ARQ Centrum'45

Dissociatie bij PTSS

Handvatten voor diagnostiek en behandeling

Marloes Eidhof & Elise van Wageningen

ARQ Centrum’45

"Peter is gediagnosticeerd met een PTSS en zijn behandelaar meldt dat hij last heeft van dissociatieve flashbacks, hij valt uit het contact zonder zich hier bewust van te zijn, en kan zich van stukken van de therapiesessies soms niet meer herinneren. Met andere woorden, hij heeft last van dissociatieve symptomen. Hoe kan Peter het beste gediagnosticeerd en behandeld worden?"

Het kan voorkomen dat u als behandelaar geconfronteerd wordt met een patiënt die naast post-traumatische stressstoornis (PTSS) symptomen, last heeft van amnestische symptomen, uit het contact valt, of stapt, en niet optimaal lijkt te reageren op de therapie. Soms kunnen dissociatieve symptomen een behandeling compliceren. In dat geval, zoals ook mogelijk het geval is bij bovenstaand vignet, gaat het dan om klachten die begrepen kunnen worden als dissociatieve klachten. Deze kunnen op zichzelf staan als een dissociatieve stoornis, maar kunnen ook voorkomen in het kader van PTSS.

Accurate diagnostiek en een effectieve behandeling van de klachten kunnen dan om een aangepaste aanpak vragen. Door middel van deze handleiding willen we informatie verschaffen over de verschillende soorten dissociatieve symptomen die bij PTSS voor kunnen komen, en handvatten bieden voor de diagnostiek, en behandeling ervan.

Introductie

In 2013 is een grondig herziene versie van de DSM gepresenteerd; de DSM-5, waarin PTSS niet langer te vinden is onder het hoofdstuk angststoornissen, maar geconceptualiseerd wordt als een stress-gerelateerde stoornis. Daarnaast is de criteria indeling aangepast, zijn er symptomen aan de diagnose toegevoegd, en er kan naast de PTSS diagnose sprake zijn van een subtype, namelijk het dissociatieve subtype. Dit subtype wordt gekenmerkt door symptomen van psychotrauma gerelateerde depersonalisatie en derealisatie. Gebleken is namelijk dat binnen de populatie van patiënten met een PTSS ongeveer 15% last heeft van dissociatieve symptomen en zich onderscheid door; een andere biologische opmaak, andere psychofysiologische reacties op psychotrauma gerelateerde prikkels, verhoogde AS I en AS II co-morbiditeit, en een andere behandelaanpak lijkt te vereisten voor optimale respons. Omdat de klachten en diagnostiek behorend bij dit subtype voor clinici werkend met PTSS-patiënten mogelijk relatief onbekend zijn, en niet alle dissociatieve symptomen tot het subtype behoren, is dit subtype niet eenvoudig te herkennen.
Kortom, het is van belang om deze groep te herkennen, maar hoe? Hoe kunnen we vaststellen of er sprake is van het subtype, één van de dissociatieve stoornissen, of een patiënt met PTSS en dissociatieve symptomen? En als we dit weten, hoe dan verder?
We hopen dat dit document ondersteuning biedt in het kunnen herkennen en diagnosticeren van dissociatieve symptomen bij PTSS en dat het clinici beter in staat stelt om over hetzelfde te praten wanneer het om dissociatieve symptomen gaat.
De handleiding zal beginnen met een beschrijving van dissociatie en hoe dit zich op verschillende manieren kan manifesteren. Daarna zal een weergave worden gegeven van de beschikbare diagnoses in de DSM-5, en geven we tevens ter ondersteuning van de diagnostiek en behandeling, uitleg over de mogelijke diagnostische instrumenten. Tot slot zullen we bespreken wat er momenteel bekend is over de best passende behandelingen en technieken.

Wat verstaan we binnen de GGZ onder dissociatie?

De verschillende manifestaties van dissociatie

Bij het diagnosticeren van 'dissociatie' bedoelt de ene behandelaar dat de patiënt af en toe wegvalt; een ander bedoelt dat de patiënt flashbacks heeft, uitvalsverschijnselen heeft, afdwaalt of emotioneel verdoofd is. Wat valt allemaal onder dissociatie?

Dissociatie kan worden gedefinieerd als een verstoring of discontinuïteit van de normaal geïntegreerde functies zoals het bewustzijn, het geheugen, de emotie, de bewegingscontrole, de lichaamsbeleving, de identiteit, de proprioceptie (het waarnemen van de positie van het eigen lichaam en lichaamsdelen) en/of de sensorische perceptie. Met andere woorden, dissociatie kan zich op vrijwel alle psychologische functies manifesteren.

Dit kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat iemand het gevoel heeft dat hij/zij het eigen gedrag of bewegingen niet meer kan controleren ("ik zag mijn lichaam een hand uitsteken, zonder het gevoel daar zelf controle over te hebben"); geen emoties kan ervaren ("ik wist dat ik heel boos of bang had moeten worden, maar ik voelde niks"); het lichaam anders waarneemt: ("ik heb het gevoel dat het gedeelte onder mijn buik niet van mij is"); of ineens wegvalt zonder zich hiervan bewust te zijn ("Was ik weg? Ik heb geen idee wat er gebeurde, ik kan me niets meer herinneren.")

Dissociatieve ervaringen kunnen ook gepaard gaan met verschillende niveaus van realiteitsverlies. Iemand kan het gevoel hebben dat de handen groter of kleiner worden, maar nog steeds een gesprek kunnen voeren en zich bewust zijn van de omgeving; iemand kan ook op de grond vallen en kortstondig niet meer aanspreekbaar zijn. Voorheen werden al deze verschillende manifestaties onder één noemer geschaard en gemeten als één construct. (van subklinische vormen als dagdromen tot ernstige vormen als identiteitsverwarring) terwijl het wel degelijk uitmaakt of iemand dagdroomt of last heeft van identiteitsverwarring. We spreken nu liever over verschillende dissociatieve fenomenen of manifestaties.

Het niet differentiëren van de verschillende manifestaties bemoeilijkt de diagnostiek, indicatiestelling en verder onderzoek naar de etiologie en onderliggende mechanismen. Dit heeft tot gevolg dat behandelingen niet geoptimaliseerd kunnen worden. Steeds meer experts op het gebied van dissociatie raden aan om dissociatie te ontrafelen en te benaderen vanuit de verschillende symptomen en functiedomeinen (Spiegel, Lewis-Fernández, Lanius, Vermetten, Simeon, & Friedman. 2013). Het ene individu kan namelijk last hebben van overwegend klachten binnen het domein geheugen (symptomen van amnesie), waar een ander individu last kan hebben van verstoringen in de lichaamsbeleving (zoals het eigen lichaam van een afstand zien), emotionele disregulatie (emotionele verdoving) of veranderde perceptie van tijd (tijdsdistorsie).

Uitgesloten moet worden dat deze dissociatieve fenomenen van medische aard zijn, of veroorzaakt worden door medicatie of alcohol. Dit document richt zich alleen op de klinische vormen van dissociatie die ontstaan zijn na traumatische gebeurtenissen.

Dissociatie als reactie op psychotrauma en stress

Tijdens of vlak na een traumatische gebeurtenis, waaruit ontsnappen niet mogelijk is, kunnen dissociatieve ervaringen optreden als reactie op de 'te' grote hoeveelheid stress. Het systeem lijkt los te koppelen van het teveel aan emotionele en/of lichamelijke pijn en daarmee van de realiteit. In die zin is dissociatie een zegen, omdat het een manier is om niet te voelen tijdens het trauma, er niet te zijn, en uit het contact te stappen. Geregeld wordt verteld dat iemand zich onzichtbaar maakte, of zichzelf projecteerde op een wolk, om op die manier niet aanwezig te zijn bij een traumatische ervaring. Bij het merendeel van de individuen verdwijnen de initiële dissociatieve reacties, die gezien kunnen worden als een overlevingsmechanisme, direct of in de weken die volgen. Bij een deel echter, blijven deze dissociatieve reacties in stand en worden elementen van de traumablootstelling niet geïntegreerd, en draagt dit bij aan de pathogenese van het dissociatieve van een latere PTSS (Carlson, Dalenberg & McDade-Montez, 2012). Alle soorten trauma's kunnen hiervoor de aanleiding zijn (Stein et al., 2013), waarbij vroegkinderlijke, interpersoonlijke traumatisering het meest voorkomend is (Blevins, Weathers, & Witte, 2014; Stein et al., 2013; Steuwe, Lanius, & Frewen, 2012; Wolf, Lunney, Miller, Resick, Friedman, & Schnurr, 2012). Deze terugkerende dissociatieve reacties worden vervolgens opgeroepen door triggers die stress oproepen. Deze triggers kunnen gezien worden als geconditioneerde stimuli die soms specifiek zijn, maar soms ook meer gegeneraliseerd zijn en een geconditioneerde respons laten zien. Ze kunnen met het psychotrauma te maken hebben (zoals cognitieve herinneringen aan het psychotrauma of het visueel zien van iemand die op de verkrachter lijkt), maar een individu kan in de loop der tijd ook automatisch met dissociatieve reacties reageren op situaties die stress oproepen ("ik viel ineens weg toen ik boodschappen voor de visite haalde, maar ik weet niet waarom"). De gedachte aan visite kan stress hebben opgeroepen met een gegeneraliseerde en automatische dissociatieve reactie tot gevolg.

Soms zijn er zogenaamde dissociatieve prodromen, waarbij iemand een dissociatieve ervaring voelt opkomen ("ik merk dan dat mijn buik begint te borrelen of ik heb het gevoel alsof de kamer begint te veranderen") of bewust inzetten ("als het me teveel wordt kan ik mezelf onttrekken aan de realiteit en voel ik even niks meer") maar triggers kunnen ook onbewust een stressreactie in het brein teweeg brengen, zoals bij de gedachte aan visite in voorgaand voorbeeld.

Het beloop van spanning bij een dissociatieve reactie

Zoals zojuist benoemd, is dissociatie een reactie op stress. Voorafgaand, tijdens, en na een dissociatieve ervaring kan zich van alles in het lichaam afspelen waar een patiënt geen controle over heeft (zoals het krijgen van een warm gevoel, koud gevoel, verhoogde hartslag, misselijkheid etc.). Om deze ervaringen te kunnen begrijpen en om de dissociatie 'onder controle' te kunnen krijgen, kan het voor zowel de patiënt als therapeut helpen om enig inzicht te krijgen in wat er gebeurt en hoe dit beloop van spanning samenhangt met de dissociatie (het verlies van controle, perceptie, gevoel, geheugen en bewustzijn etc.). Dit beloop zal worden uitgelegd aan de hand van de 'Window of Tolerance' en de 'Defence Cascade' (Schauer & Elbert, 2010).

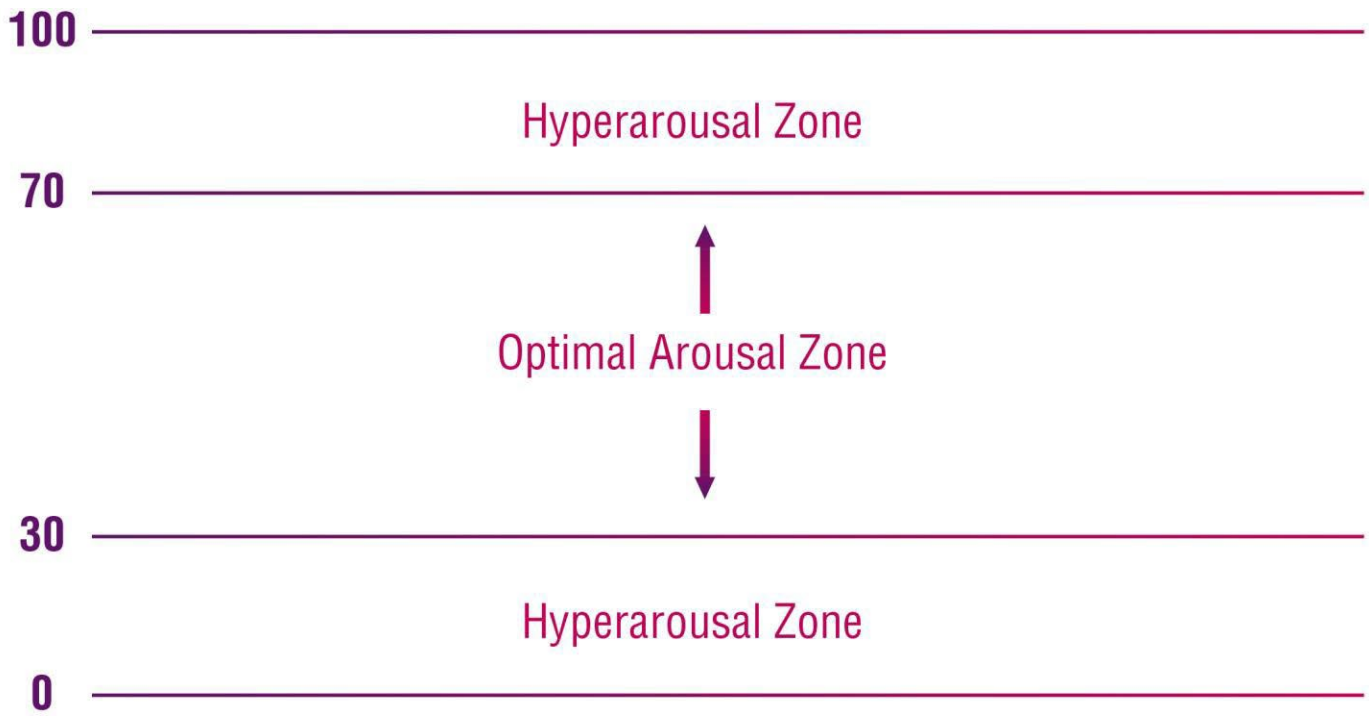
Om normaal te kunnen functioneren en informatie te kunnen verwerken heeft iedereen een gezonde mate van spanning (ook wel arousal) nodig. In de psychologie wordt deze benodigde mate van spanning uitgedrukt in de

Window of Tolerance: een spanningsniveau tussen 30 en 70 procent op een schaal van 0 tot 100 (zie figuur 1). Bij een spanning van 0 is er geen of minimale cognitieve en emotionele activiteit, en bij een spanningsniveau van 100 giert er extreme spanning door het lijf. Hoe meer iemand zich boven de 70 of onder de 30 bevindt, des te moeilijker wordt het om de spanning te reguleren en om alle informatie nog accuraat te kunnen verwerken. Dit spanningsniveau wordt gestuurd door de activatie van het sympathische en parasympatische zenuwstelsel. *Wanneer stijgt en daalt deze spanning? En hoe leidt een interactie tussen beide zenuwstelsels tot dissociatie?* De Defense Cascade theorie van Schauer en Elbert (2010) gaat er vanuit dat wanneer een individu levensbedreiging ervaart, een reeks van zes mogelijke reacties 'Freeze – Flight –Fight –Fright –Flag –Faint' tot stand komt als functie van verdediging tegen deze levensbedreiging. Deze reacties zouden evolutionair geprogrammeerd zijn en een functie hebben in tijden van gevaar. Deze cascade wordt samen met de traumatische gebeurtenis in het geheugen opgeslagen en kan zich keer op keer herhalen zodra het angstnetwerk geactiveerd wordt. De eerste reactie, de **Freeze** (bevriezing) reactie, wordt ook wel de 'stop-kijk-luister- reactie genoemd, en is het moment waarop het individu zich oriënteert op mogelijk gevaar. Het lichaam zorgt ervoor dat de zintuigen optimaal gebruikt kunnen worden om de omgeving waar te nemen. Als er daadwerkelijk gevaar lijkt te zijn, volgen de **Flight** (vlucht) en **Fight** (vecht) reacties, en wordt het sympathische zenuwstelsel geactiveerd om het lichaam klaar te maken om te vluchten of vechten. Het bloed wordt naar de spieren gepompt, de hartslag stijgt, de huid wordt kouder, en de haren op de huid gaan overeind staan. Ook de ademhaling neemt toe, de spieren worden aangespannen, en pijn wordt minder goed voelbaar. Het lichaam raakt in extreme mate van spanning/arousal. Als het lichaam extreem gespannen is en zich in optimale paraatheid bevindt om te vluchten of te vechten, maar toch niet kan ontsnappen uit de levensbedreigende situatie, vindt er een kantelpunt plaats. Het is alsof het lichaam 'realiseert' dat vechten of vluchten niet meer functioneel is. Dit is het moment waarop het parasympatische zenuwstelsel actief begint te worden. Het parasympatische zenuwstelsel laat de bloeddruk en hartslag dalen, en zorgt voor een verplaatsing van de bloeddruk naar andere organen. Deze duale activatie uit zich in de '**Fright**' (vrees) reactie, ook wel tonic immobility genoemd. De spieren staan op spanning, en het individu kan nauwelijks bewegen; alsof het individu bevroren is. Tijdens deze fase is het individu uiterst gespannen, angstig en alert, maar niet in staat om te reageren (zowel lichamelijk als vocaal) en pijn wordt minder of niet voelbaar.

Vanuit een evolutionair perspectief is deze lichamelijke reactie functioneel in levensbedreigende situaties waaruit ontsnappen niet mogelijk is. Een organisme dat dood is of dood lijkt, zou minder gevaar lopen om door een roofdier opgegeten te worden. Verschillende dieren gebruiken deze 'doodhouding' als beschermingsmechanisme. In stadium vijf, de '**Flag**' (verslapping) reactie, ook wel het moment van dissociatie, neemt de sympathische activatie en arousal af. Er vindt een plotselinge daling in de systolische bloeddruk en hartslag plaats en het individu verliest gedeeltelijk controle over het bewegingsapparaat en de bewuste zintuigelijke waarneming en informatieverwerking. Deze reactie kan doorslaan naar stadium zes, de '**Faint**' reactie, waarbij een individu het volledige bewustzijn verliest. Zowel van stadium vijf als zes zijn de evolutionaire functies nog aan discussie onderhevig. Een gedachte die momenteel heerst is dat de reacties beïnvloed worden door walging, en het individu beschermd tegen contaminatie en inname van schadelijke stoffen, zoals vergif en ziekteverwekkende bacteriën.

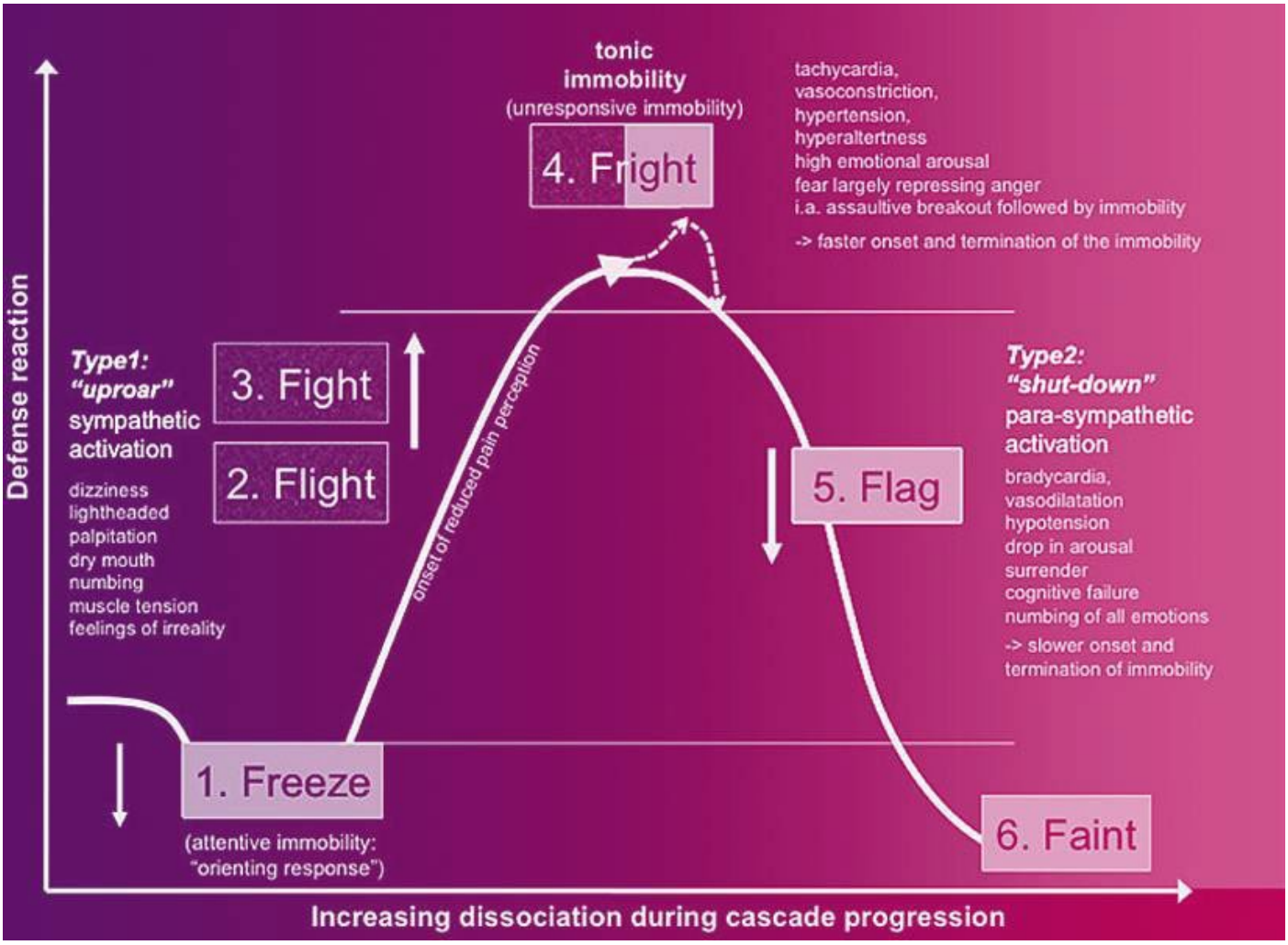
De cascade hoeft zich niet in zijn geheel af te spelen. Volgens Schauer en Elbert is de reactie die zich tijdens het psychotrauma heeft afgespeeld, van invloed op de fysiologische reactie als reactie op trauma gerelateerde triggers. Een individu die tijdens het psychotrauma in staat was om te vluchten of te vechten, en waarbij met name het sympathische zenuwstelsel actief was, zal op waarschijnlijk met een hyperarousal reactie reageren op een psychotrauma gerelateerde trigger. Bij een individu die tijdens het psychotrauma alle stadia heeft doorlopen, kan de gehele cascade opnieuw geactiveerd worden.

In het laatste geval kan de dissociatie ook uit blijven. Ten tijde van een trigger is de persoon immers in een andere (meestal veiligere) situatie, waardoor de arousal mogelijk niet zo ver stijgt om het kantelpunt naar dissociatie te raken. Zie voor meer informatie over de psychofysiologie van dissociatie het artikel van Schauer en Elbert (2010). Als we deze cascade vertalen naar de Window of Tolerance komt het erop neer dat bij mensen met dissociatieve klachten, de spanning eerst stijgt en vervolgens binnen enkele seconden kan kelderen naar een punt onder de 30%. Over het algemeen worden dissociatieve ervaringen dan ook geassocieerd met hypoarousal (zoals emotionele verdoving, depersonalisatie en derealisatie, verlies van controle over de bewegingsfuncties etc). Echter, er zijn ook vormen van dissociatie waarbij er geen sprake is van hypo arousal, maar van hyper arousal. Een voorbeeld hiervan is de dissociatieve flashback. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of deze andere vormen van dissociatie, met verschil in psychofysiologische reacties tot eenzelfde construct behoren, en wel of niet dezelfde onderliggende mechanismen hebben.



Figuur 1. Window of tolerance

Afkomstig uit Ogden, Minton, & Pain, 2006, p. 27, 32



Figuur 2. Schematische illustratie van de Defense Cascade bestaande uit een reeks van zes beschermingsreacties voor gevaar. De pijl omhoog symboliseert de sympathische activatie of arousal (witte gebied). Deze arousal bereikt een maximum en wordt gevolgd door een dissociatieve ''shut down'' (grijze gebied) (Afkomstig uit Schauer and Elbert, 2010)

De diagnostiek van PTSS en dissociatie volgens de DSM-5

Verschillende dissociatieve symptomen zijn in de DSM-5 als volgt ingedeeld (American Psychiatric Association:

PTSS

Om aan de diagnose van PTSS te voldoen moet men klinisch significante klachten rapporteren op de vijf verschillende clusters zoals beschreven in tabel 1. Deze clusters beslaan meerdere symptomen en het is interessant om te zien, dat bij de kerncriteria B en D al twee symptomen van dissociatie zijn ondergebracht, namelijk: flashbacks en amnesie voor de traumatische gebeurtenis.

Het dissociatieve subtype van PTSS

Wanneer iemand bovenop de diagnose van PTSS tevens last heeft van twee andere dissociatieve symptomen, namelijk depersonalisatie en derealisatie, kan de diagnose voor het dissociatieve subtype gesteld worden. *Depersonalisatie* wordt hier gedefinieerd als een persisterende of recidiverende verstoring in de ervaring van het zelf, waarbij de betrokkene gevoelens ervaart van vervreemding van de eigen psychische processen of het eigen

lichaam. De betrokkene kan bijvoorbeeld het gevoel hebben zich in een droom te bevinden, het gevoel hebben alsof het zelf of het lichaam onwerkelijk is, of het gevoel hebben iemand anders in de spiegel te zien dan zichzelf. *Derealisatie* wordt beschreven als een verstoring in de ervaring van zichzelf in relatie tot de omgeving. Men kan persisterende of recidiverende gevoelens ervaren waarbij de omgeving niet echt lijkt te zijn. De wereld rondom de betrokkene wordt bijvoorbeeld ervaren als een film, veraf, vervormd, vanuit een glazen bol of van achter een waas. Het is belangrijk om te realiseren dat depersonalisatie en derealisatie slechts twee vormen van dissociatie zijn. Dit betekent dat ook wanneer iemand niet tot het dissociatieve subtype behoort (zich niet herkent in symptomen van depersonalisatie en derealisatie) er wel degelijk sprake kan zijn van dissociatieve symptomen (denk aan amnesie, emotionele verdoofdheid, wegvallen).

PTSS

A. Blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld.

B. Intrusieve symptomen

-Flashbacks

C. Persisterende vermijding van psychotrauma gerelateerde prikkels

D. Negatieve veranderingen in cognities en stemming

-Amnesie voor de gebeurtenis

E. Duidelijke veranderingen in arousal en reactiviteit

Dissociatieve subtype van PTSS*: Specificeer of:*

Met dissociatieve symptomen; de symptomen van de betrokkene voldoen aan de criteria van de posttraumatische stress stoornis en bovendien ervaart de betrokkene als reactie op de stressor persisterende of recidiverende symptomen van een van de volgende typen:

- Depersonalisatie- Derealisatie

Dissociatieve stoornissen

Het gros van de dissociatieve symptomen is bij de DSM-5 ondergebracht in het hoofdstuk Dissociatieve stoornissen, bestaande uit onderstaande diagnoses:

Dissociatieve identiteitsstoornis

Gekenmerkt door 1) de aanwezigheid van twee persoonlijkheidstoestanden of het ervaren van bezetenheid, en 2) terugkerende episodes van amnesie voor dagelijkse gebeurtenissen, persoonlijke informatie en/of voor traumatische gebeurtenissen

Depersonalisatie/derealisatie stoornis

Gekenmerkt door symptomen van depersonalisatie, derealisatie of beide. Het ervaren van deze symptomen wordt afgewisseld met intacte realiteitstoetsing.

Dissociatieve amnesie

Gekenmerkt door het onvermogen om autobiografische herinneringen op te roepen dat inconsistent is met normale vergeetachtigheid. De amnesie kan gelokaliseerd zijn (zoals een gebeurtenis), selectief (een specifiek aspect van de gebeurtenis) of gegeneraliseerd (zoals voor de identiteit of levensgeschiedenis). Hoewel sommige individuen beseffen dat ze tijd kwijt zijn, hebben de meesten amnesie voor de amnesie, wat wil zeggen dat ze zich niet bewust zijn van de gaten in hun autobiografische geheugen. In zeldzame gevallen lijkt er ook sprake te zijn van een dissociatieve fugue.

Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis

Hiertoe behoren een aantal specifieke presentaties van dissociatieve symptomen die niet aan de volledige bovenstaande diagnoses voldoen maar wel significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op belangrijke levensgebieden veroorzaken. In de DSM worden hiervan de volgende voorbeelden gegeven:

-Chronisch en terugkerend syndroom van gemengde dissociatieve symptomen die in de buurt komen van een dissociatieve identiteitsstoornis, maar niet aan de diagnose voldoen.

-Identiteitsverwarring door langdurige en intense gedwongen gedachte-beïnvloeding.

-Acute dissociatieve reacties op traumatische gebeurtenissen

-Dissociatieve trance

Ongespecificeerde dissociatieve stoornis

Hiertoe behoren presentaties van dissociatieve symptomen die aan geen van bovenstaande diagnoses voldoen maar wel significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op belangrijke levensgebieden veroorzaken. Voor alle diagnoses geldt dat er sprake moet zijn van significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op belangrijke levensgebieden.

Zorgvuldig meten en vaststellen van dissociatieve symptomen

Accurate diagnostiek is om meerdere redenen van belang. Diverse psychometrische en cross-culturele onderzoeken hebben aangetoond dat 15 tot 25% van de mensen met een diagnose van PTSS tot het subtype behoren (Stein et al., 2013). Deze groep zou zich onderscheiden door andere hersenactivatie patronen ten tijde van exposure, meer AS-I en As-II co-morbiditeit, suïcidaliteit, mogelijk een andere behandelrespons en een geschiedenis van misbruik en verwaarlozing. Voor een overzicht van deze bevindingen, zie artikelen van Lanius et al., (2010); en Wolf et al., (2013). Om een diagnose van PTSS, het subtype, of een dissociatieve stoornis te kunnen stellen wordt een aantal klinische instrumenten aangeraden. De Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-5; Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane, 2013) is de gouden standaard voor het stellen van een PTSS diagnose. De CAPS-5 tracht tevens om de aanwezigheid van depersonalisatie en derealisatie vast te stellen. Een beperking die clinici vaker uiten is echter dat er maar twee items worden gebruikt om toch twee behoorlijk ingewikkelde constructen te meten. Depersonalisatie en derealisatie kunnen zich op meerdere manieren uiten, wat ervoor zorgt dat niet iedere patiënt met depersonalisatie of derealisatie zich in de items van de CAPS-5 herkent. Om inzicht te krijgen in de aanwezigheid,

omvang en ernst van het dissociatieve subtype, wordt deel 1 van de Dissociative Subtype in PTSD-Inventory (DSP-I; Eidhof, Ter Heide, Zaba, Schmidt, Lanius, Brand, Loewenstein, Spiegel & Vermetten, 2016) aangeraden. Dit is een kort gestructureerd interview, gebaseerd op de DSM-5, en ontwikkeld door een internationaal expert team op het gebied van PTSS en dissociatie. De DSP-I (deel 1) is bedoeld om aansluitend aan de CAPS afgenomen te worden en neemt ongeveer 15 minuten in beslag. Het validatieproces van de DSP-I loopt momenteel nog.

Bij patiënten met PTSS worden, naast depersonalisatie en derealisatie, geregeld andere en meer subtiele of gedifferentieerde vormen van dissociatie gerapporteerd, zoals dissociatie op het gebied van emotie, geheugen, identiteit of veranderingen in de waarneming. Als er geen sprake lijkt te zijn van het subtype kan er wel degelijk sprake zijn van klinische significante dissociatieve symptomen. Er kan ook sprake zijn van een dissociatieve stoornis. Hiertoe is een tweede deel van de DSPI ontworpen, dit deel is een screeningslijst om op de aanwezigheid van andere dissociatieve symptomen en stoornissen te screenen.

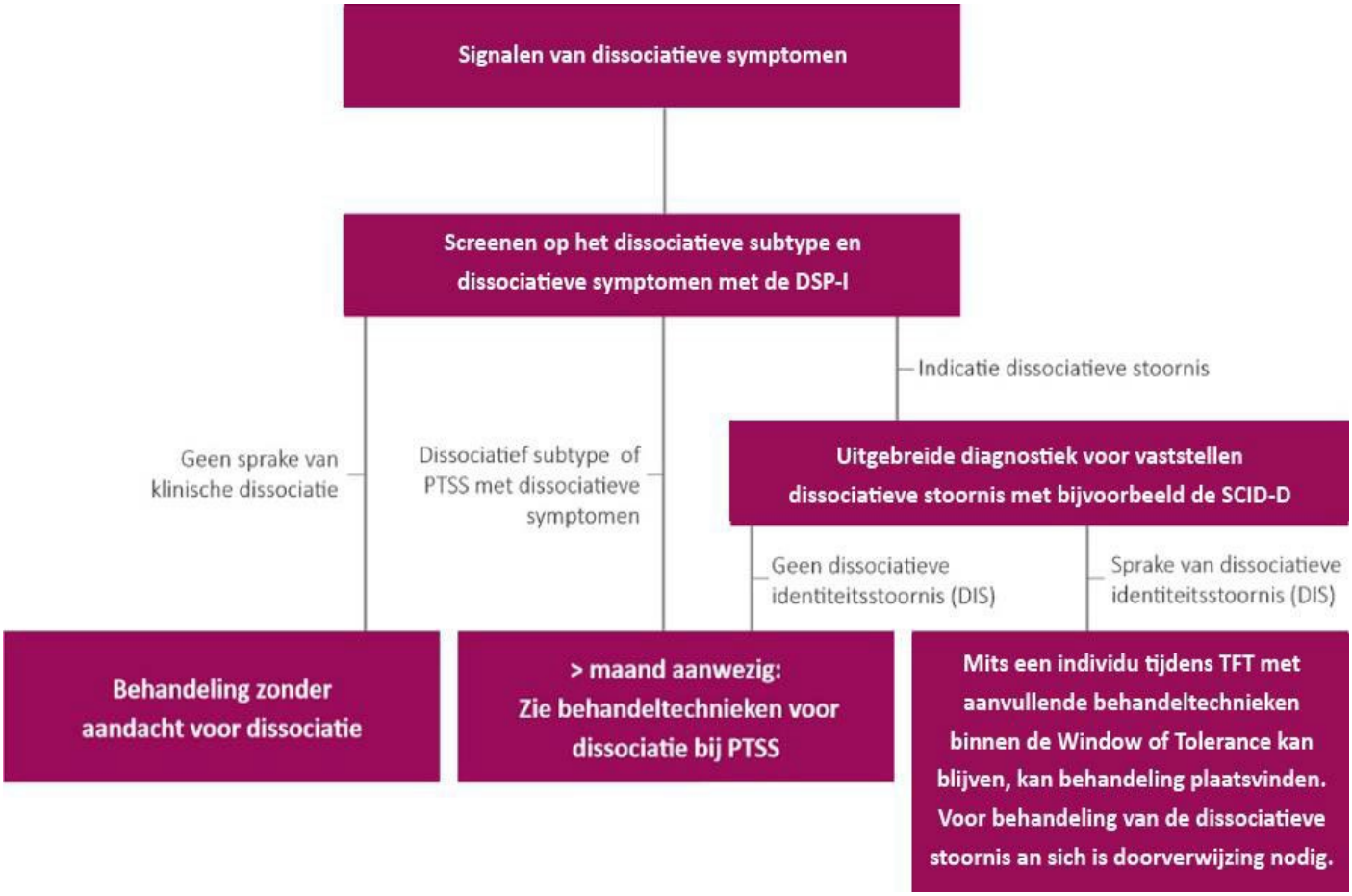
Indien er naar aanleiding van een hoge score op deel 2 van de DSP-I mogelijk sprake is van een dissociatieve stoornis, is het aan te bevelen het Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) te gebruiken. De SCID-D is een sinds 1985 door Marlene Steinberg en anderen ontwikkeld, semigestructureerd, klinisch-diagnostisch interview met 276 items voor het classificeren van dissociatieve stoornissen op basis van DSM-IV-criteria en worden in Nederland veel gebruikt (Boon & Draijer, 1995). De SCID-D is echter bestemd voor klinisch geschoolde interviewers. Het afnemen van de SCID-D vergt gedegen kennis van dissociatieve stoornissen en een gedegen training om de proporties vals-positieven en vals-negatieven zo klein mogelijk te houden. Afname van de SCID-D ongeveer 45 tot 90 minuten in beslag.

Naast de classificatie van de dissociatieve stoornissen kan met behulp van de SCID-D ook de aanwezigheid en de ernst worden vastgesteld van vijf kernsymptomen: amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteitsverwarring en identiteitsfragmentering. Mede op basis van de duur en de frequentie wordt de ernst van de individuele symptomen systematisch beoordeeld als ‘afwezig’, ‘licht’, ‘matig’ of ‘ernstig’. De Nederlandse versie van de SCID-D blijkt een betrouwbaar en valide instrument te zijn (Boon & Draijer, 1995). Tot op heden is er volgens onze informatie nog geen versie voor de DSM-5 beschikbaar.

<u>Behandelen of doorverwijzen</u>

Dissociatie is geen contra-indicatie voor een PTSS behandeling! Wel vergen bepaalde dissociatieve stoornissen specifieke kennis en ervaring en kunnen ze interfereren met een op exposure gerichte psychotherapeutische interventie. .

Om te beslissen of de patiënt binnen Centrum ’45 behandeld kan worden, wordt de volgende beslisboom aangeraden.



Behandeling van PTSS met dissociatieve symptomen

Tot op heden is de behandeling van het dissociatieve subtype nog maar weinig onderzocht. Wel zijn er enkele studies bekend naar de behandeling van PTSS met dissociatieve klachten. In deze studies werden echter ook patiënten met een dissociatieve stoornis geïncludeerd, en om dissociatie te meten zijn verschillende concepten en instrumenten gebruikt. Dit maakt dat het momenteel nog lastig is om uitspraken te doen over welke specifieke behandeling het meest effectief is bij mensen met het dissociatieve subtype en/of bij andere vormen van dissociatie bij PTSS. Gesuggereerd wordt dat patiënten met PTSS en ernstige dissociatieve klachten mogelijk minder kunnen profiteren van traumagerichte therapie dan mensen zonder dissociatieve klachten. Dit is gebaseerd op studies die aantoonden dat aanwezigheid van dissociatie een langere behandelduur en slechter behandelresultaat voorspelde (Spitzer, Barnow, Freyberger, & Joergen Grabe, 2010; Cloitre, Petkova, & Wang, 2012; Resick, Suvak, Johnides, Mitchell, & Iverson, 2012). Er zijn enkele verklaringen voor te geven. Een verklaring is dat een individu zich ten tijde van de dissociatie beneden de ondergrens van de Window of Tolerance zou bevinden, zoals in het geval van emotionele verdoving, depersonalisatie, derealisatie of wegvallen. Het emotionele netwerk zou hierdoor niet voldoende geactiveerd worden om traumatische herinneringen te kunnen bewerken. Bij flashbacks of reenactment (hyperarousal) zou het individu zich juist boven de bovengrens van de Window of Tolerance bevinden. Overbelasting van het emotionele netwerk zou hier de informatieverwerking in de weg staan.

Een andere verklaring is dat een verstoring van de informatiestromen interfereert met de reconsolidatie van traumatische herinneringen en de bijbehorende cognities en emoties. Een belangrijk doel van traumatherapie is

namelijk om de intrusieve herinneringen van een andere betekenis of interpretatie te voorzien door reeds opgeslagen herinneringen met nieuwe informatie te integreren. Deze integratie van nieuwe informatie (gedachten, emoties of lichamelijke sensaties van het hier en nu) zou vervolgens bemoeilijkt worden wanneer op deze interne processen een terugkerende verstoring optreedt. Verschillende auteurs suggereren dat patiënten met PTSS en dissociatie mogelijk een andere behandeling behoeven dan wanneer er geen sprake is van dissociatie (Cloitre et al., 2012; Resick et al., 2012).

Er bestaan echter ook onderzoeken waaruit geconcludeerd wordt dat patiënten met PTSS en dissociatie evenveel baat zouden hebben bij exposure therapie dan patiënten met PTSS zonder dissociatie (Hagenaars, van Minnen, & Hooguit, 2010; Wolf, Lunney, & Schnur, 2016). Uit de studies van Hagenaars en Wolf kwam namelijk naar voren dat PTSS-klachten gedurende een traumagerichte behandeling afnamen, zonder dat er rekening gehouden werd met de aanwezigheid van dissociatieve symptomen Hagenaars concludeerde dat de aanwezigheid van dissociatie niet voorspellen zou zijn voor therapie respons.

Bovenstaande onderzoeksresultaten hoeven elkaar niet uit te sluiten; het lijkt erop dat trauma gerichte therapie wel degelijk tot vermindering van PTSS klachten kan leiden als er sprake is van co-morbide dissociatie, maar dat de effectiviteit en snelheid afhangt van de mate waarin de patiënt in het hier en nu kan blijven en in staat is om emoties te voelen en de nieuwe informatie te integreren. Recent onderzoek van Kleindienst en collega's (2016) laat zien dat het juist gaat om de *'state dissociation'* in plaats van de *'trait dissociation'* die voorspelt of een trauma behandeling wel of niet kan slagen. Ofwel, als iemand *tijdens* de behandeling dissocieert, lijkt het de behandeleffectiviteit in de weg te zitten. Dit betekent dat als een patiënt af en toe last heeft van dissociatieve klachten (thuis of op straat), dit geen invloed op de behandeling hoeft te hebben. Echter, als een patiënt de dissociatieve klachten tijdens de trauma therapie ervaart, dan zou dit de effectiviteit in de weg kunnen zitten en is het belangrijk dat de therapeut en patiënt de dissociatie zoveel als mogelijk onder controle krijgen en gaandeweg tot een minimum weten te brengen. Naast dat trauma gerichte therapie voor een vermindering van PTSS klachten zorgt, kan trauma gerichte therapie ook leiden tot een vermindering van dissociatieve klachten (zie Lanius, Brand, Vermetten, Frewen, & Spiegel, 2012). Een verklaring hiervoor is dat trauma gerichte therapie de heftigheid van emoties en sensaties verminderd die aan de traumatische herinneringen gekoppeld zijn. Uitgaande van de Window of Tolerance, zal wanneer de emotionele lading en daarmee de arousal afneemt, een patiënt bij triggers van het psychotrauma minder snel overspoeld en buiten de Window of Tolerance raken, waardoor dissociatie minder snel in gang zal worden gezet. Concluderend betekent dit dat dissociatie geen contra- indicatie hoeft te zijn voor traumatherapie bij individuen met PTSS en dissociatie, maar dat voor een optimale behandeling de patiënt zoveel als mogelijk binnen de Window of Tolerance dient te blijven. Hetgeen vaak gehoord wordt is dat clinici afwachtend zijn met het starten met een op exposure gerichte behandeling bij patiënten met dissociatieve klachten. Het vergt goed klinisch inzicht om hier een balans in te vinden en de patiënt niet tekort te doen door hem/haar lang van exposure te onthouden, maar ook niet te overspoelen met exposure wanneer er geen adequate sturing in de Windows of Tolerance is aangeleerd. Een oplossing die vaak wordt gebruikt is om de behandeling fase-georiënteerd te maken en voorafgaand aan de exposure een fase in te bouwen waarin bijvoorbeeld een bodyscan wordt geïntroduceerd, of andere technieken ter bevordering van de stress regulatie. Verschillende technieken kunnen worden toegepast om de patiënt hierin te

ondersteunen. Als therapeut is het zinvol om deze symptomen met haar functies en betekenissen te begrijpen en over technieken te beschikken om dissociatie aan te kunnen pakken. Hierbij raden we aan om de patiënt te ondersteunen bij het leren controleren van de dissociatieve symptomen. Psycho-educatie over dissociatie is hierbij een eerste stap; vervolgens kan de patiënt ervaringsgewijs leren aanvoelen wat de triggers zijn, welke emoties of sensaties aan de dissociatie voorafgaan, en welke vaardigheden of attributen behulpzaam zijn om in het contact te kunnen blijven. Tijdens de traumatherapie zullen therapeut en patiënt samen moeten balanceren op het maximale niveau van exposure waarbij de patiënt in het hier en nu kan blijven. Wij adviseren met klem om als therapeut niet bang te zijn voor een dissociatieve toestand; dit kan juist inzicht geven in wat er gebeurt en nieuwe aanknopingspunten bieden voor zowel de therapeut als de patiënt!

Psycho-educatie

Psycho-educatie kan er voor zorgen dat de patiënt zich sneller bewust wordt van de dissociatieve symptomen, ermee kan leren omgaan, er over kan leren praten en meer controle gaat ervaren. Laat de patiënt eerst begrijpen wat er gebeurt en waarom het gebeurt. Vervolgens kan de patiënt samen met de therapeut zoeken naar technieken om dissociatie aan te zien komen, onder controle te krijgen, en te voorkomen, om zo de traumaverwerking voorrang te geven. Een voorbeeld van psycho-educatie kunt u vinden in de bijlage.

Functies en betekenissen

Functies

Door een afstand met de werkelijkheid te creëren, vindt er in mindere mate confrontatie met onaangename gevoelens plaats en kunnen pijnlijke situaties makkelijker verdragen worden. Het kan een gevoel van veiligheid geven wanneer betrokkene bijvoorbeeld een omhulsel van gelatine of glazen stolp om zich heen ervaart. Op die manier worden patiënten niet belast met prikkels waarvan ze niet weten hoe ze ermee om moeten gaan. Sommige mensen kunnen dissociatie op momenten bewust in gang zetten: “als ik naar die locatie moet, maak ik een knipje in mezelf waarin ik nog wel wat mee krijg van de omgeving maar de heftige prikkels niet voel”; anderen zijn zich niet of in mindere mate bewust van triggers die aan de dissociatieve ervaringen voorafgaan en worden er door overvallen.

Betekenissen

Het merendeel van de patiënten schaamt zich voor de dissociatieve symptomen. De symptomen worden vaak als gezien als ongewoon en bizar; ze worden bestempeld met een negatieve betekenis -“deze symptomen zijn abnormaal, dus ik zal wel gek zijn” - en hebben vaak een negatieve connotatie met het verleden. Mensen met dissociatieve symptomen zijn geneigd om deze achter te houden, eerder dan dat ze verwoord worden. Dissociatie kan op momenten als prettig ervaren worden, maar roept vaak ook angst en verdriet op; angst om de controle te verliezen, of om in een bizarre omgeving terecht te komen en verdriet door gevoelens van onmacht en vervreemding.

Bewustwording van spanning, dissociatie en het inzetten van skills

Het samen aanpakken van dissociatie kan ook angst oproepen. Bewustwording en focus op sensaties die aan de dissociatie vooraf gaan, brengen namelijk nieuwe sensaties en emoties met zich mee, waar een patiënt zich niet

eerder van bewust was. Daarnaast kan het niet meer in 'mogen' schakelen van het vertrouwde veiligheidsmechanisme confrontatie met sensaties en emoties teweegbrengen die eerder vermeden werden. Deze gevoelens kunnen op hun beurt weer voor meer spanning zorgen; het is niet vreemd als de frequentie van dissociatieve episodes in het begin van de behandeling toeneemt.

In al deze gevallen is het belangrijk om niet bang te zijn dat een patiënt dissocieert; dit kan juist als referentiepunt worden gebruikt: wat gebeurde er zojuist? Wat waren de triggers? Leg de verantwoordelijkheid bij de patiënt neer, en zoek samen met de patiënt naar de sensaties die veranderingen in het spanningsniveau aangeven en vaardigheden om met de sensaties en gevoelens om te kunnen gaan.

Omdat dissociatie uit verschillende stadia bestaat, kunnen verschillende vaardigheden voor verschillende momenten geschikt zijn. Ontspanningsoefeningen of het creëren van een veilige plek kunnen bijvoorbeeld helpen om de spanning niet op te laten lopen. Echter wanneer het kantelpunt van hoge spanning naar lage spanning is ingezet, heeft het lichaam activatie nodig en kan een ontspanningsoefening op dat moment averechts werken.

Referenties

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Boon, S., & Draijer, N. (1994). Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV Dissociatieve stoornissen (SCID-D).

Blevins, C. A., Weathers, F. W., & Witte, T. K. (2014). Dissociation and posttraumatic stress disorder: A latent profile analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *27*(4), 388-396.

Carlson, E. B., Dalenberg, C., & McDade-Montez, E. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(5), 479.

Cloitre, M., Petkova, E., & Wang, J. (2012). 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 and Anxiety*, *29*(8), 709-717.

Dalenberg, C., & Carlson, E. B. (2012). Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(6), 551.

Eidhof, Ter Heide, Zaba, Schmidt, Lanius, Brand, Loewenstein, Spiegel & Vermetten (2016). Dissociative Subtype in PTSD- Inventory, *submitted.*

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

Kleindienst, N., Priebe, K., Görg, N., Dyer, A., Steil, R., Lyssenko, L., ... & Bohus, M. (2016). State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, *7*.

Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and anxiety*, *29*(8), 701-708.

Resick, P. A., Suvak, M. K., Johnides, B. D., Mitchell, K. S., & Iverson, K. M. (2012). The impact of dissociation on PTSD treatment with cognitive processing therapy. *Depression and Anxiety*, *29*(8), 718-730.

Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 299-326.

Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress. *Journal of Psychology*.

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Joergen Grabe, H. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatiënt psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(8), 682-687.

Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., et al., (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, *73*(4), 302-312.

Steuwe, C., Lanius, R. A., & Frewen, P. A. (2012). The role of dissociation in civilian posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype by latent class and confirmatory factor analysis. *Depression and Anxiety*, *29*(8), 689-700.

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician- Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and anxiety*, *29*(8), 679-688.

Wolf, E. J. (2013). The dissociative subtype of PTSD: Rationale, evidence, and future directions. *PTSD Research Quarterly*, *24*, 1-8.

Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2016). The influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. *Journal of consulting and clinical psychology*, *84*(1), 95.

Bijlage 1: Psycho-educatie

Zoals eerder met u besproken is, zien we bij u posttraumatische stress klachten in combinatie met dissociatieve symptomen. Ik wil u uitleggen wat dissociatie is en hoe we ermee om kunnen gaan. Dissociatie is als het ware een loskoppeling, een moment waarop u voor uw gevoel niet, of in mindere mate in contact staat met de alledaagse realiteit. U heeft bijvoorbeeld het gevoel dat uw lichaam of lichaamsdelen vreemd, onecht of niet de uwe zijn, het gevoel dat u een robot bent en/of afgesneden bent van uw emoties, of u valt soms weg en de tijd verstrijkt zonder dat u het doorheeft. Het kan ook zijn dat u het gevoel heeft alsof u zich in een droomwereld bevind en erover twijfelt of uw omgeving wel echt is, of juist vervormd is. Doordat de informatie van uw lichaam en/of uw omgeving niet meer goed binnenkomt, kan dit er bijvoorbeeld voor zorgen dat u zich op dat een moment niet bewust bent van wat u doet, waar u bent, wat u voelt of wat er tegen u gezegd wordt.

Tijdens een traumatische gebeurtenis is dissociatie functioneel. Daarmee bedoelen we dat tijdens de schokkende gebeurtenissen die u meemaakte er een soort overlevingsmechanisme alles aan heeft gedaan om te overleven, dit gebeurde als het ware automatisch. Nare gebeurtenissen die voor teveel pijn (lichamelijk of emotioneel) zorgen kunnen ervoor zorgen dat uw systeem zich loskoppelt van de gebeurtenis en u de pijn van het psychotrauma niet of minder voelt, en niet of in mindere mate bewust ben van uw lichaam of uw omgeving. Deze loskoppeling heeft als functie om deze nare gebeurtenis te overleven. Nu is het psychotrauma voorbij, maar lijkt dit overlevings mechanisme een prijs te vragen, en trekt het u soms uit het contact, en ervaart u allerlei klachten die op de een of andere manier nog met het psychotrauma te maken hebben. Zo kunt u last hebben van plotselinge nare herinneringen of nachtmerries. In de behandeling van deze klachten staat traumaverwerking uiteindelijk centraal. Voor deze verwerking is het belangrijk dat u vanuit het hier en nu leert omgaan met het psychotrauma en zowel oude als oude als nieuwe sensaties en emoties kunt ervaren. Met name wanneer de spanning hoog is kunnen mensen geneigd zijn (zich hebben aangeleerd) om weer uit de realiteit te stappen. De ontsnapping uit de realiteit, de dissociatie, is nu niet meer handig en niet meer functioneel. De functie ervan is dus niet meer nodig, u heeft het psychotrauma overleefd en voor de verwerking ervan is juist het omgekeerde noodzakelijk. Hiermee bedoelen we dat u in het hier en nu kunt blijven, dat u kunt ervaren dat u nu op een veilige plek bent en terug kunt kijken op dat wat u heeft meegemaakt. Dit geldt ook voor gebeurtenissen in het dagelijks leven. De therapie helpt om in het hier en nu te blijven.

Het is daarom belangrijk dat we samen gaan onderzoeken wanneer de dissociatie plaatsvindt en hoe we dit kunnen herkennen en uiteindelijk voorkomen. We weten dat traumaverwerking op den duur voor een klachtenvermindering zal zorgen en mogelijk ook de dissociatieve ervaringen zal verminderen. Er zijn verschillende skills die u kunt aanleren en kunt gebruiken op het moment dat u denkt of voelt dat de spanning te hoog wordt en de realiteit verliest. Deze skills zorgen ervoor dat u in het veilige hier en nu blijft. We willen een aantal van deze mogelijkheden aan u voorleggen.

Bijlage 2: Het werken met vaardigheden (skills) –*afkomstig van Traumaverwerkingskliniek GGZ Friesland*

Het kan per patiënt verschillen welke oefeningen en skills de voorkeur hebben om het spanningsniveau en de dissociatie onder controle te kunnen houden. Er kan gebruik worden gemaakt van de zintuigen (bijv: een zuur snoepje eten), iemand kan de aandacht verleggen (bijv: de aandacht richten op voorwerpen in de kamer of denken aan een veilige plek) of er kan een handeling uitgevoerd worden (bijv: gaan lopen). Bij de ene patiënt werkt een aversieve prikkel zoals een stekelbal of een elastiekje; bij de ander kan juist een aangename prikkel voor rust zorgen- een zachte deken, geurstokjes, knuffel of een ontspanningsoefening.

Omdat het voor een patiënt lastig kan zijn om zelf bewust de aandacht te sturen, kan het fijn zijn om, zeker in het begin, met externe prikkels te werken. Een voorbeeld hiervan is het vasthouden van een balletje met kleine stekels, het ruiken van een ammonia ampul, het zuigen op een scherp snoepje of koude kompressen. Deze skills kunnen ook thuis ingezet en geoefend worden. Iemand kan er ook voor kiezen om, wanneer hij/zij 's nachts dissocieert, foto's van familie of een koude handdoek naast het bed hebben liggen.

De patiënt kan samen met de behandelaar oefenen om telkens wanneer de spanning hoog is en er een neiging is tot dissociatie, de skill te gebruiken (met het balletje blijven rollen) om in de Window of Tolerance te blijven.

Uitleg over het gebruik van de skills voor de patiënt

Het aanleren van skills

Persoonlijke vaardigheden kunnen worden ingezet om momenten van hoge stress, spanning en onrust te doorstaan. Op deze momenten wil je de spanning het liefst zo snel mogelijk beëindigen.

In de therapie kunnen we onderscheid maken tussen drie niveaus van spanning:

- Lage spanning (0 – 30%)
- Gemiddelde spanning (30 – 70%)
- Hoge spanning (70 – 100%)

0%= Helemaal geen spanning

30-70 % = Gezonde spanning die nodig is om te kunnen functioneren.

Boven de 70% = Je kunt aan niets anders meer denken dan de spanningstoestand die je zo snel mogelijk wil beëindigen.

100% = Een toestand met extreem hoge spanning, waarin gedachten door je hoofd razen en je jezelf zo slecht voelt dat je jezelf of iets anders kapot wil maken.

Skills kunnen worden ingezet om te voorkomen dat de spanning boven de 70% komt, of om weer uit het spanningsveld tussen de 70% en 100% te raken.

Als de spanning boven de 70% komt, kun je vaak aan niets anders meer denken en is het moeilijk om helder na te denken over hoe je de situatie nog kunt veranderen. Het is daarom makkelijker om tijdig je vaardigheden je in te zetten en te voorkomen dat de spanning te hoog oploopt.

Om voorkomen dat je bij een spanning van boven de 70% komt, kun je vaardigheden inzetten, zoals:

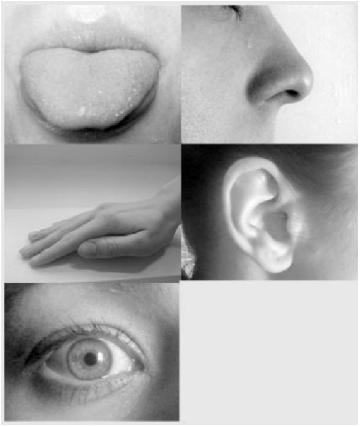
- Jezelf afleiden
- Jezelf kalmeren
- Het ogenblik veranderen
- Aan de voor- en nadelen denken
- Gestuurde aandacht / mindfulness
- Skills om zelfmedelijden te laten verdwijnen.

Skills kunnen werken via verschillende wegen. Via zintuigen, handelingen, gedachten of het lichaam. Bij de meeste mensen staan op momenten van hoge spanning specifieke toegangswegen open. Per individu is het verschillend welke skills werkzaam zijn en welke zintuigen op momenten van spanning open staan, ondervind wat jij nodig hebt om te spanning te voorkomen en wat je nodig hebt om de spanning te verlagen.

Voorbeelden van skills

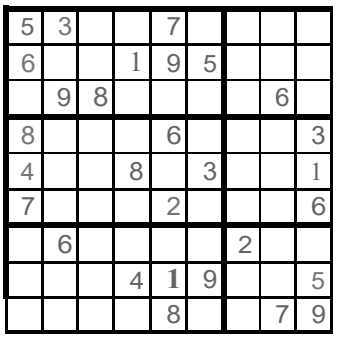
Zintuig - gerelateerde skills

Hoge spanning kan bij sommige mensen door zintuig-gerelateerde skills beïnvloed worden. Je kunt de spanning verminderen door b.v. zure snoepjes, citroen of gedroogde chilipepers te eten, of door je hoofd in een emmer met koud water te dompelen. Je kunt jezelf ook kalmeren door een paar minuten heel bewust je 5 zintuigen te gebruiken. Wat zie je, wat hoor je, wat proef je? Een andere mogelijkheid is om gebruik te maken van een balansbord, waarmee je je evenwicht moet behouden.



Gedachten -gerelateerde skills

Sommige mensen kunnen zichzelf afleiden door een kruiswoordraadsel op te lossen. Andere mogelijkheden zijn: dingen in de ruimte vergelijken, meditatie of een gebed,jezelf moed inspreken, fantasie, aan de voors en tegens denken, relativeren, zingeving.



5	3			7				
6			1	9	5			
	9	8					6	
8				6				3
4			8		3			1
7				2				6
	6					2		
			4	1	9			5
				8			7	9

Handelings- gerelateerde skills

Om spanning te verminderen kan sport heel succesvol ingezet worden. Daarnaast zou je ook kunnen denken aan schilderen, koken, activiteiten ondernemen, of anderen helpen.

Lichaams- gerelateerde skills

Veel mensen kunnen hun toestand veranderen door hun ademhaling te veranderen of zich te richten op het ontspannen van spieren. Sport kan hier ook onder vallen.

Hoge stress wordt meestal door emoties getriggerd. De spanning schiet vaak niet direct van 0 naar 70 maar neemt toe in een stijgende lijn. Skills zorgen ervoor dat je in een toestand kan blijven waarin je helder kunt denken (dus op een spanningsniveau onder de 70), of hier weer naar terug kan komen.

De skills in tabel 2 kunnen je hierbij helpen.

Soms werkt een skill maar heel even en heb je meerder skills (een reeks van skills) nodig om onder een spanningsniveau van 70 te blijven.

Het is de bedoeling dat je gaat leren om vroegtijdige waarschuwingssignalen te herkennen. Dit zijn tekenen waaraan je kunt herkennen dat je spanningsniveau aan het veranderen is. Het is bedoeling dat je erachter probeert te komen welke skills je kunt inzetten op het moment dat je merkt dat je spanningsniveau aan het veranderen is. Het is goed mogelijk dat het waarnemen van de spanning nog moeilijk is. Dit is een kwestie van oefenen en zal vanzelf beter gaan.

Sommige mensen worden rustig van het voelen aan een zacht en aangenaam voorwerp; anderen hebben sterke prikkels nodig zoals een stekelballetje of amonia ampullen.

Onder tabel 2 twee oefeningen die tevens ingezet kunnen worden als skill om bewust te worden van de omgeving (middels bewust gebruik van je zintuigen) of het lichaam (door bewust gebruik van de spieren). De derde oefening kan je helpen om de spanning te laten zakken en je veilig te voelen.`

Tabel 2. Skills -afkomstig van de traumaverwerkingskliniek GGZ Friesland

Skills	Aversief/ aangenaam/ concentratie	Bij spanning (S), emotie (E) of als tegengestelde prikkel (TP)
Scherpe snoepjes	Aversief	S
Zure snoepjes	Aversief	S
Flesje tabasco	Aversief	S
Krulspelden	Aversief	S
Doosje elastiekjes	Aversief	S
Stekelballetje	Aversief	S
Jongleer balletjes	Concentratie	S
Grote metalen massage ballen	Aversief	S
Kleine metalen massage ballen	Aversief	S
Grote harde plastic masageballen	Aversief/aangenaam	**S/E**
"Do it yourself" hoofdmassage apparaat	Aangenaam	E
Grote zachte massagebal	Aangenaam	E
Buisje bruistabletten	Aversief	**S/TP**
Handknijpers	Aversief	S
Grote stressbal (knijpbaar)	Aversief/concentratie	S
Stuiterballetjes	Concentratie	S
Doosje ammonia ampullen	Aversief	**S/TP**
Zacht knijpballetje met een piep	Concentratie	S
Handborsteltje met harde stekels	Aversief	**S/TP**
Caleidoscoop	Concentratie/aangenaam	E
Puzzeltje	Concentratie/aangenaam	E
Doosje met gedroogde pepertjes	Aversief	**S/TP**
jojo	Concentratie	**S/E**
blauwe plumeau	Aangenaam	E/TP
lavendel olie	Aangenaam	E/TP
Chinese fingertrap	Concentratie	**S/TP**
Center shock kauwgom	Aversief	S
Deken	Aangenaam	TP
Knuffel	Aangenaam	TP
(koud) Legoblokje	Aversief	S
steentje (voor in de schoen)	Aversief/concentratie	S
Coldpack of ijsblokjes	Aversief	**S/TP**
Aangename geurolie	Aangenaam	TP

Bijlage 3: Hier en nu oefening

In deze oefening gaat het erom dat je je aandacht richt op de zintuigelijke prikkels van het hier en nu. Je hebt 5 zintuigen; horen, zien, voelen, ruiken en proeven. Tijdens de sessie gaan we proberen om aandacht te besteden aan de zintuigelijke ervaringen in het hier en nu. Is er een zintuigelijke herinnering waarvan je het meeste last hebt als je aan het psychotrauma moet denken? Is er bijvoorbeeld een bepaald geluid of een bepaalde geur? Probeer je aandacht dan straks te richten op de zintuigelijke ervaring van het hier en nu. In het geval van geluid, probeer dan straks eens te luisteren naar je ademhaling, de vogels buiten, of op wat er door jou of mij gezegd wordt. Ik zal je af en toe vragen wat je ziet, voelt, ruikt, proeft en hoort. Als je meer prikkels nodig hebt om in het hier en nu te blijven, kun je ervoor kiezen om te ruiken aan een sterke geur, te proeven aan een scherpe peper of evenwicht te zoeken op een balansschijf. Hierdoor worden de hersenen op een andere manier geactiveerd en dat brengt mensen naar het hier en nu. Op die manier leer je contact met jezelf en de omgeving te behouden.

Bijlage 4: Ontspanningsoefeningen, Body Scan

'Spieren aanspannen en ontspannen'-oefening

De spierontspanningsoefening van Edmund Jacobson is eenvoudig te leren en kan zowel tijdens de therapie als thuis uitgevoerd worden. Omdat een referentie ontbreekt kan deze oefening niet worden opgenomen in dit document; de oefening is op de vragen bij de auteurs (Marloes Eidhof en Elise van Wageningen).

Veilige plek

Anoniem, (2015, 27-03) Mindfulness: je eigen veilige plek. Afkomstig van https://supportrecoveryteam.wordpress.com/2015/03/27/mindfulness-je-eigen-veilige-plek/

Neem een aandachtige en wakkere houding aan. Je rug is recht, je schouders zijn ontspannen. Hoe je ook zit of ligt, voel waar je lichaam contact maakt met de grond of waar je op zit. Je handen rusten losjes op je bovenbenen of in je schoot.

Sluit je ogen. Richt nu je aandacht op je voorhoofd, je wenkbrauwen en je ogen.

Laat het gebied rondom je ogen zacht worden. Adem rustig in en voel hoe bij iedere uitademing steeds wat spanning rondom je ogen wegvloeit.

Breng nu je aandacht bij je ademhaling. Je hoeft er niets aan te veranderen. Het is goed zoals het is. Laat je ademhaling gewoon komen en gaan in je eigen ritme, op je eigen manier.

Volg de lucht die je in- en uitademt.

Volg het rijzen en dalen van je buik.

Adem komt, adem gaat.

Laat nu een beeld opkomen van een plek waar jij je veilig voelt. Dit kan een plek ergens in je eigen omgeving zijn, of een herinnering uit het verleden, ergens waar je je veilig en prettig voelt. Misschien is het bij iemand, misschien is het juist alleen.

Het kan zijn dat er meerdere plekken in je gedachten komen en dat je het moeilijk vindt om er één te kiezen. Kies dan niet, laat ze er gewoon maar allemaal zijn. Het kan ook zijn dat er géén beeld van een veilige plek bij je opkomt. Dat geeft niet, dan bedenk je er gewoon zelf één. Buiten in een bos, boven op een berg, op een rustig strand, het maakt niet uit. Waar voel jij je veilig, geborgen, op je gemak?

Ga op in het beeld van jouw veilige plek en gebruik daar al je zintuigen bij.

Kijk eens in gedachten om je heen, wat zie je allemaal? Welk moment van de dag is het? Is het er donker of juist licht? Sober of kleurrijk en welke kleuren zie je?

Luister naar de geluiden die bij deze plek horen. Wat hoor je?

Laat het beeld steeds echter worden. Als je buiten bent, voel dan het zachte briesje door je haar. Voel de warmte van de zon op je huid. Word je bewust van de ondergrond waar je op zit. Het zou gras, zand, bosgrond, een grote steen in de zon kunnen zijn. Voel die ondergrond, de textuur, de koelte of warmte. Word je bewust van de geuren om je heen.

En vooral, neem de tijd om te genieten van dit gevoel. Het is veilig. Je voelt je geborgen. Je hoeft niets te doen, niets te zeggen, niets te denken. Je zit hier gewoon. Het is goed zo.

Neem dit beeld goed in je op en kom dan rustig weer terug met je aandacht in het hier en nu. Als je vandaag een lastig moment tegenkomt, je merkt dat de spanning in jezelf oploopt of je je ergens vervelend over voelt, sta dan even stil. Word je dan bewust van je ademhaling en kijk of je in gedachten weer terug kunt keren naar deze veilige plek in jezelf. Niemand kan hier aankomen of er iets mee doen, deze veilige plek zit opgeborgen in jou.

Open je ogen, strek je uit of beweeg een beetje en rond deze oefening in je eigen tempo af.