

Dissociatieve stoornissen

Een dissociatieve stoornis is een psychische stoornis, waarbij dissociatie het belangrijkste en meest centrale kenmerk is.

Dissociatie is een verstoring en/of onderbreking in de normale integratie van bewustzijn, geheugen, emotie, perceptie, lichaamsbeleving, motorische controle en gedrag. Het lijkt erop dat bepaalde hersenfuncties tijdens dissociatie (tijdelijk) niet met elkaar verbonden zijn. Dissociatieve stoornissen worden vaak gezien in de nasleep van een psychotrauma.

Er worden vijf typen dissociatieve stoornissen onderscheiden:

1. Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). De patiënt ervaart fragmentatie van de identiteit in de vorm van twee of meer afzonderlijke persoonlijkheids-toestanden. Hij kan ook recidiverende hiaten in zijn herinnering van alledaagse gebeurtenissen, persoonlijke informatie en/of psychotraumatische gebeurtenissen hebben die niet toe te schrijven zijn aan gewone vergeetachtigheid.
2. Dissociatieve amnesie. De patiënt kan zich belangrijke autobiografische informatie (vaak psychotraumatisch of stressvol van aard), niet herinneren en dit is niet toe te schrijven aan gewone vergeetachtigheid.
3. Depersonalisatie-derealisatiestoornis. De patiënt voelt zich vervreemd van zichzelf of heeft het gevoel dat hij zichzelf van buitenaf waarneemt (depersonalisatie) of hij voelt zich vervreemd van de omgeving en mensen of voorwerpen worden bijvoorbeeld ervaren als onecht, als in een droom of wazig (derealisatie).
4. Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS), zoals identiteitsstoornis door gedwongen gedachtebeïnvloeding, acute dissociatieve reactie op stress, dissociatieve trance.
5. Ongespecificeerde dissociatieve stoornis.

Epidemiologie

Dissociatieve stoornissen worden vaker bij vrouwen dan bij mannen gediagnosticeerd, maar dissociatieve symptomen komen in de bevolking evenveel voor bij mannen als vrouwen. In de bevolking heeft ongeveer 1-3% DIS (vrouwen meer dan mannen) en 1-2% een depersonalisatie-/derealisatiestoornis (even vaak bij mannen als vrouwen).

Vroege onderkenning en preventie

Screening bij volwassenen kan zinvol zijn bij patiënten:

- met een voorgeschiedenis van chronische en/of ernstige vroegkinderlijke traumatisering;
- met ernstige SOLK of een met een functioneel-neurologische-symptoomstoornis;
- die stemmen horen;
- met steeds wisselende somatische of psychische klachten/diagnoses;
- met posttraumatische stressklachten, in het bijzonder bij PTSS met dissociatieve symptomen.

Screen vooral als de patiënt niet reageert op goed uitgevoerde interventies voor een andere stoornis. Een positieve screening dient altijd gevolgd te worden door diagnostiek uitgevoerd door een expert. Wees altijd alert op fout positieve diagnoses!

In de zorgstandaard worden ook voor kinderen risico-groepen genoemd bij wie screening is aanbevolen. De meeste kinderen en jongeren met een dissociatieve stoornis wonen in de jeugdzorg of de pleegzorg.

Diagnostiek

Mensen met een dissociatieve stoornis melden zich vaak met andere klachten in de ggz en hebben vaak al een jarenlange tocht door de ggz gemaakt voordat er een dissociatieve stoornis wordt gediagnosticeerd.

De stellen van de diagnose is complex en kan alleen door experts in de specialistische ggz worden gedaan. De diagnose wordt altijd gebaseerd op meerdere informatiebronnen (patiënt, naasten en dossier), waarbij verschillende instrumenten worden gebruikt (interviews, vragenlijsten etc). Gebruik de Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) voor de classificatie.

DIS en AGDS kenmerken zich doorgaans door een cluster van samenhangende symptomen:

- patiënt is blokken tijd kwijt of vindt aanwijzingen van activiteiten die hij zich niet herinnert;
- patiënt heeft fugues (probeert geestelijk of fysiek weg te lopen voor een dreiging);
- patiënt heeft ernstige en chronische vormen van depersonalisatie;
- patiënt rapporteert geheugenverlies voor eigen complex gedrag dat hij niet als van zichzelf herkent;
- patiënt ervaart onbegrijpelijke dwangmatige of opdringerige gedachten, emoties en lichamelijke sensaties, en kan er geen controle over krijgen.
- patiënt hoort meerdere stemmen: mannen- en vrouwen- en vaak ook kleine kinderstemmen.

Aandachtspunten bij de diagnostiek:

- De meeste patiënten kunnen aanvankelijk weinig vertellen over verschillende persoonlijkheids-toestanden door angst, schaamte en amnesie voor gedrag dat buiten hun controle plaatsvindt.
- Tijdens de diagnostiek neemt de spanning, angst, schaamte en dissociatie vaak toe, vooral bij vragen naar het (mogelijk) bestaan van verschillende persoonlijkheidstoestanden. Soms hoort de patiënt stemmen die hem bedreigen of hen verbieden om verder te vertellen.
- Traumatische ervaringen komen veel voor maar zijn niet nodig voor de classificatie dissociatieve stoornis. Vermijd in eerste contacten gedetailleerd doorvragen. Ga niet intensief in op traumatische ervaringen als de patiënt deze niet zelf benoemt.

Behandeling en begeleiding

Organiseer zelfmanagement

Patiënt en behandelaar spreken af wat hij en eventueel zijn omgeving zelf kan doen, bijvoorbeeld mbt voeding, bewegen en dagstructuur. Zelfmanagement is moeilijk voor patiënten die het gevoel hebben dat ze niet de volledige controle over zichzelf hebben, maar dat is geen reden om niet aan zelfmanagement te werken.

Naasten betrekken?

Soms is het betrekken van naasten niet gewenst of zelfs schadelijk (o.a. bij doorgaand misbruik). Bespreek daarom altijd met de patiënt of naasten kunnen worden betrokken. De wensen van de patiënt zijn leidend.

Maak behandelafspraken

Duidelijke afspraken over grenzen biedt mensen met een dissociatieve stoornis vertrouwen en een veilige omgeving. Maak zo nodig contractafspraken met alle persoonlijkheidstoestanden.

Aandachtspunten bij de behandeling:

- Therapie kan leiden tot zowel het hervinden van ware herinneringen als het opkomen van fictieve herinneringen. Wees alert dat herinneringen altijd een reconstructie en géén directe weergave zijn van een gebeurtenis in het verleden.
- Als er sprake is van doorgaande traumatisering is het belangrijk dat de patiënt in veiligheid wordt gebracht. De behandeling moet zich (als eerste) richten op het stoppen van de traumatisering.
- Heeft de patiënt kinderen? Zoek samen naar helpende strategieën voor het vervullen van de ouderrol. Voer bij mogelijke bedreiging van de veiligheid van het kind de **Kindcheck** uit.

Geef psycho-educatie

Geef de patiënt uitleg over onderwerpen als: de stoornis, dissociatie, hechting, traumatisering en overlevingsstrategieën, stappen van de diagnose, behandelmogelijkheden, emotieregulatie en het omgaan met de gevolgen. Lotgenotencontact en voorlichting door ervaringsdeskundigen kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Psychotherapie bij de behandeling van DIS/AGDS

De patiënt beslist, samen met de behandelaar, welke behandeling het meest passend voor hem is. Het kan voor de patiënt moeilijk zijn om in te schatten wat hij nodig heeft en voor zichzelf op te komen.

Individuele psychotherapie is de eerste keuze van behandeling. Er zijn verschillende opties:

- fasegerichte psychotherapeutische behandeling die begint met stabilisering gevolgd door trauma-verwerking en tenslotte integratie. Onderzocht en waarschijnlijk effectief bij deze groep patiënten.
- Aangepaste vormen van behandeling voor een (borderline) persoonlijkheidsstoornis, zoals Dialectische gedragstherapie, Schematherapie, Mentalization-Based Treatment, Transference-Focused Psychotherapy en behandeling volgens het Unified protocol. Nog niet onderzocht bij deze specifieke groep patiënten.
- Directe traumabehandeling met cognitieve gedragstherapie (exposure) en/of EMDR. Nog niet onderzocht bij deze specifieke groep patiënten.

Psychotherapie depersonalisatie-/derealisatiestoornis

Kortdurende cognitieve gedragstherapie is effectief bij patiënten met een depersonalisatiestoornis. Interoceptieve exposure kan in het behandelplan een zinvolle aanvulling zijn.

Wees voorzichtig met voorschrijven van medicatie

Veel patiënten met een dissociatieve stoornis gebruiken medicijnen, al weten we weinig over de effectiviteit. De medicatie is vaak voor behandeling van specifieke symptomen of een comorbide stoornis. Bepaalde medicijnen kunnen dissociatie verergeren.

Vaktherapie

Vaktherapie kan onderdeel zijn van behandelaanbod voor een dissociatieve stoornis.

Innovatieve/experimentele behandelingen

Biofeedback en transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) zijn mogelijk nieuwe behandelingen voor een depersonalisatiestoornis, en slaapinterventies voor de behandeling van DIS.

Aanvullende behandelingen

Meestal kiezen patiënten aanvullende/alternatieve behandelingen wegens onvoldoende effect van de reguliere behandeling: bijvoorbeeld: haptonomie/ haptotherapie, mindfulness, lotgenotengroep of hulphond. Stem reguleren en aanvullende behandeling altijd goed op elkaar af.

Herstel, participatie en re-integratie

Werk herstelgericht. Het is belangrijk dat patiënten weer deel uitmaken van de maatschappij en sociale contacten onderhouden. De mogelijkheden en van de patiënt staan centraal bij herstelgericht werken, maar ze verdienen daarbij wel begeleiding en ondersteuning.

Organisatie van zorg

De behandeling wordt uitgevoerd in de specialistische ggz. Zorgverleners moeten over voldoende specifieke kennis, vaardigheden en tijd beschikken en met de juiste professionals samenwerken om de behandeling adequaat uit te voeren.