

**Training CGT bij Psychose en Trauma
Vervolgcurcus VGcT 50 uur****voor-/najaar 2021**

De Zorgstandaard Psychose (2017) stelt dat Cognitieve gedragstherapie (CGTp) voor cliënten met psychose standaardzorg is. Elke cliënt met psychose dient deze behandeling standaard aangeboden te krijgen.

CGt voor cliënten met psychose, alsook CGt voor hun co-morbiditeit (denk aan PTSS, depressie, angststoornissen, verslaving) is echter onvoldoende beschikbaar voor de EPA-doelgroep.

Onder de 260 ambulante psychoseteams van 19 Nederlandse GGZ-instellingen is in 2019 een survey 'Pillen naast praten' uitgevoerd door de sectie SAABB van de VGcT.

Uit de resultaten* blijkt dat met de huidige inzet van psychologen slechts één op de vier tot vijf patiënten met psychose (20-25%) ergens in de loop van de afgelopen drie jaar de standaardzorg CGTp kreeg. In aansluiting op de conclusies van de VGcT-survey stelt het verbeteringsplan Zinnige Zorg voor mensen met psychose (Zorginstituut Nederland 2020) dat ongeveer 10-25% van de cliënten een behandeling met CGt conform de richtlijn krijgt, terwijl het percentage cliënten dat hiervan zou kunnen profiteren veel hoger ligt.

Wat te doen?

Dit implementatie-gat tussen zorgstandaard en praktijk roept om aandacht.

Cliënten met psychose verdienen CGTp als standaardaanbod.

Per 100 cliënten moet 1,0 fte cognitief gedragstherapeut beschikbaar zijn**.

De training CGt bij Psychose en Trauma voor psychologen in Psychose-teams is de kern: hoe meer professionals goed geschoold zijn, hoe hoger de kans dat cliënten van hun diensten gebruik kunnen maken.

CGt bij psychose

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 psychoseklachten. 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 cliënten kan na instelling op antipsychotische medicatie zelfstandig herevalueren en waanachtige ideeën en wanen relativiseren. Een derde tot de helft van de cliënten 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 herevaluatie komen de meeste cliënten op andere gedachten en kunnen zij minder angstig en bedreefd 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 cliënten 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 CGt 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 (zie: traumaenpsychose.nl). Het meten en behandelen van PTSS middels imaginaire exposure, specifiek bij mensen met eveneens psychose, komt in deze training uitvoerig aan bod.

Doel

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 cliënten 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, psychotherapeuten, basispsychologen en verpleegkundig specialisten GGz.

Voor iedere deelnemer geldt dat die tenminste een 100 uur basiscursus VGt moet hebben afgerond (al dan niet integraal in de GZ-opleiding).

Ook geldt voor iedere deelnemer dat hij/zij werkt met cliënten met psychoseklachten. Dat hoeft niet noodzakelijk in een psychoseteam te zijn, maar betreft evt. cliënten 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, huiswerk-opdrachten, rollenspelen met vignetten en met eigen casuïstiek, video-inbreng, schriftelijke toetsing.

Data, uitvoering en locatie

De training omvat acht bijeenkomsten van 6 uur en 15 minuten lestijd per dag van 9.30 tot 16.30 uur. Totale duur: 50 lessen en 50 werkuren (opdrachten en literatuurstudie).

Data: do 17 juni, 1 juli, 9 september, 23 september, 7 oktober, 11 november
25 november en 9 december 2021.

Vooralsnog wordt de training online uitgevoerd.

Locatie onder voorbehoud van online-uitvoering: Domstad Utrecht.

Programma *1

Dag 1 Introductie, therapeutische attitude en competenties, klachtmetingen

Dag 2 Informatie inwinnen, conceptualiseren, doelen

Dag 3 CGT bij paranoia

Dag 4 CGT bij paranoia – deel 2

Dag 5 CGT bij stemmen horen

Dag 6 CGT bij stemmen horen – deel 2

Dag 7 Obstakels en moeilijkheden – overige psychose klachten

Dag 8 Trauma en psychose, toets en evaluatie

*1 © 2020 Scholing@Psy.Staring i.s.m. Stichting Cognitie en Psychose

Docenten

– Rob van Grunsven (verzorgt bijeenkomst 1, 7 en 8 / hoofddocent),
klinisch psycholoog, psychotherapeut, supervisor VGCT,
Parnassia Groep Den Haag; VanG Psychologische Praktijk Utrecht

- Carlos Croes (verzorgt bijeenkomst 2),
klinisch psycholoog, supervisor VGCT, EMDR-therapeut,
beleidsadviseur zorginnovatie en ontwikkeling Flevoland,
Teamleider behandelen gebiedsteam Almere West, GGZ Centraal

- dr. Tonnie Staring (verzorgt bijeenkomst 3 en 4),
klinisch psycholoog, psychotherapeut, supervisor VGCT, EMDR-practitioner,
Vroege Psychose ABC & Early Detection and Intervention (EDI)-team, Altrecht.

- Berber van der Vleugel (verzorgt bijeenkomst 5 en 6),
Gz-psycholoog in opleiding tot specialist (GIOS), supervisor VGCT,
EMDR-therapeut, psychotraumatheapeut NtVP,
Deeltijdbehandeling Schematherapie, Heerhugowaard en Leadexpert Trauma,
GGZ Noord-Holland-Noord.

Deelnamekosten

€ 2.095,- exclusief literatuur.

Literatuur

– M. van der Gaag, T. Staring, D. Van den Berg, J. Baas (2013)
Gedachten Uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische protocollen bij psychotische klachten.
(te bestellen via [GU](#))

– T. Staring, D. van den Berg, J. Baas, M. van der Gaag (2015)
Gedachten Uitpluizen Therapeutische Technieken en Vaardighedenboek
Stichting Cognitie en Psychose, Oegstgeest (downloaden via [GU](#))

– M. van der Gaag, T. Staring (Eds) (2019)
Handboek Psychose (te bestellen via [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 geencertificaat 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 8e 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 is aangevraagd bij de VGCT als vervolgcursus VGCT 50 uur (voor psychologen in opleiding tot VGCT-therapeut) en toegekend door de FGzPt (voor klinisch psychologen/53 pnt) en kan worden aangevraagd - tot 5 mei - bij de NVvP. Bij behoefte, neem dan contact op: info@fortaopleidingen.nl

Organisatie

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

‘De basis van de cognitieve gedragstherapie is dat we niet worden gehinderd door de dingen die gebeuren, maar door de betekenis die we eraan geven.

Het leven is een rare bokswedstrijd, niet diegene die de klap uitdeelt bepaalt hoe hard die is, maar degene die de klap opvangt.

Als ik lekker in mijn vel zit, kan ik denken: ach, de ander bedoelt het goed,

maar hoe kwetsbaarder ik ben, hoe eerder ik aan een opmerking een negatieve betekenis geef.’

Joost Baas 2020

*VGCT-survey ‘Pillen naast praten’ mei 2019

De Zorgstandaard Psychose stelt dat CGTp standaardzorg is. Dit betekent dat elke cliënt met psychose deze behandeling standaard aangeboden dient te krijgen.

Onder de 260 ambulante psychoseteams van 19 Nederlandse GGZ-instellingen is in 2019 een survey uitgezet uitgevoerd door de sectie SAABB van de VGCT waaraan 189 teams participeerden (73%). Deze teams behandelen samen zo'n 37.500 cliënten, waarvan ongeveer 24.000 met psychose. Dat is een kwart van de volledige groep mensen met psychose die in Nederland in zorg is.

Uit de resultaten blijkt dat met de huidige inzet van psychologen slechts één op de vier tot vijf cliënten met psychose (20-25%) ergens in de loop van de afgelopen drie jaar de standaardzorg CGTp kreeg. De meerderheid van die trajecten zijn niet op kwalitatief voldoende niveau, want in slechts 43% van de teams werkt een psycholoog die een training CGTp heeft gevolgd, en in slechts een kwart van de teams werkt een erkend cognitief gedragstherapeut VGCT. Bovendien bleek dat de psychologen hun tijd veel aan andere onderwerpen besteden. Opleiden helpt gelukkig wel: hoe meer CGTp-opleiding een psycholoog gevolgd heeft, hoe meer tijd deze besteedt aan CGTp.

Belangrijkste conclusies

"70 tot 75% van cliënten met psychose heeft geen toegang tot CGTp, terwijl dit een standaardbehandeling is."

"Meer dan 50% van de beschikbare CGTp wordt uitgevoerd door onvoldoende opgeleide therapeuten."

"Als dit een standaardbehandeling van kanker betrof, dan was Nederland woedend. Diezelfde verontwaardiging is ook hier passend."

"Er zijn meer psychologen nodig, en psychologen hebben meer specifieke opleiding nodig om de kwaliteit van de geboden CGTp te verbeteren."

**** 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)
door Mark van der Gaag

De Multidisciplinaire Richtlijn en de 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%).

Daarnaast heeft ongeveer de helft van de paranoïde patiënten een ernstige slaapprobleem 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: $32 \text{ sessies} / 3 \text{ jaar} = 10,66 \text{ sessies per jaar}$.

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, McInerney 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.