

Trauma bij herstel van psychose: *Een Sta-in-de-Weg*

Inleiding

'Ik wil graag meer activiteiten buiten de deur ondernemen, maar ben erg angstig om psychotisch te worden, dat is zo'n afschuwelijke ervaring geweest'.

Kaja¹ is een 56-jarige vrouw, gediagnosticeerd met een schizoaffectieve stoornis. Kaja wordt klinisch behandeld en werkt toe naar beschermd wonen. Het herstelproces wordt echter bemoeilijkt door heftige angst en het vermijden van situaties die deze angst luxeren. Gedurende de behandeling wordt duidelijk dat deze angst zijn oorsprong heeft in eerdere psychotische wanen. Kaja is doodsbang om weer psychotisch te decompenseren. In deze gevalsbeschrijving staan de begrippen schizoaffectieve stoornis, trauma en herstel centraal.

Schizoaffectieve stoornis

Een schizoaffectieve stoornis valt onder de DSM-IV-TR-classificatie schizofrenie en andere psychotische stoornissen (American Psychiatric Association [APA], 2007). Bij een schizoaffectieve stoornis is er, naast een aaneengesloten periode met depressieve- en/of manische episodes, sprake van wanen/hallucinaties en negatieve symptomen. Over de prevalentie- en incidentiecijfers van de schizoaffectieve stoornis is weinig bekend. Dit heeft mogelijk te maken met de diagnostische positie tussen schizofrenie en een bipolaire stoornis met psychotische kenmerken (Anoiksis, 2015; Tondo et al., 2015). Het verloop lijkt gunstiger dan bij schizofrenie en de achteruitgang in functies is minder sterk (Anoiksis, 2015).

¹ De patiënt heeft toestemming verleend voor het gebruik van haar gegevens. De naam Kaja is gefingeerd.

Trauma

Het woord trauma betekent letterlijk: wond of letsel. Dit kan een lichamelijke beschadiging zijn of een psychische beschadiging door een schokkende gebeurtenis. 7,4 procent van de Nederlandse bevolking herstelt echter niet na een traumatische ervaring en ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (De Vries & Olff, 2009). Als er sprake is geweest van blootstelling aan feitelijke of bedreigde dood, ernstig letsel of seksueel geweld (APA, 2013) met als gevolg herhalingen van de traumatische situatie (dromen, herbelevingen), vermijding van traumagerelateerde situaties en verhoogde waakzaamheid (APA, 2013) spreken we van de DSM-IV-TR-classificatie PTSS. Uit onderzoek weten we dat het meemaken van een psychose en (dwang)behandeling een traumatische ervaring kan zijn (McGorry et al., 1999; Meyer, Taiminen, Vuori, Aijala, & Helenius, 1999; Mueser, Lu, Rosenberg, & Wolfe, 2010). Tevens weten we dat patiënten met een psychotische stoornis 2,7 keer zo vaak als mensen zonder psychiatrische klachten in hun jeugd aan traumatische gebeurtenissen zijn blootgesteld (Varese et al., 2012). 66 procent van de onderzoekspopulatie voldeed tevens aan de criteria van PTSS. In de praktijk blijkt dat behandelaren huiverig zijn deze traumatische ervaringen te bespreken en te behandelen (Van den Berg, 2015). Recent onderzoek heeft echter aangetoond dat traumabehandeling effectief en veilig is bij patiënten met een psychotische stoornis (Van den Berg, 2015) en pleit daarom voor het onderzoeken op en erkennen en bespreken van traumatische ervaringen en traumabehandeling te overwegen, ongeacht de diagnose (Van Nierop, 2015).

Herstel

GGZ Nederland (2009) streeft voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Het gaat hierbij vooral om het verkrijgen van een zinvol leven (Brouwers, Van Gestel-Timmermans, & Van Nieuwenhuizen, 2013). Onderzoek heeft daarbij getoond dat patiënten met EPA goed kunnen leren leven met hun beperkingen (Menezes, Arenovich, & Zipurski, 2006). Het herstelproces bestaat uit vijf fases: vroege fase, overweldigd zijn, worsteling, leven met je ervaringen en tot slot leven voorbij je ervaringen (Cagne, 2004, in Hendriksen-Favier, Nijnsens, & Van Rooijen, 2012). Hoop voor de toekomst, controle over eigen leven, zelfvertrouwen, zinvolle dagbesteding en herstel van sociale en maatschappelijke rollen zijn hierin de belangrijkste bouwstenen (Brouwers et al., 2013).

Kaja behoort tot de groep patiënten voor wie het streven naar de vorm van herstel, zoals geformuleerd door GGZ Nederland bedoeld is. Het herstelproces van Kaja stagneert echter door angst voor een nieuwe psychotische decompensatie. Deze gevalsbeschrijving be-

Tabel 1
DSM-IV-TR-classificatie

AS I:	295.70	Schizoaffectieve stoornis, bipolair type
AS II:	V71.09	Geen diagnose
AS III:	714	Reumatische artritis
AS IV:	20	Problemen verbonden met de sociale omgeving
	90	Andere psychosociale en omgevingsproblemen
AS V:	51-60	Matige symptomen of matige problemen op werk of op school

schrijft hoe angst voor een psychose het dagelijks functioneren van een patiënt met een schizoaffectieve stoornis kan beïnvloeden en wat het effect van het bespreken van deze angsten kan zijn op het herstelproces.

Gevalsbeschrijving

Kaja is 56 jaar en wordt sinds 2011 klinisch behandeld. In 2001 maakte Kaja een eerste manische episode met psychotische kenmerken door. In 2007 volgde een tweede psychotische episode. Deze psychoses waren zeer beangstigend voor Kaja. In 2011 maakte Kaja een lithiumintoxicatie door, waarbij bovendien beangstigende asymmetrische myoclonieën (spierschokken) ontstonden. De angst voor stemmen/hallucinaties en de myoclonieën belemmeren haar nu in haar dagelijks leven.

Voor de leesbaarheid ligt het accent in deze gevalsbeschrijving op de angst voor psychotische terugval. Dit doet echter niets af aan de impact die de angst voor myoclonieën heeft op het dagelijks functioneren van Kaja.

Medische en verpleegkundige diagnostiek

De medische diagnostiek werd met behulp van de DSM-IV-TR-classificatie (APA, 2007) bepaald (tabel 1). Er is na eerdere psychotische episodes, in combinatie met wisselende stemmingen, blijvend sprake van auditieve en visuele hallucinaties en negatieve symptomen. Dit rechtvaardigt de DSM-IV-TR-classificatie (APA, 2007) schizoaffectieve stoornis, bipolair type. Somatisch gezien is er sprake van reumatische artritis.

Het dagelijks functioneren van Kaja wordt beïnvloed door angst. Ze vermijdt situaties die toename van stemmen/schimmen of myoclonieën kunnen veroorzaken. Ze kan niet goed met deze angst omgaan, wordt gespannen, is huiverig voor verandering en trekt zich terug uit sociale contacten. Ze heeft weinig energie, wat ze wijt aan de medica-

Tabel 2
ICF-classificatie

b1264.3	Ernstige stoornis in ontvankelijkheid voor nieuwe ervaringen
b1300.3	Ernstige stoornis in energieniveau
b152.3	Ernstige stoornis in stemming (angst)
b1560.2	Matige stoornis in auditieve perceptie
b1561.1	Lichte stoornis in visuele perceptie
d2401.3	Ernstige stoornis in omgaan met stress
e310.2	Lichte belemmeringen in ondersteuning door naaste familie
e320+3	Aanzienlijke ondersteuning door vriendin

Tabel 3
NANDA, NIC, NOC

NANDA	NIC	NOC
P: risico op acute verwarring (00173)	voorschrijven van geneesmiddelen (2390), bevordering van de coping (5230)	persoonlijke beheersing van verstoorde denkprocessen (1403)
E: kwetsbaarheid voor hallucinaties, toenemende stress		
S: stemmen, schimmen, angst		
P: angst (00148)	angstreductie (5820), bevordering van	persoonlijke beheersing van angst (1402)
E: hallucinaties, ervaring met zeer angstige psychotische wanen	de coping (5230)	
S: passiviteit-inactiviteit, angst voor terugval en voor het zetten van nieuwe stappen, terugtrekken uit familie/sociaal contact		
P: bereidheid tot verbetering van het zelfbeeld (000167)	ondersteuning bij zelfverandering (4470), bevorderen betrokkenheid van de familie/vrienden (7110)	persoonlijk welbevinden (2002)
E: reflectief vermogen		
S: creativiteit, vriendschap		

tie. Ze heeft één goede vriendin en een goed reflectief vermogen. Met de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007) (tabel 2) en de NANDA International (2014) (tabel 3) werden Kaja's functiebeperkingen in kaart gebracht en de verpleegkundige diagnostiek bepaald. Met de Nursing Intervention Classification (NIC) (Bulechek & Butcher, 2012) en de Nursing Outcom Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2011) werden de verpleegkundige interventies en zorgresultaten vastgesteld (tabel 3).

Beschrijvende diagnose

Patiënte is een 56-jarige vrouw, die sinds 2011 klinisch toewerkt naar beschermd wonen. Psychiatrisch gezien is er sprake van een schizo-affectieve stoornis, wat zich uit in auditieve en visuele hallucinaties en afvlakking van het gevoel. In 2011 heeft patiënte een lithiumintoxicatie gehad en ontstonden er myoclonieën. Somatisch gezien is er sprake van reumatische artritis. Verpleegkundig-diagnostisch is er sprake van een verstoorde auditieve en visuele perceptie, chronisch geringe zelfachting, ineffectieve coping en vermoeidheid. Dit manifesteert zich in angst voor een psychotische terugval, angst voor stemmen/schimmen en voor myoclonieën. Deze angsten belemmeren patiënte in haar sociale contacten en het zetten van nieuwe stappen. Belemmerende factoren zijn stress, bevorderende factoren zijn patiëntes wens deze impasse te doorbreken, haar creativiteit, haar reflectief vermogen en het contact met een goede vriendin.

Behandeling

Kaja vertelt over haar angsten en benoemt goed wat ze wil: uitbreiding van zinvolle dagbesteding met creativiteit en vrijwilligerswerk. Kaja en de verpleegkundig specialist in opleiding (vs i.o.) komen de volgende behandeldoelen overeen:

- Kaja kan omgaan met stemmen en hallucinaties.
 - Kaja kan omgaan met de angst en ervaart meer ontspanning.
 - Kaja heeft energie, voelt zich gezonder en onderneemt creatieve en zinvolle activiteiten.
 - Kaja heeft het vermogen gevoelens te uiten en vervult sociale rollen.
- De eerste gesprekken met Kaja gebruikt de vs i.o. voor opbouw van de behandelrelatie. De basishouding van de vs i.o. is validerend: oordeelsvrij, accuraat reflecterend op wat Kaja beweegt in haar denken en handelen en dit plaatsen in de Kaja's huidige context (Koekoek, 2011). Het nodigt Kaja uit om te vertellen wat haar bezig houdt. Daarnaast wordt zij gestimuleerd om activiteiten buitenshuis te ondernemen. In de gesprekken wordt duidelijk hoe angstig Kaja is voor toename van stemmen/hallucinaties. Kaja legt vervolgens de link met haar wanen. Dat lucht haar op. De vs i.o. kiest voor een blijvende

validerende basishouding om haar ruimte te geven meer te vertellen over wanen. Daarnaast merkt de vs i.o. dat Kaja het prettig vindt als er concrete, directe vragen gesteld worden over de inhoud van de wanen. Ook geeft de vs i.o. psycho-educatie over stemmen/hallucinaties en over het effect dat trauma's kunnen hebben op het dagelijks functioneren. Kaja biedt de vs i.o. een schriftje met dagboek aantekeningen van tijdens haar psychoses aan. Ze vertelt daarbij dat eerdere behandelaren dit schriftje niet aangenomen hebben. De vs i.o. onderkent het belang van aandacht voor traumatische ervaringen (Van den Berg, 2015), evenals het aansluiten bij Kaja's eigen verhaal (Dröes & Plooi, 2012, in Brouwers et al., 2013) en leest de dagboek aantekeningen. Dit blijkt, achteraf bezien, een belangrijk moment in de behandeling. De erkenning van het trauma en de impact op Kaja's leven zorgen ervoor dat Kaja zichzelf nu eveneens erkenning geeft. De vs i.o. bespreekt met Kaja de mogelijkheid van *eyemovement desensitization and reprocessing*-behandeling (EMDR) en/of cognitieve gedragstherapie (CGT) als traumabehandeling. De vs i.o. en Kaja besluiten familie en een vriendin bij de behandeling te betrekken.

Naast de motivatie voor traumabehandeling groeit de motivatie om antipsychotica af te bouwen. De vs i.o. bespreekt met Kaja haar psychofarmaca en geeft psycho-educatie over de bijwerkingen en interacties van haar psychofarmaca. De vs i.o. beseft hoe spannend afbouw van medicatie voor Kaja is en gebruikt principes van *shared decision making* (Bähler & Oosterveld, 2013) om tot een afbouwplan te komen. Door oplossingsgerichte vragen (Bannink, 2013) en motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2005) pakt Kaja haar hobby's op, besluit af te vallen, herstelt sociale contacten en vraagt een scooter aan. Ze doet succeservaringen op en ervaart meer regie over eigen leven.

Evaluatie

De afbouw van medicatie is recent gestart. Ondanks de positieve ontwikkeling in de behandeling, het gewichtsverlies en de zinnigere dagbesteding is wat betreft de NOC-uitkomst op vermoeidheid nog nauwelijks vooruitgang geboekt. De NOC-uitkomsten op beheersing van verstoorde denkprocessen en persoonlijke beheersing van angst zijn echter significant verbeterd. Kaja gaat, door erkenning van de impact van de waanervaringen op haar huidig functioneren en het hanteren van steunende gedachten, meer ontspannen om met haar stemmen/hallucinaties en angsten. Ze is aangemeld voor een EMDR-traject. De NOC-uitkomst op persoonlijk welbevinden is eveneens significant verbeterd. Kaja verwoordt dit mooi: 'Ik mag dan niet zijn waarnaar ik op weg was, ik ben wel waar ik wilde zijn'.

Gesteld kan worden dat Kaja's herstelproces weer in beweging is gekomen.

Discussie

Deze gevalsbeschrijving laat zien hoe een validerende houding (Koekoek, 2011) ervoor gezorgd heeft dat Kaja in gesprek kwam over haar angsten, wensen en verlangens. Daarmee was de basis voor een effectieve therapeutische relatie met de vs i.o. gelegd en sprak Kaja over haar traumatische ervaringen. Dit gaf geen toename van klachten, het luchtte haar juist op. Laugharne (2014) schrijft hierover in zijn artikel dat patiënten met psychotische symptomen zich juist serieus genomen voelen door traumatische ervaringen bespreekbaar te maken. En Van den Berg (2015) toonde aan dat EMDR bij patiënten met een psychotische stoornis zowel effectief als veilig is. Het bespreken van de traumatische ervaringen maakte dat Kaja zich kon openstellen voor een EMDR-behandeling. Ook werd zij minder angstig voor de afbouw van medicatie. Doordat Kaja door middel van shared decision making (Bähler & Oosterveld, 2013) bij besluitvorming over de afbouw van medicatie werd betrokken, hield zij de regie over haar behandeling. De combinatie van relatiemanagement, motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte gespreksvoering (Koekoek, 2011) met een herstelgerichte attitude sloot goed bij Kaja aan. Gesteld kan worden dat er sprake was van een goede therapeutische relatie. Het verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en het positieve, dan wel negatieve effect op de behandelresultaten is in recent onderzoek aangetoond (Goldsmith et al., 2015). Een kwetsbaarheid in het behandelproces van Kaja is dat het behandelresultaat nog sterk gelinkt lijkt aan de therapeutische relatie met de vs i.o. Er is, door deskundigheidsbevordering en coaching van het verpleegkundig team, voorzichtig sprake van een cultuuromslag richting herstelgericht werken. Hierdoor verbetert de therapeutische relatie tussen het verpleegkundig team en de patiënten en is er meer oog voor maatschappelijke en sociale rollen (Brouwers et al., 2013).

Conclusie

Deze gevalsbeschrijving toont aan dat het bespreken van traumatische ervaringen, ook voor iemand met een psychotische stoornis, herstelbevorderend werkt. De vs i.o. pleit ervoor om in de klinische praktijk, zeker bij een stagnerend behandel- of herstelproces, oog te hebben voor eventuele onderliggende traumatiserende ervaringen en daarover in gesprek te gaan en behandeling te overwegen. Traumabehandeling als CGT en EMDR zijn hiervoor effectief en veilig bevonden (Van den Berg et al., 2015).

Deze gevalsbeschrijving toont daarnaast het belang aan van een goede therapeutische relatie als voorwaarde om in gesprek te komen

over traumatische ervaringen. Dit vraagt een kritische kijk van de behandelaar op de kwaliteit van de behandelrelatie.

Tot slot kan vervolgonderzoek naar de invloed van trauma op herstelprocessen bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening een waardevolle aanvulling zijn.

Summary

Research suggests that patients with a psychotic disorder are exposed to traumatic experiences caused in childhood, by psychosis or by treatment. Research also suggests that traumas are often not discussed by the clinician, while the consequences are very noticeable in daily life. Recent research has shown that treating trauma is both effective and safe. This case study describes a woman with a schizoaffective disorder whose recovery process is stagnating due to the fear of a psychotic decompensation. Underlying this fear are left untreated traumatic experiences. This study describes the effect of identifying and discussing these traumatic experiences on her treatment and her recovery process.

Keywords: Schizoaffective disorder, trauma, recovery

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam, Nederland: Harcourt Assessment bv.
- American Psychiatric Association. (2013). *Posttraumatic Stress Disorder*. Verkregen op 23 januari, 2016, van <http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf>.
- Anoiksis. (2015). *Schizoaffectieve stoornis*. Verkregen op 14 oktober, 2015, van <http://www.anoiksis.nl/content/schizoaffectieve%20stoornis>.
- Bähler, M., & Oosterveld, H. (2013). SamenKeuzesMaken, gereedschap voor shared decision making in de GGZ. *Kwaliteit in Zorg*, 3, 16-18. Verkregen op 14 oktober, 2015, van <file:///C:/Users/Emile/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/7V3DBX5W/KIZ20130304.pdf>
- Berg, D. P. G., van den Bont, P. A. J. M., de, Vleugel, B. M., van der Roos, C. de, Jongh, A. de, & Minnen, A., van. (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*, 72(3), 259-267. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2637
- Bannink, F. (2013). *Oplossingsgerichte vragen Handboek voor oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam, Nederland: Pearson Assessment and Information bv.
- Brouwers, E. P. M., Gestel-Timmermans, H. van, & Nieuwenhuizen, Ch. van. (2013). Herstelgerichte zorg in Nederland: modegril of daadwerkelijke verandering?. *Psychopraktijk*, 5 (4).
- Encyclo.nl. (2016). *Trauma*. Verkregen op 23 januari, 2016, van <http://www.encyclo.nl/begrip/Trauma>.
- GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap, visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen*. Verkregen op 13 oktober, 2015, van http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatment for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on an therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine* (45), 2365-2373. doi: 10.1017/S003329171500032X
- Hendriksen-Favier, A., Nijmens, K., & Rooijen, S., van. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ*. Verkregen op 24 oktober, 2015, van <https://assets.trimbos.nl/docs/3bc38e33-b8ca-4bbc-ab90-413ccf3dbd60.pdf>.
- Koekoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Laugharne, R., Marshall, D., Laugharne, J., & Hassard, A. (2014). A Role for EMDR in the treatment of Trauma in Patients Suffering From a Psychosis: For Vignettes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (1), 19-24. doi: 10.1891/1933-3196.8.1.19
- McClosky, J., C., & Bulechek, G., M. (2002). Verpleegkundige Interventies. Maarsse, Nederland: Elsevier gezondheidszorg.
- McGorry, P. D., Chanen, A., McCarthy, E., Riel, R., van, 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), 153-158.
- Menezes, M. N., Arenovich, T., & Zipurski, R. B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological medicine* (36), 1349-1362. doi: 10.1017/S0033291706007951
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Äijälä, A., & Helenius, H. (1999). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Related to Psychosis and Acute Involuntary Hospitalization in Schizophrenic and Delusional Patients. *Journal of Nervous & Mental disease* (6), 343-352.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2010). *Motiverende gespreksvoering*. Gorinchem, Nederland: Anderson Productions
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2011). *Verpleegkundige zorgresultaten*. Amsterdam, Nederland: Read Bussiness

- 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), 217-217. doi: 10.1016/j.schres.2009.10.025
- NANDA International. (2014). *Nursing Diagnosis Definitions and Classifications 2015-2017*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre. (2007). *Nederlandse Vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nierop, M., van, Viechtbauer, W., Gunther, N., Zelst, C., van, Graaf, R., de, Have, M., ten et al. (2015). Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries. *Psychological Medicine* (45), 1277-1288. doi: 10.1017/S0033291714002372
- Tondo, L., Vázquez, G. H., Baethge, C., Baronessa, C., Bolzani, L., Koupopoulos, A. et al. (2015). Comparison of psychotic bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia: an international, multisite study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2015, doi: 10.1111/acps.12447
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, L., Lataster, T., Viechtbauer, W., et al. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin* (38), 661-671. doi: 10.1093/schbul/sbs050
- Vries, G-J., de & Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress* (22), 259-267. doi: 10.1002/jts.20429

Samenvatting

Uit onderzoek weten we dat patiënten met een psychotische stoornis vaak blootgesteld zijn geweest aan traumatische ervaringen. Dit kunnen zowel ervaringen uit de kindertijd, als ervaringen tijdens de psychoses of behandeling zijn. Ook weten we dat deze traumatische ervaringen in de behandeling vaak onderbelicht en onbesproken blijven, terwijl de gevolgen in het dagelijks functioneren duidelijk merkbaar zijn. Recent onderzoek heeft daarentegen aangetoond dat traumagerichte behandeling bij patiënten met een psychotische stoornis effectief en veilig is. Deze gevalsbeschrijving gaat over een vrouw met een schizoaffectieve stoornis, waarbij haar herstelproces stagneert door angst voor een nieuwe psychotische decompensatie. Aan deze angst liggen nog onbesproken traumatische ervaringen ten grondslag. Beschreven wordt wat de invloed van het onderkennen en bespreken van deze traumatische ervaringen is op haar behandeling en herstelproces.

Trefwoorden: Schizoaffectieve stoornis, trauma, herstel