

Praxis 2024

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

TE COMPLEX OM TE BEHANDELEN

Linda van der Voort



LINDA VAN DER VOORT (40) is geboren in 1983. Linda is vanaf 2000 werkzaam geweest als Verpleegkundige zowel in de periferie als binnen de Academische ziekenhuizen en zij heeft in die periode ervaring opgedaan binnen verschillende klinische settingen zoals een afdeling voor stemmingsstoornissen en de spoedeisende psychiatrie. Vanuit de ambitie om zich verder te ontwikkelen is Linda in 2021 gestart met de driejarige opleiding tot Verpleegkundig Specialist ggz. Linda heeft de opleiding gevolgd vanuit de Dimence Groep.

Haar eerste leerjaar is zij gestart bij Mindfit om ervaring op te doen in de generalistische Basis GGZ in Kampen. In 2022 heeft zij voor haar tweede leerjaar de overstap gemaakt naar een klinische setting binnen de ouderen psychiatrie. In haar laatste leerjaar heeft zij ervoor gekozen om bij het team voor bipolaire en psychotische stoornissen locatie Deventer, ervaring op te gaan doen met specialistisch behandelen binnen de ambulante zorg. Het waren voor Linda drie zeer leerzame jaren, waarin zij met veel plezier haar kennis en expertise verder heeft kunnen ontwikkelen. Na haar opleiding zal Linda als Verpleegkundig Specialist ggz aan de slag gaan bij het team waar zij haar laatste leerjaar met veel plezier heeft gewerkt.

Het thema van het betoog trauma bij psychose is van grote meerwaarde voor het dagelijks handelen van zowel haarzelf als van haar collega's, waarbij het inmiddels gewoengoed is geworden dat voor alle patiënten binnen het team waar Linda werkzaam

is screening plaatsvindt naar meege-
maakte traumatische ervaringen.

Te complex om te behandelen

BETOOG

TRAUMA BIJ PSYCHOSE, COMPLEX EN INGEWIKKELD?

Lara heeft sinds haar 16e last van psychiatrische klachten. Ze is nu 31 en herstelt van een derde psychotische episode. In haar jeugd heeft Lara traumatische ervaringen opgedaan en zij zou hier graag behandeling voor willen. Van haar behandelaren kreeg Lara te horen dat de combinatie van haar klachten te complex was om te behandelen. Lara heeft zich nog nooit zo kapot gevoeld als toen ze dit hoorde. Haar behandelaren kozen ervoor om in te zetten op stabilisatie van haar klachten en geen aandacht meer te geven aan haar traumatische ervaringen.

Tot 87% van de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening heeft een traumatische ervaring doorge-

maakt (Grubaugh et al., 2011). Bovendien ontwikkelt 67% van de mensen met een psychotische stoornis een posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Buckley et al., 2008). Vaak zijn traumatische ervaringen voorafgegaan aan de psychotische stoornis (Heins et al., 2011). Deze ervaringen kunnen ertoe leiden dat men verstoorde kernopvattingen ontwikkelt over zichzelf, de ander en de wereld (Morrison, 2001). Veel mensen zijn stemmen gaan horen na een traumatische gebeurtenis (Honig et al., 1998), wat een oorzaak kan zijn van psychotische klachten (Read et al., 2005). Daarnaast kan een onbehandeld trauma de psychotische klachten verergeren (Giannopoulou et al., 2023).

Relevante richtlijnen wordt voor het behandelen van trauma's bij mensen met een psychotische stoornis bevelen nog steeds aan om in te zetten op stabilisatie (AKWA, 2020). De vraag is of deze mensen wel kunnen stabiliseren wanneer een trauma zoveel invloed heeft op hun psychotische klachten. Overigens is aangetoond dat het onbehandeld laten van de traumagerelateerde klachten een negatief effect op de kwaliteit van leven heeft (Goff et al., 1991). In positieve zin beschrijven Van den Berg en Van der Gaag (2012) dat het behandelen van de traumagerelateerde klachten niet alleen deze klachten doet afnemen maar ook de psychotische klachten, zoals wanen en hallucinaties.

Het voorbeeld van Lara en de aanbevelingen van de huidige richtlijnen monden uit in de volgende stelling:

Het is veilig om te starten met een traumagerichte behandeling ook als er sprake is van een psychose.

HET BEGINT MET HERKENNING

Het behandelen van trauma's begint met het herkennen hiervan. Traumagerelateerde klachten overlappen met psychotische symptomen, zoals het herbeleven van het trauma, dissociatieve flashbacks en hallucinaties (Auxéméry, 2012; Ross et al., 1994; Seedat et al., 2003; Schlesselmann et al., 2022). Wanneer de klachten als psychotisch worden geïnterpreteerd, ontstaat het risico dat de traumagerelateerde klachten niet als zodanig worden herkend (Read et al., 2005). Een andere factor die van invloed is op het herkennen van de klachten, is dat mensen die een traumatische ervaring hebben opgedaan het moeilijk vinden om hierover te praten (Read et al., 2005). Vrouwen die slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik hebben tot 16 jaar nodig om deze ervaringen te delen na het meemaken van het misbruik (Read et al., 2006). Dit vereist van behandelaren dat ze vragen naar trauma's bij patiënten (Read et al., 2005), zodat deze worden herkend en de juiste behandeling kan worden geboden (Van Den Berg et al., 2015).

VEILIGHEID EERST

In het verleden is het behandelen van traumagerelateerde klachten bij mensen met een psychose onvoldoende onderzocht, omdat mensen met een psychose werden uitgesloten voor onderzoek (Read et al., 2005; Ronconi et al., 2014). Een gevolg hiervan is dat

behandelaren onvoldoende bewijslast hebben dat het behandelen van de trauma's bij mensen met een psychose veilig is. Dit heeft invloed op de inschatting die behandelaren maken in de behandeling, waardoor nog vaak, conform de aanbeveling, wordt gekozen wordt voor het stabiliseren van de klachten (AKWA, 2020; Dorrepaal et al., 2010). Het is de vraag of een goede kwaliteit van zorg wordt geleverd als behandelaren het behandelen van trauma's bij mensen met een psychotische stoornis niet aandurven, waardoor mensen een slechtere kwaliteit van leven ervaren (Goff et al., 1991) en ernstigere psychiatrische symptomen hebben (Van den Berg et al., 2015).

BEHANDELING VAN TRAUMA BIJ PSYCHOSE IS VEILIG EN VERANTWOORD

Een tegenargument kan zijn dat men het niveau van arousal dat wordt opgeroepen tijdens de traumabehandeling niet aankunnen. Langere tijd werd gedacht dat stabilisatie bij mensen met een psychotische stoornis en traumagerelateerde klachten daarom noodzakelijk was voordat werd gestart met een traumagerichte behandeling. Daarnaast werd verondersteld dat men door de beelden, cognities en emoties zou kunnen ontregelen. Het aanleren van vaardigheden op het gebied van zelfcontrole en affectregulatie zou hierbij een must zijn voordat men mocht starten met een traumagerichte behandeling (Bicanic et al., 2015). Door het niet behandelen van de traumagerelateerde klachten blijven patiënten met een trauma en een psychotische stoornis vaak onnodig instabiel,

wat gevoelens van machteloosheid oproept bij de patiënt, maar ook bij behandelaren die geen verbetering zien. Daarnaast geven patiënten zelf aan dat ze graag behandeling zouden krijgen voor de traumagerelateerde klachten (Van den Berg & Van der Gaag, 2012). Het uitstellen van traumabehandeling kan leiden tot verminderd vertrouwen tussen de patiënt en de behandelaar, aangezien de patiënt het gevoel kan krijgen dat diens behoeften niet serieus worden genomen.

Onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat ook bij mensen met een psychotische stoornis een trauma veilig behandeld kan worden (Bicanic et al., 2015; Van den Berg et al., 2015). Angst voor decompensatie is ongegrond (Van den Berg & Van der Gaag, 2012). Juist het niet bespreken van trauma's kan zorgen voor een toename van de psychotische klachten (Giannopoulou et al., 2023).

Een ander tegenargument is dat door de overlap van symptomen het moeilijk is om te screenen op traumagerelateerde klachten bij mensen met een psychose, waardoor de symptomen vaak worden toegeschreven aan de psychotische stoornis (Yanos et al., 2016). Traumagerelateerde klachten zouden altijd uitgevraagd moeten worden bij mensen met een psychose, vanwege de hoge comorbiditeit. Verondersteld werd dat dit complex is, vanwege de overlap van symptomen. Uit onderzoek blijkt echter dat het screenen op traumatische ervaringen betrouwbaar is als gebruik wordt gemaakt van de 'Trauma And Life Events

Checklist' (TALE) (Carr et al., 2018). Vervolgens kan de 'Trauma Screening Questionnaire' (TSQ) afgenomen worden om na te gaan of er ook aanwijzingen zijn voor een PTSS (De Bont et al., 2015).

De rol van de verpleegkundig specialist GGZ (vs-GGZ) in de behandeling van trauma's bij mensen met een psychose is van cruciaal belang. Zij zijn breed opgeleid, hebben een holistische visie en zijn goed toegerust om complexe casussen te behandelen. De vs-GGZ is in staat om wetenschappelijke kennis over dit onderwerp te integreren in de behandeling, deze kennis te delen in het behandelteam en het team te coachen in het handelen naar nieuwe wetenschappelijke inzichten. Tevens beschikt de vs-GGZ over de juiste competenties om onderscheid te kunnen maken tussen de traumagerelateerde en de psychotische klachten, waardoor zij de aanbevolen screening actief kan inzetten. Hiermee kan een bijdrage worden geleverd aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg bij mensen met deze comorbiditeit (v&VN, 2019).

Concluderend is het aan te raden om niet te wachten met het starten van een traumagerichte behandeling als er ook sprake is van een psychose. Patiënten met een comorbiditeit van psychotische en traumagerelateerde klachten lopen het risico onderbehandeld te worden en ervaren daardoor een slechtere kwaliteit van leven met ernstigere psychiatrische symptomen. Het is van belang dat behandelaren oog hebben voor deze comorbiditeit en kennis hebben van nieuwe we-

tenschappelijke inzichten, zodat de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft. Geadviseerd wordt dat behandelaren streven naar vroegtijdige herkenning en behandeling van trauma's bij mensen met een psychose. In de praktijk zouden behandelaren standaard op trauma's moeten screenen, bijvoorbeeld met gebruik van de TALE en de TSQ-screeningslijsten. Het zou bovendien wenselijk zijn als nieuwe inzichten over het behandelen van trauma bij psychose worden opgenomen in de richtlijnen. Op deze manier kan deze kwetsbare groep de best mogelijke behandeling worden geboden en kan worden bijgedragen aan hun herstel.

LITERATUUR

AKWA. (2020, 12 januari). *Psycho-trauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. AKWA GGZ. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie>

Auxéméry, Y. (2012). Etiopathogenic perspectives on chronic psychotraumatic and chronic psychotic symptoms: The hypothesis of a hyperdopaminergic endophenotype of PTSD. *Medical Hypotheses*, 79(5), 667–672. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.08.005>

Bicanic, I., De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2015). Stabilisatie in traumabehandeling bij complexe PTSS: noodzaak of mythe? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 332–339. https://www.researchgate.net/publication/275969577_Stabilisatie_in_traumabehandeling_bij_complexe_PTSS_noodzaak_of_mythe

Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. (2008). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>

Carr, S., Hardy, A., & Fornells-Ambrojo, M. (2018). The Trauma and Life Events (TALE) checklist: development of a tool for improving routine screening in people with psychosis. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1512265. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1512265>

- De Bont, P. A. J. M., Van Den Berg, D., Van Der Vleugel, B. M., De Roos, C., De Jongh, A., Van Der Gaag, M., & Van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 206(5), 408–416. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148486>
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Van Balkom, A., Van Dyck, R., Veltman, D. J., & Draaijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex post-traumatic stress disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: a pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 284–288. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.003>
- Giannopoulou, I., Georgiades, S., Stefanou, M., Spandidos, D. A., & Rizos, E. (2023). Links between trauma and psychosis (review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 26(2). <https://doi.org/10.3892/etm.2023.12085>
- Goff, D. C., Brotman, A. W., Kindlon, D., Waites, M., & Amico, E. (1991). Self-reports of childhood abuse in chronically psychotic patients. *Psychiatry Research*, 37(1), 73–80. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(91\)90107-z](https://doi.org/10.1016/0165-1781(91)90107-z)
- Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L. A., Egede, L. E., & Frueh, B. C. (2011). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 883–899. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.003>
- Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., Marcelis, M., Delespaul, P., Krabbendam, L., Van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1286–1294. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10101531>
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., Escher, S., Pennings, M. H. A., & De Vries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), 646–651. <https://doi.org/10.1097/00005053-199810000-00009>
- Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 257–276. <https://doi.org/10.1017/s1352465801003010>
- Read, J., McGregor, K., Coggan, C., & Thomas, D. R. (2006). Mental health services and sexual abuse: the need for staff training. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 33–50. https://doi.org/10.1300/j229v07n01_04
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2014). Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 25–37. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442936.23457.5b>
- Ross, C. A., Anderson, G., & Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*. <https://doi.org/10.1176/ps.45.5.489>
- Schlesselmann, A. J., Huntjens, R. J. C., Renard, S., McNally, R. J., Albers, C., De Vries, V. E., & Pijnenborg, G. (2022). A network approach to trauma, dissociative symptoms, and psychosis symptoms in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac122>
- Seedat, S., Stein, M. B., Oosthuizen, P., Emsley, R., & Stein, D. J. (2003). Linking posttraumatic stress disorder and psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(10), 675–681. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000092177.97317.26>
- V&VN. (2019). *Nieuw profiel voor de verpleegkundig specialist*. V&VN. Geraadpleegd op 1 oktober 2023, van <https://www.venvn.nl/nieuws/nieuw-profiel-voor-de-verpleegkundig-specialist/>
- Van Den Berg, D., & Van Der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 664–671. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.011>
- Van Den Berg, D., De Bont, P. A. J. M., 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. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>
- Yanos, P. T., Vayshenker, B., Pleskach, P., & Mueser, K. T. (2016). Insight among people with severe mental illness, co-occurring PTSD and elevated psychotic symptoms: correlates and relationship to treatment participation. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.04.016>