

Training CGT bij Psychose en Trauma
volgens *Gedachten Uitpluizen 3.0*

najaar 2019 400
vervolgcursus VGCT 50 uur

Mensen met psychose worden verwaarloosd

Cognitieve gedragstherapie (CGT) voor psychose, alsook CGT voor hun co-morbiditeit (denk aan PTSS, depressie, angststoornissen, verslaving, en meer) is onvoldoende beschikbaar voor de EPA-doelgroep. Landelijke cijfers wijzen erop dat minder dan 5% van de cliënten met psychose CGT ontvangt.

Dit cijfer is bovendien aan het zakken! Van 2012 naar 2016 daalt in Nederland het aantal geregistreerde CGT-behandelingen bij de psychose-doelgroep.

Mensen met psychose worden verwaarloosd. Mensen met angststoornissen krijgen bijvoorbeeld veel vaker CGT, terwijl in beide richtlijnen/zorgstandaarden (zowel angst als psychose) CGT geadviseerd wordt (zie verder bijlage 1). Momenteel loopt een landelijke survey bij ambulante psychose-teams om die cijfers te valideren, uitgevoerd door de sectie SAABB van de VGCT.

Hoe denk je dat het bij jouw GGZ-instelling is?

Wat te doen?

Dit implementatie-gat tussen richtlijn en praktijk roept om aandacht. Cliënten met psychose verdienen CGT als standaardaanbod. De training CGT bij Psychose en Trauma voor psychologen in Psychose-teams is de kern: hoe meer mensen goed geschoold zijn, hoe hoger de kans dat cliënten van hun diensten gebruik kunnen maken.

CGT bij psychose

Cognitieve Gedragstherapie (CGt) is niet alleen een resultaatvolle behandeling gebleken bij angst, depressie en hypochondrie, maar ook bij psychosen, schizofrenie en aanverwante co-morbiditeit. CGt beschouwt de bijzondere percepties (bijv. stemmen) zoals de cliënt die formuleert als valide. Daar wordt niet aan getwijfeld. Problemen bestaan uit onaangename gevoelens, gedragsexcessen of vermijdingsgedrag, en zijn het gevolg van gedachten over bepaalde gebeurtenissen en niet zozeer een gevolg van de gebeurtenis zelf. Door de gedachten eens nader te beschouwen en uit te pluizen, en door nieuw gedrag te proberen, kunnen de problemen verminderd worden.

Gedachten Uitpluizen

Specifiek voor klachten op het terrein van extreme achterdocht en/of stemmen horen was in 2000 de eerste versie van de toolkit 'Gedachten uitpluizen' ontwikkeld. De toolkit is in 2013 geheel herzien en is nu meer protocollair, op meerdere en verschillende psychoseklachten gericht, en bij verscheidene stoornissen toepasbaar. De protocollen richten zich op stemmen, achterdocht, negatieve symptomen, psychose risicoprofiel (UHR), geesten, djinn en magie, en andere psychose klachten.

De samenstelling ervan is verzorgd door een groep deskundige hulpverleners/onderzoekers op dit terrein, namelijk prof. dr. M. van der Gaag, drs. J. Baas, dr. D. Van den Berg en dr. T. Staring.

De protocollen zijn een uitgave van de *Stichting Cognitie en Psychose*.

Effecten

Een groot aantal patiënten kan na instelling op antipsychotische medicatie zelfstandig her-evalueren en waanachtige ideeën en wanen relativiseren. Een derde tot de helft van de patiënten blijft ondanks medicatie echter last ervaren van stemmen en wanen en deze groep heeft hulp nodig bij het evalueren van gebeurtenissen tijdens de psychose en hun betekenis. CGt kan hierbij helpen.

Door deze her-evaluatie komen de meeste patiënten op andere gedachten en kunnen zij minder angstig en bedroefd door het leven gaan. CGt is een effectieve interventie bij achterdocht en stemmen horen. Bij acute patiënten is het herstel sneller en vollediger. Bij chronische patiënten zijn de effecten

vergelijkbaar met het omschakelen naar Clozapine. Zowel angst, depressie als positieve symptomen nemen af. De wetenschappelijke evidentie is inmiddels zeer groot en het staat geadviseerd in de richtlijnen.

Trauma en psychose

Er is steeds meer bekend over de relaties tussen trauma en psychose, en over de behandeling van trauma (of in engere zin PTSS) bij mensen met psychose. Waar voorheen psychose of schizofrenie als een contra-indicatie werd beschouwd, is er nu goede evidentie dat PTSS veilig en effectief behandeld kan worden. Het meten en behandelen van PTSS middels imaginaire exposure, specifiek bij mensen met eveneens psychose, komt in deze training uitvoerig aan bod.

Training

> Doelen

De cognitief-gedragstherapeutische vaardigheden vergroten op het gebied van verscheidene psychoseklachten en aanverwante psychopathologie.

Na afloop kan de deelnemer bij individuele cliënten een probleemformulering maken van verscheidene soorten psychoseklachten (inclusief negatieve symptomen), en op basis daarvan een behandelplan opstellen en uitvoeren in lijn met de CGT protocollen hiervoor.

Hierbij ligt de nadruk op cognitieve technieken, gedragsexperimenten en exposure.

Daarnaast wordt er kennis opgedaan over trauma en psychose, en leren de deelnemers imaginaire exposure toepassen voor de behandeling van PTSS bij patiënten met ook psychose. Dit gaat o.a. om het diagnosticeren van PTSS, het reguleren van de arousal tijdens de exposure, omgaan met dissociatie en het uitvoeren van exposure in vivo.

> Doelgroep

Gz-psychologen, klinisch psychologen, artsen, psychiaters en psychotherapeuten.

Voor iedere deelnemer geldt dat die tenminste een 100 uur basiscursus VGCT moet hebben afgerond (al dan niet integraal in de GZ-opleiding). Ook geldt voor iedere deelnemer dat hij/zij werkt met patiënten met psychoseklachten. Dat hoeft niet noodzakelijk in een psychose-team te zijn, maar betreft evt. patiënten die psychoseklachten ervaren bij andere pathologie (bijv. borderline persoonlijkheidsstoornis, depressie, OCD, etc.).

> Aantal deelnemers

Minimum 10 - maximum 14 deelnemers.

> Werkwijzen

Inleidingen, powerpoint-presentaties, discussies, opdrachten, literatuurstudie, huiswerkopdrachten, rollenspelen met vignetten en met eigen casuïstiek, video-inbreng, schriftelijke toetsing.

> Programma *1

Dag 1 Achtergrond, introductie CGT-protocollen, probleemformulering

Dag 2 CGT voor stemmen, casuïstiek video's

Dag 3 CGT voor geesten, djinns en magie, casuïstiek video's

Dag 4 CGT voor paranoia, casuïstiek video's

Dag 5 CGT voor overige psychotische klachten en COMET, casuïstiek video's

Dag 6 Trauma en psychose, casuïstiek video's

Dag 7 CGT voor demoralisatie / negatieve symptomen, casuïstiek video's

Dag 8 Trauma en psychose, casuïstiek video's, eindtoets en evaluatie.

*1 © 2016 Scholing@Psy.Staring i.s.m. Stichting Cognitie en Psychose

> Docenten

- drs. Joost Baas (verzorgt bijeenkomst 1, 2, 3, 5), Gz-psycholoog, supervisor VGCT Hagen en Baas, psychologen, Praktijk voor psychotherapie en psychologische hulp Voorschoten
- prof. dr. Mark van der Gaag (verzorgt bijeenkomst 4), klinisch psycholoog, supervisor VGCT, hoofd psychose onderzoek, Wetenschappelijk Onderzoek & Innovatie, Parnassia, hoogleraar klinische psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam
- dr. David van den Berg (verzorgt bijeenkomst 6), klinisch psycholoog, supervisor VGCT en onderzoeker, psychotherapeut, innovator, Divisie Volwassenen, Parnassia
- dr. Tonnie Staring (verzorgt bijeenkomst 7, 8), klinisch psycholoog, psychotherapeut, supervisor VGCT, EMDR-practitioner
Vroege Psychose ABC & Early Detection and Intervention (EDI)-team, Altrecht

> Data/tijden/duur/locatie/aanmelding

De training omvat acht bijeenkomsten van 6 uur en 15 minuten lestijd per dag van 09.30 - 17.00 uur. Totale duur: 50 lesuren en 50 werkuren (opdrachten en literatuurstudie).

Data: donderdagen 11-12-2019, 15-1-2020, 29-1-2020, 12-2-2020, 4-3-2020, 11-3-2020, 25-3-2020, 8-4-2020.

Locatie: Kenniscentrum Phrenos, Da Costakade 45, Utrecht.

Aanmelding is mogelijk tot 13 november 2019 via www.kenniscentrumphrenos.nl

> Deelnamekosten

Voor medewerkers van bij Kenniscentrum Phrenos aangesloten instellingen: € 1.850,- , inclusief literatuur *2, lunches tijdens de trainingdagen en accreditatie.

Voor overigen: € 2.225,- inclusief literatuur*2, lunches tijdens de trainingdagen en accreditatie.

> Literatuur*2

- M. van der Gaag, T. Staring, D. Van den Berg, J. Baas (2013).

Gedachten Uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische bij psychotische klachten.

Stichting Cognitie en Psychose, Oegstgeest

- T. Staring, D. van den Berg, J. Baas, M. van der Gaag (2015)

Gedachten Uitpluizen Therapeutische Technieken en Vaardighedenboek

Stichting Cognitie en Psychose, Oegstgeest

- M. van der Gaag, T. Staring, L. Valmaggia (Eds) (2012)

Handboek Psychose, theorie, diagnostiek en behandeling, Uitgeverij Boom

- Enkele artikelen, formulieren en meetinstrumenten.

> Toetsing /certificaat

Voor het verkrijgen van het certificaat gelden als voorwaarden:

- Aanwezigheid 90 %. 1 dagdeel kan regulier worden gemist en een tweede dagdeel kan gemist worden met een vervangende opdracht. Bij verzuim van 3 dagdelen of meer vervalt het recht op compensatie en wordt geen certificaat uitgereikt.

- Een eigen casus op video ingebracht - hier zit geen kwaliteitsoordeel aan verbonden, doch de inbreng is wel verplicht.

- Voldoende beoordeling van de gemaakte eindopdracht.

- Voldoende beoordeling op de schriftelijke eindtoets tijdens de laatste bijeenkomst.

Bij een onvoldoende beoordeling van de toets krijgt de deelnemer een aanvullende opdracht die dient te leiden tot een voldoende beoordeling.

> Video-inbreng

Iedere deelnemer brengt een casus op video in, waarop een onderdeel van één van de CGT-protocollen voor psychoseklachten staat opgenomen. Dat mag een interview zijn voor de probleemformulering, het samen met de cliënt bespreken van diens probleemformulering (voorkeur), het opzetten of nabespreken van een gedragsexperiment (voorkeur), een andere cognitieve techniek, exposure-opdrachten, etc. De video moet worden aangeleverd op een USB-stick, in een

veelvoorkomend format. Als dit niet lukt, moet overlegd worden met de docent om te bekijken of een alternatieve aanlevering binnen de afspeelmogelijkheden past.

> Eindopdracht

Iedere deelnemer levert uiterlijk een week na de 8^e lesdag (1) een volledig ingevulde probleemformulering van een eigen cliënt met psychotische klachten in, met daarbij eveneens (2) een gefaseerd-uitgewerkt behandelplan dat in lijn is met het CGT-protocol voor die betreffende psychotische klacht. Tijdens de trainingdagen kan de uitwerking voor een eigen cliënt reeds aan bod komen, bijvoorbeeld naar aanleiding van de video-inbreng.

> Accreditatie

Accreditatie wordt aangevraagd bij de VGCT als vervolgcursus VGCT 50 uur (voor psychologen in opleiding tot VGCT-therapeut) en wordt aangevraagd bij de FGzPt (voor klinisch psychologen) en bij de NVvP.

De in 2018 uitgevoerde training werd door de VGCT geaccrediteerd met 50 punten en door de FGzPt met 72 pnt. De in 2017 uitgevoerde training werd door de NVvP geaccrediteerd met 40 pnt.

> Organisatie

De training is ontwikkeld door stichting Cognitie en Psychose (www.gedachtenuitpluizen.nl) te Oegstgeest en wordt in nauwe samenwerking met de stichting aangeboden en georganiseerd door Kenniscentrum Phrenos.

Stichting Cognitie en Psychose verzorgt de in company-trainingen; Kenniscentrum Phrenos de trainingen met open inschrijving.

tel 030 – 2931626 email: kcp@kcphrenos.nl www.kenniscentrumphrenos.nl

Bijlage 1 **door Mark van der Gaag¹**

Inzet Cognitieve Gedragstherapeuten bij mensen met een psychotische stoornis in stadium 2 tot en met 4 (eerste episode schizofrenie, partiële remissie, recidiverend beloop, persisterende psychose)

De Multidisciplinaire Richtlijn en de nieuwe Zorgstandaard Psychose en vroege psychose stellen dat de standaardzorg voor psychotische patiënten bestaat uit psycho-educatie, farmacotherapie en cognitieve gedragstherapie (1). Deze zorg moet aan alle patiënten aangeboden worden. Daarnaast hebben psychotische patiënten multi-morbide stoornissen die met succes te behandelen zijn met de gangbare evidence-based protocollen.

Er is hiervoor in het verleden nauwelijks aandacht geweest. Bijvoorbeeld 16% van 2.605 schizofreniepatiënten voldeed aan alle criteria van een posttraumatische stress stoornis. Statusonderzoek vond 97% onderrapportage en 100% onderbehandeling (2). Traumagerichte behandeling was succesvol, er was geen toename van symptoom exacerbaties of adverse events. Het zelfbeeld verbeterde, depressie nam af, paranoïde gedachten namen af en meer patiënten kwamen in remissie van psychotische symptomen (3-5).

Depressie (50%) en problematisch middelengebruik (47%) komen het meeste voor, maar ook posttraumatische stress stoornis (16%), paniekstoornis (15%), sociale fobie (14,9%), obsessief compulsieve stoornis (12%), en gegeneraliseerde angststoornis (10,9%).

¹ Dit overzicht gaat specifiek over de benodigde uren beschikbare cognitieve gedragstherapie. Dat komt op meer FTE gedragstherapeut uit dan dat er vanuit het FACT-model aan psycholoog-uren wordt geadviseerd (2,0 versus 1,6 FTE per 200 patiënten). Het FACT-model houdt geen rekening met alle co-morbiditeit die ook goed behandelbaar is bij psychose. Dit overzicht van Mark vd Gaag, echter, houdt weer geen rekening met andere activiteiten van de psycholoog, zoals diagnostiek, ASS-behandeling, persoonlijkheidsbehandeling, en alle indirecte tijd voor andere zaken.

Daarnaast heeft ongeveer de helft van de paranoïde patiënten een ernstige slaapstoornis die de paranoïdie onderhoudt (6).

Naast de stoornis gerichte protocollen zijn er transdiagnostische modulaire protocollen in opkomst. Er is een module die zich richt op het verbeteren van slaap bij paranoïde patiënten die effectief is (7).

Er is een module die zich richt op piekeren die effectief is (8). Ook piekeren is zo'n transdiagnostisch ontregeld gedrag die bij psychose en affectieve stoornissen een onderhoudende rol speelt (9).

Virtual Reality enhanced CGT kan behulpzaam zijn bij het achterdochtig isolement. Het helpt patiënten die straat, winkel, openbaar vervoer, etc. vermijden uit vrees voor de andere mensen.

Een publicatie is in voorbereiding door Pot-Kolder e.a.

Veel patiënten hebben een negatief zelfbeeld dat hen beperkt in sociaal-maatschappelijk functioneren. Competitive Memory training is een transdiagnostisch protocol dat helpt het zelfbeeld te verbeteren en depressie te verminderen naast het verminderen van de angst voor bijvoorbeeld hallucinaties (10).

Er zijn dus volop mogelijkheden om psychose en de multimorbide stoornissen succesvol te behandelen. Het vergt relatief weinig menskracht van cognitief gedragstherapeutisch psychotherapeuten. Om een volledig aanbod te realiseren is een uitbreiding van de beschikbare workforce wel noodzakelijk. Een fulltime werkende cognitief gedragstherapeut kan de volledige behandeling geven voor psychose en alle multimorbide stoornissen die daarbij voorkomen bij ongeveer 100 patiënten met een psychotische stoornis (zie tabel 1 voor de berekeningen).

Tabel 1: berekening benodigd aantal sessies

Voor psychose geldt: gemiddeld 20 sessies en dat is inclusief geïndividualiseerde psycho-educatie over psychose. In de twee jaren erna nog elk jaar 6 booster sessies.

Per patiënt is dat: $32 \text{ sessies} / 3 \text{ jaar} = 10,66 \text{ sessies per jaar per jaar}$.

Voor verslaving is dat 10 sessies. In die twee jaren erna nog 2 sessies per jaar

Per patiënt is dat $14 \text{ sessies} / 3 \text{ jaar} \times 47\% = 2,19 \text{ sessies per jaar}$.

Voor depressie: 16 sessies en 2 boostersessies per jaar gedurende twee jaar

Per patiënt is dat $20 \text{ sessies} / 3 \times 50\% = 3,33 \text{ sessies}$.

Voor posttraumatische stress stoornis: 20 sessies, waarvan 12 traumagericht.

In de twee jaren erna nog elk 4 booster sessies.

Per patiënt is dat $28 \text{ sessies} / 3 \text{ jaar} \times 16\% = 1,49 \text{ sessies per jaar}$.

Voor OCD: 16 sessies en 2 boostersessies per jaar gedurende nog twee jaar.

Per patiënt is dat $20 \text{ sessies} / 3 \times 12\% = 0,80 \text{ sessies per jaar}$.

Voor sociale fobie: 16 sessies

Per patiënt is dat $16 \text{ sessies} / 3 \times 14,9\% = 0,79 \text{ sessies per jaar}$.

Voor paniekstoornis is dat 12 sessies

Per patiënt is dat $12 \text{ sessies} / 3 \times 15\% = 0,60 \text{ sessies per jaar}$

Voor GAS: 12 sessies

Per patiënt is dat $12 \text{ sessie} / 3 \times 10,9\% = 0,44 \text{ sessies per jaar}$.

In totaal per patiënt is dat in het totaal 20,3 sessies per jaar. We mogen echter verwachten dat niet alle bovengenoemde stoornissen separaat behandeld hoeven worden.

De behandeling van PTSS leidt ook tot minder depressie en meer remissie van psychose.

Daarnaast zal niet elke patiënt behandeling willen op het moment dat behandeling wel geïndiceerd is.

Als we de behoefte dan downgraden van 20 naar bijna 13 sessies per jaar per patiënt en met een

productienorm van 1280/1320 uur per jaar,
dan betekent dat bij elke 100 patiënten 1,0 fte cognitief gedragstherapeut beschikbaar moet zijn.

LITERATUUR

1. van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, et al. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
2. de Bont PA, van den Berg DP, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van der Gaag M, van Minnen A. Predictive validity of the trauma screening questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2015, Aug 16;206:408-16.
3. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, Van Minnen A, van der Gaag M. 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* 2015, Jan 21;72(3):259-67.
4. de Bont PA, van den Berg DP, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van der Gaag M, van Minnen AM. Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. A PTSD waiting-list condition: Effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychol Med* 2016;46:2411-21.
5. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, van der Gaag M. Trauma-Focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom exacerbation, adverse events, and revictimization. *Schizophr Bull* 2016, May;42(3):693-702.
6. Waite F, Myers E, Harvey AG, Espie CA, Startup H, Sheaves B, Freeman D. Treating sleep problems in patients with schizophrenia. *Behav Cogn Psychother* 2016;44:273-87.
7. Freeman D, Waite F, Startup H, Myers E, Lister R, McNerney J, et al. Efficacy of cognitive behavioural therapy for sleep improvement in patients with persistent delusions and hallucinations (BEST): A prospective, assessor-blind, randomised controlled pilot trial. *Lancet Psychiatry* 2015, Nov;2(11):975-83.
8. Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K, Cordwell J, Mander H, et al. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): A parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry* 2015, Apr;2(4):305-13.
9. Startup H, Pugh K, Dunn G, Cordwell J, Mander H, Černis E, et al. Worry processes in patients with persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2016, Mar 20.
10. van der Gaag M, van Oosterhout B, Daalman K, Sommer IE, Korrelboom K. Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia-spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2012, Jun;51(2):158-71.