

Bijlage bij de Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen, hoofdstuk 5 (Individueel zorgplan en behandeling)

Versie 19 februari 2020

Direct op trauma gerichte interventies: cognitieve gedragstherapie (exposure) of EMDR voor de behandeling van DIS/AGDS		
Wat houden direct op trauma gerichte interventies in?	CGT: Cognitieve gedragstherapie (cgt) is een vorm van psychotherapie die actief en doelgericht is. Je doet cgt met een therapeut. Samen breng je je probleem in kaart, ga je aan de slag om je doelen te bereiken en de controle over je problemen te vergroten. Door samen na te denken, dingen uit te zoeken en vooral dingen uit te proberen, verander je gedachten en gedrag die jou in de weg staan. Zo ontstaat meer vrijheid en verminder je negatieve gevoelens. Cognitieve gedragstherapie is dus een actieve therapie waarmee je in het dagelijkse leven aan de slag gaat. Door dat oefenen leer je vaardigheden waar je je hele leven iets aan hebt. EMDR: De therapeut zal vragen aan de gebeurtenis terug te denken, inclusief de bijbehorende beelden, gedachten en gevoelens. Dit wordt gecombineerd met een afleidende stimulus. In veel gevallen is dat de hand van de therapeut of door geluiden die door middel van een koptelefoon afwisselend links en rechts worden aangeboden. Er wordt gewerkt met 'sets' (= series) stimuli. Na elke set wordt er even rust genomen. De therapeut zal de cliënt vragen wat er in gedachten naar boven komt. De EMDR-procedure brengt doorgaans een stroom van gedachten en beelden op gang, maar soms ook gevoelens en lichamelijke sensaties. Vaak verandert er wat. De cliënt wordt na elke set gevraagd zich te concentreren op de meest opvallende verandering, waarna er een nieuwe set volgt. De herinnering aan de gebeurtenis wordt hierdoor minder emotioneel.	
Waar helpt het bij?	Vermindering van traumagerelateerde symptomen	
Etiologie & pathogenese DIS/AGDS	Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over trauma als oorzaak van de stoornis?	Mensen met DIS hebben moeite met emotieregulatie en in geval van heftige emoties worden die emoties verdoofd door hun gevoel los te koppelen (te dissociëren) van de emotieopwekkende stimuli (trauma). Het 'meegaan' in deze dissociatie zal volgens dit model het gedrag bekrachtigen en in stand houden, daarom wordt er niet met alters gewerkt. In plaats daarvan wordt de persoon blootgesteld aan de stimuli die vermeden worden (trauma), zonder dat de respons (dissociatie) optreedt. Doordat de bekrachtiging opgeheven wordt zal dissociatie verminderen, zal trauma verwerkt worden, en zullen emotieregulatievaardigheden toenemen.
	Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over de aanwezigheid van verschillende persoonlijkheidstoestanden?	Ze worden niet als aparte delen/identiteiten aangesproken, maar ze worden gezien als een uiting van vermijding van sterke emoties.
	Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over dissociatieve amnesie?	Amnesie wordt beschouwd als een vorm van vermijding. Er wordt niet actief 'gezocht' naar de informatie die niet herinnerd wordt.
Beschrijving behandeling	Welke rol neemt traumabehandeling in bij deze behandeling, en op welk moment?	Direct bij aanvang.

	Hoe ziet het behandelproces eruit?	Behandeling richt zich op de herbelevingen en met name op de zintuiglijke inhoud (zoals beelden en geluiden van het trauma). Sommige behandelvormen zijn verbaal (over trauma vertellen), andere richten zich meer op de beelden. Bij exposure-therapie wordt het trauma zo gedetailleerd mogelijk verteld, zodat het net lijkt alsof het opnieuw gebeurt. Veel mensen zijn daar bang voor, omdat ze denken dat er dan verschrikkelijke dingen zullen gebeuren, zoals het verlies van de controle over jezelf en je emoties. In de sessies leer je dat dat niet zo is, en dat leereffect levert een daling van de klachten op. Met huiswerk oefen je thuis dingen waar je bang voor bent. Bij EMDR roep je het beeld op van het trauma wat het meest naar is op dit moment. Zodra dat emoties oproept, wordt de patiënt afgeleid, bijvoorbeeld door het volgen van de vingers van de therapeut met de ogen. Door deze sterke afleiding worden de beelden en emoties van het trauma als het ware uit het werkgeheugen geduwd en zullen de emoties dus afnemen. Bij EMDR is er geen huiswerk.
	Is de behandeling individueel of in een groep?	Individueel
	Is de behandeling (dag)klinisch en/of ambulant?	Ambulant
	Wat is de rol van medicatie?	Angstdempende medicatie wordt bij voorkeur afgebouwd.
	Is er een rol voor vaktherapie en zo ja, welke?	In principe mogelijk, als hetzelfde model gehanteerd wordt
	Wat is de rol van naasten en/of lotgenoten?	Zij worden uitgenodigd voor uitleg over de stoornis en de behandeling en worden geïnstrueerd en getraind om niet mee te gaan in vermijdingsgedrag.
	Hoe lang duurt de behandeling gemiddeld?	12-16 sessies
	Zijn er contra-indicaties?	Uiteraard is de motivatie van de patiënt belangrijk
	Wat zijn de voordelen van deze behandeling?	Kortdurend en efficiënt. De patiënt gaat meteen aan de slag met duidelijke handvatten, verbetering is snel zichtbaar.
Evidentie voor effectiviteit behandeling	Wat zijn de nadelen van de behandeling?	Mensen met DIS hebben vaak aan het begin van de behandeling het gevoel dat ze geen controle kunnen uitoefenen over hun dissociatie en dat ze daardoor de behandeling niet kunnen volgen. Je moet de behandeling eerst durven te ondergaan om te ervaren dat de controle er wel is. Ook kunnen sommigen erg opzien tegen de traumaverwerkingssessies waarin hevige emoties worden opgeroepen. Door het snelle resultaat voelen sommigen zich soms overrompeld.
	Wat is de evidentie voor behandeling van patiënten met DIS/AGDS?	Niet (expliciet) bij dissociatieve stoornissen (dus ook niet bij DIS). Belangrijk is wel te vermelden dat er geen expliciete diagnostiek hiernaar gedaan is in de meeste studies, maar dat in alle studies patiënten met een DIS ook niet

		uitgesloten waren. Gezien de ernst van de dissociatie op vragenlijsten is het waarschijnlijk dat patiënten met dissociatieve stoornissen wel geïnccludeerd zijn. Recent onderzoek heeft laten zien dat er een grote overlap is tussen patiënten met PTSS plus ernstige dissociatieve klachten en patiënten met een dissociatieve stoornis.
	Wat is de evidentie voor behandelingen van patiënten met een andere psychische stoornis?	Evidentie gevonden voor effectieve behandelresultaten bij patiënten met PTSS en ernstige/klinisch verhoogde dissociatieve klachten. Inmiddels laten tientallen studies zien dat de ernst van de dissociatieve klachten bij patiënten met PTSS geen effect heeft op het resultaat van traumagerichte behandeling. In deze studies zijn ook patiënten geïnccludeerd die op basis van hun ernstscore waarschijnlijk een dissociatieve stoornis hebben. In alle (inter)nationale richtlijnen wordt Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of EMDR aanbevolen als eerste keus behandeling voor PTSS en wordt dissociatie niet gezien als contra-indicatie. Mensen die een verhoogde score hadden op dissociatie bij het begin van de behandeling, hadden net zoveel effect in termen van daling PTSS-klachten dan mensen zonder dissociatie bij behandelingen die zich direct op het trauma richten.
Beschikbaarheid in NL	Hoe lang is ervaring opgedaan met deze behandeling voor patiënten met DIS/AGDS?	Bij de behandeling van DIS sinds 10 jaar beschikbaar.
	Hoe lang is ervaring opgedaan met deze behandeling voor patiënten met een andere psychische stoornis?	Bij de behandeling van PTSS (met dissociatieve symptomen): CGT is ruim 30 jaar beschikbaar, EMDR is 20 jaar beschikbaar.
	Waar in Nederland?	- Voor PTSS (met dissociatieve symptomen): overal in Nederland beschikbaar binnen zowel generalistische basis-GGZ, als gespecialiseerde GGZ, binnen instellingen en bij vrijgevestigde psychologenpraktijken. - Voor DIS: bij TOPGGz afdelingen angst en/of trauma, en expertisecentra voor PTSS
	Vergoeding door ziektekostenverzekering?	Ja
Informatie	Website	www.vgct.nl ; www.emdr.nl
	Instelling(en)/organisatie	Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapie (VGCT); Vereniging EMDR Nederland (VEN)
	Toegankelijke lectuur/literatuur	Op de websites staan verschillende filmpjes en folders.

Referenties

Lynch SM, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Attending to Dissociation: Assessing Change in Dissociation and Predicting Treatment Outcome. *J Trauma Dissociation*. 2008; 9(3): 301-19.

Zoet HA, Wagenmans A, van Minnen A, de Jongh A. Presence of the dissociative subtype of PTSD does not moderate the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *Eur J Psychotraumatology*. 2018; 9(1).

van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2012; 3.

van Minnen A, van der Vleugel BM, van den Berg DP, de Bont PA, de Roos C, van der Gaag M, et al. Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2016; 209(4): 347-8.

Halvorsen JO, Stenmark H, Neuner F, Nordahl HM. Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2014; 57: 21-8.
30.

Swart S, Wildschut M, Draijer N, Langeland W, Smit JH. Dissociative subtype of posttraumatic stress disorder or PTSD with comorbid dissociative disorders: Comparative evaluation of clinical profiles. *Psychol Trauma*. 2019.

Cloitre M, Petkova E, Wang J, Lu Lassell F. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression & Anxiety*. 2012; 29(8): 709-17.

Haagen JFG, van Rijn A, Knipscheer JW, van der Aa N, Kleber RJ. The dissociative post-traumatic stress disorder (PTSD) subtype: A treatment outcome cohort study in veterans with PTSD. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018; 07: 07.

Hagenaars MA, van Minnen A, Hoogduin KAL. The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 48(1): 19-27.

Resick PA, Suvak MK, Johnides BD, Mitchell KS, Iverson KM. The Impact of Dissociation on Ptsd Treatment with Cognitive Processing Therapy. *Depression and Anxiety*. 2012; 29(8): 718-30.