

De dissociatieve
Identiteitsstoornis
Aanbevelingen
voor de
Verpleegkundige
Praktijk

C vd Heerik
Juni 2003

Algemene informatie

Trauma, dissociatie

Het ontstaan van alters, voorwaarden voor het ontstaan

Het altersysteem

Taken van alters, switchen

Het leven met DIS

De praktijk voor de patiënt: lichamelijk
Geestelijk

Functioneren: Werk
Relaties
Persoonlijke ontwikkeling
Vaardigheden, kennis
Verantwoordelijkheden

Diagnose, therapie, terugval

Aandachtspunten in de praktijk voor de verpleegkundige:

Wat zie je ervan: lichamelijk: Houding, Kleding Stem Gedrag
Gezichtsuitdrukking, voor- of afkeuren

Hoe ga je ermee om, wat doe je wel/niet
Het opname gesprek
Gedurende de opname
Op de polikliniek
Switchen, herbelevingen, nachtmerries.
Triggers
Zelfbeschadiging of ander zelfdestructief gedrag
Dag- en nachtritme

Lichamelijke verzorging
Afstand/nabijheid: Verpleegkundigen
Medepatiënten

Vorbereiding/begeleiding bij onderzoeken en
behandelingen

Het geven van informatie
Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

Pijn: Vroeger (lichaamsherinneringen)
Nu
Pijn van de patiënt algemeen
Pijn van delen
Spanningspijn
Onvermogen om pijn te voelen
Mogelijke reacties op pijn

Angsten, desoriëntatie
Alters en medicatie
Behoeften van delen: Benadering, knuffels
e.a. voorwerpen, nachtlampje, etc.

Contacten met de eigen behandelaar

Begeleiding van het ontslag

Algemene informatie

Trauma, dissociatie

Evenals de geneeskunde kent de psychologie de term Trauma.

Men verstaat hieronder: een verwonding.

Wanneer een organisme een verwonding oploopt, zoekt het naar een manier van herstel, of als dat niet mogelijk is: een aanpassing.

De lichamelijke processen daartoe zijn u bekend als verpleegkundigen.

Ook de menselijke psyche kan verwond worden en zoekt dan manieren om zich daartegen te verweren. Men kan hierbij denken aan verdringen, vermijden van dingen die aan het trauma doen denken, de neurofysiologie die de psychische processen regelt, verandert; denk bv maar aan de verhoogde adrenaline productie bij heftige schrik.

Wanneer een psychisch trauma te groot, te langdurig, of te vaak herhaald is, gaan de normale afweermechanismen tekort schieten.

Dat wat het slachtoffer overkomt is voor hem of haar niet meer te hanteren.

Dan kan men zich in de geest daarvoor gaan afsluiten; men doet bv alsof het een ander overkomt, alsof het je niet raakt omdat je ergens anders bent of dat je het vanaf een afstandje alleen maar ziet gebeuren.

Dit noemt men: dissociatie

In zekere zin doet iedereen dat wel eens, bv door alles langs je heen te laten gaan wanneer je erg moe bent, of “ automatisch” een lange, saaie route af te leggen.

Maar dat is niet te vergelijken met een pathologische vorm van dissociatie.

Wanneer dissociatie als gevolg van trauma's te vaak nodig is, wordt het een automatisme dat ongeweten plaats vindt. Het is dus niet iets dat bewust gedaan wordt!

In zo'n situatie zou je kunnen zeggen dat je geest zich terugtrekt van wat er gebeurt, terwijl er een stukje daarvan achterblijft dat de situatie meemaakt.

Het stuk dat zich heeft teruggetrokken, kan soms “meekijken” en weet dan dat het gebeurd is, maar beleeft het niet. Daarom kunnen mensen zo volkomen emotioneel over dergelijke gebeurtenissen vertellen als zij zich die herinneren.

Helaas maakt dat het verhaal voor omstanders vaak ongeloofwaardig, omdat zij zich niet kunnen indenken dat je “zomaar” over zulke erge dingen kunt praten.

Maar het kan ook voorkomen dat het stuk dat zich uit de situatie heeft teruggetrokken niet meekijkt; in dat geval zijn er geen bewuste herinneringen meer, maar de emoties en gevoelens van het afgesplitste deel beïnvloeden wel het gedrag en denken van de persoon, zonder dat deze weet wat er aan de hand is en waar de verschijnselen vandaan komen.

Wanneer de traumatische gebeurtenis zich vaak herhaalt, zoals bv bij misbruik of mishandeling, komt steeds hetzelfde stuk van de geest die bepaalde situatie voor zijn rekening nemen en wordt een deel dat losstaat van het “dagelijkse” bewustzijn. Er is een alter (deel persoonlijkheid) ontstaan.

Het altersysteem, taken van alters, switchen.

Binnen de persoonlijkheid kunnen twee tot zeer veel van zulke delen ontstaan. Omdat zulke delen hun eigen leeftijd, geslacht, smaak, wereldbeeld, religie en seksuele geaardheid kunnen hebben, lijkt het op het eerste gezicht alsof iemand uit meerdere personen bestaat.

Daarom werd dit fenomeen vroeger de meervoudige persoonlijkheidsstoornis genoemd. (MPS) Omdat men er nu achter is dat het gaat om de fragmentatie van de identiteit als gevolg van dissociatie heet het nu Dissociatieve identiteits Stoornis (DIS)

Binnen een persoon kunnen zich twee of meer delen ontwikkelen. Bij meer dan 100 delen spreekt men van polyfragmentatie.

Al deze delen hebben hun eigen taak en plaats in het systeem: Bewaren van emoties, zoals woede, verdriet of angst; bewaren van het verhaal van het trauma; het vervullen van bepaalde taken in het leven, zoals leren, een baan hebben, reizen, echtgenoot zijn, seksualiteit hanteren. Ook zijn er delen die andere, kwetsbare delen beschermen, delen die het gevoel bewaren, zoals pijn of vermoeidheid.

Daarnaast bestaan nog de zogenaamde dader- introjecten, dat zijn delen die als het ware de ideeën van de dader over het slachtoffer hebben overgenomen als een uiterste vorm van aanpassing om de persoon te beschermen. Zij kunnen zelf- destructief gedrag veroorzaken.

Al deze delen nemen van tijd tot tijd geheel of gedeeltelijk de controle over het lichaam en gedrag van de patiënt over.

Dit wisselen noemt men : switchen dit kost heel veel energie en veroorzaakt vaak hoofdpijn.

Het leven met DIS

In de praktijk betekent dit voor iemand , dat het leven nooit simpel is.

Door het switchen zitten er vaak gaten in de herinnering, want elk deel heeft zijn eigen geheugen. Soms zijn er groepen delen die gezamenlijk een taak uitvoeren en daardoor op de hoogte zijn van elkaars' bestaan, maar vaak is dat ook niet zo.

Wanneer er dan wordt geswitched weet iemand soms niet meer wat hij daarvoor heeft gedaan, waar men spullen heeft gelaten, waaraan het geld is uitgegeven of welke afspraken er zijn gemaakt.

Het bekendst zijn de spectaculaire verhalen over mensen die opeens ergens aankomen en niet weten hoe ze daar gekomen zijn, mensen die opeens als volwassene zich als een kind gaan gedragen of die opeens agressief worden.

Dit zijn allemaal dingen die voorkomen, maar bij het grootste deel van de mensen met DIS zijn de verschijnselen lang niet zo opvallend.

Mensen kunnen afwezig, wisselvallig of ongeconcentreerd lijken en voor anderen die hen goed kennen, kunnen er veranderingen in houding, manier van spreken of gezichtsuitdrukking zichtbaar zijn.

Het leven met Dis is een angstig en vermoeiend leven, omdat je nooit zeker weet of je even veel controle hebt als je denkt te hebben, of je geen dingen hebt toegezegd of afgesproken die je niet meer weet en of je in staat bent om te doen wat je hebt beloofd, omdat je het risico loopt te switchen naar een deel dat de benodigde vaardigheden mist.

Verder is het vaak zo dat er intern door heel veel delen tegelijk gereageerd wordt op wat er om je heen gebeurt, het is te vergelijken met een gesprek voeren terwijl er allerlei adviezen, commentaren, goed- en afkeuringen in je oor worden geschreeuwd , of er wordt bedreigd met straf, in de vorm van zelfbeschadiging, pijniging of uitputting door delen die het niet eens zijn met wat je doet.

Lichamelijk is er de extreme vermoeidheid, omdat er per gebeurtenis zoveel delen tegelijk kunnen reageren en allemaal de daarvoor benodigde energie opeisen en bovendien proberen meerdere delen tegelijk een dagprogramma uit te voeren in de veronderstelling dat zij de enige zijn die het lichaam gebruiken.

Daarnaast vragen de vele – vaak tegengestelde – emoties en de strijd daartussen, heel veel energie net als het switchen

Ook het handhaven van jezelf tegenover de oordelen van mensen om je heen vragen veel van je

Verder kan het zijn dat verschillende delen hun eigen lichamelijke kwalen hebben, die zich manifesteren wanneer zo'n deel op de voorgrond is. daarbij kun je bijvoorbeeld denken aan astma, allergieën, suikerziekte, verschillende oogsterkten, etc.

Ook spelen de verschillende spanningsklachten die zich kunnen voordoen een rol, mensen kunnen ook last hebben van chronische pijnen.

Bijvoorbeeld fibromialgie schijnt vaker voor te komen bij mensen die mishandeld zijn.

Functioneren met DIS

Uit het bovenstaande blijkt, dat er op veel gebieden problemen kunnen ontstaan, vooral wanneer nog niet bekend is wat er aan de hand is.

Doordat de verschillende delen ook verschillende vaardigheden hebben die afhankelijk zijn van hun taak in het systeem, kan het zijn dat bepaalde kennis of vaardigheden er soms wel en soms niet kunnen zijn. Daardoor kan het functioneren wisselend zijn bijvoorbeeld in werk of studie.

Ook op relationeel vlak zijn er genoeg mogelijkheden voor problemen.

Denk bv maar eens aan de mate van nabijheid die de verschillende delen kunnen verdragen.

Een deel dat is ontstaan als echtgenote kan behoefte hebben aan seksueel contact, maar een deel dat te maken heeft gehad met misbruik kan daarvan in paniek raken.

Of een deel dat heel sociaal kan zijn, kan zich heel goed vermaken op een feestje, maar een deel dat ontzettend depressief is, kan daar wanhopig van worden, een deel dat moeder is, kan rustig een spelletje doen met de kinderen, maar een deel dat denkt altijd te moeten werken, wordt daar bloednerveus van.

Dat de persoonlijke ontwikkeling is verstoord, mag duidelijk zijn, omdat mensen die DIS hebben ontwikkeld, jarenlang in zeer moeilijke situaties hebben geleefd, zodat het op een gezonde manier doorlopen van de ontwikkeling van baby tot volwassene onmogelijk was. Denk bv aan sociale vaardigheden, het bepalen en handhaven van grenzen en het omgaan met emoties.

Diagnose, therapie , terugval

De diagnose DIS is een moeilijk te stellen diagnose. Dat heeft verschillende redenen:

Er is een grote overlap met andere psychiatrische problemen, we kunnen bijvoorbeeld denken aan de borderline stoornis, eetstoornissen, depressieve stoornissen, angststoornissen.

Veel mensen kregen ook vaak de diagnose schizofrenie.

Vaak heeft men zelf ook niet precies door wat er aan de hand is: Als gevolg van dissociatie heeft de patiënt zelf ook geen helder beeld van de klachten, het ene deel weet niet wat het andere deel weet, en het ene deel heeft niet de klachten van het andere deel.

Daarbij komt dat men vanuit de omgeving vaak te horen heeft gekregen dat men lui, onbetrouwbaar, wisselvallig is of dat men simuleert, omdat de klachten en prestaties wisselend zijn. Omdat deze mensen vanaf hun vroege jeugd al hebben geleerd dat hun eigen waarneming en beleving ontkend worden, hechten zij daar zelf ook vaak geen waarde meer aan.

Daarnaast gebeurt het vaak dat mensen zich zelf niet bewust zijn van de alterwisselingen. Sommigen weten al van jongs af aan dat zij “met meer” zijn, maar heel vaak is dat ook niet het geval.

Doordat het altersysteem heel lang kan blijven functioneren als het in staat is om zich steeds weer aan een nieuwe situatie aan te passen, kunnen mensen met DIS soms heel lang op een hoog niveau functioneren.

Pas wanneer die aanpassing niet meer lukt, of wanneer door omstandigheden zoals ziekte, scheiding, verlies van baan of door uitputting de energie ontbreekt die nodig is om het functioneren in stand te houden, “storten mensen in”

Door bovengenoemde redenen zwerven mensen dan nog heel lang door de hulpverlening voordat de juiste diagnose gesteld wordt.

Op dat moment doet zich een nieuw probleem voor:

Het is nl verschrikkelijk moeilijk om de juiste hulp te krijgen, doordat er maar weinig hulpverleners zijn die met deze diagnose kunnen en willen werken, en die zitten vaak al zo overvol dat zij geen nieuwe mensen met DIS kunnen aannemen. Daarnaast is de behandeling hiervoor zeer langdurig en intensief zodat elke hulpverlener maar een beperkt aantal van deze mensen kan behandelen.

Ook kan er tegenwerking zijn vanuit het team waarin zo'n behandelaar werkt en wanneer het om een vrijgevestigde therapeut gaat is die vaak te duur doordat veel van deze patienten een laag inkomen hebben of hij zit te ver weg en zijn zij niet in staat om zelfstandig te reizen.

Verder is er dan nog de bekende discussie over het bestaan van de diagnose, hoewel deze wel in de DSM is opgenomen.

Het spreekt voor zich dat een patiënt zonder de juiste hulpverlening het ontzettend moeilijk kan hebben.

De hoofdlijnen voor de therapie op dit moment zijn de volgende:

1. Stabilisatie en symptoomreductie

Men moet leren om een regelmatige dagstructuur en een normaal dag en nacht ritme en eetpatroon op te bouwen

Het is belangrijk om een sociaal netwerk op te bouwen en een ander belangrijk punt is dat je leert zien op welke momenten je het risico loopt te gaan dissociëren en dat te leren beheersen.

Verder wordt er gewerkt aan spanningsregulatie, emotieregulatie en sociale vaardigheden en aan het opbouwen van een interne communicatie met de delen om weer greep te krijgen op het dagelijks leven en om te kunnen gaan met heftige emoties in het heden en uit het verleden en onderscheid te maken daartussen

Ook wordt aangeleerd om veilige plekken te creëren waar delen zich kunnen terugtrekken als zij iets niet aankunnen, bv reizen, tandartsbezoek of een medisch onderzoek

2. Werken aan de traumatische herinneringen.

Dit houdt niet automatisch in dat elke herinnering moet worden opgehaald en herbeleefd

Het gaat erom te leren omgaan met wat er gebeurd is en met wat de gevolgen daarvan zijn in het latere leven, maar ook met wat dit betekent voor de toekomst

Er wordt gewerkt aan het opbouwen van een samenwerking tussen de delen of- in het

gunstigste geval – integratie.

3. Tenslotte moet worden geleerd om te leven in de nieuwe situatie, dwz dus met een samenwerkingsverband tussen een aantal of alle delen, of als een geïntegreerd persoon. En niet meer te leven als patiënt of iemand met hulpverlening. Ook moet de vaak langdurige therapeutische relatie worden afgebouwd.

Deze fasen lopen vaak door elkaar. Na een heftig verlopen verwerking van een trauma moet soms weer opnieuw gestabiliseerd worden. Of na integratie blijkt er nog een onontdekt deel aanwezig te zijn.

Ook doorloopt niet iedereen alle fasen van de behandeling.

Het kan zijn dat iemands gezondheidstoestand, leeftijd, gezins- of werksituatie vraagt om alleen maar een stabiliserende behandeling

Of wanneer iemand een bepaald niveau van functioneren heeft bereikt met een voor hem of haar voldoende kwaliteit van leven, kan die ervoor kiezen niet nog jarenlang door te gaan met een zware therapie, maar verder te leven met een aantal acceptabele beperkingen.

Dit verschilt dus van persoon tot persoon.

Wanneer iemand na integratie twee jaar heeft geleefd zonder een terugval kan zich als genezen beschouwen

Wanneer dit niet gebeurt, blijft in principe de kans op terugval aanwezig, maar varieert met de mate waarin interne communicatie en controle bereikt is en in hoeverre het systeem heeft geleerd in het hier en nu te leven en conflicten intern op te lossen

Met een goed bestuurbaar altersysteem valt heel goed te leven. Vermoedelijk heeft dit zelfs voordelen. Problemen worden veroorzaakt doordat het systeem niet meer adequaat met de situatie in het hier en nu kan omgaan

Verantwoordelijkheden

Dit is een onderwerp waarover al veel is gediscussieerd.

Ik kan hier alleen mijn persoonlijke mening geven:

Iemand is verantwoordelijk voor datgene waarover hij of zij controle heeft.

Wanneer iemand psychotisch is en dat nog niet gediagnosticeerd en behandeld is, is die persoon niet verantwoordelijk als hij in die psychose iets vernield. Hij had geen controle op dat moment en had geen middel om dat controle verlies tegen te gaan.

Zijn hem echter antipsychotica voorgeschreven en weigert hij die in te nemen, dan is hij wel verantwoordelijk voor wat hij in die toestand doet.

Zo vind ik iemand met DIS die nog niet behandeld is of nog niet weet wat er aan de hand is, niet volledig verantwoordelijk voor wat hij in een veranderde bewustzijnstoestand doet.

Die verantwoordelijkheid ligt bij de mensen die de DIS veroorzaakt hebben door de mishandeling, verwaarlozing en/of het misbruik.

Heeft die persoon inmiddels een aantal middelen aangereikt gekregen om dat tegen te gaan en gebruikt hij die niet, dan is de verantwoordelijkheid weer wel bij hem.

Tenzij zijn omgeving hem dat onmogelijk maakt.

Zo hoorde ik bv eens dat een vrouw met een zwaar misbruikverleden opgenomen was en op een zaal met 5 mannen moest slapen, omdat men tegenwoordig gemengd mag verplegen.

Dat leidde uiteraard tot een heftig controleverlies in dat geval vind ik de afdeling verantwoordelijk en niet die vrouw.

Verder ben ik van mening dat ik wel verantwoordelijk ben voor wat ik doe , ook onder invloed van alters. Als ik onder invloed van een agressief deel een ruit ingooi, moet ik gewoon de schade betalen. En als mijn kinderen schade ondervinden van gezinsproblemen die het gevolg zijn van mijn stoornis, ben ik als ouder verplicht om hulp voor ze te zoeken. Maar ik ben niet verantwoordelijk voor het feit dat die problemen er zijn, wel voor wat ik ermee doe.

Om het naar de verpleegkundige situatie te trekken: Ik kan niet voorkomen dat ik switch in bepaalde situaties, maar ik ben wel verplicht om door te geven wat ik weet van de risico's op dat gebied en de mogelijkheid te bieden daar afspraken over te maken. Het is dan weer de verantwoordelijkheid van de verpleging wat zij daarmee doen.

Aandachtspunten voor de praktijk van de verpleegkundige

Ik zal een aantal dingen puntsgewijs bespreken:

Het opname gesprek

Wanneer men dit wenst, laat dan een vertrouwd persoon hierbij aanwezig zijn

Als het goed is heeft de patiënte, (meestal zal het om vrouwen gaan, maar er zijn ook mannen met DIS!!) al in de voorbereiding met de arts die haar opnam gesproken over haar DIS. Toch is het belangrijk om bij de opname nog een aantal dingen te noteren of te controleren of die genoteerd zijn: Bij voorbeeld

Zijn er bepaalde dingen die beslist niet mogen, zoals bv onverwacht een schouderklopje geven of bepaalde voorwerpen zonder aankondiging verplaatsen, zoals bv een speciale knuffel, of een houten voorwerpje.(Dit kan van een alter zijn die dit voor veiligheid bij zich heeft)

Op welke manier kan zij het beste uit een gedissocieerde toestand of nachtmerrie worden gehaald, bij welke naam moet zij dan worden aangesproken, wat is haar ervaring dat het beste helpt.

Zijn er mensen die niet geïnformeerd mogen worden over haar en is er een afspraak over wie in dat geval de enige contactpersoon is
Sommige mensen hebben nl nog te maken met voor hen gevaarlijke daders in hun omgeving.

Doorloop de te verwachten procedures tijdens de opname nogmaals.
Vertel hoe alles in zijn werk gaan en wat de normale gang van zaken op de afdeling is.
Wanneer er onverwachte dingen kunnen gebeuren bespreek dit dan ook

Maak afspraken over wat er gebeurt in crisis, bv interventie door een psychiater en wanneer er een eigen behandelaar is, bespreek dan het contact daarmee gedurende de opname en hoe te handelen bij crisis. Vraag naar mogelijke afspraken voor het handelen bij crisis

Misschien is het mogelijk dat de patiënte desgewenst voor de opname al een rondleiding over de afdeling heeft gehad, zodat de omgeving niet meer volkomen vreemd is, rookruimte, douches, toiletten, onderzoekkamer, een patientenkamer. Dit als het kan samen met een vertrouwd persoon, zodat die haar later kan "bijpraten over wat er getoond en gezegd is.
Wanneer zij dissocieert vallen er gaten in de herinnering, dit is een risico van elke stressvolle situatie of gebeurtenis.

Op de polikliniek

Ook hier geldt weer: Bespreek alles wat er(mogelijk) gaat gebeuren vooraf goed door en laat desgewenst iemand bij de patiënte blijven om gaten in de herinnering te kunnen opvullen.

Vertel en laat zo veel mogelijk zien wat er gaat gebeuren, wie daarbij betrokken zal zijn, hoe lang het ongeveer zal duren en wat de bedoeling van de handelingen is.

Wanneer dat rust geeft, laat iemand dan bepaalde voorwerpjes waarmee ze zich veilig voelen bij zich houden

Haal nooit opeens een tas of iets anders weg om het even uit de weg te zetten, maar vraag erom en zeg waarvoor het nodig is.

Zet afspraken en conclusies altijd op papier en geef ze mee.

Wanneer iemand alleen komt en bv langs verschillende afdelingen moet, zoals röntgen en bloedprikken, vraag dan of er iemand mee moet, als de patiënt het risico loopt te gaan dwalen door het ziekenhuis.

Zorg ervoor dat deze mensen niet eerst door een of meer assistenten en daarna nog eens door een arts gezien hoeven te worden

Zorg ervoor dat als iemand moet wachten tussen delen van een onderzoek, zij gekleed of afgedekt is. Helaas is dit niet vanzelfsprekend heb ik ervaren.

Gedurende de opname.

Maak duidelijke afspraken over de aanwezigheid en nabijheid van medepatiënten. Het is nu eenmaal niet mogelijk om iedereen een eigen kamer te geven en als dit niet kan, maak het dan zo veilig mogelijk, door het bv serieus te nemen als men aangeeft dat zij geen behoefte heeft aan teveel contact met de kamergenoten.

Leg iemand met een misbruikgeschiedenis niet op de kamer met mensen van het zelfde geslacht als de dader(s)

Geef, voor zover de behandeling dat toelaat de gelegenheid om bepaalde voorwerpen, knuffels, een eigen kussentje of kussensloop te gebruiken of bij zich te houden. Als dit niet kan, leg dan uit waarom dat zo is en zoek samen naar een alternatief.

Probeer niet geïrriteerd te reageren op wisselend gedrag, bv mopperen op eten wat de dag daarvoor juist werd gevraagd, maar blijf rustig. Om bij het voorbeeld van het eten te blijven: Waar de ene alter dol op is, kan de ander soms niet luchten of zien. Het is geen dwarsliggen.

Houd er bij de lichamelijke verzorging rekening mee dat je alles wat je gaat doen vooraf zegt en stel je op de hoogte van wat iemand wel of niet kan hebben, bv hoe iemand wordt vastgepakt of aangeraakt bij het overeind helpen en of iemand bv vaste "rituelen" heeft daarbij, bv in paniek raken als een bril te ver weg wordt gelegd.

Dit zou vanzelfsprekend moeten zijn, maar is het helaas niet, dek altijd het gedeelte van het lichaam dat niet wordt gewassen af met het laken of een handdoek!!

Overtuig je er ook van dat iemand goed wakker is voordat je die aanraakt, bv om een thermometer te geven.

Laat bij wondverzorging ook duidelijk weten of iets zeer kan doen.

Houd er rekening mee dat sommige alters 's nachts actief kunnen zijn, al of niet met medeweten van de betrokkene.

Bespreek vooraf hoe daarmee omgegaan kan worden.

Ook kunnen verschillende angsten, desoriëntatie en onrust in de nacht erg opspelen.

Veel mensen die met misbruik te maken hebben gehad, is dit in de nacht of avond overkomen, wat hen op die tijden erg onrustig kan maken.

Het kan dan een hoop narigheid voorkomen als ze de gelegenheid krijgen om even iets te drinken, een praatje te maken, een sigaretje te roken of een klein nachtlampje aan te hebben

Bereid elk onderzoek goed voor door de gang van zaken vooraf te doorlopen en uit te leggen wat er gaat gebeuren en wat men kan verwachten(vervoerders, assistenten, laboranten of andere onderzoekers, wachttijden om weer terug gebracht te worden, evt misselijkheid, pijn of duizeligheid na afloop, plat moeten liggen etc.)

Laat als het kan ook weer iemand bij de patiënt blijven en meegaan ter geruststelling en om gaten in het geheugen op te vullen.

Zorg dat de medewerkers op de andere afdelingen waar de onderzoeken plaats vinden goed geïnformeerd zijn over de juiste benadering en ,mogelijke reacties.

Controleer na afloop of de patiënte niet gedissocieerd is en heeft begrepen wat er is gebeurd. Zet zo nodig de informatie over wat er is gedaan, afgesproken of besproken op papier, zodat de persoon de gelegenheid heeft om dit zelf met het bezoek te kunnen bespreken.

Het gevoel van eigenwaarde is meestal al niet groot, dus spaar dat zoveel mogelijk.

Wanneer iemand veel geheugenproblemen heeft of erg dissocieert, kan het helpen om duidelijk zichtbare schema's, dagindeling, datum en plaats, afspraken etc, op te hangen.

Dit helpt om de oriëntatie in tijd, plaats en situatie op peil te houden.

Probeer de patiënt zo veel mogelijk te laten helpen door dezelfde mensen en als zij van dienst wisselen, vooral in de nachtdienst, zorg dan voor een duidelijke aankondiging van de wisseling en dat er duidelijk wordt voorgesteld wie wie is

Alles wat het gevoel van veiligheid verhoogt en de duidelijkheid vergroot, vermindert het risico van dissociëren

Al deze dingen lijken op het eerste gezicht erg tijdrovend en omslachtig, maar bedenk dat het veel meer tijd en energie kost om iemand steeds uit een herbeleving of dissociatieve toestand te moeten halen. Bovendien maakt dat het voor de patiënt onnodig zwaar en onrustig voor de medepatiënten

Eigen rapportage

Houd er rekening mee dat iemand met DIS niet altijd in staat is om de klachten of symptomen goed te beschrijven, omdat niet alle delen die kunnen waarnemen. Verschillende klachten kunnen soms wel en soms niet aanwezig zijn.

Ook regeren delen verschillend op medicatie. Bv slaapmedicatie of pijnstillers kunnen bij het ene deel een knock-out effect geven en bij het andere deel absoluut niets doen of juist averechts werken. Er is dan dus geen sprake van onwil of aanstellerij!!

Ook vermoeidheid of pijn kunnen aanwezig zijn en zelfs zeer ernstig als er medisch gezien geen aanleiding voor lijkt te zijn.

Over pijn:

Er kunnen delen zijn die absoluut geen pijn voelen, maar ook delen die er juist overgevoelig voor zijn.

Aanwezige pijn kan te maken hebben met de reden van opname, maar ook met spanningsklachten, pijn van delen, of chronische pijn van de “hele” persoon.

Verder is er dan nog de pijn als gevolg van de lichaamsherinneringen: Pijn van vroeger die het lichaam heeft “onthouden” en nu voelbaar maakt

Verder kunnen delen in paniek raken door pijn, omdat die hen herinnert aan eerder ondergane pijn. Dat heeft dus niets te maken met kinderachtig zijn.

Specifieke problemen als gevolg van DIS

Switchen, herbelevingen, nachtmerries.

Het switchen gebeurt als een deel een taak moet uitvoeren die het deel dat op zo'n moment op de voorgrond is, niet aankan volgens de kennis die in het altersysteem aanwezig is.

Bij voorbeeld, wanneer iemand een gynaecologisch onderzoek moet ondergaan, of iemand wordt uitgekled om hem of haar te wassen, kan een deel in het systeem denken dat het misbruik zich herhaalt en in reactie daarop kan een angstig of agressief deel het lichaam overnemen, dwz op de voorgrond komen en het gedrag gaan bepalen

Of wanneer iemand lang moet wachten nadat die gebeld heeft, kan een deel dat te maken heeft gehad met verwaarlozing heel verdrietig worden.

Voor iemand die niet weet wat er op zo'n moment gebeurt, komt dit heel vreemd over, ken je de context in grote lijnen, dan kun je daar met begrip op reageren en zo voorkomen dat de situatie escaleert

Wanneer iemand in een herbeleving zit, maakt die een situatie van vroeger weer door in de overtuiging dat men zich in die situatie bevindt.

Delen die deze herinneringen bewaren, kennen niet het verschil tussen vroeger en nu

Er kan sprake zijn van een volledige herbeleving, waarbij de persoon helemaal “weg” is, en er kan sprake zijn van een gedeeltelijke herbeleving waarbij de persoon, geuren, aanrakingen, pijn, geluiden etc. ervaart die behoren bij een vroeger trauma.

Triggers

Een trigger is iets wat de herinnering aan een eerder trauma of een hele of gedeeltelijke herbeleving kan activeren.

In principe kan dit alles zijn, een geluid, geur, voorwerp, stembuiging, de vorm van iemands neus of haarlijn, de kleur van een gordijn, de manier waarop iemand loopt. noem maar op.

Dit komt doordat de herinnering aan dat soort elementen binnen een traumatische ervaring of situatie ligt opgeslagen in de alters.

Deze herinneringen zijn nooit verwerkt en daardoor opgenomen in het eigen geschiedenisverhaal van de persoon.

Zij liggen als een soort tijdbom opgeslagen en kunnen de explosie veroorzaken in de vorm van een reactie van zo'n alter die de aanwezigheid van een gevaar meent te herkennen.

De personen die een dergelijke reactie oproepen, kunnen daar zelf niets aan doen

Het is echter wel zaak om deze dingen serieus te nemen, om daardoor crisis situaties te voorkomen.

Wanneer iemand dus triggert op een persoon, moet hij dus niet door die persoon verzorgd worden, al moet diegene zich dat zelf absoluut niet aanrekenen.

Ik ben me er nl wel van bewust dat het pijnlijk is als je bij iemand zo'n heftige reactie oproept

Wat zie je ervan en hoe ga je ermee om

Wanneer iemand geswitched of gedissocieerd is, kun je dat aan een aantal dingen merken: Er kunnen veranderingen zijn in gedrag, lichaamshouding, spraak, stem of manier van kijken. Er kan commentaar komen op dingen die eerder geen probleem waren, bv het eten of de wachttijd na het bellen, of de inrichting van de kamer.

Ook kan iemand opeens anders reageren op de mensen om hen heen
Soms gebruikt iemand opeens een andere naam.

De oogopslag of manier van kijken kan veranderd zijn, iemand kan er bv heek “wazig “ uitzien of niet goed aanspreekbaar zijn

Ik weet van mezelf dat ik dan vaak op alles reageer met “Ik weet het niet” Dan weet ik ook inderdaad niets meer.

Er kan ook een heftige stemmingswisseling zijn, paniek of desorientatie
Dit kan ook het geval zijn na het ontwaken uit een nachtmerrie

Het is dan van belang om heel rustig te zijn en de persoon helder en duidelijk bij de naam te noemen en te zeggen waar ze is, waarom ze daar is en wat voor jaar en datum het is.

Raak iemand nooit zomaar aan in zo’n toestand, dat kan heftige reacties oproepen.!

Blijf tegen haar praten en wijs haar op de voorwerpen in de kamer

Wanneer je haar kunt bereiken, laat haar dan haar voeten op de grond zetten of de bedrand vastpakken om weer in contact te komen met zichzelf in het hier en nu.

Probeer oogcontact te maken en te houden.

Je kunt vragen of ze je een hand wil geven en je hand aanbieden, maar pak nooit zelf de hand vast.

Soms wil iemand daarna vastgehouden worden en kan ze gaan huilen of vertellen.

Wanneer je merkt dat ze praat als een jong kind,, vertel dan dat de dingen waar ze nu aan denkt vroeger gebeurden, maar nu niet meer, dat ze nu groot is en dat ze in het ziekenhuis is omdat,...enz

Blijft ze een andere naam gebruiken, zeg dan dat je graag wilt spreken met...(eigen naam)
En vraag of die er nu mag komen.

Overtuig je ervan dat ze weer helemaal “terug” is voordat je haar alleen laat en laat zo nodig een lichtje branden en even iets drinken als ze dat wil. Ga nog een paar keer kijken of alles O.K. is erna.

Zelfbeschadiging

Dit is zowel voor de verpleging als voor de patiënt een moeilijk onderwerp

Wanneer dit gebeurt, is het altijd een signaal dat hij of zij het erg moeilijk heeft gehad op dat moment.

Er kunnen verschillende aanleidingen zijn:

Geen contact met het lichaam hebben en pogen er weer in terug te komen

“Straf” door alters voor het overtreden van een intern “verbod”, bv hulp zoeken, praten over dingen die gebeurd zijn of proberen goed voor jezelf te zorgen

Afreageren van hevige spanning

Pijn veroorzaken om de nog ergere pijn uit het verleden niet te hoeven voelen.

Een poging van delen om het lichaam te vernietigen omdat zij denken dat dat de problemen oplost

Hieruit blijkt dus dat de straffende benadering van sommige hulpverleners volkomen onterecht is.

Er zijn verhalen bekend van mensen die hulp geweigerd werd nadat ze zichzelf beschadigd hadden, of hulpverleners die de behandeling van de ontstane verwondingen extra pijnlijk maakten als straf, bv door te hechten zonder verdoving

Dit alles vanuit het standpunt dat men dan wel zou afleren om het expres te doen.

Wanneer je de oorzaken kent, kan iedereen weten dat niemand zoiets “zomaar” doet, maar dat men dan ernstig in nood verkeert.

Het beste is om dit heel rustig en niet straffend te verzorgen. Wel kan men aangeven dat het voor jou ook heel erg is om te zien dat iemand zich zo'n pijn doet, maar doe dit nooit beschuldigend.

Wanneer iemand zich nog in gedissocieerde toestand bevindt kan het nodig zijn om eerst toestemming te krijgen om de verwondingen te verzorgen, dit om opnieuw heftige reacties te voorkomen.

Begeleiding van het ontslag

Bereid dit ruim van tevoren voor, dus niet bij het middageten zeggen: met het bezoek mag je naar huis.

Evalueer wat er tijdens de opname is gedaan en bereikt en ga na of er opvang is.

Wie komt de patiënt halen, weet je zeker dat de vervolgafspraken op papier staan en goed begrepen zijn.

Zijn eventuele veranderingen in het medicijngebruik goed duidelijk

Is de eventuele thuiszorg goed geregeld en is die op de hoogte van de bijkomende problematiek

Tenslotte

Wanneer je merkt dat de verzorging van deze patiënten veel van je vraagt of bij je oproept, zorg dan voor ondersteuning, een uitlaatklep, dat is belangrijk om je werk goed te kunnen doen, maar ook voor jezelf

Evalueer regelmatig met je collega's de gang van zaken en de dingen waar je tegenaan loopt