



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

PTSS-behandeling bij psychosen, gewoon doen!

In het leven van de meerderheid van de cliënten met psychosen is er sprake van traumatisering. Een flink deel van deze mensen heeft naast de psychose last van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Veel van deze cliënten vragen om behandeling van de nare intrusieve herbelevingen en bijkomende verschijnselen van de PTSS. Deze behandeling krijgen zij echter niet (Chessen, Comtois & Landes, 2011). Sterker nog, het spreken over traumatische ervaringen wordt doorgaans ontmoedigd. PTSS-klachten zijn vaak langdurig en een onbehandelde comorbide PTSS heeft een negatief effect op de psychotische symptomen. (Mueser, Lu, Rosenberg & Wolfe, 2010). Veel cliënten verkeren daardoor in een machteloze situatie, waarin zij 'stabiel instabiel' zijn. Hun behandelaren, die de PTSS niet diagnosticeren of niet durven te behandelen, zien dit aan en ook zij voelen zich machteloos.

In dit artikel beschrijven wij de resultaten van een pilotstudy betreffende de behandeling met Eye Movement Desensitisation and Reprocessing van 27 mensen met een psychotische stoornis en een PTSS (zie ook Van den Berg & Van der Gaag, 2012).

TRAUMA EN PTSS BIJ PSYCHOSEN

Factoren als opgroeien in armoede, leven in een grote stad en onderdeel zijn van een minderheidsgroepering verhogen de kans op het krijgen van psychotische symptomen later in het leven (Van Os, Kenis & Rutten, 2010). Ook traumatische ervaringen spelen een grote rol in het ontstaan en in stand houden van psychosen. Een groot deel van de cliënten met een psychotische stoornis is in de kindertijd slachtoffer geweest van seksueel misbruik (48% van de vrouwen en 28% van de mannen) of ernstige fysieke mishandelingen (48% van de vrouwen en 50% van de mannen; Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005). Ook later in het leven zijn deze mensen vaak slachtoffer van geweld. Er is hierbij sprake van een 'dosis-responseffect'. Hoe frequenter en erger de traumatisering, hoe groter de kans op psychose en hoe slechter de prognose (Janssen et al., 2004; Galletly, Van Hooff & McFarlane, 2011). Mensen met psycho-

sen zien zelf dan ook vaak een relatie tussen hun trauma's en latere psychotische klachten. Niemand wordt van de ene op de andere dag ernstig psychotisch wakker. Vaak heeft men geleerd anderen te wantrouwen of is men angstig geworden na een traumatische ervaring. Voor een uitgebreide beschrijving van de interacties tussen trauma, psychose en PTSS zie Van den Berg, Van der Vleugel en Starling (2010).

Gemiddeld heeft zo'n dertig procent van de cliënten met een psychotische stoornis tevens last van een PTSS (Achim et al., 2011; Buckley, Miller, Lehrer & Castle, 2009; Frueh et al., 2005; Lu et al., 2011; McGorry et al., 1991; Meyer, Taiminen, Vuori, Äijälä & Helenius, 1999; Mueser et al., 1998; Shaw, McFarlane, Bookless & Air, 2002). De meeste cliënten geven aan dat zij graag behandeld willen worden voor deze PTSS-klachten.

HUIDIGE STAND VAN ZAKEN IN DE PSYCHIATRIE

Wat PTSS betreft doen er zich twee problemen voor bij cliënten met een psychotische stoornis. Allereerst is er sprake van een sterke onderdiagnostiek. Behandelaren vragen de traumageschiedenis vaak niet uit, waardoor beschadigende ervaringen onderbelicht blijven. Behandelaren die een ernstige psychische aandoening zoals schizofrenie vaststellen, hebben de neiging geen verdere diagnostiek te doen. Dit noemt men het 'troefkaartfenomeen' (Cusack, Wells, Crubaugh, Hiers & Frueh, 2007). Behandelaren hebben het druk en twijfelen nogal eens aan het belang van beschadigende levenservaringen voor het mede ontstaan van psychotische verschijnselen wanneer zij een sterk eenzijdig biogenetische opvatting hebben (Frueh, Cusack, Grubaugh, Sauvageot & Wells, 2006; Young, Read, Barker-Collo & Harrison, 2001). Om uiteenlopende redenen wordt een comorbide PTSS in de meeste gevallen in ieder geval niet vastgesteld (Howgego et al., 2005; Lommen & Restifo, 2009; Mueser et al., 1998).

Indien men de diagnose PTSS wel stelt, krijgen de cliënten meestal geen adequate behandeling. Veel hulpverleners veronderstellen dat cliënten met psychosen zullen desintegreren bij oplopende spanning. Dit is het tweede probleem: er is sprake van een sterke mate van onderbehandeling van PTSS in cliënten met psychosen. Zaken als angst en het niet geloven dat behandeling bij deze groep mensen mogelijk is, spelen hierbij een belangrijke rol (Frueh et al., 2006; Salyers, Evans, Bond & Meyer, 2004). Er bestaat geen wetenschappelijke evidentie dat het behandelen van PTSS bij mensen met psychosen ineffectief of gevaarlijk is, evenmin bestaat er bewijs dat behandeling wel goed mogelijk is. Dit is het gevolg van

het feit dat psychose steevast als exclusiecriteria wordt gehanteerd bij studies naar de effectiviteit van behandelingen voor PTSS (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005; Spinazzola, Blaustein & Van der Kolk, 2005).

CASUS

Joep is een 46-jarige, zelfstandig wonende man. Hij is al meer dan 25 jaar in behandeling voor schizofrenie en gebruikt ongeveer net zo lang antipsychotische medicatie. Hij heeft nog steeds last van stemmen en is achterdochtig. Joep is vele malen opgenomen geweest. Hij hoort de stem van zijn vader en twee onbekende stemmen. Vroeger waren deze continu aanwezig. Gemiddeld hoort hij de stemmen nu om de dag ongeveer een uur lang. Deze schelden hem uit, bedreigen hem en maken vernederende opmerkingen. Joep heeft er zo goed en zo kwaad als het gaat mee leren leven. Hij is angstig op straat, maar gaat wel naar de supermarkt en eenmaal per week naar een activiteitscentrum. Verder leidt hij een teruggetrokken bestaan.

Joep heeft veel last van nachtmerries, die zich gemiddeld vijf keer per week voordoen. De inhoud wisselt, maar het betreft altijd dromen waarin hij wordt aangevallen. Overdag piekert hij vaak over zijn verleden. Hij heeft veel nare dingen meegemaakt, waaronder een ernstige suïcidepoging waaraan hij blijvende pijnklachten over heeft gehouden. Het meeste piekert hij echter over zijn jeugd en dan met name over de ernstige fysieke mishandelingen door zijn vader. Vader mishandelde Joep en zijn jongere broertje regelmatig en gebruikte hierbij ook voorwerpen zoals een riem of een biljartkeu. Joep vermijdt zaken die hem aan zijn jeugd doen denken. Hij draagt nooit een riem, kan slecht tegen geweld op televisie, durft geen foto's van vroeger te bekijken en heeft al het contact met zijn familie verbroken. Hij slaapt slecht, heeft concentratie- en geheugenproblemen en voelt zich erg prikkelbaar. Joep ziet zelf een duidelijke relatie tussen zijn trauma's en zijn psychotische klachten.

Joep vraagt al jaren om behandeling voor de PTSS-klachten die hij sinds zijn zestiende heeft. Meer dan tien jaar geleden heeft hij een aantal gesprekken met een psycholoog gehad. Deze probeerde hem denk-stopmechanismen en ontspanningsoefeningen aan te leren. Dit had geen effect. Joep krijgt van zijn psychiater benzodiazepinen die hij kan gebruiken om wat rustiger te worden als hij veel last heeft van herbelevingen. Omdat zijn behandelaar vermoedt dat er sprake is van een PTSS en Joep graag behandeling wil, meldt hij Joep aan voor PTSS-behandeling.

TREATING TRAUMA IN PSYCHOSIS (TTIP) PILOTSTUDY

Enkele bemoedigende studies werden uitgevoerd waarin PTSS werd behandeld bij cliënten met psychotische stoornissen (Frueh et al., 2009; Jackson et al., 2009; Mueser et al., 2008; Trappler & Newville, 2007). Drie van deze studies gebruikten echter aangepaste protocollen waarin directe confrontatie met de trauma's (exposure, het werkzame onderdeel) werd vermeden. De nadruk lag op stabiliserende technieken en cognitieve herevaluatie van de trauma's. De effecten vielen dan ook tegen. Frueh et al. (2009) gebruikten wel exposure, maar de deelnemers moesten eerst veertien stabilisatiesessies bijwonen. De uitval tijdens de stabilisatiefase was erg hoog (35%) en de ernst van de PTSS-klachten bleef gelijk. Tijdens de maximaal acht exposuresessies die daarop volgden, was er geen uitval en namen PTSS-symptomen significant af.

Het voorgaande bevestigde onze klinische ervaring. Wij wilden daarom onderzoeken wat het effect zou zijn van een op verwerking gerichte behandeling zoals exposure of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), zonder dat deze voorafgegaan werd door een stabilisatiefase en zonder het standaardprotocol aan te passen. Zou dat effectief en veilig zijn? Wij besloten tot een open pilotstudy met toepassing van EMDR. Wij vonden negen in EMDR geschoolde therapeuten met ervaring in het behandelen van mensen met psychosen bereid deel te nemen.

Inclusiecriteria:

- 1 een vastgestelde diagnose in het psychosespectrum;
- 2 PTSS.

Exclusiecriteria:

- 1 jonger dan 18 jaar;
- 2 lage intelligentie;
- 3 geen beheersing van de Nederlandse taal.

In tabel 1 staan de meetinstrumenten (zie Van den Berg & Van der Gaag, 2012) voor een overzicht van de psychometrische eigenschappen van de gebruikte meetinstrumenten). Daarnaast werden negatieve gebeurtenissen wekelijks door de therapeut uitgevraagd en genoteerd indien deze zich voordeden.

TABEL 1
Tests die voor en na de behandeling afgenomen werden

Test	Meet	Vorm	Meetmoment
Demografische gegevens		Interview	t = 0
Klinisch Interview voor PTSS (KIP)	PTSS-diagnose en de ernst van de PTSS	Interview	t = 0 en t = 1
PSS-SR (PTSS-klachtenschaal)	PTSS	Self report	t = 0 en t = 1
Beck Depression Inventory (BDI-II)	Depressie	Self report	t = 0 en t = 1
Beck Anxiety Inventory (BAI)	Angst	Self report	t = 0 en t = 1
Self-Esteem Rating Scale-Short Form (SERS-SF)	Zelfbeeld	Self report	t = 0 en t = 1
Beck Hopelessness Scale (BHS)	Hopeloosheid	Self report	t = 0 en t = 1
Green et al., Achterdochtige Gedachten Schaal (GPTS, indien wanen actief aanwezig)	Waanachtig denken	Self report	t = 0 en t = 1
Auditory Hallucination Scale (AHRs, indien hallucinaties actief aanwezig)	Hallucinaties	Interview	t = 0 en t = 1
Delusion Rating Scale (DRS, indien wanen actief aanwezig)	Wanen	Interview	t = 0 en t = 1

De deelnemers kregen na de voormeting een maximumdosis van zes EMDR-sessies van maximaal 90 minuten. Hierbij werden het standaardprotocol van EMDR en de standaardprocedure van casus-conceptualisatie gebruikt (De Jongh & Ten Broeke, 2003; Shapiro, 1995). Daarna volgde de nameting.

CASUS: DE BEHANDELING VAN JOEP

Uit het Klinisch Interview voor PTSS (KIP) blijkt dat de klachten van Joep voldoen aan de DSM-IV-TR criteria van een PTSS. De score van het KIP wijst op een ernstige PTSS. De therapeut geeft Joep

informatie over deze diagnose en over EMDR. Hij stemt in met deelname aan de studie. Joep en zijn therapeut noteren de traumatische ervaringen waarvan hij de laatste tijd de meeste herbelevingen heeft. Ze komen tot vier specifieke ervaringen die hiërarchisch geordend worden van meest vervelend naar minst vervelend om in het heden aan terug te denken. De spanning hierbij geven zij een score van 0–100%.

- 1 Mijn vader mishandelt mij met een riem, vader ziet eruit als een razende gek — 95%.
- 2 Vader slaat mij met een biljartkeu op mijn hoofd — 90%.
- 3 Ik probeer mijn kamerdeur dicht te houden door de kast ervoor te schuiven, mijn vader duwt zo hard dat de hele kast op mij valt — 90%.
- 4 Ik zie dat mijn vader mijn broertje slaat met een pollepel, ik ben verstijfd en kan niks doen — 80%.

Een voor een worden deze ervaringen met EMDR behandeld. De therapeut vraagt Joep hierbij de gebeurtenis kort te beschrijven. Daarna bepalen zij gezamenlijk welk stilstaand geheugenbeeld van de gebeurtenis (het ‘targetbeeld’) in het heden de meeste spanning oproept. Bij het eerste trauma is dat het moment vlak voordat de riem op Joeps schouderblad neerkomt. Met name de bizarre blik van vader roept veel emotie op. Ze bepalen daarna wat maakt dat dit plaatje nog zo naar is om naar te kijken. Dat zijn met name de gevoelens van onveiligheid en machteloosheid die Joep ervaart wanneer hij naar het beeld kijkt. De desensitisatie wordt gestart. Joep moet zich op het meest nare beeld van het meest nare trauma concentreren terwijl hij de vingers van de therapeut moet volgen met zijn ogen. Tussen deze afleidende stimuli door moet Joep rapporteren wat er in hem opkomt. Bij elke cliënt verloopt dit anders. Bij Joep verloopt dit proces erg beeldend. De therapeut doet niets en laat Joep het proces gewoon doorlopen. De ‘kleine Joep’ in het targetbeeld begint zich al snel te verweren tegen vader. Hij vecht van zich af en gebruikt wapens om vader te vermoorden, niet een keer, maar wel tien keer. Er treden ook cognitieve veranderingen op. Joep begint te beseffen dat hij toen klein en kwetsbaar was, maar dat hij nu een sterke en volwassen man is, terwijl zijn vader nu juist een bejaarde man is. De spanning daalt gedurende de eerste sessie van 10 naar 0. Joep concludeert dat hij een overlever en een vechter is.

In vier sessies worden de overige drie ervaringen behandeld met EMDR. De laatste sessie besteden zij aan de suïcidepoging. Na zes sessies sluiten Joep en zijn therapeut de EMDR-behandeling af.

Joep heeft bij de nameting al ruim twee weken geen nachtmerries meer gehad en hij slaapt beter. Zijn klachten, gemeten met het KIP, voldoen niet meer aan die van een PTSS. Zeer opmerkelijk is het feit dat hij bij de nameting aangeeft de laatste twee weken geen stemmen meer gehoord te hebben. Joep zelf zegt hierover dat hij de stemmen gemakkelijker kon negeren na de EMDR. Hij beseftte ook dat de stem van zijn vader nog steeds klonk als de jonge versie van zijn vader. Joep benadrukt dat hij definitief inzag dat de stemmen eigenlijk een soort geheugenflarden waren die hij hardop hoorde. Dit zorgde voor een sterke afname van gevoelens van onveiligheid in het heden.

RESULTATEN TTIP PILOTSTUDY

We includeerden 27 cliënten in de pilotstudy. Zie tabel 2 voor de demografische gegevens van de deelnemers. 5 deelnemers (18,5%) stopten de behandeling vroegtijdig. Geen van deze deelnemers stopte vanwege een verslechtering van klachten of andere negatieve gebeurtenissen. De deelnemers kregen gemiddeld 4,72 sessies EMDR. Slechts 5 van de 22 deelnemers (22,7%) die de behandeling afmaakten, hadden na behandeling nog klachten die voldeden aan de DSM-IV-TR criteria van een PTSS, gemeten met het KIP. De ernst van de PTSS nam in deze groep gemiddeld met 42,4 procent af. Ook gemeten met de PTSS-klachtenschaal verbeterden de PTSS-klachten aanzienlijk. In tabel 2 staan de resultaten weergegeven.

Depressiesymptomen (BDI-II), angstsymptomen (BAI) en zelfbeeld (SERS-SF) verbeterden significant. De behandeling had geen effect op gevoelens van hopeloosheid (BHS) en waanachtig denken, gemeten met de GPTS. Stemmen en wanen waren niet normaal verdeeld in de onderzoeksgroep, omdat niet alle deelnemers psychotische symptomen hadden bij aanvang van de behandeling. Acht deelnemers hallucineerden minimaal wekelijks en slechts vijf deelnemers hadden een waan. De EMDR-behandeling verergerde de psychotische klachten niet. De behandeling had een gunstig effect op hallucinaties en wanen. De Wilcoxon Signed Rank Tests lieten kleine, maar significante verminderingen zien van auditieve hallucinaties op de AHRS ($z = -2.17, p < .030, r = .30$), wanen op de DRS ($z = -2.02, p < .043, r = .28$) en op de totale PSYRATS-score ($z = -2.67, p < .008, r = .36$). Van de acht wekelijkse stemmenhoorders bleken er na behandeling vijf geen stemmen meer te horen. Hoe dit kan, weten wij niet en is onderwerp voor toekomstig onderzoek.

TABEL 2
Demografische gegevens van de 27 deelnemers

Demografie		Frequency (n = 27)
Gemiddelde leeftijd	45.00 (SD = 9.37)	
Gemiddelde duur psychotische symptomen	13.48 jaar (SD = 12.07)	
Gemiddelde duur PTSS-symptomen	13.50 jaar (SD = 10.25)	
Trauma oorzaak PTSS	Seksueel misbruik	6
	Fysieke mishandeling	8
	Psychische mishandeling	1
	Psychose of behandeling	8
	Andere oorzaken, zoals ongelukken of rampen	4
Sekse	Man	15
	Vrouw	12
Leefsituatie	Met partner en kind(eren)	5
	Met partner	1
	Alleen, zelfstandig	16
	Beschermd of begeleid	4
	Dakloos	1
Etniciteit	Nederlands (westers)	17
	Niet-westers of immigrant	10
Psychotische stoornis (dossier)	Schizofrenie	6
	Schizoaffectieve stoornis	6
	Waanstoornis	1
	Psychotische stoornis niet anders omschreven	14
Middelenmisbruik en afhankelijkheid	Misbruik	2
	Afhankelijkheid	3
Medicatie	Antipsychotische medicatie	25
	Antidepressieve medicatie	8
	Lithium	3
	Benzodiazepinen	10

Behandeling van PTSS zorgt bij de meeste mensen voor een tijdelijke toename van spanning en dus ook bij mensen met psychosen. Driemaal gaf een deelnemer aan tijdens een sessie geen EMDR te

TABEL 3

Paired samples t-teststatistieken voor de gemiddelde verandering in scores tussen de voor- en nameting. Intention to treat analysis met last observation carried forward (n = 27).

	Gemiddelden voormeting (SD)	Gemiddelden nameting (SD)	t	Sign. (tweezijdig) $\alpha = .005$	Effect- grootte Cohen's d
KIP totaalscore	72.89 (19.41)	41.96 (29.29)	6.03	.000	1.16
PSS-SR totaalscore	29.81 (9.57)	20.37 (11.96)	5.40	.000	1.04
BDI-II	28.30 (9.30)	22.04 (10.66)	4.41	.000	.85
BAI	48.41 (13.83)	41.74 (14.55)	4.09	.000	.79
SERS-SF	.46 (21.97)	5.15 (23.57)	-2.16	.041	.42
BHS	10.41 (2.53)	8.89 (5.75)	1.32	.198	.25
GPTS	73.04 (35.66)	67.92 (35.72)	1.51	.144	.31

willen in verband met toegenomen spanningen. Telkens bleek een gesprek waarin toegenomen spanning werd genormaliseerd voldoende om de deelnemer weer een gevoel van controle te laten ervaren. Tweemaal belde een deelnemer zijn hulpverlener om toegenomen spanningen te bespreken. Ook hier was een gesprek voldoende om de deelnemer gerust te stellen en gemotiveerd te houden voor de behandeling. Een deelnemer met een verleden van middelenmisbruik maakte een eenmalige uitglijder in drugsgebruik mee. Verder was er geen sprake van negatieve gebeurtenissen, zoals agressie-incidenten, suïcidepogingen, suïcides, automutilatie of ziekenhuisopnames.

DISCUSSIE

PTSS bleek in dit cohort effectief en veilig behandeld te kunnen worden met een standaard EMDR-behandeling. De pilotstudy heeft echter vele methodologische beperkingen, waardoor wij de resultaten met enige terughoudendheid moeten interpreteren. Er was geen controlegroep en we verrichtten geen follow-upmetingen. Hierdoor kunnen we niet zeker weten of het effect dat we vinden het gevolg is van de behandeling en of dit effect ook blijvend is. We gebruikten voor de psychose de dossierdiagnose. Veertien deelnemers hadden een psychotische stoornis niet anderszins omschre-

ven in hun dossier staan, terwijl dit in veel gevallen waarschijnlijk eigenlijk een diagnose schizofrenie zou moeten zijn wanneer we kijken naar de gemiddelde duur van de klachten (13,5 jaar). Een belangrijke beperking is het feit dat de therapeut de metingen verrijktte en dat er geen interbeoordelaar betrouwbaarheidsmetingen zijn verricht.

De resultaten rechtvaardigen wel de uitvoering van een RCT naar het effect van op verwerking gerichte therapieën voor PTSS bij mensen met psychosen. Stabiliserende interventies die het behandelproces vertragen waren in dit cohort overbodig. In tegenstelling tot wat veel mensen denken, had de behandeling juist een positief effect op overige symptomen, zoals auditieve hallucinaties, wanen, depressies en angst, en een positieve invloed op het zelfbeeld. De behandeling had geen significant effect op gevoelens van hopeloosheid en op paranoïde gedachten. Hoe het kan dat psychotische klachten verminderen na een op PTSS-gerichte behandeling onderzoeken wij momenteel in een gerandomiseerde effectstudie.

CONCLUSIES EN BEHANDELADVIES

Trauma speelt, net als bij andere mensen, een grote rol in het leven en de klachten van mensen met psychosen. Veel cliënten leggen zelf een relatie tussen hun levenservaringen en hun latere psychotische klachten. Een significant deel van de cliënten met psychosen heeft tevens last van een comorbide PTSS. Net als andere mensen kunnen mensen met psychosen hier doorgaans gewoon effectief en veilig voor behandeld worden. Behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg doen er goed aan om de traumageschiedenis structureel bij iedere cliënt uit te vragen, een eventuele PTSS te diagnosticeren, de cliënt voor te lichten over behandelmogelijkheden en, indien de cliënt dit wil, deze hier ook voor te behandelen. Die behandeling kan bestaan uit EMDR of exposure, zoals de richtlijnen voorschrijven (Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen, 2010). Wees dapper! (Van Minnen, 2011).

Dit artikel is een bewerking van een Engelstalig artikel over deze pilotstudy (Van den Berg & Van der Gaag, 2012).

We danken de deelnemende therapeuten : Petra Bervoets, Gitty de Haan, Jevgenia Tatkova & Roos de Valk (Parnassia); Evelien Kooijmans & Tamara Verstegen (Pro Persona); Helga Smidman & Berber van der Vleugel (GGZ Noord-Holland-Noord); en Anton Staring (BavoEuropoort).

DRS. DAVID VAN DEN BERG EN DR. MARK VAN DER GAAG zijn verbonden aan Parnassia divisie volwassenen, Den Haag. Mark van der Gaag is ook verbonden aan de Vrije Universiteit en Emgo+ Instituut voor onderzoek naar gezondheid en zorg, Amsterdam.

Referenties

- Achim, A.M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C. & Roy, M.A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 811–821.
- Berg, D.P.G. van den & Gaag, M. van der (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 664–671.
- Berg, D.P.G. van den, Vleugel, B.M. van der & Staring, A.B.P. (2010). Trauma, psychose, PTSS en de toepassing van EMDR. *Directieve Therapie*, 4, 303–328.
- 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.
- Buckley, P.F., Miller, B.J., Lehrer, D.S. & Castle, D.J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402.
- Chessen, C.E., Comtois, K.A. & Landes, S.J. (2011). Untreated posttraumatic stress among persons with severe mental illness despite marked trauma and symptomatology. *Psychiatric Services*, 62(10), 1201–1206.
- Cusack, K.J., Wells, C.B., Grubaugh, A.L., Hiers, T.G. & Frueh, B.C. (2007). An update on the South Carolina trauma initiative. *Psychiatric Services*, 58(5), 708–710.
- Frueh, B.C., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A. & Wells, C. (2006). Clinicians' perspectives on cognitive-behavioral treatment for PTSD among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57(7), 1027–1031.
- 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.
- Frueh, B.C., Knapp, R.G., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A., Cousins, V.C., ... Hiers, T.G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123–1133.
- Galletly, C., Van Hooff, M. & McFarlane, A. (2011). Psychotic symptoms in young adults exposed to childhood trauma: A 20 year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 127, 76–82.
- Green, C.E., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G. & Garety, P.A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: the Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38(1), 101–111.
- Howgego, I.M., Owen, C., Meldrum, L., Yellowlees, P., Dark, F. & Parslow, R. (2005). Posttraumatic stress disorder: An exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. *BMC Psychiatry*, 5(1), 21–38.
- Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., ... Birchwood, M. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotict trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 454–462.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., Graaf, R. & Os, J. van (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38–45.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2003; derde druk 2006). *Handboek EMDR*:

- Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma. Amsterdam: Harcourt publishers.
- 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.
- Lu, W., Mueser, K.T., Shami, A., Siglag, M., Petrides, G., Schoepp, E. ... & Saltz, J. (2011). Posttraumatic reactions to psychosis in people with multiple psychotic episodes. *Schizophrenia Research*, 127, 66-75.
- McGorry, P.D., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D. & Singh, B.S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis an unrecognized postpsychotic syndrome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(5), 253-258.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Äijälä, 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(6), 343-352.
- Minnen, A. van (persoonlijke communicatie, 02-09-2011).
- Mueser, K.T., Goodman, L.B., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Osher, F.C., Vidaver, R., ... & Foy, D.W. (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.T., Rosenberg, S.D., Xie, H., Jankowski, M.K., Bolton, E.E., Lu, W., ... Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271.
- Os, J. van, Kenis, G. & Rutten, B. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212.
- Read, J., Van 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.
- Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (eerste revisie 2010). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. www.ggzrichtlijnen.nl.
- Salyers, M.P., Evans, L.J., Bond, G.R. & Meyer, P.S. (2004). Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness: Clinician perspectives. *Community Mental Health Journal*, 40(1), 17-31.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shaw, K., McFarlane, A.C., Bookless, C. & Air, T. (2002). The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 39-47.
- Spinazzola, J., Blaustein, M. & Van der Kolk, B.A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 425-436.
- Trappler, B. & Newville, H. (2007). Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatry Q*, 78, 317-325.
- Young, M., Read, J., Barker-Collo, S. & Harrison, R., (2001). Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 407-414.