zelfbeoordelingen) te versterken, zodat de patiënt deze kan gebruiken om moeilijke situaties het hoofd te bieden. Door een herinnering waarbij de benodigde positieve eigenschap duidelijk gevoeld werd zo levendig mogelijk te verbeelden, wordt een positief geheugen-netwerk geactiveerd, dat vervolgens met behulp van bilaterale stimulatie versterkt wordt.

### Interacties tussen trauma, psychose en PTSS

#### *1. Traumatische gebeurtenissen kunnen leiden tot psychosen*

Er zijn aanwijzingen dat de relatie tussen trauma en psychotische symptomen causaal van aard is. Zo lijken met name auditieve halluci-

naties – zowel bij gezonde stemmenhoorders als bij patiënten met psychosen – sterk gelieerd te zijn aan het meemaken van traumatische ervaringen. Zo'n 70% van de volwassen stemmenhoorders geeft aan dat het stemmen horen begon na het meemaken van een traumatische of zeer emotionele gebeurtenis. Nog geen dan 20% van de stemmenhoorders is nooit slachtoffer geweest van seksueel misbruik of emotionele verwaarlozing in zijn jeugd (Escher & Romme, 2006; Honig, Romme, Ensink, & Ensink, 1998; Romme & Escher, 1989).

Bebbington en collegae (2004) bekeken de gegevens van een groot screeningonderzoek onder ruim 8.500 Britten en vonden een sterke relatie tussen trauma en latere psychosen. Vooral seksueel misbruik vergroot de kans op psychosen aanzienlijk (OR = 15.47, gecorrigeerd voor beïnvloeding door en via andere factoren blijft deze 3.93). Ook in Nederland wordt deze relatie gevonden. Janssen et al. (2004) onderzochten een databank van 4.045 personen en vonden dat mensen met matige traumata in vergelijking met mensen zonder traumata in de voorgeschiedenis een grotere kans hadden op het ontwikkelen van psychotische klachten (OR = 10.6) of dusdanig ernstige psychosen dat professionele hulp genoodzaakt was (OR = 5.3). Mensen met ernstige traumata hadden een nog veel grotere kans op deze klachten (OR = 48.4, respectievelijk OR = 31.7). Zelfs in families waarvan het bekend is dat de schizofrenie die in die familie voorkomt sterk genetisch bepaald is, vindt men dat de familieleden met schizofrenie veel vaker (OR = 3.27) slachtoffer zijn geweest van vroegkinderlijke traumatisering, onafhankelijk van genetische kwetsbaarheid en ouderlijke geschiedenis van schizofrenie (Husted, Ahmed, Chow, Brzustowicz, & Bassett, 2010). Uit Deense registers blijkt dat vrouwen, die zich in 2003 voor behandeling meldden wegens verkrachting, in de jaren daarna veel vaker een psychose meemaakten (OR = 10.04, gecorrigeerd voor andere voorspellers) dan vrouwen die geen slachtoffer van seksueel geweld waren geweest (Elklit & Shevlin, 2010).

Read, Perry, Moskowitz en Connolly (2001) hebben een 'traumagenic neurodevelopmental model' geformuleerd. Zij benadrukken het belang van psychologische en sociale factoren in het ontstaan van psychosen. Zij wijzen op het recente inzicht dat levenservaringen noodzakelijke zijn bij het aan- of uitschakelen van genen (Read, Bentall, & Fosse, 2009). Read et al. (2001) wijzen erop dat de hersenafwijkingen die we zien bij patiënten met schizofrenie (zoals overactiviteit van de HPA-as, neurotransmitter-abnormaliteiten, schade aan de hippocampus en vergrote ventrikels), ook gevonden zijn bij kinderen die getraumatiseerd zijn.

Wij pleiten er dan ook voor deze levenservaringen mee te nemen in de probleemformulering en behandeling van psychosen. Dit werkt

inzichtgevend en geeft aanknopingspunten voor de behandeling (Kingdon & Turkington, 1991). EMDR kan hierbij een nuttige techniek zijn.

#### *De behandeling van Leo*

Leo is een 48-jarige man met een psychotische stoornis. Hij heeft tot zijn 44<sup>e</sup> goed gefunctioneerd, hij was getrouwd, had een eigen bedrijf en een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. Vier jaar geleden werd hij door een buurtgenoot beroofd, waarbij hij werd bedreigd met een mes. Leo had het idee dat hij ternauwernood aan de dood ontsnapt was.

Hij kwam de dader een paar weken na de beroving tegen. Deze was met een groepje vrienden die, net als de dader, alledrie een donkere huidskleur hadden. De dader maakte een gebaar met zijn vlakke hand langs zijn hals ('keel doorsnijden') en alle jongens lachten. Leo concludeerde: 'ze zijn met een hele groep en gaan me alsnog vermoorden'. De angst maakte Leo hyperalert en achterdochtig.

In de periode die hierop volgde, veronderstelde hij dat steeds meer zwarte mensen deel uitmaakten van het complot om hem te vermoorden. Er vormde zich een paranoïde waan. Leo isoleerde zich, zijn bedrijf ging failliet. Omdat de waan zich niet liet relativeren, verliet uiteindelijk ook zijn vrouw hem. Leo meldde zich uiteindelijk bij de plaatselijke GGZ. Hij is er inmiddels 100% van overtuigd dat alle mensen met een donkere huidskleur in zijn stad eropuit zijn hem te vermoorden.

Bij de heteroanamnese met familieleden van Leo blijkt dat Leo inderdaad beroofd is zoals hij beschrijft, maar dat er na de beroving geen sprake van bedreiging is geweest. Leo heeft geen last van herbelevingen, zoals flashbacks of nachtmerries. De diagnose wordt gesteld op schizofrenie, paranoïde type, en een behandeling met antipsychotica wordt gestart.

Vanwege onvoldoende respons wordt hij verwezen voor cognitieve gedragstherapie (CGT). Leo en zijn therapeut maken een probleemformulering en CGT-behandelplan, waarbij de beroving wordt gezien als de belangrijkste aanleiding voor het ontstaan van zijn achterdocht. De therapeut vergelijkt Leo's klachten met die van een hondenfobicus na een bijtincident. Leo herkent zich hier sterk in en voelt zich voor het eerst echt begrepen. Ze besluiten te starten met EMDR gericht op het trauma, waarna ze de behandeling zullen vervolgen met CGT.

*Sessie 1:* Als target kiest Leo het beeld dat de dader het mes op zijn keel zet. De negatieve cognitie (NC) die hij ervaart wanneer hij dit beeld in het heden ziet, is 'ik ben kwetsbaar'. De positieve cognitie



(PC) die hij juist zou willen ervaren, is 'ik ben sterk'. Hoewel de spanning gemeten in Subjective Units of Disturbance (SUD) zeer hoog is (10 op een schaal van 10), zakt deze gedurende de sessie naar 0. De Validity Of Cognition (VOC), de geloofwaardigheid van de PC, stijgt van 3 naar 7. Hij concludeert dat hij het aan kan om naar dit beeld te kijken en dat dit betekent dat hij nu sterk is. De therapeut installeert een 'future template' gericht op het verminderen van de angst voor het uitlaten van de hond in zijn straat.

*Sessie 2:* Leo geeft aan dat de angst al sterk gedaald is en dat hij veel minder over de dreiging na heeft gedacht. Hij is deze week meer naar buiten gegaan en heeft driemaal in zijn eentje de hond uitgelaten. Als tweede target kiest Leo de ontmoeting met de dader, waarbij deze het dreigende gebaar maakte. De NC hierbij is 'ik ben in gevaar', de PC 'ik ben (nu) veilig'. Ook dit target wordt succesvol gedesensitiseerd. Leo concludeert wederom dat hij sterk is. De therapeut installeert nu een future template voor het bezoeken van de lokale supermarkt.

*Vervolg met CGT:* De EMDR-sessies verlopen dus succesvol. Leo geeft ook aan dat hij is gaan twifelen over het realiteitsgehalte van zijn achterdocht en benadrukt dat hij na de EMDR de gedachten aan de dreiging gemakkelijker van zich af kan zetten. Hoewel hij nu twijfelt, blijft de overtuiging dat de bende hem nog steeds wil vermoorden bestaan. Leo en zijn therapeut verzamelen alle bewijzen die Leo heeft voor de gedachte dat zij hem nog steeds willen vermoorden. Ze bekijken ook welke zaken hiertegen pleiten, bijvoorbeeld dat het onwaarschijnlijk is dat ze er hem vier jaar lang in de gaten houden, zonder een keer toe te slaan. Zij onderzoeken de bewijzen voor zijn overtuiging met cognitieve technieken en toetsen waar mogelijk ideeën met gedragsexperimenten. Ze starten ook met exposure in vivo. De groep van potentiële moordenaars slinkt snel. Uiteindelijk vreest Leo alleen nog de dader van de beroving en de drie kameraden met wie Leo hem destijds samen zag. Leo beweegt inmiddels vrijelijk door zijn wijk, heeft weer een baan, maar blijft erop letten dat hij de dader niet tegenkomt. Ze bespreken de optie van het alsnog doen van aangifte. Leo vindt echter dat hier meer na- dan voordelen aan zitten en besluit dit niet te doen. Hij weigert ook via een gedragsexperiment, zoals navraag doen, te toetsen of de dader hem nog steeds iets wil aandoen.

#### *Beschouwing*

De waan van Leo dat ze hem nog steeds willen vermoorden lijkt een soort 'voortgaand trauma' te zijn. Leo meent nog steeds in gevaar te zijn. Dit bemoeilijkt de EMDR-behandeling, omdat een van de ver-

onderstelde effecten is dat de patiënt tijdens de behandeling afstand neemt van de traumatische gebeurtenis door te leren dat het zich in het verleden voerde en hij in het heden veilig is (Lee, Taylor, Drummond, & Wiley 2006; MacCulloch & Feldman, 1996).

De angst daalde echter toch na de EMDR-behandeling. De waan-overtuiging bleef en dit is wat we ook regelmatig zien na behandeling met antipsychotische medicijnen en cognitieve gedragstherapie. De vrees en preoccupatie verminderen, maar de overtuiging blijft bestaan (Mizrahi et al., 2006). Deze zal vooral ondergraven moeten worden met gedragsexperimenten, waarbij de patiënt zelf ervaart dat zijn gevreesde scenario's zich niet werkelijk voordoen.

Er zijn ook onderzoeken die tegen een oorzakelijke relatie tussen trauma en psychose getuigen. Zo vonden Chen et al. (2010) in een meta-analyse geen relatie tussen seksueel misbruik en schizofrenie. Bendall, Jackson, Hulbert en McGorry (2007) stellen dat bij de meeste onderzoeken een goede controlegroep ontbreekt en dat er nog te weinig bewijs is om een causaal verband tussen trauma en psychose vast te stellen.

Hoe staat het met de gevallen waarbij de psychose een rol kan spelen bij het ontstaan van PTSS?

## *2. Psychose en de ervaringen tijdens psychiatrische behandeling kunnen traumatiserend zijn en een PTSS veroorzaken*

Zowel de symptomen van psychosen als de ervaringen en behandeling in de psychiatrie kunnen aanleiding geven tot het ontstaan van PTSS-klachten. In een review hieromtrent concluderen Bendall, McGorry en Krstev (2006) dat met name de positieve symptomen van psychose veel invloed hebben op het ontstaan van 'postpsychotische' PTSS-klachten. Zij benadrukken echter ook dat het lastig is om psychotische symptomen en ervaringen in de psychiatrie te onderscheiden. Wat als een patiënt, die dwangverpleging heeft ondergaan in de separeercel, herbelevingen heeft van allerlei proeven die buitenaardse wezens op hem uitvoerden? Zijn de herbelevingen een gevolg van psychose of van de behandeling?

Verskillende studies hebben aangetoond dat veel patiënten PTSS ontwikkelen als gevolg van een psychose. Shaw en collegae (1997) vonden bijvoorbeeld dat 22 van de 45 patiënten met een psychose (49%) die zij na een opname onderzochten, voldeden aan de criteria van een PTSS. Het is echter een bekend gegeven dat na een vliegtuig-ongeluk of verkrachting erg veel mensen klachten hebben die voldoen aan de criteria van een PTSS of acute stressstoornis en dat dit aantal

gedurende het eerste jaar geleidelijk met 50 tot 80% afneemt (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992; Sloan, 1988). Bij psychosen blijkt echter ook na elf maanden follow-up nog steeds 35% van de patiënten last te hebben van PTSS (McGorry et al., 1991).

Een probleem bij het diagnosticeren van PTSS als gevolg van psychose is de toepassing van het A-criterium van de DSM-IV-TR. Dit criterium stelt dat er sprake moet zijn van waargenomen dreiging van gevaar en van negatieve emoties tijdens deze gebeurtenis (APA, 2000). De meeste onderzoekers zijn het erover eens dat de ervaringen tijdens behandeling in de psychiatrie kunnen voldoen aan criterium A van PTSS. Over de vraag of wanen en hallucinaties ook kunnen voldoen aan het A-criterium, bestaat meningsverschil (Bendall et al., 2006). Veel onderzoekers pleiten ervoor te accepteren dat de angsten die patiënten met psychosen soms doorstaan, een levensecht karakter hebben en derhalve zouden moeten gelden als criterium-A-waardige traumata (Morrison, Frame, & Larkin, 2003). Een onderzoek van Kilpatrick et al. (1989) ondersteunt deze stellingname door aan te tonen dat met name de interpretatie van een gebeurtenis, en niet de objectieve dreiging, voorspelt of iemand PTSS zal ontwikkelen. Mueser, Lu, Rosenberg, & Wolfe (2010) onderzochten de invloed van het A-criterium en vonden dat in de groep van 38 patiënten die onlangs een psychose hadden meegemaakt, 66% voldeed aan de criteria van PTSS zonder criterium A te gebruiken. Indien criterium A strikt na werd geleefd, bleef 39% voldoen aan de criteria van PTSS.

#### *De behandeling van Rianne*

Rianne is een 56-jarige vrouw met een waanstoornis. Ze heeft drie volwassen kinderen uit haar huwelijk met een man van wie ze inmiddels vier jaar gescheiden is. Als kind is Rianne geslagen door haar moeder, later werd ze door haar echtgenoot geslagen. Ze heeft nu geen contact met hem, maar de kinderen wel. Zij hebben een goede relatie met hun vader. Hij woont samen met zijn nieuwe partner. Riannes mishandeling heeft niet tot posttraumatische klachten in engere zin geleid; ze heeft er bijvoorbeeld geen herbelevingen van.

Riannes waanstoornis bestaat sinds drie jaar. Ze denkt dat haar ex-man de kinderen seksueel misbruikt heeft vanaf het moment dat ze baby's waren tot aan de scheiding. Ze heeft dit misbruik nu pas ontdekt, omdat haar ex-man volgens haar de kinderen gedurende hun hele leven met hekserij heeft beïnvloed, zodat die er niks van konden zeggen. Ze heeft alle spullen waarmee hij de hekserij volgens haar heeft uitgevoerd, het huis uit gedaan.

Allerlei 'herinneringen' worden samengesmeed tot een waan. Voor de patiënt vallen nu alle puzzelstukjes op hun plaats: de kinderen

huilden als baby, omdat zij misbruikt waren; rode billen waren geen luierslag, maar het gevolg van misbruik. Allerlei alledaagse herinneringen ziet zij nu als bewijs van het misbruik. Ze kan aan niets anders meer denken. Ze moet vaak overvloedig huilen en ze voelt zich schuldig dat ze niets heeft gedaan om de kinderen te helpen. Bijna dagelijks vraagt ze om vergiffenis aan haar volwassen kinderen. Die worden langzamerhand dol van haar vreemde ideeën en willen graag dat hun moeder zich weer op haar eigen leven richt. Om de psychose te bevestigen is er contact geweest met de zoon van Rianne; die ontkent dat hun vader hen misbruikt heeft. Hij was een strenge man en gewelddadig tegen hun moeder, maar meer is er niet gebeurd. Ook zijn twee zussen ontkennen seksueel misbruik.

Rianne is behandeld met een antipsychoticum en is sindsdien rustiger geworden. Ze is minder bezig met de hekserij door haar ex-man. De waan is daarmee minder op de voorgrond aanwezig en voor een deel succesvol behandeld. De overtuiging van de misbruikwaan is echter onveranderd en Rianne heeft posttraumatische stressklachten ontwikkeld. Ze ervaart herbelevingen van de herinneringen die ze nu als bewijs van het misbruik ziet. Ze krijgt flashbacks van de rode billen van de kinderen als baby en van het horen van gehuil toen de kinderen als baby boven in bed lagen. Een andere herbeleving die veelvuldig opkomt, is dat ze haar zoontje als klein kind op bed ziet zitten, met zijn vader ernaast. Ze denkt daar nu van dat het een situatie was waarin hij misbruikt werd, terwijl zij niet ingreep. Ze probeert dit alles te onderdrukken, maar de herbelevingen komen onverwachts en gaan gepaard met hevige emoties, waarbij ze zichzelf erg schuldig voelt. Ze probeert te vermijden wat haar aan het misbruik doet denken, zoals het gehuil van andere baby's, sommige kamers thuis en bepaalde dingen op televisie. Ze kan zich moeilijk concentreren, slaapt slecht en is vaak bang dat haar ex-man nogmaals achter de kinderen aankomt en dat het opnieuw zal gebeuren.

Het Klinisch Interview PTSS wordt afgenomen. Riannes klachten voldoen – wanneer het criterium A ruim wordt opgevat – aan de criteria van een PTSS. De therapeut maakt duidelijk dat hij Rianne serieus neemt en dat hij haar wil helpen bij de herbelevingen en de schuldgevoelens die haar dwarszitten. Hierbij let hij erop dat hij niet zegt dat hij haar opvattingen onderschrijft. Rianne stemt in met EMDR-behandeling.

*Sessie 1:* De therapeut geeft uitleg over EMDR. Rianne zegt angstig te zijn voor het ophalen van de herinneringen. De therapeut toont begrip en tracht haar gerust te stellen. Daarna nemen ze enkele herbelevingen globaal door, alsmede de gevoelens en disfunctionele opvattingen die ze bij Rianne oproepen.

*Sessie 2:* Rianne beschrijft een herbeleving meer in detail. Ze kiest het beeld dat op dit moment de meeste emoties bij haar oproept: haar zoon zit als 3-jarige jongen op zijn bed en kijkt sip. Haar ex-man zit half ontkleed bij hem op bed en Rianne ziet dit wanneer ze binnenloopt. De NC bij dit beeld is 'Ik ben schuldig', de PC 'Ik heb gedaan wat ik kon'. De SUD is met 9 direct zeer hoog. Er komt verdriet naar boven en Rianne moet hard huilen. Tijdens de sessie komt er ook boosheid naar voren. Later komen er verontschuldigende gedachten in haar op met een waanachtig karakter: 'Hij had ons behekst, dus ik kon het niet zien, en mijn kinderen konden niks zeggen'. Uiteindelijk komt er leegheid en rust in haar; dat vindt ze prettig. De SUD daalt naar 1 en de VOC stijgt naar 5 op een schaal van 7. De positieve conclusie die ze aan het einde formuleert is: 'Ik ben moedig en ik kan het wel aan'.

*Sessie 3:* Tijdens de sessie komen enkele gedachten op die Rianne lijken te helpen haar schuldgevoel te verminderen: 'Hij was misschien wel gestoord', 'Hij is vroeger zelf ook misbruikt' en 'De kinderen zeiden niets en ik kon het ook niet weten'. De SUD eindigt op 0 en de VOC op 5. De positieve conclusie die ze formuleert, is dat ze zichzelf niet de schuld hoeft te geven.

*Sessie 4:* Rianne geeft aan dat ze geen last meer heeft gehad van de herbeleving die de vorige keer behandeld is. Rianne en haar therapeut stellen een nieuw target vast: het zien van de rode billen van haar dochter toen die nog een baby was. De SUD daalt naar 1 en de VOC stijgt naar 6. De positieve conclusie die Rianne trekt, is dat het niet haar schuld was en dat ze heeft gedaan wat ze kon.

*Sessie 5:* Rianne geeft aan dat het goed met haar gaat en dat ze de afgelopen tijd geen last heeft gehad van nare herinneringen. Ze beëindigt de behandeling.

#### *Beschouwing*

Bij de nameting voldoet patiënte niet meer aan de PTSS-criteria. Daar komt bij dat haar preoccupatie met de waanopvattingen op de PSYRATS Delusion Rating Scale (schaal voor de ernst van wanen) sterk is gedaald. De mate van overtuiging is echter ongewijzigd. Rianne heeft haar idee omtrent wat er gebeurd is, niet veranderd, maar het lijkt beter te zijn verwerkt en ze ervaart niet langer dat zij er zo schuldig aan is. De herinneringen roepen minder emoties bij haar op. Achteraf vertelt ze dat ze het los kan laten. Het eraan vasthouden zal de kinderen ook niet helpen, concludeert ze. Ze is nog wel boos op haar ex-man, maar ze is er minder mee bezig. De *cognitive interweaves* die zijn toegepast in sessie 4 leken weinig bij te dragen aan het effect. De meest helpende gedachten kwamen vanzelf bij patiënte op.

*3. PTSS en psychotische stoornis zijn los van elkaar ontstaan, maar versterken de psychopathologie wederzijds*

Bij patiënten met een psychotische stoornis en een comorbide PTSS is er sprake van een 'dose respons effect': hoe erger het trauma, des te groter is de kans op psychotische klachten en des te slechter de prognose (Janssen et al., 2004; Read et al., 2005).

Patiënten met een psychose hebben meer last van wanen en hallucinaties en meer hinder in hun dagelijkse functioneren, indien er bij hen ook sprake is van een PTSS (Mueser et al., 2010). Mueser, Rosenberg, Goodman en Trumbetta (2002) ontwikkelden een interactief model rondom trauma, PTSS en de invloed hiervan op ernstige psychische stoornissen, zoals schizofrenie. Dit model gaat ervan uit dat PTSS op zowel directe als indirecte wijze het beloop van psychosen en schizofrenie beïnvloedt. Symptomen als vermijding, herbelevingen en overprikkeling verergeren de psychotische klachten op directe wijze. Terugtrekking leidt er immers toe dat de patiënt zijn waangedachten steeds minder gaat toetsen aan de realiteit, herbelevingen kunnen op psychotische wijze geïnterpreteerd worden en de overprikkeling kan als 'motor' achter de psychose fungeren. De indirecte route wordt volgens Mueser en collegae gevormd door het feit dat PTSS de kans op middelenmisbruik en hertraumatisering (bijvoorbeeld door klinische opnames) sterk vergroot, wat vaak leidt tot interpersoonlijk wantrouwen en negatieve zelfevaluaties. Deze zaken beïnvloeden op hun beurt op ongunstige wijze de psychosen, de opstelling van de patiënt ten opzichte van de beangstigende belevingen en de relatie met anderen, waaronder ook de behandelaren. De patiënt raakt op deze manier dus gevangen in een vicieuze cirkel, waarbij psychose en PTSS elkaar versterken. Adequate behandeling van de aanwezige traumata of PTSS kunnen deze vicieuze cirkel doorbreken.

*De behandeling van Cees*

Cees is een 58-jarige man met een schizoaffectieve stoornis; een persoonlijkheidsstoornis NAO (cluster-B & C-trekken) en alcohol- en benzodiazepineafhankelijkheid. In zijn kindertijd is Cees slachtoffer geweest van incest, waarna hij zijn jeugd jaren in tehuizen en internaten heeft doorgebracht. Op 20-jarige leeftijd trouwde hij; het echtpaar heeft een zoon en een dochter. Op 43-jarige leeftijd was Cees getuige van een ongeval op de werkvloer, waarbij een collega om het leven kwam. Na verschillende pogingen het werk te hervatten en een conflict met zijn leidinggevende belandde hij in de WAO. Hij kreeg last van herbelevingen, verloor de controle over zijn alcoholgebruik,

werd depressief en kreeg last van stemmen, ongewenste gedachten, schuldgevoelens en beelden over de dood. Hij had de waan dat zijn ex-baas voortdurend zijn gedachten kon waarnemen en door middel van telepathie en stemmen probeerde hem aan te zetten tot zelfdoding. In de jaren die volgden werd Cees een paar keer suïcidaal opgenomen op de crisisafdeling. Tijdens deze opnames herstelde hij telkens langzaam en werd dwang toegepast.

Cees is nu een paar maanden opgenomen en hij herstelt niet. Sinds een paar weken ziet hij weer flarden van het ongeluk op zijn werk aan zich voorbijtrekken, waarbij hij erg angstig en verward raakt. Ook ziet of hoort hij bijna voortdurend zijn vroegere baas. Hij vindt zijn leven waardeloos en belastend voor anderen. Hij durft de gesloten afdeling niet te verlaten omdat hij bang is voor wat er zal gebeuren als hij buiten overvallen wordt door de verschijning van zijn baas of de opdrachten van zijn baas door stemmen in zijn hoofd. Hij is erg prikkelbaar en reageert regelmatig zeer explosief tegen medepatiënten en het personeel.

De therapeut meent dat er ook sprake is van een PTSS en geeft normaliserende psycho-educatie over posttraumatische verschijnselen. Met behulp van G-schema's (zie o.a. Van der Gaag, Valmaggia, Van Meer, & Slooff, 2005) krijgt Cees meer zicht op geautomatiseerde en alternatieve attributies en reacties. De therapeut geeft uitleg over EMDR aan Cees, zijn echtgenote en de verpleging, en start een behandeling met EMDR om de herbelevingen van het ongeluk te verminderen.

Het target is snel geselecteerd: het meest intrusieve herbelevingsbeeld (enkele seconden voor de dodelijke klap) voorzien van de zelf-evaluatie 'ik ben machteloos' roept maximale spanning, verdriet en pijn op, die voelbaar zijn in Cees' gehele lichaam. In drie sessies daalt de SUD van 10 naar 0 en stijgt de geloofwaardigheid van de overtuiging het beeld aan te kunnen maximaal. Gedurende de behandeling verandert het beeld en vervaagt het. Cees doet uitspraken over machteloosheid, schuld en verantwoordelijkheid. Na een paar keer 'terug naar target' benadrukt Cees zaken als 'Ik ben ook een slachtoffer' en 'ik heb gedaan wat ik kon'. Hoewel Cees de behandeling zwaar vindt, is hij na drie sessies overtuigd van de werkzaamheid en ondervindt hij geen nadelen. Hij heeft geen herbelevingen meer, zijn herinneringen aan het ongeval zijn een logischer geheel geworden en hij stelt zelf voor om de frequentie en dosering van de benzodiazepinen te verlagen.

Er volgen nog drie EMDR-sessies, waarbij het targetbeeld de vroegere werkgever is, die zegt dat als Cees op zijn vaste plek had gezeten het ongeval niet zou hebben plaatsgevonden. Tijdens de sets komen in eerste instantie vooral suïcidale gedachten op, gevolgd door

veel boosheid en een duidelijke conclusie dat Cees zelf helemaal niet dood wil en vindt dat hij genoeg geleden heeft. De therapeut installeert een future template ('ik kan het aan') op de verschijning en het commentaar van de leidinggevende, waarbij de VOC wel stijgt, maar stagneert op 6.

De herbelevingen van het ongeval zijn verdwenen. Wel ziet en hoort Cees nog regelmatig zijn leidinggevende, die zegt dat hij zich voor de trein moet gooien. Cees durft zonder begeleiding niet naar buiten vanwege de angst de controle te verliezen. Met behulp van Resource Development and Installation (RDI) lukt het Cees een onverschilliger houding aan te nemen ten opzichte van de hallucinaties en een betere controle te krijgen over zijn emoties en gedrag, waarna ontslag volgt.

De behandeling wordt aan huis voortgezet door een multidisciplinair FACT-team, in de vorm van farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie, intensief casemanagement, systeemgesprekken en contact met de ervaringswerker. Cees blijft binnen uit angst buiten de controle te verliezen en naar de trein te gaan, zoals hem nog steeds wordt opgedragen. Tegelijkertijd is het thuis – na de lange opname – niet meer vertrouwd. Hij is voortdurend erg gespannen en alert, en omdat hij zijn oude bezigheden nog niet kan oppakken is het moeilijk voor Cees om zijn aandacht te verleggen. Behalve de gespreksgroep voor mensen die stemmen horen, is er weinig waarvoor Cees de deur uitgaat.

In de thuissituatie wordt het RDI-protocol nog drie keer doorlopen om zelfbeheersing, zelfvertrouwen en trots te mobiliseren en te versterken. De invloed van positieve ervaringen wordt zo vergroot en Cees durft het aan om samen met de therapeut zijn opvattingen betreffende gevaar te onderzoeken en te toetsen met behulp van gedragsexperimenten. Zijn casemanager begeleidt en ondersteunt hem bij het verminderen van veiligheidsgedrag en het doorlopen van zijn angsthiërarchie.

#### *Beschouwing*

In de beschreven casus is er sprake van verschillende symptoomclusters die in elkaar overlopen en elkaar beïnvloeden. Het blijft gissen naar oorzaken en gevolgen (Wat maakte dat herbelevingen van het ongeluk terugkwamen? Heeft de psychotische terugval oud zeer gereactiveerd?), maar duidelijk is dat er sprake is van een negatieve spiraal: de klachten duren voort, breiden zich uit en verergeren zelfs. Kernopvattingen als 'de wereld is gevaarlijk', 'anderen zijn niet te vertrouwen' en 'ik ben machteloos' lijken hun oorsprong te hebben in zijn jeugd en worden bevestigd door de klachten en het verblijf op de



gesloten opnameafdeling. Cees heeft onder meer last van herbelevingen en neigt ertoe deze waanachtig te interpreteren. Zijn veiligheidsgedrag staat het toetsen en bijstellen van zijn opvattingen in de weg. Alleen al het overdenken iets van die veiligheid op te geven bezorgt hem erg veel spanning en juist op die momenten nemen de hallucinaties toe, wat weer een bewijs vormt voor zijn negatieve kernopvattingen. In feite zit Cees gevangen in voortgaande traumatisering en zijn zijn affecttolerantie en zelfcontrole te gering om dit aan te kunnen.

De eerste rol die voor EMDR is weggelegd, is het terugdringen van de herbelevingen van het ongeluk door het basisprotocol toe te passen. Hierdoor stoppen de herbelevingen en verminderen de arousal en de ervaren machteloosheid. Om de draagkracht te vergroten wordt gebruikgemaakt van RDI. Het effect hiervan is dat Cees zich sterk genoeg voelt om de stap naar een meer klassieke cognitieve gedragstherapie met exposure te zetten.

#### Obstakels bij het toepassen van EMDR bij patiënten met psychotische problematiek

In deze paragraaf bespreken we enkele obstakels die u kunt tegenkomen bij de toepassing van EMDR bij patiënten met psychotische problematiek. Daarbij komen alleen de specifieke obstakels bij deze doelgroep aan bod. We gaan niet in op de reeds bekende of algemene problemen bij EMDR, zoals hoogoplopende arousal of juist een gebrek hieraan als gevolg van het gebruik van kalmerende middelen zoals benzodiazepinen.

##### *1. Voortgaande traumatisering door psychotische klachten*

Wanneer gehoorshallucinaties, zoals stemmen, worden toegedicht aan de persoon die dader is geweest bij traumatisering van de patiënt, kan het gebeuren dat de patiënt zich voortdurend onveilig en bedreigd voelt. Een man hoorde bijvoorbeeld gedurende zijn behandeling telkens stemmen tegen zich praten. Ze klonken als de moordenaars die hij tijdens de burgeroorlog in Sierra Leone had gezien. Ze zeiden 'We komen je handen afhakken' en 'We steken je in de fik'. De patiënt zag deze stemmen niet als de symptomen van een stoornis, maar dacht dat het werkelijk de moordenaars van destijds waren die hem bedreigden. Vergelijk dit met een vrouw die nog iedere dag bedreigd zou worden door haar verkrachter en die zelfs tijdens de sessie niet door hem met rust zou worden gelaten – ze kreeg bijvoor-

beeld tijdens de EMDR tien keer een bedreigende sms. Dit laatste hebben we niet werkelijk meegemaakt, maar een dergelijke situatie is vanuit het perspectief van de patiënt wellicht vergelijkbaar.

Op eenzelfde manier kan een paranoïde waan voor aanhoudende traumatisering zorgen. We hadden een man in behandeling die bedreigd was met een pistool. Hij ontwikkelde zowel PTSS als een paranoïde waan, waarbij hij dacht dat de daders het nog steeds op hem hadden gemunt. De EMDR had effect, de SUD daalde telkens volledig tijdens de sessie, maar de week erna was die steeds weer hoog. De man kon zich niet veilig voelen in het hier en nu, want hij was ervan overtuigd dat ze hem nog steeds wilden vermoorden en dat ze dit zouden doen bij de eerste mogelijkheid.

Hoewel het niet altijd zo hoeft te zijn, kan externe attributie van psychotische klachten er dus voor zorgen dat de patiënt geen afstand neemt van het verleden. Bij EMDR-sessies is de SUD dan los van het oproepen van het target al hoog, daalt mogelijk niet goed naarmate de sessie vordert of is de volgende sessie opnieuw hoog. De externe attributie zou je als een 'blocking belief' kunnen zien, die de verwerking van het traumatische materiaal in de weg zit. Het lijkt zinvol om hier iets mee te doen alvorens EMDR op reguliere wijze verloopt. Dat kan met *cognitive interweaves, resource development and installation* of cognitieve gedragstherapie gericht op de waanopvatting of op de interpretatie van hallucinaties.

## 2. Cognitieve beperkingen

Een belangrijk obstakel is beperkte concentratie. Dit komt vaak voor bij schizofrenie en de schizo-affectieve stoornis (Bora, Yücel, & Pantelis, 2009). Tijdens EMDR-sessies kan dit leiden tot problemen in het opvolgen van de instructies en in de concentratie op het target-beeld. Ook lukt het sommige patiënten niet om de hele tijd met hun ogen de vinger van de therapeut te volgen en hebben ze herhaalde instructies nodig om dat te blijven doen. Daar komt nog bij dat sommige patiënten tijdens de behandeling stemmen horen praten, wat hen afleidt. Als gevolg hiervan is het wel eens nodig om kortere sessies te houden (20 minuten).

Een andere beperking is die van het werkgeheugen (Bora et al., 2009). Het werkgeheugen zou wel eens een centrale rol kunnen spelen in de werking van EMDR (Andrade, Kavanagh, & Baddeley, 1997; Gunter & Bodner, 2008). Het traumatisch beeld verbleekt bij extra belasting van het werkgeheugen met de dubbeltaak ook op de vingers te letten (Van den Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001). Volgens deze theorie zal er bij te weinig belasting van het werkgeheugen niets

gebeuren. Te veel belasting zorgt ervoor dat de proefpersoon het targetbeeld helemaal niet meer in het werkgeheugen kan houden. Er is dus een optimale werkgeheugenbelasting, die per patiënt verschilt, waarop deze behandeling het meeste effect sorteert. Bij patiënten met psychosen zal vanwege de vaak beperkte werkgeheugencapaciteit wellicht voor minder zware werkgeheugenbelasting gekozen moeten worden.

### *3. Moeite met oogbewegingen*

Het hebben van schizofrenie gaat, zo blijkt uit veel onderzoek, vrij consistent gepaard met beperkte saccadische oogbewegingen (Krebs et al., 2010). Dat zijn bewegingen in een bepaalde richting over een grote hoek, uitgevoerd door beide ogen, waarbij vaak een stimulus wordt gevolgd. Patiënten met schizofrenie bewegen hun ogen hierbij te langzaam of te snel en maken onwillekeurige bewegingen. Deze afwijkingen kunnen wijzen op algemene beperkingen in sensomotorische processen en in de frontale cortex (Lee & Williams, 2000; Reilly, Lencer, Bishop, Keedy, & Sweeney, 2008). Volgens sommigen wijst het specifiek op prefrontale beperkingen met motorinhibitie (Krebs et al., 2010).

Het is ons niet bekend of deze beperkingen een belemmering vormen voor de toepassing van EMDR. Uiteraard zorgen ze voor moeite met het volgen van de vinger tijdens EMDR-sessies. Zoals gezegd, gaat het er tijdens EMDR volgens huidige theorieën bijvoorbeeld om dat het werkgeheugen wordt belast (Andrade et al., 1997; Gunter & Bodner, 2008), en dat heeft niets te maken met hoe vloeiend de oogbewegingen zijn. Ook bij andere theorieën over de werkzame mechanismen, zoals over het op gang brengen van de oriëntatierespons (Lee et al., 2006; MacCulloch & Feldman, 1996), is deze beperking waarschijnlijk niet belemmerend.

### *4. Belemmeringen door antipsychotische medicatie*

Sommige onderzoekers concluderen dat EMDR onder andere via activatie van het cholinerge systeem werkt (Elofsson, Von Schéele, Theorell, & Söndergaard, 2008). Dit systeem heeft te maken met cognitieve functies en is betrokken bij leer- en geheugenprocessen waarbij aandacht een belangrijke rol speelt. Echter, het gebruik van antipsychotische medicatie kan cholinerge receptoren blokkeren, met bijwerkingen als gevolg, zoals een droge mond, obstipatie, snelle hartslag, pupilverwijding of rusteloosheid. Sterker nog, sommige

patiënten ontvangen een speciaal anticholinergicum (bijvoorbeeld Akineton) om bewegingsbijwerkingen van antipsychotica tegen te gaan. EMDR kan daarom minder goed aanslaan, als er door gebruik van medicatie een verminderde capaciteit bestaat om het cholinerge systeem te activeren. Hier is echter nog niets met zekerheid over te zeggen, en toekomstig onderzoek kan hopelijk uitslag geven omtrent de belemmerende rol van medicatie in gevallen waar EMDR wordt toegepast bij patiënten met psychosen. Tot die tijd is het wellicht nuttig om de patiënt te vragen om op de dag van de EMDR-sessie geen Akineton te gebruiken.

##### *5. Verminderde affectieve expressie*

Apathie, anhedonie, verminderde expressie en affectieve vervlakking zijn 'negatieve symptomen' die bij schizofrenie kunnen voorkomen. Hiermee wordt onder andere bedoeld dat patiënten minder in staat zijn om emoties te ervaren. Mogelijk klopt dit ten dele, maar recent onderzoek wijst erop dat het toch vooral lijkt te gaan om een verminderde expressie van emoties (Foussias & Remington, 2010). Er zijn bijvoorbeeld geen aanwijzingen dat patiënten met schizofrenie verminderd in staat zijn om plezier te beleven tijdens een activiteit (Gard, King, Gard, Horan, & Green, 2007). De emotiebeleving is dus meestal intact, maar het uiting eraan geven gaat minder goed (Foussias & Remington, 2010).

Dit probleem maakt het lastig om de emoties van de patiënt in te schatten tijdens EMDR. Soms geeft de patiënt bijvoorbeeld aan dat de SUD erg hoog is, maar tegelijkertijd is er geen stress of ongemak aan diens gezicht af te lezen. Het lijkt wenselijk dat patiënten een bepaald niveau van emoties beleven bij blootstelling aan de herinnering, die echter ook niet te overweldigend moet worden of tot dissociatie moet leiden. Dit staat ook bekend als de 'optimal arousal zone' of de 'window of tolerance' (Ogden & Pain, 2006; Siegel, 1999; Wilbarger & Wilbarger, 1997). Maar dit is moeilijk te observeren als een patiënt zijn emoties niet duidelijk uitdrukt. We raden daarom aan om goed met de patiënt te bespreken wat de verschillende SUD-scores betekenen. Zeg het ook gewoon wanneer je de emoties niet ziet bij de patiënt. Vaak is dit voor hem/haar wel herkenbaar en dan kan een expliciete verkenning tot betere communicatie leiden.

### Conclusies en advies voor behandeling

De interacties tussen trauma, psychose en PTSS zijn complex. Er is sprake van een grote onderlinge beïnvloeding, samenhang en overlap, waardoor deze soms moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Het is duidelijk dat nare levenservaringen een belangrijke rol kunnen spelen in het ontstaan van psychosen.

Door traumatische ervaringen die ten grondslag liggen aan het stemmen horen of aan negatieve conclusies over de eigen persoon (e.g. 'ik ben kwetsbaar') of over anderen (e.g. 'anderen zijn niet te vertrouwen') te behandelen, kan klachtenreductie worden bereikt. Een vervolg met reguliere CGT bij psychosen is vrijwel altijd noodzakelijk.

Daarnaast heeft een aanzienlijk deel van de patiënten met psychosen last van posttraumatische-stressklachten. Wij adviseren deze patiënten te behandelen met op verwerking gerichte CGT of EMDR, zeker wanneer de patiënt hier zelf om vraagt.

Bij het stellen van de diagnose PTSS doet zich een probleem voor: het A-criterium. Een voorwaarde voor de diagnose PTSS is dat de fysieke integriteit van de betrokkene werd bedreigd of dat hij dat van nabij bij een ander heeft gezien. Daarbij diende hij ook te worden overweldigd door gevoelens van angst, afschuwen en hulpeloosheid. Kan er ook sprake zijn van een PTSS als die situatie niet werkelijk bedreigend was, maar alleen als zodanig werd ervaren? Wij menen van wel.

Er zijn veel redenen waarom behandelaars niet naar traumata in de voorgeschiedenis van patiënten met psychosen vragen (zie voor een overzicht Read et al., 2007, p. 104). Een van de belangrijkste is het feit dat veel behandelaars, ten onrechte, vrezen voor de gevolgen van het bespreken van traumata. Daarnaast twifelen veel behandelaars aan het waarheidsgehalte van de herinneringen van patiënten met psychosen. Maar hoewel vervormingen voorkomen, blijken patiënten met schizofrenie betrouwbaar te zijn in de traumata die zij rapporteren. Zij neigen zelfs eerder naar onder- dan overrapportage van traumata (Goodman et al., 1999; Meyer et al., 1996). En hoewel het bekend is dat patiënten niet snel geneigd zijn om uit zichzelf over traumata te beginnen, verwachten zij hier wel door hulpverleners naar gevraagd te worden. De meeste patiënten (en leken) zien traumatische levenservaringen namelijk als de voornaamste oorzaak van psychosen (Read, Rudegeair, & Farrelly, 2006). Het is alleen daarom al nuttig om in de behandeling over traumata te praten.

Wij hopen dat u zich na het lezen van dit artikel iets bewuster zult zijn van de grote rol die nare levenservaringen kunnen hebben in het

leven van mensen met psychosen, dat u sneller aan een PTSS denkt bij patiënten met psychosen en dat u sneller de stap zult zetten naar de behandeling van dergelijke klachten met de door de richtlijn aangewezen psychotherapeutische behandelingen, CGT of EMDR.

---

ABSTRACT In this article we describe three interactions between trauma, psychosis and PTSD:

1. Many patients suffering from psychosis have been traumatized. This trauma often plays an important role in their psychosis and the onset thereof.
2. Having a psychosis and being treated in a psychiatric hospital are traumatic experiences for a lot of patients, and can lead to post-traumatic stress symptoms; and
3. Often psychoses and post-traumatic stress disorder occur jointly, reciprocally influencing one another and leading to ongoing traumatization.

These interactions have a great clinical relevance. In the practice of care for patients with psychosis however there is little attention for traumatization and co-morbid PTSD. EMDR is a treatment approach that is effective in treating traumas and PTSD. Per interaction mentioned above we describe a treatment in which EMDR was used. After this we discuss certain factors that may complicate an EMDR treatment in patients with psychosis, such as ongoing traumatization by psychotic symptoms, cognitive impairments, difficulty with eye movements, barriers due to anti-psychotic medication, and diminished emotional expression.

We end the article with the advise to be aware of the high prevalence of trauma and co-morbid PTSD in the care for patients with psychosis and to treat patients for these complaints.

---

#### Referenties

- American Psychiatric Association (APA; 2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley A (1997). Eye-movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-223.
- Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., et al. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage:

- evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 185(3), 220-226.
- Bendall, S., Jackson, H., Hulbert, C., & McGorry, P. (2007). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, critical review of the evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568-579.
- Bendall, S., McGorry, P., & Krstev, H. (2006). The trauma of being psychotic: an analysis of posttraumatic stress disorder in response to acute psychosis. In: W. Larkin & A.P. Morrison (Eds.), *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy* (pp. 59-100). London: Routledge.
- Bora, E., Yücel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 36-42.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de & Oppenheim, H.J. (2008) (red.). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt Publishers.
- Butler, R., Mueser, K., Sprock, J., & Braff, D. (1996). Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 39(10), 839-844.
- Chen, L., Murad, M., Paras, M., Colbenson, K., Sattler, A., Goranson, E., et al. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinical Proceedings*, 85(7), 618-629.
- Elklit, A., & Shevlin, M. (2010). Female Sexual Victimization Predicts Psychosis: A Case-Control Study Based on the Danish Registry System. *Schizophrenia Bulletin*, 1-6.
- Elofsson, U.O.E., Von Schéele, B., Theorell, T., & Söndergaard, H.P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 622-634.
- Escher, S.D.M. & Romme, M.A.J. (2006). Trauma and hearing voices. In: W. Larkin & A.P. Morrison (Eds.), *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy* (pp. 162-192). London: Routledge.
- Foussias, G. & Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 359-369.
- Frueh, B.C., Grubaugh, A.L., Cusack, K.J., Kimble, M.O., Elhai, J.D., & Knapp, R.G. (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.
- Gaag, M. van der, Valmaggia, L.R., Meer, C.R. van, & Slooff, C.J. (2005). Gedachten uitpluizen: Vaardigheden oefenboek. Cognitieve gedragstherapie bij achterdocht en stemmen. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose, [www.gedachtenuitpluizen.nl](http://www.gedachtenuitpluizen.nl).
- Gard, D.E., King, A.M., Gard, M.G., Horan, W.P., & Green, M.F. (2007).

- Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93, 253-260.
- Goodman, L., Rosenberg, S.D., Mueser, K.T., & Drake, R.E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 685-696.
- Goodman, L., Thompson, K., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K., et al. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 587-599.
- Gunter, R.W. & Bodner, G.E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.
- Hamner, M., Frueh, B., Ulmer, H., Huber, M., Twomey, T., Tyson, C., et al. (2000). Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(4), 217-221.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., et al. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 501-507.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., & Ensink, S. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), 1-9.
- Hout, M. van den, Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.
- Husted, J.A., Ahmed, R., Chow, E.W., Brzustowicz, L.M., & Bassett, A.S. (2010). Childhood trauma and genetic factors in familial schizophrenia associated with the NOS1AP gene. *Schizophrenia Research*, 121(1), 187-192.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., Graaf, R. de, et al. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38-45.
- Jones, S.R. (2010). Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), 566-575.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2006). *Handboek EMDR: een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt publishers.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kingdon, D. & Turkington, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: Preliminary report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 207-211.
- Kilpatrick, D., Saunders, B., Amick-McMullan, A., Best, C., Veronen, L.J., & Resnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the devel-



- opment of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- Krebs, M.O., Bourdel, M.C., Cheriff, Z.R., Bouhours, P., Lôo, H., Poirier, M.F., & Aranado, I. (2010). Deficit of inhibition motor control in untreated patients with schizophrenia: further support from visually guided saccade paradigms. *Psychiatry Research*, in press.
- Lee, K.H. & Williams, L.M. (2000). Eye movement dysfunction as a biological marker of risk for schizophrenia. *Australia and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 34, S91-100.
- Lee, C.W., Taylor, G., Drummond, P.D., & Wiley, J. (2006). The Active Ingredient in EMDR: Is It Traditional Exposure or Dual Focus of Attention? *Clinical Psychology*, 107, 97-107.
- Lommen, M.J. & Restifo, K. (2009). Trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 485-496.
- MacCulloch, M.J. & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitization treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: a theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 571-579.
- McGorry, P., Chanen, A., McCarthy, E., Riel, R., McKenzie, D., Singh, B., et al. (1991). Posttraumatic Stress Disorder Following Recent-Onset Psychosis An Unrecognized Postpsychotic Syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(5), 253-258.
- Meyer, I., Muenzenmaier, K., Cancienne, J., et al. (1996). Reliability and validity of a measure of sexual and physical abuse among women with serious mental illness. *Child Abuse and Neglect*, 20, 213-219.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Aeijaelae, A., & Helenius, H. (1999). Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 343-352.
- Mizrahi, R., Kiang, M., Mamo, D.C., Arenovich, T., Bagby, R.M., Zipursky, R.B., et al. (2006). The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 88(1-3), 111-118.
- Morrison, A. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 257-276.
- Morrison, A.P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.
- Mueser, K.T., Goodman, L.B., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Osher, F.C., Vidaver, R., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493-499.
- Mueser, K. T., Lu, W., Rosenberg, S.D., & Wolfe, R. (2010). The trauma of

- psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research*, 116(2-3), 217-227.
- Mueser, K., Rosenberg, S.D., Goodman, L., & Trumbetta, S. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia research*, 53(1-2), 123-143.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Xie, H., Jankowski, M.K., Bolton, E.E., Lu, W., et al. (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.
- Ogden, P.K.M. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York: WW Norton & Company.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S., & Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- Read, J., Bentall, R., & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(4), 299-310.
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101-110.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., et al. (2006). Prejudice and schizophrenia. A review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303-318.
- Read, J., Os, J., Morrison, A., & Ross, C. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- Read, J., Perry, B.D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumatic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64(4), 319-345.
- Read, J., Rudegeair, T., & Farrelly, S. (2006). Relationship between child abuse and psychosis. In: W. Larkin and A.P. Morrison (Eds.), *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy* (pp 23-57). London: Routledge.
- Reilly, J.L., Lencer R., Bishop, J.R., Keedy, S., & Sweeney, J.A. (2008). Pharmacological treatment effects on eye movement control. *Brain and Cognition*, 68, 415-435.
- Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (eerste revisie 2010). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- Romme, M., & Escher, A. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455-475.
- Shaw, K., McFarlane, A., & Bookless, C. (1997). The phenomenology of

traumatic reactions to psychotic illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(7), 434-441.

Siegel, D. (1999). *The developing mind*. New York: The Guilford Press.

Sloan, P. (1988). Post-traumatic stress in survivors of an airplane crash-landing: A clinical and exploratory research intervention. *Journal of Traumatic Stress*, 1(2), 211-229.

Stampfer, H.G. (1990). 'Negative symptoms': a cumulative trauma stress disorder? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 24(4), 516-528.

Wilbarger, P. & Wilbarger, J. (1997). Sensory defensiveness and related social/emotional and neurological problems. Van Nuys, CA: Wilbarger.