

Mentale beelden bij psychose: EMDR als een nieuwe interventie bij het behandelen van stemmen en wanen

C.F. CROES, R. VAN GRUNSVEN, A.B.P. STARING, D.P.G. VAN DEN BERG, A. DE JONGH, M. VAN DER GAAG

ACHTERGROND Van oudsher zijn psychotherapieën gericht op de verbale representaties (gedachten) van patiënten. Dit is onder andere nuttig gebleken in de cognitief gedragstherapeutische behandeling van psychose. Echter, steeds meer studies suggereren dat ook visuele representaties (imagery) een belangrijke rol spelen in het veroorzaken en in stand houden van psychotische symptomen. Er zijn aanwijzingen dat een hogere emotionaliteit en levendigheid van psychosegerelateerde imagery samenhangt met de ernst van psychotische belevingen. Dit impliceert dat het verminderen van de levendigheid en emotionaliteit van die mentale beelden een potentieel effect heeft op de lijdensdruk en beperkingen rondom psychotische ervaringen.

DOEL Introduceren van EMDR als een mogelijke psychologische behandelmethodede gericht op psychosegerelateerde mentale beelden bij patiënten met psychose.

METHODE Drie ambulante patiënten met een psychotische stoornis die last hadden van stemmen en wanen werden behandeld met gemiddeld zes sessies EMDR. De behandelingen werden uitgevoerd door drie therapeuten in verschillende psychiatrische instellingen met ervaring met zowel CGT als EMDR bij psychose.

RESULTATEN Er werden positieve resultaten geboekt op angst, depressie en psychotische symptomen. Tevens verminderde het vermijdingsgedrag en verbeterde het cognitief inzicht.

CONCLUSIE De resultaten van dit onderzoek suggereren dat EMDR de mate van de levendigheid en de emotionaliteit van de mentale beelden reduceert, waardoor de psychotische symptomen verminderen. Verder onderzoek naar interventies voor mentale beelden bij psychose wordt aanbevolen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)9, 568-576

TREFWOORDEN EMDR, imagery, mentale beelden, psychose, visuele representaties



ARTIKEL



Driekwart van de patiënten met een eerste psychotische episode reageert goed op antipsychotische medicatie (Agid e.a. 2011). Een meta-analyse over tweedegeratieantipsychotica (SGA) geeft aan dat de respons bij patiënten met schizofrenie in verschillende fasen van de aandoening lager is en het verschil met placebo klein; 41% respons bij SGA en 24% bij placebo (Leucht e.a. 2009). Jääskeläinen e.a. (2013) geven verder aan dat slechts bij 13,5% van de patiënten met schizofrenie na gebruik van SGA sprake is van

symptomatische remissie (geen of minimale restsymptomen) of functionele remissie (deelname aan de samenleving met minimale hulp en zorg). Antipsychotische medicatie is de behandeling van eerste keuze, maar er blijft veel ruimte over voor verbetering van de uitkomst. Daarnaast vermindert de antipsychotische medicatie weliswaar de door wanen veroorzaakte lijdensdruk, maar de cognitieve waanstructuren blijven bij een groot deel van de patiënten onveranderd (Kapur 2003). Dit vergroot

de kans op een toekomstige psychotische terugval (Mizrahi e.a. 2005). Mede daarom wordt eveneens cognitieve gedragstherapie voor psychose (cgrp) aanbevolen. Dit met als doel wijzigingen aan te brengen in deze cognitieve structuren en om de emotionele lijdensdruk onder de psychotische symptomen verder te verminderen.

Jauhar e.a. (2014) vonden effecten van cgrp voor alle symptomen en positieve symptomen. De meta-analyse van NICE (2013) van cgrp bij jonge mensen toont weer kleine tot middelmatige effectgrootten en de therapie is kosteneffectief (gezondheidswinst tegen lagere kosten). In de grootste meta-analyse met actievecontrolecondities tot op dit moment vergeleken Turner e.a. (2014) alle psychosociale interventies met elkaar. cgrp is superieur aan alle andere interventies wat betreft alle symptomen en met name positieve symptomen. In een symptoomspecifieke meta-analyse heeft cgrp een effectgrootte van 0,44 bij hallucinaties en 0,35 bij wanen (van der Gaag e.a. 2014). De effecten van cgrp zijn klein tot middelmatig en keren steeds in deze grootte terug in correct uitgevoerde meta-analyses. Verbeteringen met cgr kunnen worden behaald op algemene psychopathologische klachten en psychotische symptomen, met effecten tot twee jaar na de behandeling.

De Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (Van Alphen e.a. 2012) adviseert voor behandeling van psychotische symptomen, zoals stemmen en wanen, een geprotocolleerde individuele, cognitief gedragstherapeutische behandeling bestaande uit minimaal zestien sessies. Maar, zoals gezegd, verhelpt cgr niet bij iedereen de klachten. Het vinden van andere of aanvullende manieren om psychologische behandeling (als aanvulling op anti-psychotische medicatie) doeltreffender te maken, is van groot belang.

In dit artikel bespreken wij een andere interventiemethode die zich specifiek richt op het verminderen van de emotionele lading van cruciale *negatieve mentale (visuele) representaties* om de ernst van de psychotische symptomen te reduceren.

Mentale beelden bij stemmen en wanen

De laatste jaren is er een toenemende interesse in de rol van visuele representaties (*imagery*) bij psychotische stoornissen. Overeenkomstig met hallucinaties hebben visuele representaties perceptuele karakteristieken die kunnen voorkomen in afwezigheid van externe stimuli. Een verschil is dat deze mentale beelden in vergelijking met hallucinaties doorgaans beheersbaar zijn (Kosslyn & Ochsner 1994). Dit omdat ze vanuit wilskracht kunnen worden gegenereerd. Bij hallucinaties is dit niet mogelijk (Bentall 1990). Zowel oude als recentere studies suggereren dat mentale beelden een belangrijke rol spelen in het veroor-

AUTEURS

CARLOS F. CROES, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Altrecht WA Divisie, Utrecht.

ROB VAN GRUNSVEN, klinisch psycholoog, Altrecht WA Divisie, Utrecht.

ANTON B.P. STARING, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, senior onderzoeker en supervisor VGct, Altrecht Academisch Angstcentrum, Utrecht.

DAVID P.G. VAN DEN BERG, GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, Parnassia divisie volwassenen, Den Haag.

AD DE JONGH, hoogleraar Gedragwetenschappen, Sectie gedragwetenschappen, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), Universiteit van Amsterdam en Vrije Universiteit, Amsterdam.

MARK VAN DER GAAG, hoogleraar Klinische Psychologie, Vrije Universiteit en EMGO Instituut, afd. Klinische Psychologie, Amsterdam, en hoofd Parnassia Psychoseonderzoek, Den Haag.

CORRESPONDENTIEADRES

Carlos F. Croes, Altrecht WA Divisie, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht.

E-mail: c.croes@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 19-5-2014.

zaken en onderhouden van psychiatrische stoornissen (Beck 1970; Gregory e.a. 2010; Harvey e.a. 2005; Holmes e.a. 2008; Holmes & Matthews 2010; Holmes & Hackmann 2004; Osman e.a. 2004). In het algemeen geldt dat hoe levendiger de mentale beelden zijn, hoe geloofwaardiger deze door de persoon worden ervaren (Van den Hout e.a. 2001; Brewin e.a. 2010; Pearson e.a. 2013).

In studies die de relatie tussen levendigheid van beelden en andere vormen van psychiatrische stoornis onderzoeken, worden de beelden doorgaans middels een gestructureerd interview uitgevraagd en gemeten op een schaal van 0 tot 100 op mate van levendigheid. De resultaten van deze studies geven aan dat een hogere mate van levendigheid van mentale beelden samenhangt met een grotere mate van angst, depressie, emotionele instabiliteit en lijdensdruk bij zowel depressie als posttraumatische stressstoornis (PTSS). Tevens zijn er aanwijzingen dat mentale beelden het verlangen naar voedsel en het ervaren van lichamelijke sensaties bij eetstoornissen verhogen. Bovendien werd er een hogere mate van gevoelens van ellende ervaren in de hypomane en depressieve toestandsbeelden bij bipolaire stoornissen.

De samenhang tussen mentale beelden en psychiatrische stoornis zou ook gelden voor hallucinaties en wanen (Smith 1992; Böcker e.a. 2000; Holmes & Hackman 2004; Morrison e.a. 2002; Brewin e.a. 2010; Holmes & Mathews 2010; Oertel e.a. 2009; Schulze e.a. 2013). Morrison (2002) trof bij driekwart van de mensen met stemmen of wanen mentale beelden aan die samenhang vertoonden met de psychotische belevingen. Onderzoek onder patiënten met een psychotische stoornis en comorbide sociale fobie liet zien dat typische sociale angstbeelden, die als erg bedreigend werden ervaren, gerelateerd waren aan resterende symptomen van psychotische paranoia (Lockett e.a. 2011). Verschillende andere studies vonden een significant verband tussen de mate van levendigheid van mentale beelden en aanleg voor hallucinaties, zowel in de algemene populatie als bij patiënten met psychotische stoornissen (Aleman e.a. 1999; Böcker e.a. 2000; Morrison e.a. 2002; Schulze e.a. 2013; Serruya & Grant 2009). Zo bleek de levendigheid van mentale beelden significant groter bij patiënten met schizofrenie dan bij een controlegroep zonder psychische klachten (Sack e.a. 2005; Oertel e.a. 2009). Aangenomen kan worden dat hoe levendiger een mentaal beeld is, hoe meer invloed het heeft op de ernst van de psychotische klachten. Logischerwijs kan het omgekeerde ook het geval zijn: dat het vervagen van de mentale beelden samenhangend met de psychose een reducerende invloed kan hebben op de lijdensdruk die de persoon van de psychotische symptomen ondervindt. Een mogelijk probleem voor de therapeut is dat patiënten met schizofrenie meer moeite hebben met verbeelden (Aleman e.a. 2005).

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

EMDR is een evidence-based behandeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Bisson & Andrew 2009; World Health Organization 2013). Deze behandeling richt zich specifiek op mentale beelden die een rol spelen bij het ontstaan en onderhouden van de symptomen van PTSS en andere stoornissen (De Jongh & Ten Broeke 2013). De toepassing van EMDR bij mensen met een psychotische stoornis was echter lange tijd 'not done'. De heersende opvatting was dat EMDR gecontraïndiceerd is bij de behandeling van een psychose omdat patiënten met een psychotische stoornis te kwetsbaar zouden zijn voor een op het trauma gerichte behandelingsaanpak (De Jongh & Ten Broeke 2013). Deze opvatting heerst nog onder veel ggz-hulpverleners. De afgelopen jaren is in enkele experimentele studies met EMDR ervaring opgedaan als behandelingsmethode van mensen met een psychotische stoornis (De Bont e.a. 2013; Van den Berg & Van der Gaag 2012). Alhoewel het kleine casusstudies betrof, waren de resultaten veelbelovend. Van den Berg en Van der Gaag (2012) onderzochten in een pilot-

studie de mogelijkheid van de toepassing van EMDR voor comorbide PTSS bij 27 mensen met psychotische stoornissen. Er werden significante effecten gevonden op PTSS-klachten, psychotische symptomen, angst, depressie en zelfbeeld bij de 22 patiënten die de behandeling voltooiden. Patiënten konden de behandeling goed aan en ondergingen deze in gemiddeld slechts vier sessies. Bij de patiënten bij wie bij aanvang lichte hallucinaties aanwezig waren, verdwenen deze achteraf volledig. Deze behandelingsresultaten suggereren dat EMDR veilig genoeg is om uit te voeren bij mensen met een psychotische stoornis. Momenteel is er een groot landelijk gerandomiseerd onderzoek gaande (De Bont e.a. 2013) om de invloed te onderzoeken van traumabehandeling (EMDR dan wel imaginaire exposure) voor PTSS bij mensen die lijden aan een psychotische aandoening. De behandeling richt zich primair op PTSS-klachten, maar het effect op psychotische klachten wordt eveneens onderzocht. Zover wij weten, is er nog geen onderzoek gedaan naar het effect van een EMDR-behandeling die specifiek op psychosegerelateerde mentale beelden gericht is.

De experimentele toepassing van EMDR bij psychose

In de genoemde interventiestudies richtte EMDR zich op het 'desensitiseren' (emotioneel minder belastend maken) van mentale beelden die gevormd waren naar aanleiding van ingrijpende gebeurtenissen. Hierbij gaat het om beelden van bijvoorbeeld seksueel misbruik, oorlogservaringen of mishandeling, mentale beelden die kenmerkend zijn voor PTSS en die waarschijnlijk het risico vergroten op het ontstaan van een psychotische stoornis (Glazer e.a. 2013). Onderzoek naar mentale beelden bij mensen met wanen laat zien dat zij erg bang zijn voor bepaalde *worstcasescenario's* (Morrison e.a. 2002; Schulze e.a. 2013). Voorbeelden hiervan zijn: aangevallen worden, neergestoken worden, in mootjes gehakt worden, worden opgehangen, in een oven geplaatst worden of opgenomen worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook bij mensen met auditieve verbale hallucinaties (stemmen) spelen soortgelijke aversieve beelden een rol. Mensen vormen waanovertuigingen over hetgeen ze van hun stemmen horen. Vaak wordt een irreëel machtige identiteit toegerekend aan de stem (bijv. dat deze van een duivel of van God is) aan wie gehoorzaamd dient te worden. Mentale beelden kunnen deze onmacht symboliseren, of het worstcasescenario uitbeelden waarmee door de stemmen wordt bedreigd als de persoon de opdrachten niet uitvoert (Morrison e.a. 2002). Voorbeelden hiervan zijn: enge gezichten, zichzelf kinderen seksueel zien molesteren, zichzelf met messen zien steken, uitgelachen worden of geesten die schreeuwen. Deze beelden, die onderdeel zijn van de wanen en stem-

men, lenen zich voor interventie, zoals EMDR, en kunnen ingezet worden op het vervagen ervan, met als doel het verminderen van psychotische symptomen. Het onderscheid met mentale beelden bij PRSS bestaat eruit dat de beelden bij psychose alles kunnen betreffen (bijv. angstbeelden voor de toekomst, fantasieën, of andere niet-realistische beelden) en niet noodzakelijkerwijs een herinnering aan een daadwerkelijk gebeurde traumatische ervaring. Mentale beelden die een worstcasescenario uitbeelden (in EMDR-termen 'flashforward' genoemd, Engelhard e.a. 2010) lijken gevormd te worden uit eerdere ervaringen die verband lijken te hebben met de psychose.

Om deze theorie te illustreren beschrijven we in dit artikel drie casussen van mensen met een psychotische stoornis die met het experimenteel EMDR-protocol werden behandeld voor hun stemmen en wanen.

METHODE

Drie ambulante patiënten die last hadden van stemmen en/of wanen werden behandeld met gemiddeld 6 sessies EMDR. De patiënten werden geselecteerd op basis van het niet meer kunnen aanbieden van een standaard psychologische behandeling met CGT. De behandelingen werden uitgevoerd door drie therapeuten in verschillende psychiatrische instellingen met ervaring met zowel CGT als EMDR bij psychose. Alle cliënten tekenden voor *informed consent*. Metingen werden door de therapeuten verricht voor de eerste en na de laatste sessie; bij één patiënt werd een follow-upmeting verricht na 6 maanden. Omdat psychotische belevingen angst en somberheid kunnen veroorzaken, werden metingen verricht op algehele angst en depressie met de *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck 1993) en de Nederlandse versie van de *Beck Depression Inventory II* (BDI-II-NL; Beck 1996). Psychotische symptomen werden

gemeten met de *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS; Haddock e.a. 1999) en de *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS; Kay e.a. 1987).

De PSYRATS geeft de mate van last aan voortkomend uit de overtuiging en preoccupatie (van 0 tot 4) en wordt per sessie afgenomen. De PANSS geeft onder andere een indicatie of de psychose in remissie is (< 7-14), of zwaar genoeg is voor behandeling (> 14). De *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS; Beck e.a. 2004) meet zelfreflectie en overmatig zelfvertrouwen bij de interpretatie van de eigen ervaringen.

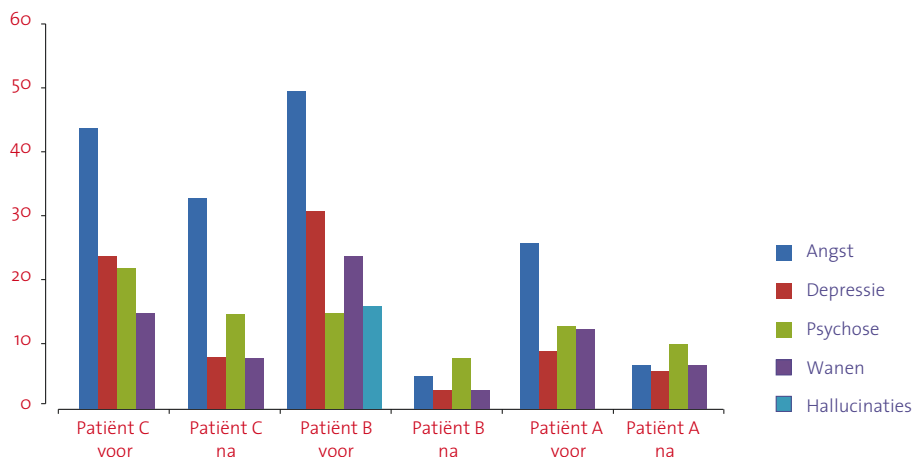
Er werden allerhande gedragingen van vermijding als gevolg van de waan gemeten met de *Safety Behaviours Questionnaire - Persecutory Delusions* (Freeman e.a. 2001). Ten slotte werd gedurende de behandeling bij iedere sessie de mate van preoccupatie, vrees, en overtuiging gemeten op een schaal van 0 t/m 4 (ZIE FIGUUR 1-4). Hiermee werd per sessie bekeken wanneer er effect in de behandeling werd behaald.

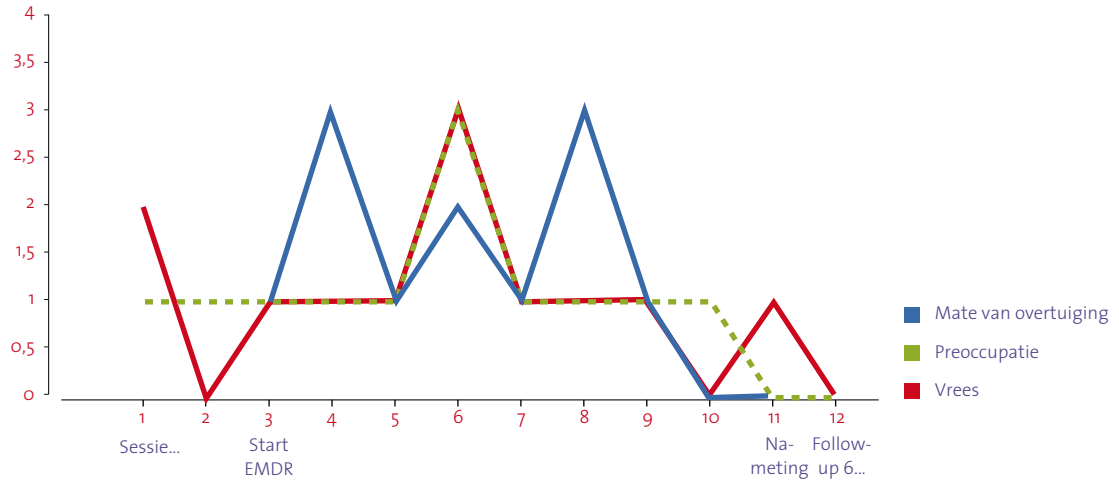
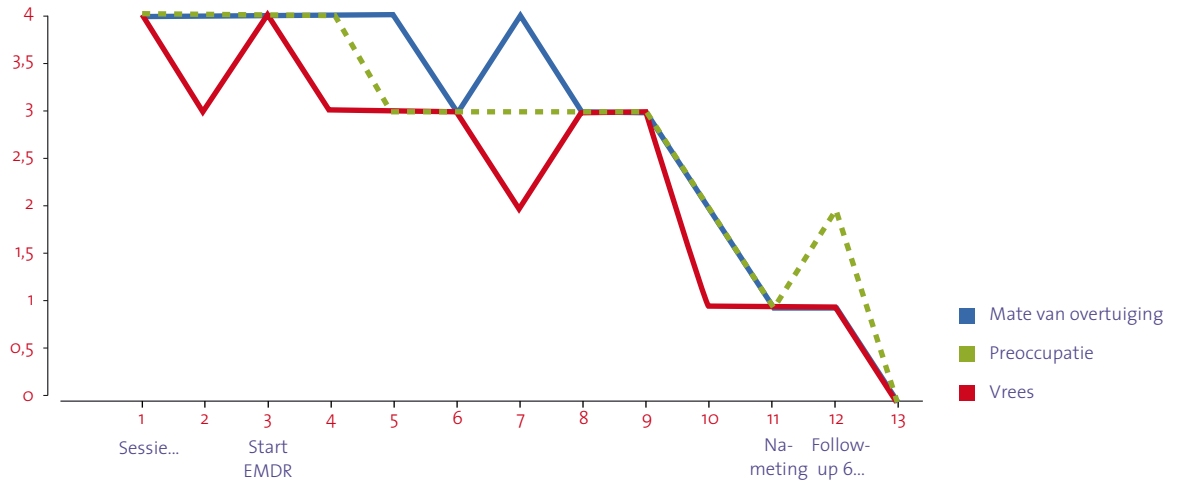
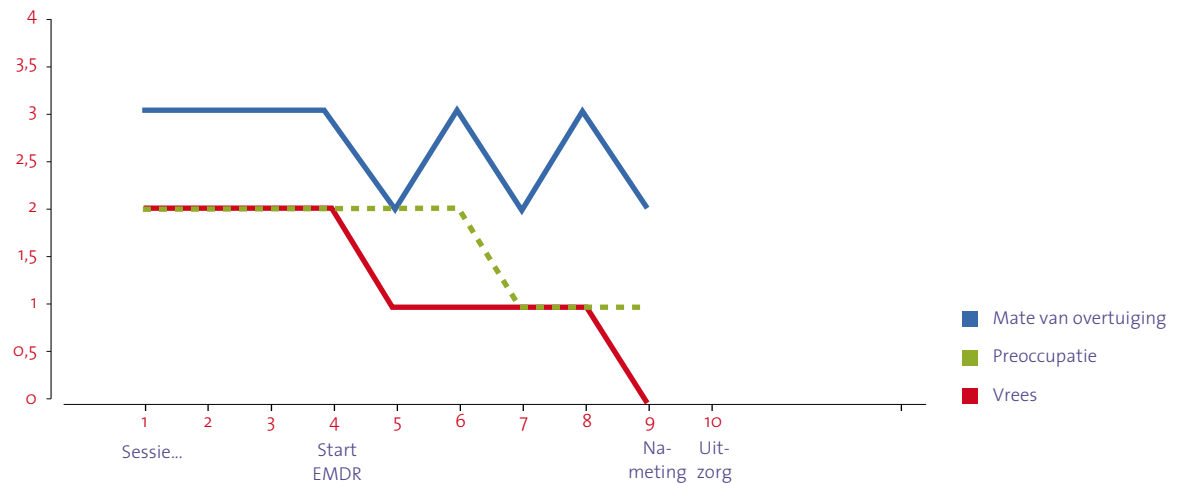
Patiënten

Patiënt A was een man van 57 jaar met de diagnose schizofrenie die ervan overtuigd was dat bestuurders van oude Amerikaanse auto's het op hem gemunt hadden. Hij had deze waanovertuiging al meer dan 20 jaar. Hij vermeed straten waarin hij deze auto's geparkeerd zag staan, en schoot in paniek als hij zo'n auto naderbij zag komen als hij op de fiets was. Hij had veel moeite met reizen en was altijd hyperalert op straat. Hij was al jaren ingesteld op een minimale dosering antipsychotica en had al vele soorten behandelingen ondergaan (CGT, EMDR voor trauma, en andere psychotherapeutische behandelingen waaronder psychoanalyse).

Naast targets van herinneringen die de waanovertuiging in stand hielden, werd hier het beeld van het worstcase-

FIGUUR 1 Voor- en nameting van 3 patiënten op angst, depressie, wanen en hallucinaties



FIGUUR 2 Patiënt A. Verloop van de sessies in mate van overtuiging, vrees en preoccupatie (PSYRATS)**FIGUUR 3** Patiënt B. Verloop van de sessies in mate van overtuiging, vrees en preoccupatie (PSYRATS)**FIGUUR 4** Patiënt C. Verloop van de sessies in mate van overtuiging, vrees en preoccupatie (PSYRATS)

scenario behandeld waarin hij zichzelf vastgebonden op een stoel, in elkaar geslagen, ergens in een donkere kamer zag liggen. Hij dacht dat dit hem zou overkomen als hij door het complot gevangen zou worden. Dit was geen beeld dat hij dagelijks kreeg. Na het uitspreken van deze flashforward, gaf hij aan dat hij het gevoel had dat het allemaal hierom ging. In de behandeling werden beelden behandeld die een ontwikkeling lieten zien naar deze flashforward: zo zag hij beelden waarin hij achtervolgd werd door een auto, een beangstigende sollicitatie waarbij hij dacht dat een revolver in een lade weggeborgen zat en van een smalle winkel waar ongere figuren de uitgang blokkeerden.

Voor de behandeling was hij psychotisch op het item wanen ($P_1 = 6$) van de PANSS en in partiële remissie op het item hallucinaties ($P_3 = 2$). De mentale beelden werden uiteengezet in tijd en werden middels EMDR vervaagd. De flashforward werd als laatste behandeld. In totaal onderging hij 6 sessies EMDR.

Patiënt B was een man van 30 bij wie een psychotische stoornis en een obsessieve-compulsieve stoornis met daarbij panieklachten gediagnosticeerd waren. Patiënt had last van imperatieve auditieve hallucinaties waar hij geen controle over ervoer. CGT verminderde zijn lijdensdruk onder de hallucinaties. Deze namen ook in frequentie af, maar bleven hem op momenten hinderen. Hij bleef met name last houden van de waanovertuiging dat er geesten in zijn huis waren die hem gingen vermoorden en tegen wie hij zich moest beschermen. Hij was zo angstig dat hij niet bereid was zijn verwachtingen op enigerlei wijze te toetsen. Hij vermeidde elke vorm van alleen zijn, had de lichten altijd aan in huis, bleef zo lang als mogelijk wakker en leed zwaar onder deze lasten. Hij gebruikte selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en geen antipsychotica.

De mentale beelden die met de waanovertuiging geassocieerd waren, werden behandeld met EMDR, met als worst-casescenario een beeld waarin hij zichzelf tot bloedens toe tegen de muren in zijn huiskamer gesmeten zag worden door een geest. Beelden die in zijn geschiedenis hiermee een verband leken te hebben waren: ernstige mishandeling als kind, vader overleden en niet volgens protocol begraven, dochter van patiënt overleden, een windvlaag voelen en denken dat het een geest is, zijn naam en voetstappen horen in zijn huis.

Voor de behandeling was patiënt psychotisch op het item wanen ($P_1 = 4$) van de PANSS en in partiële remissie op het item hallucinaties ($P_3 = 3$). Hij onderging 8 EMDR-sessies.

Patiënt C was een jongeman van 23 met een diagnose psychotische stoornis NAO, die de waanovertuiging had dat anderen wisten van zijn seksuele ervaringen met een familielid. Zij zouden hem daarom verknipt vinden en

wezen hem daar de hele dag op allerlei indirecte manieren op. Naast enkele terugkerende beelden van herinneringen die zijn waanovertuiging in stand hielden, had deze man als worst-casescenario een beeld waarbij hij door vrouwen in elkaar getrapt werd. CGT was geen succes bij deze patiënt omdat hij geen huiswerk maakte. Hij scoorde redelijk hoog op mate van last, preoccupatie en overtuiging, angst en depressie. Verder toonde hij weinig inzicht in zijn klachten en rapporteerde hij weinig vermijdingsgedragingen. Hij weigerde antipsychotische medicatie.

Eerder gevormde beelden die in de behandeling waren vervaagd, waren: op het station met een meisje dat een groot geheim van hem zou weten, aan een jongen vertellen dat hij homoseksueel is en anderen kijken toe. Hij had ook een beeld van mensen die hem lynchten. Dit beeld werd echter niet behandeld.

Voor de behandeling was patiënt psychotisch op het item wanen ($P_1 = 4$) van de PANSS en in remissie op het item hallucinaties ($P_3 = 1$). Patiënt kreeg 5 EMDR-sessies en besloot na de behandeling uit zorg te gaan.

RESULTATEN

De behandelingen duurden gemiddeld 8 sessies, waarbinnen gemiddeld 6 EMDR-sessies. Er werden positieve resultaten geboekt op de gemiddelde scores van algehele angst (BAI: 40 naar 15) en depressie (BDI-II: 21 naar 5). Patiënt A had minder last van de psychose voor de behandeling, in vergelijking met beide anderen (**ZIE FIGUUR 1**). Patiënt A en B vertoonden na de behandeling op de PANSS een score lager dan 14. Ook patiënt C had, met een score van 15, geen last meer van de psychose. Daarnaast verminderden de mate van preoccupatie (2,3 naar 0,3), mate van overtuiging (3 naar 0,7) en mate van vrees (2,3 naar 0) bij wanen en stemmen (gemiddelden gemeten met de PSYRATS). Bovendien rapporteerden allen minder vermijdingsgedrag en werd de mate van inzicht groter. Patiënt B gaf aan geen last meer te hebben van de stemmen die hij had; deze waren volledig verdwenen. Ook gaf hij na de behandeling aan dat hij wel gek moest zijn geweest om zulke gedachten te hebben gehad, en is inmiddels uit zorg (**ZIE FIGUUR 3**). Bij de follow-up van patiënt A verbeterden de verworven resultaten na 6 maanden. Hij gaf aan dat hij uit zorg zou kunnen na meer dan 30 jaar behandeling te hebben gehad, en hij kon het resultaat van de behandeling niet geloven. Patiënt C vond dat hij geen behandeling meer nodig had, en na overleg met zijn therapeut werd besloten dat ook hij uit zorg kon gaan (**ZIE FIGUUR 4**).

DISCUSSIE

De resultaten van de drie beschreven casussen zijn veelbelovend en suggereren dat het mogelijk is om met EMDR het negatieve affect verbonden aan mentale beelden samen-

hangend met de psychose te verminderen. De patiënten hadden schizofrenie of de diagnose psychotische stoornis NAO. Er was geen sprake van behandeling van PRSS-klachten. Psychotische symptomen waren bij twee patiënten in remissie. Patiënt C gaf aan dat hij met de afname van de lijdensdruk geen zorg meer behoefde. Na toepassing van EMDR op de mentale beelden verminderde bij deze patiënten de lijdensdruk die voortkwam uit de waanovertuigingen. Hierbij ging het om de intensiteit, de frequentie en de duur van de psychotische belevingen die over het verloop van de sessies geleidelijk verminderden totdat een grote afname was bereikt. Dit resultaat werd bij patiënt A behouden tot een half jaar na behandeling. De andere twee patiënten waren uit zorg, en de gegevens van hen waren niet meer beschikbaar.

Opmerkelijk was dat patiënten rapporteerden het meeste effect van de EMDR te ervaren na behandeling van de mentale beelden die het worstcasescenario uitbeeldden; dat wil zeggen meer dan na de herinnering-gerelateerde beelden. Dit is te zien in het beloop van de behandelingen. Op alle dimensies namen de scores af, vlak na het behandelen van de flashforwards. Mogelijk beelden deze mentale beelden de kern van de angst uit, ofwel de angst die de psychotische belevingen veroorzaakt en in stand houdt. Verder namen depressieve klachten af samen met het vervagen van de mentale beelden; dit zou daar een gevolg van kunnen zijn. De patiënten rapporteerden dat het vermijdingsgedrag verminderde en dat het cognitieve inzicht toenam. De patiënten waren geselecteerd voor de behandeling omdat CGT niet voldoende effect had, of omdat ze hier niet voor geïndiceerd bleken.

Bij een CGT-behandeling wordt uitgegaan van een minimum van 16 sessies, terwijl bij onze patiënten 6 EMDR-sessies het gemiddelde was. CGT vermindert de lijdensdruk bij stemmen en heeft zeer sporadisch het effect dat de stem-

men helemaal verdwijnen (Jones e.a. 2012). Bij onze patiënt B, met auditieve hallucinaties, was dat wel het geval en dit effect werd ook in de studie van Van den Berg en Van der Gaag (2012) gevonden.

Het is door de weinige gevalbeschrijvingen die beschikbaar zijn nog onduidelijk bij welke patiënten met een psychotische stoornis het behandelen van mentale beelden effect heeft. Ook zal het verschil onderzocht moeten worden tussen het effect van het behandelen van mentale beelden van een vroegere gebeurtenis (zoals bij PRSS), of van toekomstige worstcasescenario's.

Het desensitiseren van mentale beelden bij psychose is een interessante nieuwe behandelstrategie die aandacht verdient. Deze bijdrage is een verslag van een eerste verkenning op dit terrein. Dat niet werd vergeleken met een controlegroep in deze studie, is een beperking. Tevens werden de vragenlijsten afgenomen door de behandelaren, waardoor de resultaten met enige bescheidenheid moeten worden geïnterpreteerd. Grotere en gecontroleerde studies zijn derhalve nodig.

CONCLUSIE

Uit onderzoek blijkt dat mentale beelden (imagery) een belangrijke rol spelen in het veroorzaken en in stand houden van hallucinaties en wanen bij psychotische stoornissen. Hoe hoger de emotionaliteit en levendigheid van de mentale beelden, hoe ernstiger de psychotische belevingen. Uitgangspunt van ons onderzoek was te exploreren of het mogelijk zou zijn met EMDR de levendigheid en de emotionaliteit van deze mentale beelden te reduceren, met als doel de psychotische symptomen te beïnvloeden. De eerste resultaten zijn hoopgevend. Verder onderzoek naar interventies voor mentale beelden bij psychose is noodzakelijk.

LITERATUUR

- Agid O, Arenovich T, Sajeev G, Zipursky RB, Kapur S, Foussias G, e.a. An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: Response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 1439-44.
- Aleman A, Boecker KBE, Haan EHF de. Disposition towards hallucination and subjective versus objective vividness of imagery in normal subjects. *Personality and Individual Differences* 1999; 27: 707-14.
- Aleman A, de Haan E, Kahn RS. Object versus spatial visual imagery in patients with schizophrenia. *J Psych Neurosci* 2005; 30: 53-6.
- Alphen C van, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, e.a. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Beck AT. Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *J Nerv Ment Disease* 1970; 150: 3-17.
- Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004; 68: 319-29.
- Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio: Harcourt Brace; 1993.
- Beck AT. 1996, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
- Bentall RP. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull* 1990; 107: 82-95.

- Berg DP van den, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 664-71.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD003388.
- Böcker KB, Hijman R, Kahn RS, de Haan EH. Perception, mental imagery and reality discrimination in hallucinating and non-hallucinating schizophrenic patients. *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 397-406.
- Bont PA de, van Minnen A, de Jongh A. Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Beh Ther* 2013; 44: 717-30.
- Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Burgess N. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychol Rev* 2010; 117: 210-32.
- Engelhard IM, van den Hout MA, Janssen WC, van der Beek J. Eye movements reduce vividness and emotionality of 'flashforwards'. *Beh Res Ther* 2010; 48: 442-7.
- Freeman D, Garety PA, Kuipers E. Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychol Med* 2001; 31: 1293-306.
- Gaag van der M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2014; 156: 30-7.
- Glazer DA, Mason OK, John A, Brewin CR. Contextual memory, psychosis-proneness, and the experience of intrusive imagery. *Cogn Emot* 2013; 27: 150-7.
- Gregory JD, Brewin CR, Mansell W, Donaldson C. Intrusive memories and images in bipolar disorder. *Behav Res Ther* 2010; 48: 698-703.
- Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. New York: Oxford University Press. 2004.
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med* 1999; 29: 879-89.
- Holmes EA, Hackmann AA. Healthy imagination? *Memory* 2004; 1: 387-8.
- Holmes EA, Geddes JR, Colom F, Goodwin GM. Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. *Beh Res Ther* 2008; 46: 1251-8.
- Holmes EA, Mathews A. Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 349-62.
- Hout MA van den, Muris P, Salemink E, Kindt M. Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *Br J Clin Psychol* 2001; 40: 121-30.
- Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, e.a. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; 39: 1296-306.
- Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 20-9.
- Jones C, Hacker D, Meaden A, Cormac I, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 4: CD008712.
- Jongh A de, ten Broeke E, Renssen MR. Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status and conceptual issues. *J Anxiety Disord* 1999; 13: 69-85.
- Jongh A de, van de Oord HJM, ten Broeke E. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. *J Clin Psychol* 2002; 58: 1489-503.
- Jongh A de, ten Broeke E. *Handboek EMDR: Een geprotocolleerde behandelmethodes voor de gevolgen van psychotrauma*. Amsterdam: Harcourt; 2013.
- Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 13-23.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010; 13: 261-76.
- Kosslyn SM, Ochsner KN. In search of occipital activation during visual mental imagery. *Trends Neurosci* 1994; 17: 290-2.
- Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge C, Corves C, Hunger H, Schmid F, e.a. A meta-analysis of head-to-head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 152-63.
- Lockett SH, Hatton J, Turner R, Stubbins C, Hodgskins J, Fowler D. Using a semi-structured interview to explore imagery experienced during social anxiety for clients with a diagnosis of psychosis: an exploratory study conducted within an early intervention for psychosis service. *Behav Cogn Psychother* 2012; 40: 55-68.
- Mizrahi R, Bagby RM, Zipursky RB, Kapur S. How antipsychotics work: the patients' perspective. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29: 859-64.
- Morrison AP, Beck AT, Glentworth D, Dunn H, Reid GS, Larkin W, e.a. Imagery and psychotic symptoms: a preliminary investigation. *Behav Res Ther* 2002; 40: 1053-62.
- NICE, 2013. *Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management*. Londen: British Psychological Society.
- Oertel V, Rotarska-Jagiela A, van de Ven V, Haenschel C, Grube M, Stangier U, e.a. Mental imagery vividness as a trait marker across the schizophrenia spectrum. *Psychiatry Res* 2009; 167: 1-11.
- Osman S, Cooper M, Hackmann A, Veale D. Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*. 2004 Jul;12(4), 428-36

- Pearson DG, Deeprose C, Wallace-Hadrill SMA, Burnett Heyes S, Holmes EA. Assessing mental imagery in clinical psychology: a review of imagery measures and a guiding framework. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 1-23.
- Sack AT, Ven VG van de, Etschenberg S, Schatz D, Linden DE. Enhanced vividness of mental imagery as a trait marker of schizophrenia? *Schizophr Bull* 2005; 31: 97-104.
- Schulze K, Freeman D, Green C, Kuipers E. Intrusive mental imagery in patients with persecutory delusions. *Behav Res Ther* 2013; 51: 7-14.
- Serruya G, Grant P. Cognitive-behavioral therapy of delusions: mental imagery within a goal-directed framework. *J Clin Psychol* 2009; 65: 791-802.
- Smith, JD. The auditory hallucinations of schizophrenia. Auditory imagery. Hillsdale: Erlbaum; 1992. pp. 151-78.
- Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 523-38.
- World Health Organization. Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. Genève: WHO; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf

SUMMARY

Imagery in psychosis: EMDR as a new intervention in the treatment of delusions and auditory hallucinations

C.F. CROES, R. VAN GRUNSVEN, A.B.P. STARING, D.P.G. VAN DEN BERG, A. DE JONGH, M. VAN DER GAAG

BACKGROUND Historically, psychotherapy has focused on the treatment of patients' verbal representations (thoughts) and has proved particularly successful in the cognitive behavioural treatment of psychosis. However, there is mounting evidence that visual representations (imagery) play an important role in the onset and maintenance of psychiatric disorders, including psychotic symptoms. There are indications that heightened emotionality and vividness of visual representations are associated with severity of psychotic experiences. This may imply that a reduction in the vividness and emotionality of the psychosis-related imagery can lessen the suffering and stress, caused by the the psychotic symptoms..

AIM To introduce EMDR as a possible type of psychological treatment for patients suffering from psychosis-related imagery.

METHOD Three outpatients who had a psychotic disorder and suffered from auditory hallucinations and delusions were treated with EMDR in an average of six sessions. Treatment was performed by three therapists in different psychiatric institutions. All three were experienced in administering CBT and EMDR.

RESULTS Treatment with EMDR reduced patients' level of anxiety, depression and the severity of psychotic symptoms. In addition, patients reported less avoidant behaviour and greater cognitive insight.

CONCLUSION The results of the study suggest that EMDR reduces the vividness and emotionality of imagery in psychosis which in turn alleviates the patients' psychotic symptoms. Further research into other possible types of interventions for the treatment of imagery in psychosis is recommended..

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)9, 568-576

KEY WORDS EMDR, imagery, psychosis, visual representations