

## **Zorgpad dissociatieve stoornissen (Gemiddelde duur 3 tot 7 jaar)**

*Gebaseerd op: Trimbos instituut en GGZ standaarden*

Het zorgpad is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar met een dissociatieve stoornis. Bij Syma SGGZ werken we veranderingsgericht. Hetgeen betekent dat we geen steunende en begeleidende behandelcontacten bieden bij chronische problematiek samenhangend met dissociatieve stoornissen. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de diagnose en behandeling.

### *Instroomcriteria*

Hoofddiagnose is een dissociatieve stoornis.

### *Contra-indicaties*

Comorbide psychotische stoornissen  
Chronische problematiek waarbij geen verandering behaald kan worden  
Te hoge crisisgevoeligheid;  
Ambulante setting biedt te weinig, een intensievere behandelvorm is wenselijk.

### *Zorgroute*

#### 1. Diagnostiek

Bestaande uit intakefase of uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek door regiebehandelaar en eventueel ondersteunende andere disciplines. Testonderzoek kan deel uitmaken van de diagnostische fase. Naasten kunnen uitgenodigd worden om uitleg te geven over het gedrag van de patiënt en over de aanwezigheid van depressie en/of angst in de familie, en/of ondersteuning bieden bij de behandelinterventies. Het betrekken van de sociale omgeving gebeurt altijd in overleg met de patiënt (informed consent). Om een juiste indicatie te stellen, is het mede van belang de ernst van de stoornis te bepalen. De ernst van de diagnose bepaalt mede welke behandeling de patiënt nodig heeft en of een behandeling in de SGGZ geïndiceerd is en of er afgeschaald kan worden.

### *Extra aandachtspunten in de diagnostische fase*

De weging van de verschillende bronnen en instrumenten, de integratie van informatie is een uiterst complex proces en ligt bij een bevoegde (BIG-geregistreerde) en daartoe bekwame behandelaar.

De regiebehandelaar kan de diagnose alleen stellen als hij voldoende is opgeleid, getraind en ervaren in het vaststellen en uitsluiten van dissociatieve stoornissen

Dissociatieve symptomen zijn soms moeilijk te beschrijven door patiënten. Bovendien bestaat bij patiënten nogal eens de neiging klachten te verhullen of te ontkennen. Of de patiënt kan ontregeld raken bij het bespreken ervan. Het is voor de zorgverlener belangrijk dat hij tijdens

het diagnostisch traject een balans vindt tussen het opsporen van de klachten enerzijds en het onnodig gedetailleerd doorvragen anderzijds.

In de conclusie wordt zowel aandacht besteed aan de DSM 5 classificatie als aan de diagnostische formulering ofwel casusconceptualisatie.

## 2. Bespreking in het Multi Disciplinair overleg (MDO)

Diagnostiek en indicatiestelling worden besproken in het MDO. Voorzitter van het MDO is een klinisch psycholoog of een psychiater. Binnen het MDO wordt besloten of behandeling binnen Syma SGGZ passend is, en of er mono- of multidisciplinair behandeld gaat worden. Indien ingeschat wordt dat de problematiek het best multidisciplinair behandeld kan worden kunnen de volgende disciplines ingezet worden:

- Klinisch psycholoog
- Psychiater
- Psychotherapeut
- GZ-psycholoog
- Vaktherapeut (drama of PMT)
- Sociotherapeut
- Systeem therapeutisch werkende

## 3. Behandeling

Er is sprake van een gezamenlijke besluitvorming, waarbij de patiënt samen met de behandelaar en eventuele naasten beslissingen neemt over de behandeling die het beste bij de persoon past. Een goede wederzijdse informatie-uitwisseling en gelijkwaardigheid in de communicatie staan centraal. De behandelaar heeft een open houding tegenover de wensen en grenzen van patiënten en naasten

De behandeling van DIS richt zich op het vergroten van veiligheid en vaardigheden, op het verminderen van dissociatieve symptomen, op traumaverwerking en op integratie van de verschillende persoonlijkheidstoestanden. Vanwege de complexe problematiek met comorbiditeit en vaak ernstige hechtingsproblematiek en vanwege het gebrek aan essentiële vaardigheden, is de behandeling gefaseerd (stabiliseren en traumabehandeling). Deze fasering vormt samen met de theorie van structurele dissociatie van de persoonlijkheid, de leertheorie, én de hechtingstheorie de basis van dit behandelmodel. Binnen dit gefaseerde behandelmodel kunnen vanuit verschillende referentiekaders diverse behandel-methodieken worden ingezet.

De behandeling kan bestaan uit de volgende interventies, oftewel modules (toegespitst op de patiënt, een combinatie kan voorkomen, in geval van multidisciplinaire behandeling):

- Psychotherapie<sup>1</sup> (Cognitieve gedragstherapie; Schematherapie; Kortdurende psychodynamische psychotherapie; Mentalization Based Treatment).
- EMDR (als deeltechniek)
- Systeem therapie (als deeltechniek)
- Acceptance and commitment therapy (als deeltechniek)

---

<sup>1</sup> Voor een beschrijving van de verschillende vormen van psychotherapie verwijzen wij naar de website van de NVP ([www.psychotherapie.nl](http://www.psychotherapie.nl)) en de website schematherapie ([www.schematherapie.nl](http://www.schematherapie.nl)).

- Zelfmanagement (leefstijl (gezonde voeding, meer bewegen, het vinden van een goede dagstructuur, leefritme en balans in activiteiten/ontspanning, mindfulness-technieken) en dagelijks functioneren).
- Vaktherapie
- Sociotherapie (zelfmanagement, deeltechnieken CGT, psycho-educatie, psychosociale problematiek waarbij zelfredzaamheid belangrijk is).
- E-health modules; Syma SGGZ maakt gebruik van Therapieland.<sup>2</sup>
- Psychofarmaca

Er bestaat nog nauwelijks wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van medicatie voor het behandelen van dissociatieve klachten of dissociatieve stoornissen. Sommige patiënten hebben veel baat bij psychofarmaca, anderen niet. Sommigen hebben last van onverhoopt veel ongewenste effecten.

Veelal is de medicatie gericht op de behandeling van specifieke symptomen of van een comorbide psychische stoornis. Het kan daarbij gaan om een breed pallet aan symptomen waaronder hyperarousal, herbelevingen, paniekaanvallen, prikkelgevoeligheid, nachtmerries of andere slaapproblemen, stemmingsklachten, dwangklachten, emotieregulatie- en impulscontroleproblematiek, misbruik of afhankelijkheid van psychoactieve middelen, cognitief-perceptuele (psychotische) symptomen en somatische spanningsklachten.

*Extra aandachtspunten in de behandel fase:*

Niet functionele gedragspatronen van mensen met een dissociatieve stoornis kunnen een bedreiging vormen voor de ontwikkeling van kinderen die aan hun zorg zijn toevertrouwd. De behandelaars hebben aandacht voor kinderen van mensen met een dissociatieve stoornis. Het wordt aanbevolen om in de behandeling disfunctionele gedragspatronen in relatie tot de kinderen bespreekbaar te maken en daar acties op in te zetten. De behandelaars hebben aandacht voor de kinderen van mensen met een dissociatieve stoornis en brengen de opvoeding regelmatig actief ter sprake. Bij het vermoeden van bedreigingen wordt de zogeheten kindcheck uitgevoerd. Hierbij wordt de meldcode gevolgd.

*Crisishantering:* Mensen met een dissociatieve stoornis hebben een verhoogde kans om (plotseling) in een crisis (bijvoorbeeld overweldigd raken door emoties, suïcidaliteit) te raken. Dit kan leiden tot gevaar (ernstig nadeel) voor de patiënt en/of anderen en het kan de voortgang van de behandeling verstoren. Behandelaars dienen deskundig te zijn in de behandeling van crises en in het opstellen en actueel houden van een crisis- en signaleringsplan. Indien mogelijk werken behandelaars ook samen met de naasten.

*Therapeutische relatie:* De behandelaar dient in staat te zijn om de interpersoonlijke patronen die onderdeel zijn van de dissociatieve stoornis therapeutisch te benutten. Er moet altijd gestreefd worden naar een goede samenwerkingsrelatie. Behandelaars zijn gespitst op (tegen)overdracht, het signaleren van breuken in de therapeutische relatie en het bewaken van grenzen. Zij zijn vaardig om deze breuken, ook wanneer ze gepaard gaan met heftige emoties (zoals woede), te herstellen. Gezien het interpersoonlijke karakter van de aandoening vergt dit bijzondere zorg en deskundigheid om de samenwerking tussen verschillende behandelaars te handhaven, ook als er verschillen van inzicht ontstaan.

---

<sup>2</sup> Voor een uitgebreide beschrijving van hoe wij digitale zorg inzetten verwijzen wij naar ons document 'Digitale zorg 2024'

*Systemisch werken:* Behandelaars van mensen met dissociatieve stoornis dienen over competenties te beschikken om de context (naasten en relevante en betrokken instanties) van de patiënt mee te nemen in de behandeling.

*Zelfreflectie:* Gedurende de behandeling helpt de behandelaar de patiënt om stil te staan bij zijn eigen gedrag, gedachten en gevoelens en nodigt de patiënt uit om stil te staan bij gedrag, gedachten en gevoelens van anderen.

*Balans tussen stabiliseren en veranderen:* De behandeling van mensen met een dissociatieve stoornis wordt gekenmerkt door een balans tussen ondersteunen en valideren enerzijds en veranderingsgericht werken anderzijds. Als persoonlijkheidsverandering en groei de doelen van behandeling zijn, dan zijn beide noodzakelijk. Behandelaars dienen het brede scala van benodigde interventies te beheersen.

*Afspraken over bereikbaarheid:* De beschikbaarheid van de behandelaar buiten de behandelsessies wordt besproken.

### ROM Metingen

Op verschillende momenten (gedurende de intakefase, na een jaar en bij einde behandeling) wordt gebruik gemaakt van ROM metingen om de vooruitgang te monitoren. De uitkomsten aan de ROM metingen worden aan de patiënt teruggekoppeld.

### *Uitstroomcriteria:*

Geen resultaten op gestelde behandeldoelen opgetreden binnen 4 maanden.

Client functioneert voldoende adequaat in dagelijkse leefomgeving.

Het maximum in herstel met sociale omgeving is bereikt.

Iemand voldoet niet meer aan criteria van de stoornis

Client heeft resterende beperkingen geaccepteerd en weet deze te hanteren.

### *Uitstroom naar:*

Ander zorgpad

Basis GGZ

POH GGZ

Huisarts

Externe zorgverleners