
DISSOCIATIEVE STOORNIS

Behandeling van een cliënte met dissociatieve stoornis door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Binnen de sociale psychiatrie komen s.p.v.'e. veel mensen tegen die jaren lang binnen de psychiatrie bekend zijn. Helaas zijn hun problemen vrijwel nooit opgelost. Problemen die vaak genoemd worden zijn: stemmingswisselingen, angst en paniek aanvallen, eetproblemen, automutilatie, middelen misbruik, slaap problemen, stemmen horen, dwanghandelingen, fobieën en suicidaliteit. Hierdoor worden zij vaak gezien als onbehandelbare cliënten. Onder hen bevindt zich de groep cliënten die lijdt aan dissociatieve symptomen zoals amnesie, depersonalisatie en derealisatie. Deze symptomen kunnen zich bij tal van psychiatrische stoornissen voordoen als secundaire, meer geïsoleerde symptomen. Het zijn echter ook de basiskenmerken van de dissociatieve stoornissen, waaronder de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) voorheen multiple persoonlijkheidsstoornis (MPS). Boon en van der Hart, zeggen hierover in het boek Trauma, dissociatie en hypnose (Swets & Zeitlinger 1995) het volgende: onderzoek heeft uitgewezen dat vrouwen in Noord-Amerika en Nederland bij wie uit eindelijk de diagnose MPS, wordt vastgesteld, diverse andere diagnoses hebben gekregen. Depressie in engere zin, schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis, somatisatiestoornis en conversiestoornis komen als diagnoses veel voor. Daarnaast worden ook regelmatig angststoornis, bipolaire stoornis en middelenmisbruik genoemd (Horevitz & Braun, 1984; Horevitz, 1986; Kluit, 1988; Putnam et al. , 1986; Bliss, 1986; Ross & Norton, 1987; Boon & Draijer, 1993 a&b). MPS kan overigens heel goed samengaan met

andere As I en As II diagnoses. In mijn caseload bleken cliënten, met een dissociatieve stoornis al dan niet met een andere psychiatrische stoornis, aanwezig te zijn. Zoals onder andere Anne.

Anne is een vrouw van 33 jaar. Zij is gescheiden en heeft twee dochters van 11 en 14 jaar oud. Zij had al bij veel therapeuten hulp gezocht. Maar ondanks verschillende soorten therapieën

Mw. Vera van Mierop

Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam op de Riagg Zuid Nieuw West, Ambulant wijkteam

en jaren werken aan haar problemen bleef zij haar klachten houden. Zij werkt meer dan 40 uur per week.

Met behulp van intervisie en supervisie en later mijn deelname aan het trauma en dissociatie team van de Riagg Zuid Nieuw West, heb ik geleerd dat er voor cliënten met een dissociatieve stoornis, al dan niet gecombineerd met andere problematiek een behandeling mogelijk is.

Met dit stuk wil ik inzichtelijk maken waaruit het werk van een spv kan bestaan. Het behandelen van cliënten met een dissociatieve stoornis waarbij vaak ook nog andere As I en As II diagnoses meespelen vind ik specifiek horen bij de taak van de spv.

Aan de hand van verschillende fasen van mijn werk zal ik mijn werkwijze beschrijven.

I. De aanmelding.

Wat mij opviel bij de aanmeldingen van de cliënten die later een dissociatieve stoornis bleken te hebben was:

- dat zij vaak al jaren bekend waren in de psychiatrie,
- dat er veel verschillende diagnoses gesteld waren,
- dat er meerdere hulpverleners waren geweest,
- dat er veel geprobeerd was met medicijnen maar geen enkel middel bleek langdurig uit geschreven te zijn,
- dat er periodes zijn geweest van middelenmisbruik,
- dat er qua behandelingsmogelijkheden veel geprobeerd was,
- dat de achtergrond informatie vaak niet volledig aanwezig was.

Bij Anne, was dit bovenstaande allemaal van toepassing. Zij meldde zich via de crisisdienst. Zij was door de huisarts ingestuurd. De huisarts wilde cliënt geen medicatie meer geven, omdat cliënte deze medicijnen misbruikte. Ook wilde de centrale doktersdienst niet meer ingaan op haar telefoontjes, omdat zij heel vaak alarm sloeg en dan niets wilde en of de dienstdoende huisarts niet binnen liet. Zij was al jaren onder behandeling van een psychiater ondanks dat kwam zij regelmatig in crisis. Ook nu tijdens zijn vakantie. Zij bleef automutileren en zij dronk met grote regelmatigheid te veel. Zij was niet psychotisch, wel bijzonder angstig.

II. De intake

Bij het afnemen van de intakes viel mij het volgende op. Normaal gesproken kan ik een intake in drie kwartier rond hebben. Bij cliënten met een dissociatieve stoornis was drie kwartier voor mij niet voldoende omdat er vaak veel vragen open bleven. Het kon zijn dat ik over bepaalde vragen, die bij de

intake horen geen contact met de cliënt kon krijgen omdat sommige vragen niet beantwoord werden. Om redenen als, de cliënte wist het niet of zweeg of cliënte gaf een antwoord welke niets met de vraag te maken leek te hebben. Dit betekende dat soms de intake pas rond was na een aantal maanden. In die tussen tijd werd dan een voorlopig behandelplan opgesteld.

Bij Anne gebeurde dit ook. In eerste instantie was het voorlopige behandelplan er op gericht om de crisis te bestrijden. In de tijd dat de therapeut op vakantie was. Later werd de behandeling door mij over genomen. De intake gegevens die de vorige behandelaar aan reikte waren niet compleet. Het heeft bijna een half jaar geduurd voordat de nodige gegevens er waren.

III. Het voorlopig behandelplan

Een voorlopig behandelplan wordt opgesteld nadat de cliënt is aangemeld. Voor een cliënte met DIS en of een persoonlijkheids stoornis is het belangrijk om duidelijk en helder in het contact te zijn. Daarom moet je informatie geven over de manier waarop je van plan bent te gaan werken. In deze fase moet duidelijk worden welke klachten er zijn en moet de intake rondkomen. Om deze reden zal er verder gegaan worden met de inventarisatie van de klachten en problemen.

Daarnaast zullen de onbeantwoorde intake vragen gesteld worden. Als dit gebeurd is dan kan een diagnose gesteld worden en een behandelplan gemaakt.

Veel tijd is er nodig om kennis te maken en om aan elkaar te wennen. In deze fase moet een basis gelegd worden om samen te werken. In eerste instantie is het belangrijk om aan te sluiten bij de cliënte.

In veel gevallen is er weerstand en ambivalentie bij de cliënte om in therapie te gaan. Veel DIS cliënten bleken zeer afhoudend, afwachtend en wantrouwend: want wie was dat mens nu weer die zei dat ze wilde helpen? Dit is ook zo gegaan bij Anne pas na een half jaar had ik alle gegevens bij elkaar om de diagnose te kunnen stellen en daarmee een behandelplan. In dit halve jaar is veel tijd besteed aan kennis maken en veiligheid. Dat wil zeggen dat Anne mij op alle vlakken had uitgetest eer ze mij in vertrouwen nam. Daarna kreeg ik pas de nodige informatie. Voor haar en mijn andere cliënten met DIS al dan niet in combinatie met een

persoonlijkheidsstoornis waren duidelijke afspraken van groot belang. Want duidelijke afspraken helpen mee om een veilige plek te creëren.

Duidelijke afspraken maakte ik over:

- de beschikbaarheid van de therapeut.
- de frequentie en duur van de zittingen.
- de telefonische bereikbaarheid.
- wat te doen in crisis, tijdens en na kantooruren.

Belangrijk voorwerk is een lijst maken met daarop wat een cliënte kan doen, als er een crisis dreigt.

Hierop staan mogelijkheden om zich te oriënteren in het heden. Immers getraumatiseerde mensen kunnen last hebben van partiële en volledige herbelevingen. OvdH, Boon, Friedman e.a. (1992, pag. 16) schrijven hierover het volgende: "wat ook de vorm van de traumatische herbeleving is, zij houdt steeds in dat de patiënten een korte - variërend van een minuut tot enkele uren - reageren alsof zij zich opnieuw in de oorspronkelijke traumatische situatie bevinden. Door een stimuli in het hier en nu kan een gedissocieerde traumatische herinnering gereactiveerd worden". Stimuli kunnen gerelateerd zijn aan; tijd, gebeurtenissen in het dagelijks leven, gebeurtenissen tijdens zittingen,

de eigen gemoedstoestand van de cliënte, specifieke fysiologische toestanden, stimuli die herinneringen aan intimidaties oproepen, actuele trauma's. Zo kan het gebeuren dat iemand gedesoriëteerd raakt en als het ware weg schiet in het verleden. In een zogenaamde herbeleving raakt. Op een dergelijke lijst kunnen staan, elementen die het veilige heden beklemtonen en die de verschillen aan geeft van toen en nu. Het moet dan wel duidelijk zijn dat het misbruik niet doorgaat. Om een formule te construeren die de cliënt aanspreekt, is het verstandig de specifieke punten die de cliënte aan het veilige heden moet helpen herinneren, met de cliënt door te nemen en het resultaat op te schrijven. De lijst die Anne hielp om zich te oriënteren in het heden was:

- de huidige datum achterhalen met behulp van: krant, tv, radio, agenda of kalender,
- haar adres, waar woont ze nu. Wat ziet ze nu als ze uit haar raam kijkt. Waar woonde ze vroeger en wat was toen haar uitzicht,
- met wie woont ze daar nu en met wie woonde ze vroeger,
- hoe noemt iemand zich nu, hoe werd ze vroeger genoemd,
- haar kalender leeftijd,
- namen en telefoon nummers van haar vrienden en vriendinnen,
- de namen van haar kinderen,
- de namen van huisdieren,
- haar agenda gebruikte ze intensiever dan voorheen. Ze maakte globale dagprogramma's en kruiste af als ze iets gedaan had.

Hierbij is belangrijk dat ook beschreven wordt wat ze beter kon laten. Dat zijn dingen waardoor je meer grip op je zelf verliest. Zoals naar bepaalde muziek luisteren, verkeerde mensen opzoeken, alcohol gebruiken, (soft of hard)-drugs gebruiken of bepaalde medicijnen slikken.

Ondertussen ben ik alert op kenmerken die passen bij DIS;

- zijn er black outs,
- zijn er veranderingen in de persoon of uitstraling waarneembaar, zijn er "switchen" in het contact,
- is het contact consistent,
- zijn er lacunes in het recente geheugen of zijn er alleen lacunes over het verleden,
- is iemand blokken tijd kwijt.

Als er kenmerken zijn die passen bij een dissociatieve stoornis dan overweeg ik om een Dissociative Experience Scale, DES vragen lijst, of een Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders, SCID-D onderzoek te doen. Er moet dan voor mijn gevoel al iets van contact zijn wil ik deze onderzoeken voorstellen.

Cliënten met DIS kunnen van identiteit veranderen. Boon en Draijer, (1995) schrijven hier het volgende: "deze stoornis kan tot gevolg hebben dat de eigen identiteit tijdelijk vergeten wordt, er een nieuwe identiteit aangenomen wordt, er een gevoel van onwerkelijkheid of onechtheid ontstaat over zichzelf of over de omgeving of dat er geheugen verlies optreedt over belangrijke persoonlijke informatie of gebeurtenissen". Om deze reden kunnen er in een persoon verschillen zijn in wensen, gedrag, kleding, taal, intonatie ed. Als ik ze opmerk benoem ik ze.

Bij Anne ging dit als volgt: zij kwam bij mij en zei dat zij opgenomen wilde worden en dat zij moest werken. Ik confronteerde haar met de twee vragen die zij had en samen met haar probeerde ik uit te zoeken wat nodig was en waarom op dat moment en wat haalbaar was. Duidelijk werd dat zij zichzelf hartstikke gek vond en opgesloten moest worden. Iets wat ik niet zag. We bespraken hoe het moest met haar werk. Zij vond dat zij niet kon verzuimen van haar werk. Ik zei haar

dan dat ik 2 dingen hoorde namelijk dat ze gek was en opgenomen moest worden en dat ze niet van haar werk kon verzuimen. Hierop hebben we een plan gemaakt van dat ze acht uur per dag gaat werken in plaats van twaalf uur per dag. Met daarbij de afspraak dat ze die week elke dag 15 min langs komt om haar medicijnen op te halen en haar dagprogramma door te nemen. Dit bleek goed te werken het kwam tegemoet aan haar angst het niet meer te kunnen en gek te worden. Met dit plan kreeg ze voldoende steun om het te proberen. En beperkte ik haar grensoverschrijdende gedrag namelijk teveel te werken waardoor ze door vermoeidheid de grip op haar leven verloor.

Mijn houding hierbij is dat er verschillen kunnen zijn in een persoon en dat elk verschil haar eigen waarde heeft. We zullen moeten uitvinden op welke manier de verschillen bestaan. Zijn ze gedissocieerd van elkaar is er amnesie over of horen ze bij een persoon. Als er een verschil wordt waargenomen en de cliënte ervaart dit, als een kinddeel in haar, wil dit nog niet zeggen dat we te maken hebben met een cliënte met een dissociatieve stoornis. Het is dan bijvoorbeeld goed mogelijk dat het een cliënte met een borderline persoonlijkheidsstoornis betreft die een kinddeel in zichzelf ervaart en geen afgesplitste, gedissocieerde delen heeft. Wanneer er een andere stem is of een ander taalgebruik dan vraag ik hier naar.

Bij Anne gebeurde dit als volgt, na een weekend had zij toch weer te veel gedronken. Terwijl we er goede afspraken over hadden gemaakt. Het bleek dat zij weinig weet meer had van wat er gebeurd was.

Tijdens die zitting veranderde ze voor mijn gevoel in een veel jongere vrouw,

meisje die onsamenhangend sprak en angstig was.

Toen ik haar vroeg wat er nu gebeurde en mijn indruk met haar deelde kon zij daar niet een antwoord op geven.

Weken later bleek dat het een ander deel van de Anne betrof. Mijn vraag was toen positief op gepakt in de zin van dat ze het gevoel had dat ze er mocht zijn en niet afgewezen werd omdat er verschillen waren.

Iets wat veel DIS cliënten mee maken is dat andere mensen denken dat ze liegen, dat ze zich moet willig van de domme houden, arrogant zijn omdat ze je niet herkennen etc. Als ik niet zeker weet of er delen zijn dan probeer ik open vragen te stellen zodat cliënten als dat mogelijk is er meer informatie erover kunnen geven. Soms is iemand het niet van zichzelf gewaar en soms kan iemand duidelijk aangeven waar de verschillen mee te maken hebben.

Anne zei nee ik denk niet anders het is sterker, degene die dat denkt en er niet was dat ben ik niet. Of dat gaat buiten mij om, ik heb er geen grip op. Het heeft niet met willen of kunnen te maken het gebeurt soms gewoon zo.

In deze fase is het belangrijk om contact te leggen met de hulpverleners van de cliënte zoals huisarts, fysiotherapeut of soms een andere psychotherapeut om de lijn van behandeling af te spreken.

Anne was ook onder behandeling van een fysiotherapeut. Met haar kwam ik overeen om de aandacht te richten op het hier en nu en geen massages aan te bieden die meer de diepte in werken. Belangrijk hierbij vind ik dat er geen andere psychotherapie contacten zijn waarvan cliënte het niet wenselijk vindt dat ik daar contact mee heb. Als dat zo is dan vind ik het niet wenselijk de therapie voort te zetten omdat ik dan niet weet waar aan gewerkt wordt.

Wanneer cliënte een vertrouwd psychotherapeutisch contact elders heeft dat om een of andere reden beëindigd moet worden dan is het van groot belang om een goede samenwerkingsvorm te vinden om deze overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen. En niet te eisen dat dit contact direct verbroken wordt.

Ook het contact leggen met het thuis front als dat er is, is in deze fase belangrijk. Duidelijkheid en continuïteit luisteren zoals eerder gezegd zeer nauw. Het is dan ook erg belangrijk om je stipt aan de afspraken te houden. Hiermee en met behulp van vriendelijkheid, geduld en begrip is het mij gelukt een basis voor een werkrelatie te leggen in de behandeling van Anne. Het hoofddoel van een voorlopig behandelplan is naast steunen en structureren, gegevens verzamelen voor de intake om daarna een behandelplan te kunnen stellen. Hopelijk is er dan al iets van een basis gelegd om verder te werken

IV De diagnose

De dissociatieve stoornissen zijn in de DSM-IV opgenomen. Het basiskenmerk is een stoornis of verandering van de normale integratieve functies van identiteit, geheugen of bewustzijn (APA, 1994). Tot voorkort dacht men dat dissociatieve stoornissen zelden voorkwamen en was deze diagnose lange tijd omstreden. Boon en Draijer schreven het boek: screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen (1995). Om inzicht te krijgen in de validiteit van de diagnose DIS en om na te gaan of dissociatieve stoornissen op een betrouwbare en valide wijze zijn vast te stellen. Uit hun onderzoek blijkt dat de Dissociatieve Experiences Scale (DES) kort, goed gevalideerd en internationaal geaccepteerd is.

De Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative disorder (SCID-D) (Steinberg, 1985; 1990; 1993; 1994), blijkt betrouwbaar en valide, (pag.9, 1995). Met behulp van de DES-vragenlijst, is het mogelijk om de frequentie en ernst van dissociatieve symptomen bij een cliënt vast te stellen. Met deze vragenlijst is het mogelijk om cliënten met een dissociatieve stoornis te onderscheiden van cliënten die ogenschijnlijk aan deze stoornis lijden maar met wie in feite iets anders aan de hand is. Helaas is het niet altijd meteen mogelijk om een cliënt een vragenlijst af te nemen. Meestal kan dat pas als er iets van een werkrelatie is ontstaan. De diagnose kan dan niet gesteld worden als de intake rond is. Naast het feit dat het wenselijk is om verder onderzoek te doen, bijvoorbeeld door het afnemen van een DES-vragenlijst of een SCID-D, kan de diagnose niet in één of twee gesprekken gesteld worden. Boon en Draijer (pag. 75, 1995) zeggen hierover: de diagnose DIS kan men formeel niet tijdens een diagnostisch consult stellen, omdat de verschillende persoonlijkheidsdelen en de consistentie van het gedrag meestal pas in de loop van wat langere tijd geobserveerd kunnen worden. Als de diagnose DIS gesteld is en de diagnose met de cliënte besproken is dan verander ik mijn taalgebruik en spreek ik over "jullie". Daarbij sluit ik aan bij het taalgebruik van de cliënte. De meest gebruikte namen zijn; deelpersoonlijkheden, alters, de anderen, ego's of egostates, etc.

V. Het behandelplan

Het behandelplan is afhankelijk van de diagnose en de problemen waarmee de cliënte komt. In eerste instantie is het behandelplan gericht op stabilisatie en symptoomreductie. Duidelijkheid, continuïteit en vertrouwen zijn nodig voor de **basis**.

Anne klaagde wel en dat zij geen overzicht had over wat we gingen doen tijdens een zitting. Dit gold zowel voor de inhoud als voor de tijd. Anne kon verbaast zijn over dat de tijd al om was. Over de inhoud zei ze een keer dat ik allerlei onderwerpen ter sprake bracht terwijl zij iets anders had willen bespreken. Om dit te voorkomen maakte ik met haar een agenda voor de zitting.

Voor de duidelijkheid en vanwege de structuur van de zittingen. Het is goed om gebruik te maken van een vast patroon om een agenda maken voor de zitting met de volgende punten;

- naar aanleiding van de vorige keer,
- werkpunten inventariseren. Hieronder vallen de volgende items: de klachten en problemen, het dagelijks leven waaronder dag en nacht ritme, voeding en drinken, zelfzorg, douchen, sporten, huisarts bezoek, tandarts bezoek)
- als destructief gedrag bekend is, hier naar vragen,
- hoe ziet het netwerk eruit, contact met familie, vrienden en kennissen. In kaart brengen eventueel met cirkels. Belangrijk hierbij is;
 - het houden aan je afspraken,
 - vaste afspraken maken,
 - lang van tevoren vakanties aankondigen,
 - een 2^{de} therapeut inschakelen voor ziekte en vakantie ook al wil de cliënte er geen gebruik van maken. Er is dan in ieder geval een naam bekend.
- Als hulpverlener bied ik de cliënte hulpmiddelen aan om het contact tijdens vakanties niet helemaal kwijt te raken. Ik spreek bandjes in en/of maak kalenders waarop afgelezen kan worden wanneer ik weer terug ben. Het heeft overigens de voorkeur om de bandjes en kalenders tijdens de zitting gezamenlijk te maken.

In het werken met de cliënten overleg ik veel: vraag herhaaldelijk of ik iets mag vragen. Ik leg ook uit dat zij dan ja of nee mogen antwoorden.

Om de continuïteit van het dagelijks leven vast te houden bied ik ze de volgende mogelijkheden aan:

een agenda bijhouden. Hierin houdt cliënte bij wat er gedaan moet worden en of dit ook daadwerkelijk gebeurd is. Soms bleek het onmogelijk om dit te doen in een agenda. De agenda blijkt bijvoorbeeld van een ander deel te zijn of het deel dat in therapie komt heeft niet het vermogen om te schrijven of durft het niet. Achter deze redenen kwam ik pas veel later en ik ging er als volgt mee om; ik vroeg Anne naar de redenen waarom er niet in de agenda geschreven kon worden. In het begin kreeg ik daar geen duidelijke antwoord op. We zaten dan ook in het begin van de therapie waarin het nog niet duidelijk is wat er precies aan de hand is. Ik accepteerde dat dan en ging andere mogelijkheden na zoals: kan er wel op een los papiertje geschreven worden, kan er in een blanco schriftje geschreven worden, kan er met pen of potlood geschreven worden. Een potlood en een schrift bleken veelal tot de mogelijkheden te behoren. Zo ook bij Anne.

Ook vraag ik of cliënten zelf een kort verslag van de zitting te schrijven of om zelf tijdens een zitting aantekeningen maken. Voor een cliënte maak ik in de tijd van de zitting een verslagje met een carbonpapier zodat ik zelf de aantekeningen heb en zij weet wat ik in het dossier schrijf en wat ik door geef aan mijn collega die haar ook ziet. Zij kan zo de draad beter vasthouden. Na 2 jaren kan zij nu zelf een schriftje bijhouden waarin zij opschrijft wat ze doet. Dit schriftje lees ik tijdens de zitting en daar reageer ik dan ook

meteen op. Op deze manier kan ik veel informatie verkrijgen.

Op een gestructureerde manier een stukje levensgeschiedenis (levensbalk) laten noteren. Ik onderzoek met cliënte welk onderwerp veilig is. Bijvoorbeeld de school opleiding van een cliënte. Ik laat dan opschrijven, in volgorde wanneer ze welke opleiding hebben doorlopen en waar. Met Anne heb ik een overzicht gemaakt over waar ze waar en wanneer gewoond heeft.

Angst registratie. Laten aantekenen hoeveel angst er op een bepaald moment is. Veel van mijn DIS cliënten konden weliswaar vertellen dat zij veel medicijnen of alcohol gebruikt hadden. Maar de reden daarvoor wisten zij niet. Vaak bleek de reden angst te zijn geweest. Door ze op een balk van 0 tot 100 te laten registreren hoeveel angst er op een dag was werden ze zich pas bewust dat ze vaak erg angstig waren. Hierbij maken we afspraken over hoe met de angst om te gaan door bijvoorbeeld medicijnen in te nemen of ontspannings oefeningen te doen.

Anne kon periodes hebben dat zij veel alcohol gebruikte. De angst registratie liet zien dat ze voor ze begon met drinken erg angstig was. Voor deze angst kreeg zij tijdelijk oxazepam waardoor zij de angst niet meer weg hoefde te drinken.

Het erkennen van de verschillende delen en het aanleren van samenwerking tussen de verschillende delen.

Bij het erkennen van de verschillende delen en het aanleren van samenwerking tussen de verschillende delen kunnen de volgende methoden helpen:

- De delen erkennen en leren dat ze een deel zijn van een geheel.

- Met verschillen leren werken. Het ene deel is niet meer dan het andere deel.
- Rekening houden met leiders en daderdelen.
- Veilige plekken creëer.
- Ego-versterkende technieken.
- Cognitieve therapie, correctie van cognitieve denk fouten en zwart/wit denken.
- Bemiddelen tussen de delen.
- Ontwikkelen van protocol voor crisisinterventie.
- Vergaderingen voor de delen beleggen.

Als er delen zijn dan werk ik daar mee in de fase van stabilisatie en symptoom reductie. Soms is het mogelijk om van verschillende delen duidelijk te krijgen wat er aan de hand is. Bij automutilatie blijkt het vaak heel verhelderend om naar de redenen en/of aanleidingen van de automutilatie te vragen. Wanneer er niet door gevraagd wordt kan het gebeuren dat er andere redenen voor de automutilatie gemist wordt.

Een ander voorbeeld; Anne wil werken maar op de een of andere manier lukt het haar niet op haar werk te komen. Het blijkt dat een volwassen deel wil gaan werken maar door onduidelijke reden van binnen tegen gehouden wordt. Bij na vraag; komt er een kindeel naar voren die meldt dat er op het werk een enge man zit die haar zal pakken. Ik bespreek dit met de volwassen deel en inderdaad er is een man op het werk die onrust geeft. Zij weet niet precies waarom maar wel dat het kindeel daar bang voor is. We besluiten om het kindeel niet op het werk te laten zijn maar op een veilige plek binnen zodat zij kan werken en geen last heeft van plotselinge angst. Met het kind deel creëer ik een veilige plek binnen in waar ze kan zijn als er gewerkt moet worden.

Met de meeste van mijn cliënten zit ik in de fase van stabilisatie en symptoom reductie en werk ik met de genoemde punten. Voor veel van hen ziet het er niet naar uit dat we ooit aan de fase van trauma verwerking toekomen. Dit omdat trauma verwerking hen teveel uit hun verworven evenwicht zal halen. De cliënte zullen dan weer terug zijn bij af en weer op nieuw een evenwicht moeten zien te vinden in hen dagelijks leven. Wanneer er goed samen gewerkt kan worden en er grip is op het dagelijks leven dan kan er over gedacht worden, om over te gaan naar behandeling van het verwerken van traumata. Zodra ik hieraan denk dan schakelen ik zo spoedig mogelijk een 2^{de} hulpverlener in. Dit vanwege het feit dat trauma verwerken gespecialiseerd werk is, zwaar is, maar ook omdat een andere hulpverlener andere delen kan aanspreken.

Hierdoor kan er een completer beeld van delen ontstaan en komen meer mogelijkheden om het trauma te verwerken.

Discussie

Binnen de afdeling volwassenen zorg in de sociaal psychiatrie team waar ik werk, werden veel cliënten aangemeld die een lange voorgeschiedenis hebben. Bij een gedeelte daarvan is ondanks deze lange voorgeschiedenis de diagnose nog niet duidelijk. Niet zelden ontstaat over zo'n cliënte het idee dat daar niets meer mee mogelijk is. Toch is mij gebleken dat sommige van hen wel positief reageerden op mijn, hier beschreven manier van behandelen. Naast de beschreven manier van behandelen is de benadering, je houding als hulpverlener van belang. Een uitvoerige anamnese afnemen hoort bij een professionele manier van benadering. Ik stelde mij hierbij minder actief op.

Ik ben terughoudend met reflecteren en interpreteren. In plaats daarvan vraag ik actief naar wat de cliënte bedoelt. Ik neem geen dingen voor zoete koek aan als ik ze nog niet echt begreep. Het resultaat van deze benadering is dat ik na een tijd de cliënte beter leerde kennen en dat de cliënte het gevoel heeft serieus genomen te worden. Hierdoor ontstaat een zekere mate van veiligheid waarin wel vragen beantwoord konden worden en uiteindelijk een diagnose gesteld kan worden. Door eerst veel aandacht te hebben voor de cliënt en structuur te brengen in haar chaos wordt het vaak duidelijk of het gaat om een cliënte met een persoonlijkheids stoornis, een cliënte met een dissociatieve stoornis, of dat het een mengbeeld betreft. Opmerkelijk is dat wanneer de borderline persoonlijkheids stoornis behandeld wordt er ruimte en veiligheid komt om

de dissociatieve kant te laten zien als die er is. Dit verklaart misschien waarom sommige hulpverleners nog geen cliënte met DIS hebben gezien. De borderline symptomen stonden op de voorgrond en het was nog niet veilig genoeg om te laten zien dat er andere "delen" waren. Voor zowel de cliënte met een borderline persoonlijkheidsstoornis als de cliënte met een dissociatieve stoornis komt er door de behandeling meer rust in het leven. Waardoor er aan de kwaliteit van het leven van de cliënte gewerkt kan worden.

Hopelijk geeft dit stuk een aanzet om de behandeling aan cliënten die onbehandelbaar lijken, die lijden aan BPS en/of DIS te onderzoeken, en op te pakken. Met name hoop ik dat SPV-en zich hier in gaan ontwikkelen en dat er behandelingsmogelijkheden voor deze groep cliënten tot ontwikkeling komt.

Literatuur

American Psychiatric Association
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, #e-revised ed. Washington, DC: APA. (1987)

Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen
Suzette Boon & Nel Draijer
1995
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse

Trauma, dissociatie en hypnose
Redactie Onno van der Hart
1995
Swets & Zeitlinger B.V., Lisse

Tijdschrift voor Directieve Therapie
Jaargang 12, februari 1992
De reactivering van traumatische herinneringen
Onno van der Hart, Suzette Boon, Barbara Friedman & Vera Mierop
Jaargang 12, februari 1992 & Vera Mierop