

Schematherapie bij mensen met een Dissociatieve Identiteit Stoornis

Prof. Dr. Marleen Rijkeboer
Universiteit Maastricht, UvA,
G-Kracht A'dam, RINO A'dam

Dr. Nathan Bachrach
Universiteit Tilburg, GGZ
Oost-Brabant, RINO Zuid



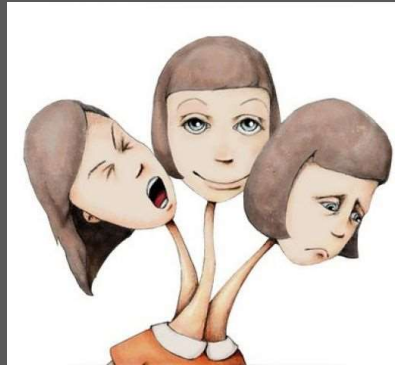
1

Overzicht workshop

- Wat is DIS? Wat vertelt onderzoek?
- Studiedesign ST bij DIS
- Overzicht behandeling met oefeningen en filmfragmenten van patiënte in pilot studie

2

Fenomenologie DIS Wetenschappelijke achtergrond



3

Fenomenologie

Volgens de DSM-5:

- A. Fragmentatie van de identiteit gekenmerkt door twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden. Er is een duidelijke discontinuïteit in de zelfbeleving en het gevoel van zelfcontrole, gepaard gaand met ermee samenhangende veranderingen in affect, gedrag, bewustzijn, geheugen, waarneming, cognitief en/of sensomotorisch functioneren.
- B. Recidiverende hiaten in het herinneren van alledaagse gebeurtenissen, belangrijke persoonlijke informatie en/pf psychotraumatische gebeurtenissen die inconsistent zijn met alledaagse vergeetachtigheid.

4

Voorbeeld van Gretchen

<https://www.youtube.com/watch?v=B0LNyXsErb8#t=1m37s>



5



Baer, R. (2008). *Switching Time*

6

Empirisch onderzoek: Inter-identiteit amnesie



7

Samenvatting van de resultaten

Robuust bewijs voor overdracht van informatie tussen identiteiten:

- Zowel op **expliciete als impliciete** geheugentaken
- Voor neutraal, trauma-gerelateerde, en autobiografische kennis en ervaringen
- Onafhankelijke replicaties in meerdere labs en patiëntgroepen wereldwijd

Bovendien:

- Er zijn verschillen in taakprestatie DIS patiënten en simulanten
- Transdiagnostische overeenkomsten patiënten in cognitief functioneren en centrale rol van trauma tussen mensen met DIS en cPTSD

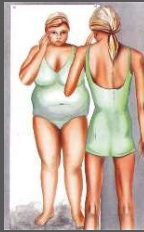


8

Maar hoe is gerapporteerde amnesie dan wel te verklaren?

Vergelijk:

- gerapporteerde geheugenproblemen in dwang (weinig tot geen inzicht)
- Waarneming en beleving in AN en waanstoornis



- Is bij DIS niet eveneens sprake van sterke beleving van geheugenproblemen en identiteitsfragmentatie?

9

Verklaring voor subjectieve amnesie: metacognitieve overtuigingen

Dissociative Beliefs about Memory Questionnaire
(Huntjens & Dorahy, Burrett, Middleton, & van Minnen, 2021)

- Ik denk dat het beter is om de pijnlijke dingen die ik in mijn leven heb meegemaakt, te vergeten
- Ik denk dat de gaten in mijn geheugen me beschermen
- Ik denk dat ik gek zou worden als ik me alle pijnlijke dingen in mijn leven kon herinneren
- Als ik mezelf zou toelaten te herinneren wat er allemaal gebeurd is in mijn leven, zou ik de controle verliezen



10

Conclusie empirisch onderzoek naar aard van DIS

- DIS lijkt eerder stoornis in metacognitieve overtuiging en “self-understanding”, in plaats van dat er bewijs is voor “structurele dissociatie van de persoonlijkheid”



- Overeenkomsten met het modus model

11

CHAOS IN HET HOOFD


OEFENING

12

Waarom Schematherapie voor DIS?

- ST is effectief voor vroeg in het leven getraumatiseerde mensen en richt zich op de onvervulde emotionele behoeften
- Het modusmodel sluit aan bij de *subjectieve* ervaring van 'switchen' tussen identiteiten
- Experiëntiële technieken helpen om sterke vermijding te doorbreken


13






SCHEMA THERAPIE VOOR DIS

EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY
2019, VOL. 10, 1571-1377
<https://doi.org/10.1080/2008198.2019.1571377>

PSYCHO-TRAUMATOLOGY
Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

STUDY PROTOCOL OPEN ACCESS 

Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): rationale and study protocol

Rafaële J. C. Huntjens ^a, Marleen M. Rijkeboer ^b and Arnoud Arntz ^c

^aDepartment of Experimental Psychotherapy and Psychopathology, University of Groningen, Groningen, the Netherlands; ^bDepartment of Clinical Psychological Science, Maastricht University, Maastricht, the Netherlands; ^cDepartment of Clinical Psychology, University of Amsterdam, Amsterdam, the Netherlands

ABSTRACT
Background: A category of disorders frequently associated with a history of trauma are the dissociative disorders, of which Dissociative Identity Disorder (DID) is the most severe and chronic form. DID is associated with high levels of impairment, treatment utilization, and treatment costs, yet systematic research into treatment effects is scarce. Practice-based clinical guidelines advise a phase-based approach which is lengthy and has rather high reported dropout rates. Therefore, in the current proposal the efficacy of an alternative treatment for DID (i.e. schema therapy) is tested.
Objective: The aim of this study is to critically test the effectiveness of schema therapy for DID patients, for whom at present no evidence-based treatment is available.
Method: In light of the low prevalence of DID, and the proposed treatment length of three years, a case series experimental approach is used (non-concurrent multiple baseline design). Ten outpatients are included, who are diagnosed with DID by an independent rater using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D-R), which is double-checked by another independent expert. Primary outcomes are a (bi)weekly assessed state measure of dissociative symptoms, a pre-, post- and follow-up measure of the presence of the

ARTICLE HISTORY
Received 19 July 2018
Revised 23 December 2018
Accepted 6 January 2019

KEYWORDS
Dissociative Identity Disorder; schema therapy; trauma; multiple baseline case series; dissociation

PALABRAS CLAVE
Trastorno de identidad disociativa; terapia de esquema; trauma; series de casos de línea base múltiple; disociación

14

Studie-design pilot en 2e studie

Gezien a) de lage prevalentie van de stoornis en b) de lengte van de behandeling, is gekozen voor een experimenteel 'multiple baseline case series' design

Pilot: 10 patiënten met formele DIS classificatie (10 lokaties)

2e studie: 32 patiënten (GGZ Oost Brabant, Altrecht, Sinai, NPI).

- **Baseline fase** (13-20 weken geen behandeling)
- **Exploratiefase** (8 weken, 16 sessies)
- **Behandelfase** (3 jaar, 2 jaar tweewekelijks, dan 1 jaar wekelijks)
- **Booster sessies** (maandelijks gedurende een half jaar)
- Follow-up meting na 6 mnd

15

Instrumentarium (differentiaal) diagnostiek en vervolgmetingen

Inclusie: SCID-D-R, MINI-plus (DSM-5), SCID-5-PD (screener, bij pos scoren uitvragen met interview)

Uitkomstmaten

- (twee)wekelijkse online meting van dissociatieve en posttraumatische stress symptomen (Dissociation Tension Scale; PTSD Symptom Scale)
- Daarnaast een aantal keren meting met een brede testbatterij: o.a. diagnose (SCID-D-R), slaapervaringen, meta-geheugen, persoonlijkheidsfunctioneren, dagelijks functioneren (sociaal/beroepsmatig), therapeutische relatie
- SCID-D-R ook na afloop behandeling, na booster sessies en 6 mnd FU

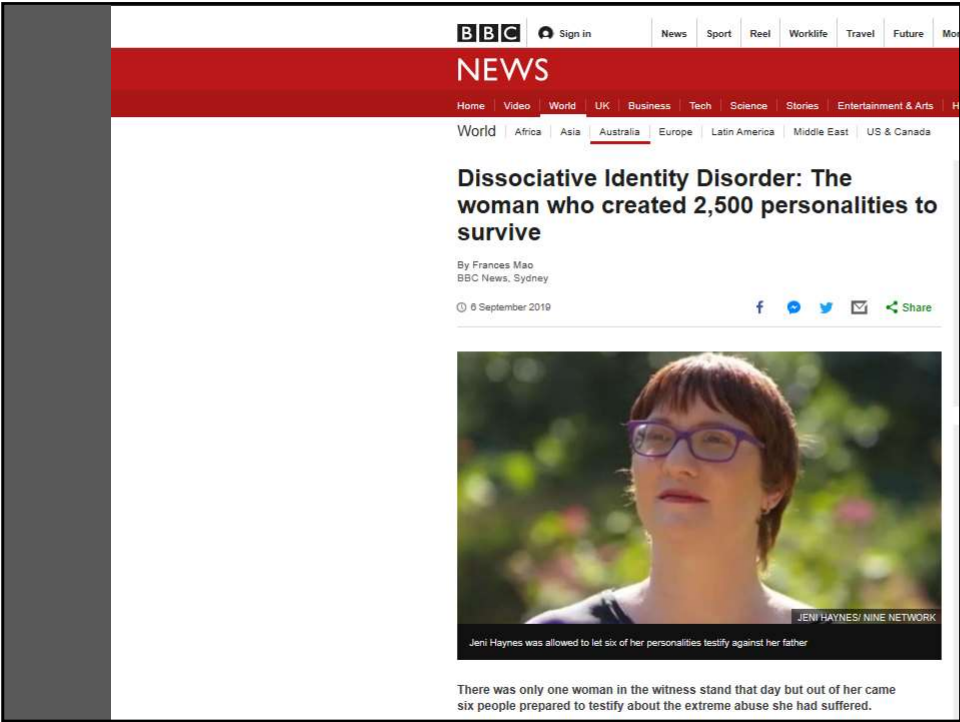
16

Schematherapie voor DIS

Overzicht van de behandeling



17



BBC Sign in News Sport Reel Worklife Travel Future More

NEWS

Home Video World UK Business Tech Science Stories Entertainment & Arts Health


World Africa Asia Australia Europe Latin America Middle East US & Canada

Dissociative Identity Disorder: The woman who created 2,500 personalities to survive

By Frances Mao
BBC News, Sydney

6 September 2019

f + Share



JENI HAYNES/NINE NETWORK

Jeni Haynes was allowed to let six of her personalities testify against her father

There was only one woman in the witness stand that day but out of her came six people prepared to testify about the extreme abuse she had suffered.

18

Casus-conceptualisatie

Belangrijkste doelen:

- identiteiten leren kennen (niet alle!; ga niet 'graven')
- psycho-educatie over schema's, modi en dissociatie geven
- een gemeenschappelijke taal ontwikkelen
- identiteiten naar modi vertalen door te kijken naar achterliggende behoefte en/of functie van gedrag
- daardoor *chaos verminderen*

19

Naam identiteit	Leeftijd	Gedrag	Functie van gedrag	Emotie	Behoeft	Belangrijkste Modus
De kwaai	7	Vloeken, tieren, schoppen	Onvrede laten blijken	boosheid	gehoord worden	
Crusoë	20	Op een vletje leven (open bootje, slapen onder een zeil)	Afzonderen van de wereld; Niemand nodig hebben	rust	...	
Piet	13	Pissen op straat	Schijt hebben aan de regels en de autoriteiten	lol hebben, sensatie	plezier ervaren	
Jacob	8	TV kijken, vooral darts en tekenfilms	Afleiden	geen	Geen gezeik aan mijn kop	
Jan	5	Kruipt in een hoekje, of verstopt zich onder de dekens	Alertheid, verwacht dat er iets heel ergs gaat gebeuren	angst	veiligheid	
M.	44	Scheldt op mij	Mij klein krijgen, vernederen	kwaad (M.)	--	
Bob	43	Stem: "Hou je kop en vertel niemand iets!"	Geheimhouding, om herhaling van misbruik te voorkomen	kwaad (Bob)	veiligheid	
De krabber	36	Armen met nagels openkrabben (dagenlang)	Pijn doen, me kapot maken	haat	--	
Blanco	6	"Blanco gaan": niet meer weten wat er gebeurt	Buiten conflicten blijven	paniek (bij start, daarna niets)	veiligheid	
Kees	7	Hullen, radeloos zijn	verwerken	verdriet	troost	

20

Pilot: ervaringen van een patiënt

- Hoofddiagnose: DIS (rapporteert 13 identiteiten)
- Co-morbiditeit: PTSS; bipolaire stoornis II met psychotische kenmerken (in remissie); AN (deels in remissie), Asperger
- 100% Wajong; verblijft intramuraal (beschermd wonen)
- Heeft verschillende therapieën gehad (CGT, EMDR, VERS, psychoanalyse). Nog geen behandeling voor DIS
- Kan niet zelfstandig leven, kan niet alleen naar buiten, conversieverschijnselen
- Heeft regelmatig opnames i.v.m. overdosis medicatie

21

Wat vindt de patiënt van het modusmodel?

22

Werken met het modusmodel

- Werk aan modus bewustzijn (gebruik metaforen) en geef psycho-educatie over dissociatie
- VALIDEER de gevoelens, ervaringen, etc. van DIS patiënten; zij zijn dit niet gewend (“Houd je kop”; “Dat is niet waar”; “Je mag niet huilen/boos zijn”, etc.)
- In het begin is er veel vermijding en dissociatie. Wees zeer creatief!

23

Omgaan met vermijding

- DIS patiënten vermijden op diverse niveaus: gedragsmatig (incl. somatoforme dissociatie), cognitief en experiëntieel
- Uitgangspunt: wees niet eisend, maar geef grenzen aan door creatief met het gedrag om te gaan en zo de sterke beschermer te omzeilen

24

Omgaan met vermijding

- *Bij begin van de behandeling meteen duidelijke afspraken met de patient maken (verwachtingsmanagement):*
 - Behandeling houdt actieve participatie in (bv. 2 keer per week naar therapie komen, een boek lezen)
 - Behandeling duurt 3,5 jaar, niet langer!

25

Omgaan met vermijding

- DIS patiënten zijn vaak wantrouwend en erg terughoudend om info/gevoel te delen, zeker in het begin van therapie
- Zij hebben geleerd dat laten zien van emoties of delen van info slecht of zelfs gevaarlijk is
- Ze zijn geneigd om met dissociatie en vermijding te reageren
- Wees stevig en vastberaden; ga niet mee in de vermijding!

26

Omgaan met vermijding

- *Tijdens de behandeling:*
 - Ga de patient niet redden!
 - Motiveer de patient geleidelijk aan om verantwoordelijkheid te nemen en verminder reddershouding van helpers en anderen
 - Blijf technieken consequent uitvoeren, maar deel ze op in stapjes
 - Bereid pt voor op wat thuis kan gebeuren en wat dan te doen (mode management plan)

27

Omgaan met dissociatie en vermijding

OEFENING

- Instructie patiënt: bedenk manieren om tijdens therapie te vermijden
- Instructie therapeut: bedenk creatieve manieren om met deze vermijding om te gaan

28

Graduele Imagery Rescripting

In onze behandeling werken we niet met een fasegerichte benadering (d.w.z., eerst stabilisatie, dan pas traumaverwerking en tot slot reïntegratie van delen), maar we beginnen al snel met traumaverwerking, maar doen dat gradueel, in stappen.

29

Graduele Imagery Rescripting

- Geef **psycho-educatie** over de rationale voor ImRs
- **Valideer** eventuele negatieve ideeën / gevoelens bij imaginatie
- Begin met **neutrale of positieve beelden** van het dagelijks leven
- PRAAT eerst over milde negatieve ervaringen (**niet in detail**)
- Bespreek de **emotionele behoeften** van het kind in deze ervaringen

30

Graduele Imagery Rescripting

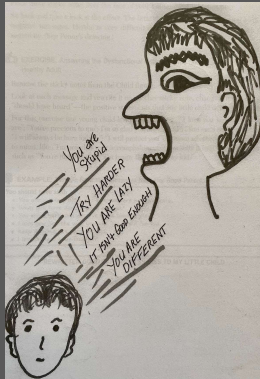
- Begin met een korte imaginatie van een milde ervaring. **De therapeut** rescript meteen als het stress niveau oploopt of negatieve identiteiten opdagen
- Herhaal dit en vraag **de patient** om stap voor stap meer actief betrokken te zijn bij de rescripting
- Breid de rescripting uit naar **ernstiger negatieve ervaringen** (altijd rescript de therapeut eerst)
- Als ze **switchen** tijdens ImRs, **ga door met rescripting**; het nieuwe verloop zal toch in het geheugen worden opgeslagen

31

Patiënte en haar ervaring met ImRs

32

Traumawerk triggert straffer



Afwisselen traumawerk, het tegengaan van de straffer en het stimuleren van het 'blijde kind'

Ook zeer regelmatig successen evalueren

Veel experimentele technieken om vermijding te doorbreken

33

Ervaringen van patiënte met straffer technieken

34

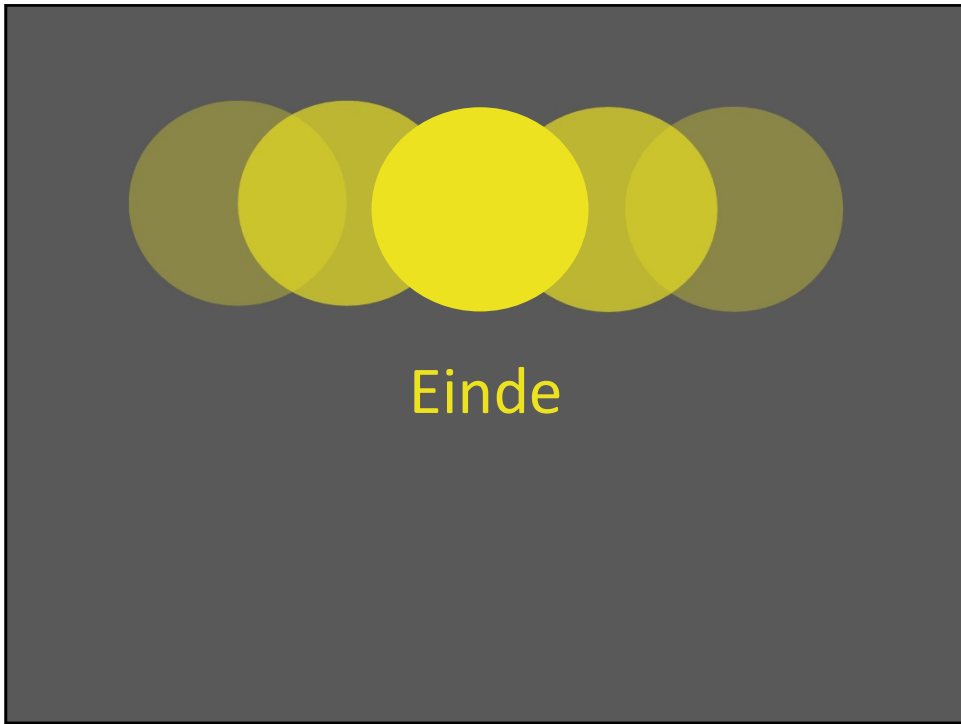
Bevorderen autonomie

- Geef pt steeds meer **verantwoordelijkheid** in de therapie (bv. zelf in beeld stappen om te rescripten; gezonde volwassene aanspreken)
- Laat pt **thuis veel oefenen** (ingaan tegen straffende boodschappen, ImRs, ondernemen activiteiten, etc.)
- Betrek **systeem aan begeleiders** (SPV e.d.) bij therapie: niet redden, maar langzaam aan autonomie bevorderen

35

Wat is haar ervaring met ST in onze pilot?

36



37