



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

Maar dat kunnen ze toch helemaal niet aan?!?

Over het recht op een protocollaire behandeling van PTSS bij psychose

Als behandelaar weet je tegenwoordig altijd precies wat je moet doen: voor elke klacht of probleem is een multidisciplinaire richtlijn, waarin jaarlijks de nieuwste aanbevelingen voor de behandelaars op een rijtje zijn gezet (zie www.ggzrichtlijnen.nl). Toch worden bewezen effectieve interventies lang niet allemaal geïmplementeerd en is het uitvoeren van een behandeling volgens protocol in de klinische praktijk niet vanzelfsprekend. Zo bleek bijvoorbeeld uit een onderzoek binnen een Nederlandse ggz-instelling dat nog geen 15% van de geïndiceerde *evidence-based* interventies bij patiënten met schizofrenie daadwerkelijk werd aangeboden, terwijl de middelen daarvoor wel aanwezig waren (Wolters, Swart, Knegtering, Bruggeman, & Castelein, 2013). Er zijn vele redenen te bedenken om van richtlijnen af te wijken. Zonder volledig te willen zijn noemen we er enkele. De patiënt in de spreekkamer is lang niet altijd de 'ideale' patiënt. Hij rapporteert bijvoorbeeld wel symptomen, maar stelt niet de juiste hulpvraag. Hij heeft niet de motivatie voor behandeling waar het behandelprotocol voor dat symptoom of die stoornis op geënt is. De patiënt voldoet vaak ook niet aan de inclusiecriteria die gehanteerd werden in het onderzoek naar de effectiviteit van de interventie, waardoor we denken dat de positieve onderzoeksbevindingen niet generaliseerbaar zijn naar deze doorsnee patiënt. Als er sprake is van comorbiditeit, wordt vaak aangenomen dat bestaande protocollen moeten worden aangepast, omdat de patiënt te kwetsbaar of beperkt is om het standaardprotocol te ondergaan. Soms wordt zo veel tijd gestoken in het ontwikkelen van een vertrouwensrelatie alvorens tot behandeling over te gaan, dat van uitstel afstel komt. De relatie is bijvoorbeeld 'broos', en gevreesd wordt dat als patiënt 'aan het werk' wordt gezet, hij zal afhaken. Ook komt vaak voor dat de patiënt min of meer stabiel is en iedereen (behandelaar én patiënt) bezorgd is het wankel evenwicht te verstoren door te behandelen. Zeker bij patiënten met chronische psychische aandoeningen is het vertrouwen in behandel mogelijkheden bij behandelaars én patiënten beperkt.

In de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen als schizofrenie werken de meeste behandelaars vanuit een cognitief gedragstherapeutisch kader. Voor psychotische klachten zijn cognitief gedragstherapeutische behandelprotocollen beschikbaar die zich richten op de kernsymptomen zelf, zoals achterdocht of stemmen die angst of schaamte opwekken, of problemen die ermee samenhangen, zoals een negatief zelfbeeld of demoralisatie (van der Gaag, Staring, van den Berg, & Baas, 2013). Als er sprake is van een comorbide as-I-stoornis kan men terugvallen op andere behandelprotocollen (zie bijvoorbeeld: Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2011). In de praktijk weten we als behandelaars vaak niet wat we kunnen verwachten van de effectiviteit van de standaard behandelprotocollen bij deze doelgroep.

In de afgelopen jaren is er meer aandacht gekomen voor de comorbiditeit van traumatisering en posttraumatische stressklachten bij mensen met psychosen. De Richtlijn Angststoornissen (2013) beschrijft dat er effectieve behandelprotocollen zijn voor mensen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS), te weten EMDR en traumagerichte cognitieve gedragstherapie, waar *exposure* in ieder geval deel van uit moet maken. De hamvraag is: krijgen patiënten met zowel een psychotische stoornis als een PTSS deze richtlijnbehandelingen aangeboden? Tijdens de opleiding op de universiteit en in de gz-opleiding hebben we het vooroordeel geleerd dat het bespreken van trauma's gevaarlijk kan zijn bij deze populatie. Het kan leiden tot psychose, suïcidaliteit, middelenmisbruik, agressie en andere narigheid. Ook bij de protocollen zelf stond vermeld dat een psychotische stoornis een exclusiecriteria was. De behandelaar die het risico toch aandurfde, viel het niet mee de behandeling daadwerkelijk uit te voeren. Mensen die deel uitmaken van het persoonlijke steunsysteem rond een patiënt (zoals familieleden, maar ook persoonlijk begeleiders of hulpverleners) hebben vaak een beschermende houding, omdat ze de patiënt willen behoeden voor terugval of overbelasting. Zij adviseren de patiënt het toch vooral rustig aan te doen, blij te zijn met wat wel goed gaat en de blik te richten op de toekomst in plaats van op het verleden. Hoewel de comorbiditeit van psychose en PTSS aanzienlijk is, worden de PTSS-klachten nauwelijks behandeld (Lommen & Restifo, 2009; Read, Hammersley & Rudegeair, 2007).

Vanuit het idee dat dit beter moest kunnen is een klinische trial gestart: *Treating Trauma in Psychosis (T.TIP; de Bont et al., 2013)*. In dit onderzoek kregen mensen met een psychotische stoornis en een comorbide PTSS acht sessies EMDR of Prolonged Exposure. Voor de duidelijkheid: hier werden écht de standaard basisprotocollen toegepast, zonder aanpassingen, extra handelingen of voorbereidende stabilisatiefase. De behandeling bestond uit acht sessies van

90 minuten. Dat dit goed afgelopen is, kunt u elders nalezen (van den Berg et al., 2015).

In dit artikel presenteren we geen wetenschappelijke resultaten, maar ervaringen van een behandelaar. Ook deze behandelaar had last van angst, vermijding en soms oplopende *arousal*, want het écht doen is wel spannend! Aan de hand van een aantal casussen wordt besproken wat deze behandelaar meemaakte binnen de PTSS-behandeling van patiënten die ook een psychotische stoornis hebben.

IS TRAUMABEHANDELING BIJ MENSEN MET EEN PSYCHOTISCHE STOORNIS ANDERS?

EEN VALSE START EN HALLUCINATIES TIJDENS EMDR

Mohammed is een 48-jarige man van Turkse komaf met drie diagnoses. In zijn dossier staan de diagnoses schizofrenie en obsessieve-compulsieve stoornis. Onverwachts blijkt hij ook nog te voldoen aan de criteria van een PTSS. Hij heeft herbelevingen van een seksueel trauma in zijn jeugd en van het horen van een stem die hem uitscheldt. EMDR wordt gestart: de naaste herinnering is voor Mohammed het moment dat hij een stem hoorde die hem uitschold. Het proces komt niet op gang. Hij lijkt in een intrusie te blijven hangen, en steeds als hij het herinneringsbeeld op-nieuw moet beoordelen, blijken de *subjective units of distress* (SUD's) onverminderd hoog. Na twee sessies wordt in gezamenlijkheid besloten een ander beeld te kiezen: de jeugdherinnering waarin patiënt seksueel werd benaderd. De procedure verloopt nu wel op voorspoedige wijze. Tijdens de oogbewegingen krijgt patiënt plotseling een beeld van de duivel voor zich, die zich in het rood aan hem opdringt. Hij springt van zijn stoel. In een reflex springt behandelaar mee op en staat naast hem, wapperend met haar hand. Zij spreekt patiënt toe: 'We kunnen gewoon doorgaan. Je bent met mij in de kamer. Je bent nu veilig. We kunnen weer gaan zitten.' Mohammed blijft oogbewegingen maken en de procedure gaat 'gewoon' verder. Bij de nabespreking zegt hij dat de woorden van de behandelaar voor hem voldoende waren om verder te kunnen.

Hoe moeten we deze hallucinatie duiden? Bij nabespreking in de supervisie is er overeenstemming dat behandelaar 'per ongeluk' goed gehandeld heeft. De hallucinatie was blijkbaar onderdeel van de associatieketen en er moest dus juist verdergegaan worden met de procedure om het proces van desensitisatie te vervolgen. Na de

voorgescreven acht T.TIP-sessies is er sprake van enige daling in de PTSS-klachten. De intrusie treedt nog steeds op.

De eerste moeizame start, waarbij psychose en herbelevingen zo'n web vormen dat niet duidelijk is wat wat is, kan een obstakel vormen bij de behandeling van deze patiëntengroep. Het is lastig om onderscheid te maken tussen hallucinaties en herbelevingen. Bij het opstellen van de casusconceptualisatie lijkt het handig en verstandig om zo veel mogelijk vast te blijven houden aan de verbinding tussen een specifieke herinnering en huidige klachten.

Dat ook hallucinaties deel kunnen uitmaken van een desensitatieproces, blijkt uit bovenstaande casus. De enige manier om duidelijk te krijgen hoe dergelijke symptomen moeten worden begrepen, is erover in gesprek gaan met de patiënt, en het beloop van de behandeling te bespreken met een supervisor of collega.

IMAGINAIRE EXPOSURE BIJ EEN GECOMPLICEERD TRAUMA

Hannie, een Nederlandse vrouw van 54 jaar, is in behandeling met drie diagnoses: chronische PTSS, psychotische stoornis en een persoonlijkheidsstoornis NAO. Zij houdt hulp vaak af en het is moeilijk om een behandelrelatie met haar op te bouwen. De traumaklachten zijn nooit protocollair behandeld; zij is altijd steunend en structurend benaderd. Hannie noemt direct dat zij het fijn vindt dat zij eindelijk de behandeling gaat krijgen waarvan zij al jaren vindt dat ze die nodig heeft. De herbelevingen gaan voornamelijk over een periode van enkele dagen, toen Hannie ongeveer 18 jaar was en zij door een groep mannen is ontvoerd en verkracht. Het gaat om herhaaldelijk misbruik door veel verschillende mannen. Het verhaal is versnipperd en moeilijk tot een samenhangend geheel te krijgen. Er wordt een hiërarchie opgesteld van de herinneringen waar ze de meeste herbelevingen aan heeft. Deze worden behandeld met imaginaire exposure. In eerste instantie denkt Hannie nog dat ze de behandelaar ervan moet overtuigen dat het 'echt' gebeurd is, want veel mensen hadden al ongeloof uitgesproken over haar ervaringen. Wanneer zij merkt dat dit voor de behandelaar geen kwestie is, kan de behandeling van start. Hannie werkt zich op bewonderenswaardige wijze door de herinneringen. Enkele maanden na het onderzoek ziet behandelaar haar nog een keer op haar verzoek. Ze heeft als 'test' van tevoren een geluidsopname met de moeilijkste momenten van de traumatische herinneringen afgeluisterd, om te kijken hoe ze er nu op reageert. Ze vertelt dat ze rustig naar de opname kon luisteren en op een gegeven moment de afwas is gaan doen, het raakt haar niet echt meer. 'Het is gewoon voorbij.'

⋮ Het is duidelijk dat Hannie op dat moment niet meer voldoet aan
 ⋮ de criteria voor een PTSS.

Zoveel mishandeling en misbruik: heeft patiënte daar niet een gedeelte van ‘verzonnen’ of zich ‘ingebeeld’, zeker met haar psychotische stoornis? Vanuit zo’n gedachtegang zou men kunnen overwegen de PTSS-behandeling niet in te zetten, de beelden te interpreteren als hallucinaties, of concluderen dat er onvoldoende ‘inzicht’ bij patiënte is om een traumabehandeling op te pakken. Het prettige is dat dit soort gedachten niets uitmaken voor de behandelaaanpak. Als de patiënt ze beleefd heeft en herbelevingen ervaart, zijn ze behandelwaardig.

⋮ LANGZAME EMDR BIJ EEN BEHANDELING MET EEN
 ⋮ ONVERWACHTTE CONCEPTUALISATIE

Gerda is een 60-jarige, Nederlandse vrouw met de diagnose schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Er is bij haar sprake van hoarding. Ze vermijdt veel plekken en activiteiten die kunnen leiden tot risico’s voor haar veiligheid. Zij heeft een belast verleden, waarin zij is misbruikt, gepest en mishandeld. Het is moeilijk om in samenspraak met haar tot een conceptualisatie te komen. Bij oplopende stress kan zij zich nauwelijks richten op een gesprek en maakt ze keuzes die behandelaar niet logisch voorkomen. Er moet dus veel overlegd worden voordat tot een overzicht gekomen wordt dat beiden ‘begrijpen’. De wijldropigheid maakt dat de conceptualisatie relatief veel tijd kost. Als eenmaal begonnen wordt met het eerste trauma — dat zij werd gepest in het openbaar vervoer — blijken de oogbewegingen moeilijk. Behandelaar gaat steeds te snel. Uiteindelijk beweegt behandelaar zo langzaam, dat ze zelf bijna niet kan geloven dat het hier om een werkgeheugenbelasting gaat. Het wisselt per sessie wat Gerda met haar ogen bij kan houden. Verschillende omstandigheden blijken invloed te hebben op haar vermogen de vingers van de behandelaar te volgen (het gaat sneller wanneer zij een actieve week heeft gehad met goede slaap, maar zeer langzaam als zij weinig de deur uit is geweest en slecht heeft geslapen). Deze variatie is voor de behandelaar lastig: ze moet zich steeds aanpassen. Het doet haar twijfelen of er wel ‘iets’ gebeurt. En toch, na drie sessies is de sud gezakt tot 0 en Gerda rapporteert dat zij de afgelopen weken minder gespannen was wanneer zij reisde met het openbaar vervoer. Er wordt verdergegaan met het volgende trauma. Na enkele sessies stopt Gerda de behandeling, omdat de cv-ketel in haar huis vervangen moet worden en deze gebeurtenis voor haar een bron van grote spanning is.

Bij EMDR is de meest aannemelijke hypothese over de werkzaamheid de werkgeuegenhypothese. Tijdens de procedure moet het werkgeuegen in die mate belast worden (in dit geval door oogbewegingen) dat de emotionaliteit van de herinnering daalt. Bij te hoge of te lage belasting is er onvoldoende sprake van 'competitie' en zal er geen verwerking plaatsvinden (Engelhard, van den Hout, & Smeets, 2011). Mensen met psychotische stoornissen kunnen een beperktere werkgeuegen capaciteit hebben, en mogelijk heeft dit gevolgen voor de werkgeuegenbelasting die door de behandelaar aangeboden moet worden.

Het opstellen van een conceptualisatie kan ook lastiger zijn met een patiënt met een psychotische stoornis. Gerda, die vele traumatische gebeurtenissen heeft meegemaakt, stelt zelf een andere hiërarchie voor dan behandelaar logisch vindt. Deze vermoedt dat dit vermijding is (uitstellen de moeilijkste trauma's te bespreken). Gerda wil een pestervaring in het openbaar vervoer eerst behandelen. Voor haar staat deze ervaring symbool voor de onbetrouwbaarheid en leeghoofdigheid van mensen, én voor haar eigen kwetsbaarheid. De volgende ervaring in de hiërarchie is een situatie waarin haar baas een opmerking maakt die patiënte op negatieve wijze interpreteert. Zij hoort een afwijzing en vernedering in de uitspraak. Voor de behandelaar is het dilemma: moet ik meegaan met de beleving van patiënte of haar toch confronteren met mogelijke vermijding van seksuele en fysieke mishandeling? Gerda heeft van zowel het pesten als van de baas veel herbelevingen, die haar functioneren beïnvloeden. Herbelevingen van misbruik en mishandeling zijn minder op de voorgrond. De behandelaar besluit mee te gaan met de beleving van patiënte, maar ze twijfelt nog steeds of dit de juiste keuze is geweest.

DEZE BEHANDELING PAST NIET BIJ MIJ

Achmed is een Turkse man van 37 jaar, bekend met schizofrenie van het paranoïde type en zwakbegaafd. Opvallend is dat hij een sterke voorkeur heeft voor vaste rituelen en vormen. Zo wil hij niet dat er te veel hoeken of 'verkeerde vormen' in een ruimte zijn. Er is sprake van een PTSS: jaren geleden is hij in Turkije getuige geweest van een moord. Sindsdien is hij niet meer teruggegaan. Soms droomt hij over de schreeuw van het slachtoffer. Hierdoor heeft hij al jaren zijn ouders en grootouders niet gezien. Hij wil komende zomer naar Turkije om hen te bezoeken. Wanneer hij over zijn aanstaande reis naar Turkije nadenkt, nemen zijn klachten toe. Na twee sessies EMDR, die Achmed als erg zwaar ervaart, belt hij op dat hij niet meer komt. Hij vertelt dat hij niet langer kan meewerken aan de oogbewegingen, omdat ze

hem hoofdpijn geven. Hij vindt de behandeling te naar, de behandeling past niet bij hem. Enkele maanden later hoort behandelaar van een andere behandelaar dat Achmed in Turkije is geweest. Hij is blij dat hij zijn grootvader heeft gezien, die ernstig ziek is.

Hoewel de twee sessies EMDR mogelijk een positief effect hebben gesorteerd, is de behandeling met Achmed niet te evalueren. Er is sprake van een beperkte mate van inzicht in de eigen symptomen, mede door zwakbegaafdheid. Ook de uitgesproken beleving van de oogbewegingen is niet bespreekbaar. Behandelaar heeft nooit de kans gekregen een andere vorm van werkgeheugenbelasting in te zetten, zoals klikjes of handtaps. Vanwege de moeizame communicatie, beperkt inzicht en rigiditeit is het voor de behandelaar moeilijk om te komen tot een samenwerking en een veranderingsproces.

TRAUMA OF PSYCHOSE?

Cees is een 63-jarige, Nederlandse man met schizofrenie. Hij hoort stemmen, vermoedt complotten en ervaart continu intrusies over goed en kwaad, religie en zonde. Bij screening komt verrassend naar voren dat patiënt voldoet aan de criteria voor een PTSS. Er is sprake van diverse trauma's, waaronder het verlies van een familielid op jonge leeftijd, een bijna-doodervaring, meerdere suïcidepogingen en geweld in het gezin van herkomst. In gesprek met Cees is het nauwelijks haalbaar tot een onderscheid te komen tussen herinneringen en herbelevingen. Hij is zo gewend al zijn aandacht te richten op zijn eigen gedachten, belevingen en intrusies, dat hij nauwelijks kan reflecteren op een dergelijk onderscheid. Na de conceptualisatiefase is het plan om te beginnen met de gebeurtenis waarvan hij momenteel de meeste last ervaart in het dagelijks leven. Cees kiest de bijna-doodervaring, meer specifiek het beeld dat hij tijdens deze ervaring voor zich zag. Hij kent grote waarde toe aan dit beeld, omdat hij op dat moment moest kiezen tussen goed en kwaad. De desensitisatie verloopt goed, maar Cees houdt het slechts twintig minuten vol. Na drie series is hij te moe om verder te kunnen. Zo ook bij de vervolgsessies: hij houdt een klein half uur vol, dan is het hem genoeg. Na twintig zittingen wordt de behandeling in onderling overleg afgesloten. Hoewel er nog moeilijke herinneringen zijn, is Cees tevreden met het resultaat. Hij vindt dat hij met meer afstand naar gebeurtenissen uit het verleden kan kijken en er vrijer over kan denken.

Vanuit de behandelaar wordt er weinig verschil gezien. Het is naar de mening van de behandelaar onvoldoende gelukt onderscheid te krijgen tussen psychotische symptomen en traumagerelateerde symptomen, wat evaluatie bemoeilijkt. In dit geval is het nog ingewikkelder, omdat het gaat om een 'herbeleving van een angstaanjagende hallucinatie'. Voor Cees is dit beeld echter van levensbelang, en hij herkent zich in de uitleg van trauma en PTSS. Maar ook in dit voorbeeld geeft patiënt aan er baat bij te hebben gehad. Dat is belangrijk.

HET IS ZOVEEL, DAAR KOM IK NOOIT VAN AF

Petra is een 54-jarige vrouw van Nederlandse afkomst, die in behandeling is voor een depressieve stoornis met psychotische kenmerken, een persoonlijkheidsstoornis NAO en een chronische PTSS. Haar trauma is ontstaan doordat zij in haar kindertijd jarenlang seksueel is misbruikt door een oudere broer. Petra kiest voor een behandeling met EMDR. Bij een eerdere behandelaar volgde zij al een twintigtal sessies EMDR. Het resultaat was dat zij één herbeleving niet meer heeft. Na zes sessies wordt de huidige behandeling onderbroken vanwege het overlijden van haar dochter. Na enkele maanden zien behandelaar en patiënte elkaar weer, en vertelt Petra te somber te zijn en traumabehandeling niet te zien zitten. Door middel van CGT vermindert in tien sessies de somberheid en bij de evaluatie geeft Petra aan nu wel verder te willen met traumabehandeling. Zij kiest nu voor de traumagerichte CGT met exposure, mede vanwege de afbakening van het aantal sessies. De man van Petra is vooral blij dat zij weer wat stabiel is. Na voorlichting ondersteunt hij haar wens en volgen twaalf sessies exposure (zowel exposure aan de herinneringen, als exposure *in vivo*, en wel aan triggers als foto's, voorwerpen en verwijzingen naar seks). Na deze behandeling is de PTSS sterk verminderd en is Petra tevreden. De herbelevingen zijn minder, korter en zij kan zich er makkelijker los van maken.

Petra had een lange geschiedenis in de hulpverlening, maar een richtlijnbehandeling voor de PTSS kreeg zij pas sinds twee jaar. Deze behandeling, hoe moeizaam, spannend en lastig ook, bood haar verlichting.

Zowel Petra als haar partner waren bang om de behandeling met traumagerichte exposure aan te gaan. De gedachte was dat zij die niet aan zou kunnen en klachten van suicidaliteit en dissociatie zouden toenemen. De behandelaar heeft benadrukt dat er sprake kon zijn van een initiële klachtename, maar heeft ook benoemd wat de mogelijke voordelen van de exposurebehandeling zijn. Aan de hand daarvan konden Petra en haar man zelf een

... weloverwogen keuze maken. Zij besloten ‘het risico te nemen’,
 ... wat leidde tot vermindering van zowel de traumagerelateerde
 ... klachten als de somberheid.

BEHANDELAAR BIJ T.TIP

Het was een belangrijke les om continu de rationale van de traumabehandeling te hanteren en te toetsen bij het behandelen van patiënten. Een té vanzelfsprekende les misschien? Juist bij mensen met complexe problematiek als een psychotische stoornis en complexe PTSS is het van het grootste belang steeds bij de rationale en de conceptualisatie te blijven. Het is voor deze patiënten bijzonder moeilijk om orde in de chaos te scheppen, overzicht te hebben over gebeurtenissen, gedachten en gevoelens. Een moedige behandelaar kan dit overzicht bieden. Tijdens het verloop van de behandeling moet de conceptualisatie worden getoetst en de behandelwijze zo nodig bijgesteld. Ook hier zal de lezer misschien denken: niets nieuws onder de zon. Dat klopt!

Doen dus. Iedere in traumabehandeling opgeleide behandelaar kan psychotische patiënten met traumagerelateerde klachten behandelen, gewoon met EMDR of traumagerichte CGT met exposure. Het verdient aanbeveling om bekend te zijn met deze doelgroep, teneinde de verschillende symptomen te kunnen herkennen en gewend te raken aan samenwerking met het netwerk om patiënt heen (familie, betrokkenen, hulpverleners en begeleiders). Daarnaast is supervisie of intervisie een voorwaarde om op conceptualisaties en afwijkingen te reflecteren, en zo onderbouwde behandelkeuzes te maken.

WAT HOUDT VEEL BEHANDELAARS EIGENLIJK TEGEN?

Het antwoord is: angst. Wat als patiënt de controle kwijtraakt? Wat als de patiënt decompenseert? De patiënt kan in paniek raken. Hij zal de behandeling niet aankunnen. Hij is nu net een tijdje stabiel, daar moeten we niet te veel aan rommelen. Sommige dingen kunnen beter bedekt blijven.

Bij afname van de T.TIP-screeningslijsten waren er collega's die weigerden mee te werken. Ze wilden hun patiënten niet belasten met zulke nare vragen. Ze wilden geen zaken oprakelen. Tijdens het T.TIP-onderzoek reageerden we met geduld, en herhaalden de veelbelovende mogelijkheden van traumabehandeling, de hoge comorbiditeit van psychose en PTSS en de verbeterde kwaliteit van de zorg die dit onderzoek zou opleveren.

Dit is een tweede les van de T.TIP-studie. Het is een vorm van weerstand om wanneer het om eigen patiënten gaat alleen maar beren op de weg te zien. Zeker in de langdurige zorg zijn we gewend beslissingen te nemen óver onze patiënten, en wordt vaak door artsen en verpleegkundigen bepaald wat goed voor hen zou zijn. De uitdaging is om als (trauma)behandelaar steeds te kijken naar de *behandelmogelijkheid*. Als de patiënt last heeft van gebeurtenissen eerder in het leven, als er sprake is van een PTSS, kan de richtlijnbehandeling aangeboden worden. Natuurlijk zijn er patiënten die het niet aandurven, die te bang zijn de controle te verliezen, die na één afspraak niet terugkomen. Dit gebeurt ook bij mensen met een PTSS zonder psychotische stoornis. Mogelijk is de angst voor controleverlies bij de doelgroep met psychotische stoornissen nog wel groter. Deze mensen hebben immers vanuit hun psychose al de ervaring de controle kwijt te raken. Maar in veel gevallen speelt ook de angst van de omgeving, zowel de angst van behandelaars als van naasten. Psycho-educatie aan partners, verpleegkundigen en artsen is hier op zijn plaats. Doe wat helpt en wees niet bang!

DRS. EMMY NIEUWENHUIS is gz-psycholoog, werkzaam bij een wijkteam van Mentrum in Amsterdam.

DRS. BERBER VAN DER VLEUGEL is gz-psycholoog en onderzoeker bij GGZ Noord-Holland Noord in Alkmaar.

PROF. DR. MARK VAN DER GAAG is hoofd Wetenschappelijk Onderzoek bij Parnassia Psychiatrie, Den Haag, en bijzonder hoogleraar klinische psychologie aan de Vrije Universiteit, Amsterdam.

Referenties

de Bont, P. A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: A within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior Therapy*, 44, 717-730.

Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Smeets, M. A. (2011). Taxing working memory reduces vividness and emotional intensity of images about the queen's day tragedy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 32-37.

Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, deel 1*. Amsterdam: Boom.

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.

Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 101-110.

van Balkom, A. L. J. M., van Vliet, I. M., Emmelkamp, P. M. G., Bockting, C. L. H., Spijker, J., Hermens, M. L. M., & Meeuwissen, J. A. C. (2013). *Multi-disciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- van den Berg, D. P. G., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *Online First*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2637
- van der Gaag, M., Staring, T., van den Berg, D., & Baas, J. (2013). *Gedachten uitpluizen: CGT-protocollen voor psychotische klachten*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.
- Wolters, G., Swart, M., Knegtering, H., Bruggeman, R., & Castelein, S. (November 2013). *Leidt Routine Outcome Monitoring tot het aanbieden van evidence based interventies bij mensen met schizofrenie? Een cross-sectionele studie*. Posterpresentatie op het negende Phrenos Psychosecongres, Zwolle.