

# EMDR bij een waanstoornis en stoornis in het gebruik van een middel: geïntegreerd behandelen

M.M. van Rekom, M. Boog

**Samenvatting** Onlangs werd een patiënt aangemeld met vermoedens van persoonlijkheidsproblematiek en een stoornis in het gebruik van cannabis. Na onderzoek bleek er ook sprake van een waanstoornis, agressieregulatieproblematiek en een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Na het inzetten van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij middelengebruik, de module Held Zonder Geweld en eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) werd de behandeling afgerond. Geïntegreerd behandelen bij deze patiënt bleek voor de PTSS-klachten, de agressieregulatieproblematiek en het middelengebruik succesvol te zijn. Met de beschreven casus hopen we een duidelijk beeld te geven van de mogelijkheid van geïntegreerd behandelen bij een patiënt met dergelijke complexe problematiek.

Stoornissen in het gebruik van een middel (SGM), psychose en trauma komen vaak samen voor. Studies tonen aan dat psychotische stoornissen samenhangen met traumatische ervaringen in de kindertijd.<sup>1,2</sup> Uit een meta-analyse blijkt dat de prevalenties van zelfgerapporteerd seksueel, fysiek en emotioneel misbruik in de kindertijd bij personen met psychotische stoornissen respectievelijk 26%, 39% en 34% zijn.<sup>1</sup> Daarnaast varieert de prevalentie van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij personen met een psychotische stoornis van 10% tot 30%. Traumatisering in de jeugd komt voor bij meer dan 60% van patiënten met een SGM, en PTSS komt voor bij een derde tot de helft van mensen met een SGM.<sup>2-5</sup> De prevalentie van SGM bij personen met psychotische stoornissen zou ongeveer 40% zijn.<sup>6</sup> Cannabis wordt als middel het vaakst gebruikt door patiënten met psychosegevoeligheid.<sup>7</sup> Hoewel SGM, psychotische stoornissen en PTSS gerelateerd zijn en vaak samen voorkomen,<sup>8</sup> ontbreken concrete cijfers over de prevalentie van de comorbiditeit van deze stoornissen. In dit artikel illustreren wij dat geïntegreerd behandelen van verslaving en PTSS bij een waanstoornis mogelijk is. Allereerst gaan we na hoe de samenhang tussen deze drie variabelen wordt beschreven in de wetenschappelijke literatuur, waarna we een casus beschrijven van een patiënt met een waanstoornis, een SGM en PTSS. In de beschouwing staan we ten slotte stil bij tekortkomingen van de behandeling en conclusies rondom geïntegreerd behandelen.

## METHODE

Voor het literatuuronderzoek ter beantwoording van de vraag wat de wetenschappelijke kennis is wat betreft het samengaan van verslaving, trauma en psychose, raadpleegden we Google Scholar, PubMed en ScienceDirect. Daarbij gebruikten we de specifieke combinatie van de volgende exacte trefwoorden: 'substance use disorder (SUD)', 'psychosis', 'trauma', 'PTSD', 'EMDR', 'schizophrenia spectrum disorders'. We vonden 76 geschikte artikelen, waaruit we er 39 selecteerden die zich specifiek richtten op de combinatie SGM, psychose en trauma en de behandeling daarvan. Deze 39 artikelen werden volledig gelezen, waarna we 25 bronnen gebruikten voor de onderbouwing van het huidige artikel. We beschrijven de belangrijkste bevindingen uit deze artikelen.

### Verbanden tussen trauma, verslaving en psychose

Wetenschappelijke studies doen vermoeden dat de oorsprong van de klachten bij verslaving, psychose en trauma kan verschillen. Vaak wordt beschreven dat trauma voorafgaat aan psychose, maar ook andere factoren zijn relevant. Zo lijken neurologische en genetische kwetsbaarheid en psychosociale factoren als stress, sociale uitsluiting en sociale terugtrekking ook een rol te spelen bij het ontstaan van een psychotische stoornis, naast of losstaand van psychotrauma.<sup>9-11</sup> Verschillende modellen worden voorgesteld die de samenhang tussen deze factoren proberen te verklaren. Drie belangrijke modellen zijn de volgende.

## AUTEURS

**Melissa van Rekom**, psycholoog, Parnassia Groep, Antes Zorg, Expertiseteam Verslaving Zuidoever, Rotterdam.

**Michiel Boog**, klinisch psycholoog, Parnassia Groep, Antes Zorg, Expertiseteam Verslaving Zuidoever, Institute of Psychology, Erasmus Universiteit Rotterdam.

## Correspondentie

Melissa van Rekom (m.rekom@anteszorg.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

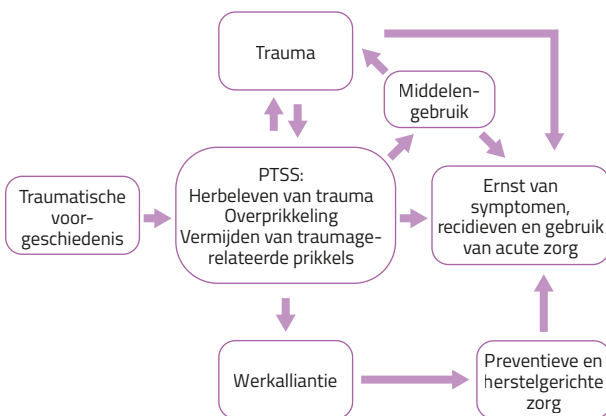
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-3-2024.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(5):274-277

Ten eerste veronderstellen Mueser e.a. (**figuur 1**) de oorsprong van verslaving en ernstige psychische stoornissen, zoals psychose, in een traumatische voorgeschiedenis.<sup>12</sup> Trauma kan een directe invloed hebben op het ontstaan van psychische klachten, zoals psychose. Echter, er zijn ook andere paden waarlangs trauma kan leiden tot psychose: de klachten (leerproblemen, middelengebruik en sociale uitsluiting) die ontstaan door de traumatische voorgeschiedenis kunnen elkaar versterken en leiden tot hertraumatisering, SGM en mogelijk ook psychose.<sup>12,13</sup> Een voorbeeld hiervan is een man die in zijn kindertijd is mishandeld. Om zijn PTSS-klachten te dempen, gebruikt hij cannabis, waar hij verslaafd aan raakt. Zowel de PTSS als de verslaving luxeert en verergert psychotische klachten. De psychoses en de ggz-crisisinterventies zijn voor hem traumatisch, waardoor zijn PTSS-klachten toenemen.

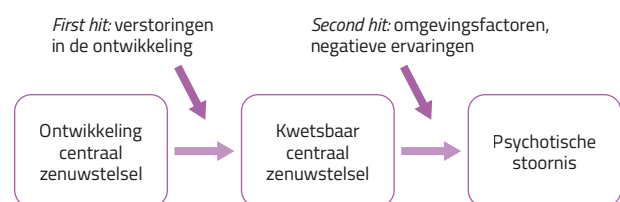
**Figuur 1. Interactief model van trauma, verslaving en ernstige psychische stoornissen<sup>12</sup>**



Ten tweede proberen Maynard e.a. met hun *two-hit* model (**figuur 2**) de relaties tussen verslaving, psychose en trauma te verklaren: vroege negatieve ervaringen (*first*

*hit*), zoals genetische aanleg en traumatische gebeurtenissen in de kindertijd, verstoren de ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel en zorgen voor een kwetsbaarheid op lange termijn, doordat verstoringen ontstaan in de prikkeloverdracht in het brein.<sup>14</sup> Latere negatieve ervaringen (*second hit*), zoals middelengebruik, hebben ook invloed op het functioneren van de hersenen en kunnen in combinatie met de eerder ontstane kwetsbaarheid leiden tot een psychotische stoornis.<sup>8,14</sup> In de praktijk veronderstellen we regelmatig dat patiënten hun PTSS-klachten proberen te verminderen met middelen.<sup>15,16</sup> Mogelijk is echter het tegendeel aan de orde: middelengebruik kan psychotische klachten luxeren en/of versterken.<sup>17</sup> Waar het eerste model zich vooral richt op (externe) traumatische ervaringen, richt het tweede model zich vooral op de (interne) verstoring van het centrale zenuwstelsel.

**Figuur 2. Two-hitmodel van schizofrenie**



Ten derde veronderstellen Selten en Cantor-Graae dat, naast genetische kwetsbaarheid, lage intelligentie, opgroeien in een stad, migratie, middelengebruik en vroegkinderlijk trauma belangrijke factoren zijn bij het zich ontwikkelen van psychose. Zij stellen dat sociale uitsluiting in deze factoren een gedeelde noemer is en door een chronisch verhoogd stressniveau kan leiden tot dopaminerge hyperactiviteit, wat een verhoogd risico op het ontstaan van schizofrenie met zich meebrengt.<sup>10,11</sup> In tegenstelling tot de eerste twee modellen, benoemen zij in dit model ook andere ontstaansfactoren, naast traumatische gebeurtenissen.

Deze modellen tonen dat de oorsprong van het gecombineerde beeld van SGM, PTSS en psychose in verschillende factoren kan liggen. In het huidige artikel focussen we ons op trauma als één van de belangrijke factoren en als een belangrijk aangrijpingspunt in de behandeling. Het psychologisch behandelen van PTSS-klachten kan ervoor zorgen dat de comorbide klachten verbeteren.<sup>13,18,19</sup> Onze indruk is dat veel klinici huiverig zijn om een traumabehandeling (bijvoorbeeld *eye movement desensitization and reprocessing*; EMDR) aan te bieden aan patiënten met een psychotische stoornis en een SGM. De patiënt zou kunnen terugvallen in middelengebruik of de psychotische klachten zouden kunnen verergeren. Daarnaast hebben deze patiënten, door een verminderd werkgeheugen en concentratie, vaak moeite met het opvolgen van de instructies.<sup>18</sup> Er is relatief weinig gedegen onderzoek, zoals gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), gedaan naar EMDR bij psychotische stoornissen; echter, de eerste resultaten lijken positief.<sup>18-20</sup> Aan de hand van een casus beschrijven we hoe een dergelijke, geïntegreerde behandeling zou kunnen gaan.

## CASUSBESCHRIJVING

Patiënt A werd aangemeld bij het deeltijdprogramma Verslaving en Persoonlijkheid van Antes met de vraag of er een indicatie was voor intensieve groepsbehandeling in deeltijd. Patiënt had een SGM (cannabis), hij blowde ongeveer 1 gram cannabis per dag, en er waren vermoedens van een persoonlijkheidsstoornis. Allereerst werd er cognitieve gedragstherapie (CGT) bij middelengebruik en gokken ingezet.<sup>21</sup> De kennismaking met zijn behandelaar liep stroef. Patiënt zat weggedoken in een dikke jas, droeg een muts, deelde zijn kennis over alternatieve geneeswijzen en leek hier zelfvertrouwen aan te ontnemen. Over zijn klachten liet hij niet alles los, hij vertelde vooral over de boosheid die hij voelde. Al snel bleek dat patiënt moeite had om anderen te vertrouwen. Patiënt vertelde over zijn jeugd waarin beide ouders met alcoholverslaving hem mishandelden. Er was forse emotionele verwaarlozing, hij werd door leraren niet begrepen en iedereen zou zijn genialiteit verkeerd hebben geïnterpreteerd als gekte. Hij benoemde dat zijn wereldbeeld was veranderd door de mishandelingen en dat dit hem belemmerde in het aangaan van nieuwe relaties. Daarnaast was er een verhoogde alertheid als hij over straat liep. Hij vertelde dat hij erg bang was voor zijn eigen boosheid en dat hij iemand zou aanvallen of vermoorden. Patiënt had echter nog nooit iemand aangevallen en hij verzekerde zijn behandelaar dat hij nooit agressief zou worden in de behandelkamer. De angst voor een agressiedoorbraak maakte dat patiënt veel moeite ervoer met het stoppen met blowen. Door het blowen ervoer hij rust en had hij het gevoel dat hij zijn agressie kon temperen. De psychiater schreef sertraline (50 mg eenmaal daags) voor, patiënt blowde

destijds gemiddeld twee joints per week. Er werd gekozen voor sertraline vanwege de invloed van deze selectieve serotonineheropnameremmer op agressieregulatieproblematiek, stemming en mogelijke invloed op PTSS-klachten.<sup>22,23</sup> Patiënt was tevreden over de werking van deze medicatie: hij vertelde zijn boosheid een halt toe te kunnen roepen voordat die hem overspoelde. Hij ervoer geen bijwerkingen en in bloedonderzoek werden geen afwijkingen in elektrolyten, bloedglucose en cholesterol gevonden. Patiënt ervoer genoeg vertrouwen om volledig te stoppen met blowen. Wel bleef hij bang voor zijn agressie als hij het gevoel had te worden uitgedaagd door andere mannen.

Na zes weken van abstinentie werd het persoonlijkheidsonderzoek gestart. De afname van het *Gestructureerd klinisch interview voor de DSM-5 Syndroomstoornissen* (SCID-5-S) nam veel tijd in beslag, omdat veel tijd werd besteed aan het uitvragen van psychotische klachten. De afwijkende ideeën van patiënt bleken verder te gaan dan achterdocht of eigenaardige overtuigingen: er leek sprake van bizarre wanen, die het hele denken van de patiënt bleken te omvatten. De inhoud van het waansysteem stond in het teken van grootheid, satanistische groeperingen, buitenaardse wezens en grootmachten ('de Amerikanen'). Patiënt was volledig overtuigd van de correctheid van zijn denken en hij stond niet open voor alternatieve verklaringen. Hij was echter niet gewend open te zijn over zijn gedachten, bang om voor 'gek' te worden versleten. Zijn anders-zijn zag hij in het kader van grootheid. Er waren geen duidelijke hallucinaties, hoewel patiënt aangaf soms een 'satanistisch gevoel' in zijn buik te hebben.

In het multidisciplinaire overleg werd besproken traumagerichte interventies voorlopig te staken wegens de vastgestelde waanstoornis en de bezorgdheid om decompensatie. Ook het persoonlijkheidsonderzoek werd niet verder afgenomen: het objectiveren van een persoonlijkheidsstoornis was met een actuele waanstoornis te complex. Daarnaast was groepsbehandeling binnen de deeltijd door de waanstoornis niet meer geïndiceerd. Als conclusie werden de classificaties stoornis in het gebruik van cannabis, depressieve stoornis, PTSS en waanstoornis (ongespecificeerd type) gesteld. Patiënt zei geen hulpvraag te hebben omtrent de waanstoornis: hij was het niet eens met deze classificatie en interpreteerde die wederom als een misinterpretatie van zijn genialiteit. Aangezien patiënt geen hulpvraag had die gericht was op de waanstoornis, werd besloten geen psychofarmaca voor te schrijven voor deze symptomen. Patiënt had wel een hulpvraag over het omgaan met zijn resterende agressie, waardoor werd besloten te starten met het protocol Held Zonder Geweld.<sup>24</sup> Dit CGT-protocol behelst een behandeling van agressief gedrag door het doen van rollenspellen en het oefenen van probleemsituaties.

De behandeling sloeg aan en al snel ervoer patiënt geen (ongepaste) woede meer. Wel noemde hij dat de PTSS-klachten (herinneringen aan zijn gewelddadige ouders)

steeds heftiger werden. Hij rapporteerde flashbacks, die een hoge spanning bij hem oproepen. Het behandelteam overwoog nu toch EMDR in te zetten. Eerder waren de therapeuten huiverig voor decompensatie en stond de agressieregulatieproblematiek op de voorgrond. EMDR leek goed aan te sluiten bij zijn huidige klachten. Onder supervisie en met tussentijdse contacten om eventuele decompensatie te monitoren, werd besloten EMDR aan te bieden. Na vier sessies vond er een evaluatiegesprek plaats met de regiebehandelaar.

Patiënt was aan het begin van de EMDR-sessies goed te structureren, maar leek steeds meer associatief te worden naarmate de sessies vorderden. Hij neigde er hierbij naar om in gesprek te gaan met de behandelaar en leek de instructies van de EMDR te vergeten. In de sessies werd gewerkt aan drie verschillende plaatjes, waarbij de *subjective unity of disturbance* (SUD), ervaren spanning, op een schaal van 0-10 daalde naar 0 (geen ervaren spanning) en de *validity of cognition* (VOC), geloofwaardigheid van de positieve cognitie 'Ik ben veel waard' op een schaal van 0-7 steeg naar 7 (volledig geloofwaardig). Bij doorvragen bleken de waanideeën onverminderd aanwezig. Patiënt wilde de behandeling graag beëindigen en had nog steeds geen hulpvraag op het gebied van de waanstoornis. Er werden nog vier vervolgspraken ingepland, waarbij bleek dat patiënt zich goed voelde en blijvend abtinent was. Hij was sinds een aantal weken zelfstandig gestopt met de voorgeschreven medicatie. Hij voelde zich meer ontspannen dan hij zich in jaren had gevoeld.

## BESCHOUWING EN CONCLUSIE

Onze casus laat zien dat het mogelijk is om traumagerelateerde klachten bij een (onbehandelde) waanstoornis en een SGM succesvol te behandelen. Met deze casus hopen we een duidelijk beeld te geven van de mogelijkheid tot geïntegreerd behandelen bij een patiënt met complexe problematiek. De focus lag in de beschreven behandeling uiteindelijk bij de traumatische gebeurtenissen, zonder dat er werd ingegaan op de inhoud van de wanen. Congruent met de literatuur werd wel gezien dat de patiënt neigde af te dwalen en soms moeite had met de instructies.<sup>13</sup> Het lijkt echter niet nodig dat de waanstoornis in remissie is voordat EMDR wordt gestart. Het belang van abtinentie van middelen is een onderwerp van discussie. Markus e.a. raadden in 2014 aan dat patiënten in ieder geval de dag voor en na de EMDR-sessies en de dag van de EMDR-sessies abtinent moeten blijven.<sup>25</sup> Een EMDR-behandeling kan dus opgestart worden zonder dat een patiënt volledig abtinent is. Het geniet bij veel patiënten zelfs de voorkeur om geïntegreerd de verslaving en de PTSS te behandelen (en niet te wachten op abtinentie).<sup>25</sup> Alhoewel de beschreven casus suggereert dat geïntegreerde behandeling gericht op SGM en PTSS met CGT en EMDR bij een patiënt met een psychose succesvol kan zijn, kunnen geen algemeen

geldende conclusies worden getrokken. Ook is niet met zekerheid te zeggen of (en welke van) de ingezette interventies effect hebben gehad.

Vanuit de eerder besproken literatuur, waarin verondersteld wordt dat trauma een belangrijke factor kan zijn in het samengaan van PTSS-klachten, psychose en SGM, zijn er aanwijzingen dat het wenselijk is om PTSS-klachten een belangrijk aandachtspunt te laten zijn van de behandeling. Door de PTSS-klachten te behandelen, zullen patiënten minder de neiging hebben om te proberen hun klachten te reguleren door middelengebruik (een terugval in gebruik wordt minder aannemelijk).<sup>16</sup> Hierdoor bestaat er ook minder risico op een toename van psychotische klachten.

Behalve voor de traumaklachten dient er ook aandacht te zijn voor de andere factoren die een rol spelen in het ontstaan van de psychotische klachten, zoals het aanleren van gezonde copingmechanismen en het bewerken van kernovertuigingen.<sup>9</sup> In de beschreven casus is er eerst aandacht geweest voor het abtinent worden van cannabis (door onder andere het aanleren van gezonde copingmechanismen, ofwel zelfcontrolemaatregelen), waarna er is ingezet op agressieregulatie.

Wij waren aanvankelijk huiverig voor verergering van de waanstoornis. Dit bleek ongegrond. De symptomen en de lijdensdruk namen het meest af na de EMDR-behandeling: de PTSS-klachten van patiënt verminderden en zijn stemming verbeterde zichtbaar. De psychotische symptomen verergerden niet. In de literatuur wordt benoemd dat psychotische klachten ook kunnen verminderen door EMDR, al zijn uitkomsten uit onderzoek niet eensluidend.<sup>14,15</sup> Bij de beschreven patiënt wordt opvallend genoeg geen verandering gezien in de aanwezigheid of de ernst van de waanstoornis. Mogelijk had eerder een vermindering van klachten kunnen optreden als was gekozen om de focus van de behandeling te verbreden door bijvoorbeeld het bewerken van het gevoel van sociale uitsluiting, door het oefenen met het aangaan van gezonde sociale contacten.

Onze hypothese is daarnaast dat de overtuigingen van patiënt hem helpen de pijn vanuit zijn verleden en de ervaren sociale uitsluiting te verdragen. Ze zijn met andere woorden onderdeel van een copingmechanisme; op deze manier zijn waanbeelden verklarend en zijn minderwaardigheidsgevoelens afgeweerd.

## Epiloog

Drie maanden na het afsluiten van de behandeling ontving de behandelaar een terugbelverzoek: 'patiënt vraagt of je hem wil terugbellen voor raad en advies'. Bij het terugbellen klonk zijn diepe stem en hij wilde graag weten hoe hij psychische hulp kon regelen voor zijn buurvrouw. Aangezien zijn vorige behandelaren 'de besten zijn die hij kent', wilde hij ook zulke goede hulp voor zijn buurvrouw. Met hemzelf ging het uitstekend: patiënt gaf aan nog nooit zo in balans te zijn geweest.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.