



onvoltooid verleden tijd

EEN FOLDER OVER DISSOCIATIEVE STOORNISSEN





Overlevende van een bomaanslag: *“Ik had het gevoel dat wat er om mij heen gebeurde, een scène was uit een oorlogsfilm, waar niet ik zelf maar een ander bij betrokken was. Het was vreemd en onrealistisch”*
Een voorbeeld van dissociatieve symptomen bij een posttraumatische stress-stoornis.

“Ik ben thuis, dit is mijn familie. Ik weet dat het zo is. Toch heb ik het gevoel alsof deze mensen vreemden zijn en is het alsof ik hun niet bereiken kan.”

Een voorbeeld van depersonalisatie/derealisatie.

Ik kijk naar een lichaam dat op mij lijkt, maar wat ik zelf niet ben. Ik kan mij zelf niet terug duwen in dat lichaam. Ik kan de bewegingen, gedachten en gevoelens ervan niet controleren. Het is alarmerend om te merken dat er volgens de klok uren voorbij zijn gegaan, waarbij ik niet weet wat ik in die tijd gedaan heb.”

Voorbeeld van een dissociatieve identiteitsstoornis.

Wat is dissociatie?

Dissociatie betekent volgens de dikke van Dale:
Proces waarbij een gecoördineerd geheel van gedachten of emoties afgescheiden raakt van de rest van de persoonlijkheid.

Ieder van ons heeft een verhalend centrum waarin herinneringen, emoties, sensaties en waardeoordelen opgeslagen worden. Aan dat verhalende centrum wordt door ons meestal gerefereerd met het woord 'ik'. In het geval van dissociatie kunnen overweldigende traumatische ervaringen of gevoelens, niet of onvoldoende geïntegreerd worden in dit verhalend centrum, waarbij de emoties en/of lichamelijke sensaties als het ware ontkoppeld en bevroren (dissociatie) worden of in het geval van een dissociatieve identiteitsstoornis verbonden met een ander verhalend centrum, een ander 'ik'. Dit andere ik duiden we aan met deelpersoonlijkheid of persoonlijkheidsdeel.

De 19de eeuwse Franse filosoof, psycholoog en arts Pierre Janet, die als een van de eerste patiënten met dissociatieve stoornissen grondig bestudeerde, ontdekte dat deze patiënten twee of meer persoonlijkheidsdelen omvatten, die onvoldoende met elkaar in contact staan. Dit belangrijke inzicht ging lange tijd verloren, maar is herontdekt door eigentijdse klinische waarneming en bevestigd door modern wetenschappelijk onderzoek.

Dissociatie wordt vaak verward met bewustzijnsdalingen, zoals dromerig zijn en selectieve aandacht, zoals geen acht slaan op gevoelens van vermoeidheid. Hoewel dit soort verschijnselen dikwijls samen gaan met tijdelijke dissociatie van de persoonlijkheid, zijn het in wezen andere processen.

Wat is de oorzaak van dissociatieve symptomen en dissociatieve stoornissen?


Het meemaken van schokkende gebeurtenissen die niet geïntegreerd kunnen worden in het bewustzijn kan

dus dissociatieve symptomen of een dissociatieve stoornis veroorzaken.

Mensen reageren op ernstige trauma's met normale biologische overlevingsmechanismen zoals die bij alle zoogdieren voorkomen. Ze worden overspoeld door angst, wat gepaard gaat met een verhoogde hartslag, spierspanning en een neiging tot 'vluchten' of 'vechten', of door zich als het ware dood te houden 'bevriezing' en dat is een dissociatieve reactie. De ernst van de dissociatieve symptomen of de dissociatieve stoornis hangt veelal samen met de ernst van de schokkende gebeurtenis, op welke leeftijd het plaats vond, persoonsgebonden factoren en de sociale en culturele omstandigheden. En volgens recente onderzoeken kan er ook sprake zijn van een zekere aanleg bij sommige mensen die een schokkende gebeurtenis meemaken, om een posttraumatische stress-stoornis of een dissociatieve stoornis te ontwikkelen.

Onze hersenen ontwikkelen zich op een 'gebruikers afhankelijke' manier en groeien, functioneren en organiseren zich in antwoord op ervaringen. Door passende stimuli, zoals liefde, aandacht en verzorging van de ouders, vormen de hersenen de neurale verbindingen die nodig zijn om goed te kunnen functioneren en uit te groeien tot een gezonde persoonlijkheid. Bij kleine kinderen is het verhalend centrum, of 'ik' nog niet of onvoldoende tot ontwikkeling gekomen, waardoor het integreren van intense of pijnlijke gebeurtenissen voor hen nog moeilijker is dan voor volwassenen en daarbij zijn kinderen eerder geneigd tot dissociëren. Maken kinderen tijdens hun eerste jaren voortdurende, ernstige of onvoorspelbare stress mee, inclusief mishandeling en verwaarlozing, dan kan de ontwikkeling van hun hersenen letterlijk gewijzigd worden door deze ervaringen. Zij zullen hun hersengebieden focussen op overleving in antwoord op dreigingen in hun omgeving, dat resulteert in een verstoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid van het kind.

Het fundament van onze ontwikkeling bestaat uit het concept 'hechting', dat evolutionair bepaald en een biologisch gegeven is. Door middel van 'hechting' aan



en 'identificatie' mét de ouder wordt uiteindelijk de identiteit van het kind gevormd. En veelal blijkt een problematische hechting met de primaire opvoeders sterk bij te dragen aan het ontstaan van een complexe dissociatieve pathologie.

Als de primaire opvoeder tegelijk een bron van veiligheid èn een bron van angst is, ontstaat een zogenoemde 'gedesorganiseerde hechting'. Deze kinderen zitten gevangen tussen behoefte aan toenadering en vermindering, waar zij op reageren met gedesorienteerd en gedesorganiseerd gedrag. En dit is helemaal het geval als de ouder tegelijkertijd ook een dader is. Recente wetenschappelijke onderzoeken tonen aan dat dissociatie - als stoornis en als symptoom - een direct gevolg is van deze desorganisatie.

Het verschijnsel 'gedesorganiseerde hechting' berust neuro-psychologisch en cognitief op het principe van verschillende bewustzijnsinhouden. Deze kinderen ontwikkelen in plaats van een enkelvoudig innerlijk model, meervoudige modellen in hun hoofd die elkaar onderling ook kunnen tegenspreken.¹

Zeer complexe dissociatieve stoornissen ontstaan dan ook bijna altijd in de vroege kindertijd.

Verskillende experts zijn het erover eens dat de volgende factoren ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van de meest complexe dissociatieve stoornissen:

- o het misbruik, de mishandeling en verwaarlozing is ernstig en herhaaldelijk en vindt plaats over een langdurige periode;
- o het misbruikte kind heeft een verhoogd natuurlijk vermogen tot dissociëren;
- o het kind is niet opgevangen of getroost door volwassenen na misbruik, mishandeling of verwaarlozing, terwijl het nog niet emotioneel zelfredzaam is.

Wat zijn dissociatieve symptomen? ²

Er bestaat een onderscheid tussen stoornissen en symptomen. Met 'stoornis' duiden wij het ziektebeeld aan, 'symptomen' zijn de verschijnselen waarmee een of meer ziektebeelden gepaard kunnen gaan.

Er worden vijf verschillende dissociatieve symptomen onderscheiden, namelijk;

- ❖ **Amnesie**: Wanneer iemand zich incidenten of ervaringen van gebeurtenissen uit een bepaalde periode niet kan herinneren, of wanneer iemand zich bepaalde belangrijke persoonlijke informatie niet kan herinneren.
- ❖ **Depersonalisatie**: Een bewuste ervaring waarbij iemand het eigen lichaam als vreemd, niet vertrouwd, of niet echt ervaart.
- ❖ **Derealisatie**: Een bewuste ervaring waarin iemand zijn vertrouwde omgeving als vreemd en onvertrouwd ervaart.

- ❖ **Identiteitsverwarring**: Wanneer iemand zich onzeker voelt over wie hij is of moeite heeft hoe zich zelf te beschrijven..
- ❖ **Identiteitswijziging**: Wanneer er een verschuiving plaats vindt in de identiteit wat het gedrag op een dusdanige manier verandert dat het anderen opvalt.

Structurele dissociatie ³

Bij ernstige traumatisering waarbij het 'ik' uiteenvalt treedt een structurele dissociatie van de persoonlijkheid op. De mate waarin de dissociatieve delen van de persoonlijkheid zich ontwikkelen verschilt per persoon. En dit geldt ook voor de mate waarin deze dissociatieve delen de controle over het bewustzijn en het gedrag overnemen. Dit is het sterkst bij de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), minder sterk bij de dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (DSNAO) en nog minder sterk bij posttraumatische stress-stoornis (PTSS).

Goed functionerende delen van de persoonlijkheid die het dagelijks functioneren op zich nemen en zich veelal niet bewust zijn van onderliggende trauma's, worden ook wel 'ONP' (Ogenschijnlijke Normale Persoonlijkheid) genoemd.

Delen van de persoonlijkheid die één of meer trauma's hebben meegemaakt en de gevoelens en afweermechanismen van dat trauma met zich meedragen worden ook wel 'EP' (Emotionele Persoonlijkheid) genoemd.

De dissociaties tussen de ONP en EP worden onderverdeeld in volgorde van complexiteit, namelijk:

- ❖ Primaire dissociatie, waarbij emotionele elementen van de schokkende gebeurtenis niet worden opgenomen in het bewustzijn. Doorgaans ten gevolge van een eenmalig trauma en kenmerkend voor eenvoudige dissociatieve stoornissen of eenvoudige posttraumatische stress-stoornis. De ONP vermijdt bedreigende stimuli en is fobisch voor traumatische herinneringen, evenals voor de EP die deze traumatische herinneringen vertegenwoordigt.
- ❖ Secundaire dissociatie. De traumatische ervaring is overweldigender van aard of van langere duur en er kan een verdere fragmentatie van de EP optreden, waarbij de ONP intact blijft.
- ❖ Tertiaire dissociatie, kenmerkend voor een dissociatieve identiteitsstoornis, treedt vooral op wanneer onvermijdelijke aspecten van het dagelijkse leven geassocieerd raken met vroegere trauma's. Naast verdere dissociatie tussen de EP's kan ook fragmentering van de ONP optreden.



Wat zijn de DSM IV dissociatieve stoornissen?

Anders dan bij patiënten met langer durende psychotische verschijnselen blijft de betekenisgeving (reality-testing) bij patiënten met een dissociatieve stoornis intact.

In het Amerikaanse diagnostische handboek voor psychische stoornissen, de DSM IV, dat het meest wordt gebruikt in de hulpverlening, worden vijf verschillende dissociatieve stoornissen beschreven. Gerangschikt volgens de DSM IV:

Dissociatieve Amnesie

Patiënten met dissociatieve amnesie zijn tijdelijk belangrijke ervaringen en gebeurtenissen of belangrijke persoonlijke informatie vergeten. Dit vergeten strekt verder dan normale vergeetachtigheid en kan niet worden toegeschreven aan een neurologische oorzaak of een tijdelijke bewustzijnsdaling. Het kan voorkomen bij mensen die een traumatische gebeurtenis meemaken, zoals in oorlogssituaties, mensen die te horen krijgen dat ze zeer ernstig ziek zijn, slachtoffers van natuurrampen e.d. Deze vorm van tijdelijke amnesie komt veelvuldig voor.

De identiteitsverwarring en depersonalisatie, derealisatie is mild tot gematigd.

Dissociatieve Fugue

Iemand met deze stoornis reist onverwacht naar een nieuwe bestemming, waarbij hij het besef kwijt is wie hij is, waar hij woont, wat hij doet voor de kost, wie zijn naasten zijn en wat zijn levensverhaal is. Hij of zij kan plotseling een andere identiteit aannemen en een nieuw leven opbouwen, zonder herinnering aan het leven daarvoor. De dissociatieve fugue als stoornis komt zelden voor.

De identiteitswijziging en amnesie zijn gematigd tot ernstig, de identiteitsverwarring mild tot gematigd.

Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS)

DIS is de meest complexe dissociatieve stoornis. De deling van de persoonlijkheid strekt verder dan die bij de andere dissociatieve stoornissen. De dissociatieve persoonlijkheidsdelen of "identiteiten" zijn zo sterk ontwikkeld dat zij een eigen zelfbewustzijn hebben en afwisselend de controle over iemands gedrag en bewustzijn uitoefenen. Zij hebben een eigen besef van identiteit. Ernstige amnesie betekent dat een deel zich niet bewust hoeft te zijn van wat er gebeurt als een ander deel de controle heeft. De amnesie kan éézijdig of wederkerig zijn. Bij wederkerige amnesie hebben de delen geen of een gebrekkig besef van elkaars herinneringen en ervaringen. Bij eenzijdige amnesie ontbreekt dit besef bij één deel, maar is het min of meer intact bij een ander deel. Bij ernstige deling van de persoonlijkheid omvatten sommige persoonlijkheidsdelen slechts een zeer beperkt aantal

herinneringen en ervaringen.

Een DIS kan samengaan met bijkomende klachten en symptomen zoals amnesie, depressie, angst- en paniekaanvallen, suïcideneigingen en -pogingen, automutilatie, hoofdpijn, somatische klachten, slaapstoornissen, fobieën, alcohol- en drugsmisbruik, eetstoornissen en obsessief compulsief gedrag. Het kan zijn dat deze klachten en symptomen alleen maar tot uitdrukking komen als een bepaald persoonlijkheidsdeel de controle uitoefent over het gedrag, de gedachten en gevoelens. Bijna ieder die te kampen heeft met een DIS streeft er naar, om de amnesie en emotionele dissociatieve delen verborgen te houden voor anderen en slechts weinigen zullen openlijk switchen tussen de verschillende persoonlijkheidsdelen op een manier die vaak geportretteerd wordt op de televisie en in films. *De amnesie, identiteitsverwarring, identiteitswijziging, depersonalisatie en derealisatie zijn gematigd tot ernstig*

Depersonalisatie Stoornis

Deze patiënten ervaren periodiek het eigen lichaam als vreemd, niet vertrouwd, of niet echt. Wanneer zij naar zichzelf kijken komt het hen voor dat ze naar een film kijken. Zij hebben vaak het gevoel te handelen als een automaat of robot. Gevoel is een psychofysiologische ervaring zodat mensen geen gevoelens kunnen ervaren zonder lichamelijke sensaties en depersonalisatie verhindert de verwerking van lichamelijke gevoelens.

Derealisatie is een symptoom waarbij iemand de omgeving als vreemd, vager, op afstand of als niet vertrouwd ervaart. Het kan lijken alsof je in een glazen stulp zit, de buitenwereld komt als raar of onecht over. *De depersonalisatie en derealisatie zijn gematigd tot ernstig, de identiteitsverwarring mild tot gematigd.*

Dissociatieve Stoornis Niet Anderszins Omschreven (DSNAO)

DSNAO vormt de restcategorie onder de dissociatieve stoornissen, waartoe in de praktijk meestal die gevallen worden gerekend die lijken op een DIS, maar niet voldoen aan de criteria voor een DIS. Bij patiënten met een DSNAO zijn de persoonlijkheidsdelen niet zover ontwikkeld dat zij de touwtjes volledig in handen nemen. Zij werken als het ware van achter de schermen. Niet alle maar veel van deze patiënten worden later alsnog gediagnosticeerd als DIS. *De identiteitsverwarring, depersonalisatie en derealisatie zijn gematigd tot ernstig, de identiteitswijziging en amnesie mild tot gematigd.*

Verschijnselen van een DIS of een DSNAO

- o gaten in het geheugen hebben
- o in een onbekende omgeving terecht komen zonder te weten hoe je daar gekomen bent.
- o het verlies van gevoel in delen van je lichaam
- o verstoorde beelden hebben van je lichaam

- o het vergeten van belangrijke persoonlijke informatie
- o een gevoel alsof je losstaat van je emoties
- o de impressie dat je naar jezelf kijkt als naar een karakter in een film
- o het gevoel alsof je als een robot handelt
- o interne stemmen en dialogen horen
- o het gevoel los te staan van de wereld om je heen
- o het gevoel dat een bekende omgeving onbekend is
- o het gevoel dat wat er gebeurt onwerkelijk is
- o het kwijtraken van een bekwaamheid of talent
- o het gevoel hebben dat mensen die je kent vreemden zijn
- o het gevoel hebben dat je niet meer weet wie je bent
- o je gedragen als verschillende personen (volwassenen, kinderen)
- o grenzen tussen jou en anderen onvoldoende of niet kunnen ervaren
- o onzeker zijn over intimiteit (seksualiteit) of je geslacht
- o het gevoel dat je bestaat uit verschillende delen
- o naar jezelf verwijzen in termen van 'wij'
- o te horen krijgen dat jij je heel anders hebt gedragen dan mensen van je gewend zijn, maar je dit afwijkende gedrag niet herinneren
- o bezittingen aantreffen waarvan jij je niet kan herinneren die gekocht of gekregen te hebben
- o kennis hebben van een onderwerp waarvan je dacht niets te weten.

Somatoforme dissociatieve stoornissen ⁴ en posttraumatische stress-stoornis ⁵

Wanneer een stoornis op trauma is gebaseerd, wordt deze bijna steeds door dissociatieve symptomen gekenmerkt; niet alleen in de vorm van traumatische herinneringen, die meer of minder gedissocieerd kunnen zijn, maar ook in de vorm van uiteenlopende andere symptomen. Kortom, niet alleen de dissociatieve stoornissen hebben een dissociatief karakter, maar ook tal van andere op trauma gebaseerde stoornissen, waar de bestaande DSM-indeling nog onvoldoende recht aan doet.

Hoewel in de DSM-IV geen rubriek somatoforme dissociatieve stoornissen is opgenomen en de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) en complexe posttraumatische stress-stoornis tot de angststoornissen wordt gerekend, zijn zij in deze folder wel bijgevoegd en wel om de volgende redenen:

- o Als kenmerken voor een dissociatieve stoornis worden in de DSM-IV alleen de psychologische kenmerken van dissociatie genoemd maar niet de somatoforme, dit wil zeggen lichamelijke, uitdrukingsvormen van dissociatie.
- o De chronische PTSS wordt vaak gezien als een overkoepelende diagnostische categorie voor de gevolgen van herhaalde traumatisering en veelal

blijken personen met ernstige dissociatieve stoornissen ook te voldoen aan de diagnostische criteria voor een chronische PTSS.

Somatoforme Dissociatie

Deze groep van lichamelijke uitdrukingsvormen van dissociatie heeft onder meer betrekking op uitvalsverschijnselen van lichamelijke functies, zoals niet kunnen bewegen of spreken, zien, horen of voelen en op epilepsie gelijkende aanvallen. Somatoforme dissociatie heeft ook betrekking op verschijnselen zoals het maken van onwillekeurige bewegingen, bepaalde vormen van pijn en lichamelijke gewaarwordingen zoals het gevoel hebben te worden aangeraakt, terwijl er niemand in de buurt is. Somatoforme dissociatieve stoornissen houden zoals alle dissociatieve stoornissen verband met het bestaan van dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Bijvoorbeeld, een persoonlijkheidsdeel dat zich totaal onderwerpt aan dreiging kan in dit verband lichamenlijk verdoofd raken. Wanneer dit persoonlijkheidsdeel dominant is, of de ervaringswereld van een ander deel binnendringt, raakt de betrokkene lichamenlijk verdoofd. Bij de diagnostiek moet somatoforme dissociatie worden onderscheiden van lichamelijke verschijnselen die een neurologische oorzaak hebben.

Somatoforme dissociatieve symptomen gaan doorgaans samen met één of meer psychoforme dissociatieve symptomen en zijn kenmerkend voor dissociatieve stoornissen zoals DIS en DSNAO.

Posttraumatische Stress-Stoornis (PTSS)

De diagnose van een eenvoudige PTSS beschrijft symptomen die ontstaan wanneer een persoon getuige was van levensbedreigende gebeurtenissen of een kortdurend trauma heeft ervaren, zoals een auto ongeluk, ernstige ziekte, natuurramp, beroving of bedreiging met geweld of eenmalige verkrachting. Deze worden beschouwd als kortdurende traumatische gebeurtenissen.

Echter, chronische trauma's kunnen maanden tot jaren voortduren. Onderzoekers menen dat de huidige diagnose PTSS onvoldoende is om de symptomen en het ernstig psychologische letsel te beschrijven dat optreedt na langdurige en herhaalde trauma's. Men spreekt over een chronische of complexe posttraumatische stress-stoornis als de symptomen minstens drie maanden of langer aanhouden. Tot de kernsymptomen behoren herbelevingen van traumatische ervaringen, bijvoorbeeld in de vorm van nachtmerries en flashbacks, slaapproblemen, zich vervreemd en afgescheiden voelen van de wereld, zich verdoofd voelen en voortdurend buitengewoon schrikachtig zijn. De symptomen kunnen zo ernstig en langdurig zijn dat zij het dagelijkse leven ernstig belemmeren.

Complexe PTSS gaat doorgaans samen met een milde tot gematigde amnesie en gematigde tot ernstige vormen van depersonalisatie en derealisatie.



Hoe vaak komen dissociatieve stoornissen voor?

Onderzoek onder 122 opgenomen psychiatrische patiënten toonde aan dat 8% van hen een dissociatieve stoornis had, 2% van hen een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) en 2% een gesimuleerde DIS.⁶

Veel mensen die uiteindelijk gediagnosticeerd zijn met een dissociatieve stoornis, rapporteren dat zij eerst een reeks van andere diagnoses hebben gekregen, die bij nader inzien niet van toepassing zijn, zoals schizofrenie, bipolaire of borderline persoonlijkheidsstoornis. Veel factoren kunnen bijdragen tot deze misdiagnoses.

Professionals in de geestelijke gezondheidszorg krijgen nog onvoldoende training en opleiding ten aanzien van de dissociatieve stoornissen en stellen daarom wellicht niet de goede vragen tijdens het diagnostisch onderzoek.

Andere redenen zijn: een blinde vlek van de maatschappij voor wantoestanden in gezinnen, een wederkerend ongeloof in het bestaan van dissociatieve stoornissen, de complexiteit van sommige dissociatieve stoornissen, het veranderlijke klinische beeld en pogingen van mensen met een dissociatieve stoornis om de symptomen te verhullen.

Sommige mensen met een andere psychische stoornis menen abusievelijk dat zij een dissociatieve stoornis hebben. Er bestaan daarom twee diagnostische risico's: de diagnose missen bij iemand die een dissociatieve stoornis heeft en de diagnose toekennen aan iemand die geen dissociatieve stoornis heeft.

Hoe worden dissociatieve stoornissen gediagnosticeerd?

Er bestaan vragenlijsten die als screenings-instrument gebruikt worden om te kijken of er sprake is van een dissociatieve stoornis. Twee van de meest bekende zijn de 'Dissociative Experiences Scale' (DES) en de 'Somatoform Dissociation Questionnaire' (SDQ). Voor het stellen van de diagnose is echter een diagnostisch instrument nodig. Het 'Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders' (SCID-D) is zo'n instrument dat in handen van terzake kundige hulpverleners uitsluitend kan bieden over de vraag of iemand een dissociatieve stoornis heeft en zo ja welke. Voor het stellen van de diagnose PTSS worden andere screenings-instrumenten gebruikt.

Psychotherapie

Effectieve behandeling voor dissociatieve stoornissen kan bestaan uit een combinatie van verschillende methoden, maar omvat altijd psychotherapie door bij

voorkeur een deskundige op het gebied van psychotrauma en dissociatieve stoornissen. Het doel van de psychotherapie is om de integratie te bevorderen van gevoelens, gedachten, waarnemingen en herinneringen. Het gaat om het benoemen van gedachten en gevoelens en waar nodig om het integreren van verschillende bewustzijnsinhouden, om meer eenheid van de persoonlijkheid teweeg brengen en om de interne orde te versterken en ontwrichting op het werk, in het sociale leven en thuis tegen te gaan.

Ook wordt wel gekozen voor een behandeling van individuele psychotherapie in combinatie met een gestructureerde deeltijdbehandeling⁷.

Bij de behandeling van aan trauma gerelateerde klachten wordt in de meeste gevallen uitgegaan van een benadering die gericht is op drie fasen, namelijk;

- o In fase 1 gaat het om symptoomreductie en stabilisatie, zodat de patiënt sterker wordt en de taken die bij het dagelijks leven horen beter aan kan.
- o In fase 2 komt de behandeling van traumatische herinneringen aan bod, als dit mogelijk is en deze wordt steeds afgewisseld met fase 1
- o In fase 3 is de behandeling erop gericht de patiënt een nieuwe levensstijl te laten ontwikkelen, een stijl die hoort bij een geïntegreerde persoonlijkheid. Deze fase wordt opnieuw afgewisseld met zowel fase 1 als 2.

In lang niet alle gevallen is het echter voor iedereen mogelijk of wenselijk om alle drie de fasen te doorlopen en stabilisatie is meestal de belangrijkste doelstelling. Veel patiënten met een DIS of een DSNAO vinden het zeer wenselijk om ook in de stabiliteitsfase de verschillende persoonlijkheidsdelen in de therapie te betrekken. Een behandeling die alleen is gericht op symptoombestrijding wordt door veel van hen beleefd als 'een verbod om te praten' of 'zich niet mogen uiten'.

Soms wordt ook gekozen voor een behandeling van individuele psychotherapie in combinatie met een lichaamsgerichte therapie of creatieve therapie.

Over het algemeen blijkt een kortdurende psychotherapie voor patiënten met een zeer complexe dissociatieve stoornis meer kwaad dan goed te doen.

Medicatie

Medicatie kan nuttig zijn om symptomen te bestrijden van depressie, angstaanvallen of slapeloosheid, maar er bestaat geen medicatie die de dissociatie of het naar voren komen van verschillende persoonlijkheidsdelen tegen gaat.

Antipsychotische medicatie blijkt soms, maar in de meeste gevallen niet nuttig.



Crisis interventie

Als een dissociatieve patiënt suïcidaal is of op een andere wijze te instabiel om zich veilig in de samenleving te handhaven, kan men besluiten tot een tijdelijke opname in een psychiatrische inrichting of PAAZ, waar medewerkers bij voorkeur kennis hebben van dissociatieve stoornissen en hebben geleerd hiermee om te gaan. Als alternatief kan gekozen worden voor een crisisdienst. Het is echter niet erg waarschijnlijk dat medewerkers van gangbare crisisdiensten kennis hebben van dissociatieve stoornissen, maar toch kunnen zij een patiënt door een moeilijke periode heen loodsen. Het is belangrijk om, voordat zich een crisis voordoet, in overleg met de behandelaar een persoonlijke crisiskaart⁸ samen te stellen, zodat van te voren doorgesproken kan worden hoe een crisis er uit kan zien, welke medicatie wel en niet geschikt is, wat de wensen van de patiënt zijn en wat beter voorkomen kan worden in opnamesituaties. Het is uiteraard cruciaal dat bij crises en opnamen alles in het werk wordt gesteld om de patiënt niet verder te traumatiseren.

Enkele voorbeelden van zelfhulp

- Het zoeken van goede begeleiding en zorg door onderteuning van vrienden en belangrijke anderen in de omgeving. Zoek steun bij mensen bij wie je je veilig voelt. Praat over je problemen met je partner of goede vrienden. Geef ook aan wanneer je geen behoefte hebt om erover te praten.
- Tekenen, schilderen en schrijven kunnen helpen bij het verwerkingsproces en het uiten van gevoelens.
- Gun je zelf tijd en rust en als er herinneringen boven komen, bedenk dan dat niet alles meteen duidelijk of plaatsbaar hoeft te zijn. Het is belangrijk om te leren vertrouwen en te delen.
- Het bijhouden van een dagboek kan een manier zijn om bewustwording te vergroten en bij DIS en DSNAO een manier zijn, om de samenwerking tussen de onderlinge delen te verbeteren.
- Om meer of een beter inzicht te krijgen over alle delen bij een DIS of een DSNAO, kan het helpen om een collage, een tekening of diagram te maken, over wie 'van binnen' contact heeft met wie en waar de delen in 'de binnenwereld' staan.
- Creëer een veilige plek in huis, die alleen voor jou is. Laat ook anderen in huis merken dat het jòuw plek is en een grens waar anderen niet (overheen) mogen komen, als jij dat niet wilt.

- Leer te ontspannen door actief te zijn, zoals door middel van ademhalingstechnieken, sport en dergelijke.
- Contact houden met het 'hier en nu', kan je helpen om flashbacks, indringende gedachten, gevoelens, of herinneringen die je niet aan kan, zoveel mogelijk tegen te gaan. Dat kan onder andere door te gaan staan, wiebelen met je voeten of op blote voeten gaan lopen.
- Als je veel last hebt van chaos of wanorde, probeer dan op te schrijven wat je gaat doen of houdt een agenda bij of maak een dagindeling om je aan te kunnen houden.

Lotgenotengroepen

Het delen van ervaringen met anderen die soortgelijke problemen ervaren kan emotionele opluchting en praktische begeleiding geven, onder voorwaarde dat deze lotgenotengroepen goed georganiseerd zijn en heldere grenzen stellen.

Wat kunnen partners en vrienden doen om te helpen?

Partners en vrienden kunnen een sleutelrol spelen in het herstel. Het is voor hen belangrijk om zoveel mogelijk te leren over dissociatieve stoornissen. Luister met belangstelling naar de vriend of partner met een dissociatieve stoornis, net als bij iedere andere partner of vriend. Verwacht echter niet van patiënten dat zij altijd een oplossing voor gerezen problemen kunnen geven.

Het is belangrijk om consistent te blijven, duidelijk en eerlijk te zijn, en niet te veroordelen.

Ondersteunende therapie voor de partner of vriend kan deze leren om te gaan met de chaos aan gevoelens die het leven met een patiënt met een dissociatieve stoornis met zich mee kan brengen.

Intimiteit en aanrakingen kunnen problematisch zijn voor iemand met een verleden van misbruik. Hulp bij huishoudelijke of administratieve taken kan belangrijk zijn voor mensen met een DIS of DSNAO omdat zij vaak te kampen hebben met geheugenproblemen.



Literatuur

- 1) Nicolai, N.J., *Tegen het vergeten* 41-54. (2003) De ezel en de steen: Uitgeverij Boom.
- 2) Boon S., Draijer N., *Screening en Diagnostiek van dissociatieve stoornissen*, (1995) Lisse, Swets & Zeitlinger.
- 3) Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. en Steele, K., *Trauma-related Structural Dissociation of the Personality*. (2004) Internet: <http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm> & van der Hart, O., *Trauma, Dissociatie en Hypnose* 107-149 (1995) Lisse, Swets & Zeitlinger B.V. Herdruk 2003
- 4) Nijenhuis, E.R.S., *Somatoform Dissociation*; 90-91 (1999). New York, W.W. Norton, Herdruk 2004
- 5) van der Hart, O., *Trauma, Dissociatie en Hypnose* 107-149 (1995) Lisse, Swets & Zeitlinger B.V. Herdruk 2003
- 6) Friedl M.C., Draijer N., *Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients - Am J Psychiatry* 2000 Jun;157(6):1012-3.
- 7) Nicolai, N.J., *Handboek Psychotherapie na seksueel misbruik* 63-76. (2003) Utrecht: De Tijdstroom & van der Hart, O., *Trauma, Dissociatie en Hypnose* (1995) Lisse, Swets & Zeitlinger B.V. Herdruk 2003
- 8) Een voorbeeld van een crisiskaart is beschikbaar op: www.empty-memories.nl en op www.ememo.nl

Judith lewis Herman, *Trauma en herstel, De gevolgen van geweld - van mishandeling thuis tot politiek geweld* (1993) Uitgeverij Wereldbibliotheek Amsterdam,

ISBN 90 284 1653 6

Michaela Huber, *Meervoudige persoonlijkheden, een handboek voor overlevenden van extreem geweld* (1997)

Uitgeverij wereldbibliotheek Amsterdam,

ISBN 90 284 1723 0

Nuttige organisaties

o Stichting Empty Memories

Belangengroep psychotrauma en dissociatieve stoornissen

Arthur van Schendeldreef 19, 3060 WL Rotterdam.

- o Documentatiecentrum voor professionals: www.empty-memories.nl
- o Lotgenotencontact voor mensen met een dissociatieve stoornis: www.ememo.nl

o Caleidoscoop

Landelijke patiënten vereniging voor mensen met een dissociatieve stoornis

Stationsplein 6, 3818 LE Amersfoort, www.caleidoscoop.nl

o Stichting Depersonalisatie

Contacten voor lotgenoten, Sumatrastraat 60-3, 1094 NG Amsterdam: www.depersonalisatie.nl

o Interapy, een schrijfbehandeling voor mensen met posttraumatische stress klachten via het Internet:

www.interapy.nl of tel. 020-5256303

Met speciale dank aan:

E.R.S. Nijenhuis., klinisch psycholoog, psychotherapeut en wetenschappelijk onderzoeker, voor zijn hulp bij het samenstellen van deze folder en S. Boon, N. Draijer, O. van der Hart, N.J. Nicolai, en E.R.S. Nijenhuis voor hun kennisbijdrage.