

Diagnostiek en behandeling van dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten: Slapende honden? Wakker maken!

Arianne Struik

Inleiding

Het herkennen, diagnosticeren en behandelen van dissociatie en dissociatieve stoornissen bij kinderen staat nog in de kinderschoenen en de wetenschappelijke literatuur bestaat uit gevalsbeschrijvingen (Perry & Szalavitz, 2006; Silberg, 1998; 2013; Waters, 2005; Wieland, 2011). De zienswijzen op de behandeling van deze kinderen lopen in de verschillende landen erg uiteen en zijn veelal gebaseerd op de klinische ervaring van therapeuten die volwassenen met dissociatieve stoornissen behandelen.

De International Society for the Study of Trauma and Dissociation heeft richtlijnen opgesteld voor diagnostiek en behandeling (ISSTD, 2003) die voornamelijk *practice based* zijn. Dit jaar verschijnt de richtlijn van de Europese tak van de ISSTD, de ESTD (ESTD, 2013), die op sommige punten wel verschilt van de ISSTD-richtlijn: de Europese richtlijnen hebben het standpunt dat stabilisatie een middel is om zo snel mogelijk te komen tot traumaverwerking, daar waar de ISSTD-richtlijnen langer tijd nemen voor stabilisatie en dat ook als een doel op zich zien. Daarnaast wordt in de ESTD-richtlijnen EMDR aanbevolen als methode voor traumaverwerking.

De methode die in dit artikel uiteen wordt gezet, voorafgegaan door een theoretisch kader, is voor deze groep kinderen ontwikkeld vanuit ruime klinische ervaring binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het gedeelte 'behandeling' van de ESTD-richtlijnen is op deze methode gebaseerd. De effectiviteit van deze methode wordt momenteel in een pilotstudie onderzocht.

Theoretisch kader

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat er een samenhang is tussen de aanwezigheid van dissociatieve symptomen bij kinderen en traumatische ervaringen (Coons, 1996; Dell & Eisenhower, 1990; Hornstein & Putnam, 1992), verwaarlozing (Brunner e.a., 2000; Ogawa e.a., 1997), afwijzing en inconsistent gedrag van verzorgers (Mann & Sanders, 1994) en

traumatiserende lichamelijke ervaringen en traumatiserende medische behandeling (Stolbach, 2005). In de praktijk wordt dissociatie steeds beter herkend bij kinderen die in pleeggezinnen of residentiële voorzieningen wonen, bij kinderen die op jonge leeftijd pijnlijke of ingrijpende medische handelingen hebben moeten ondergaan, en bij geadopteerde kinderen. Geadopteerde kinderen kunnen in het land van herkomst medische trauma's hebben opgelopen doordat ze pijnlijke medische behandelingen hebben ondergaan, ook nog zonder hechtingsfiguur om hen te troosten en nabijheid te bieden.

Er worden in de literatuur verschillende theoretische modellen genoemd: de hechtingstheorie van Bowlby (1988), het ego state-model (Watkins & Watkins, 1979; 1993), het behavioral state-model (Putnam, 1997), het disorganised attachment-model (Liotti, 1999; 2006), het integrative developmental-model (Silberg, 2013) en het model van structurele dissociatie (Van der Hart e.a., 2006). Voor geen van deze modellen is echter voldoende wetenschappelijke onderbouwing door onderzoek dat is uitgevoerd bij kinderen, en geen van die modellen biedt voldoende kader voor het opzetten van een behandeling bij kinderen.

De methode Slapende honden? Wakker maken! (Struik, 2010) is ontwikkeld voor de behandeling van chronisch getraumatiseerde kinderen waaronder ook kinderen die dissociëren en een dissociatieve stoornis hebben. Deze methode is gebaseerd op een integratie van de verschillende theoretische modellen, met name de theorie over structurele dissociatie (Van der Hart e.a., 2006). Onderzoekresultaten, bij volwassenen (Reinders e.a., 2003; 2006; 2012; Schlumpf e.a., 2013) lijken dit model te ondersteunen. Dit model beschrijft hoe de verstoringen in de persoonlijkheidsontwikkeling van volwassenen met een dissociatieve stoornis al op zeer jonge leeftijd ontstaan en zich ontwikkelen. Dat maakt het aannemelijk dat dit model ook van toepassing is op kinderen en zo wordt het in toenemende mate in de praktijk ook gebruikt (Wieland, 2011; Gomez, 2013).

Dissociatie

Oorspronkelijk werd met de term dissociatie uitsluitend de structurele dissociatie van de persoonlijkheid aangeduid. In de loop der jaren is men de term echter ook gaan gebruiken voor een verminderd bewustzijn. Dat zorgt voor verwarring omdat verminderd bewustzijn en structurele dissociatie twee verschillende dingen zijn. De term dissociatie wordt in dit artikel gebruikt om een verminderd bewustzijn aan te duiden. Van der Hart e.a. (2006) omschrijven dissociatie als een psychologisch overlevingsmechanisme en bij veel

vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen komt dit voor tijdens de traumatiserende gebeurtenis. Doordat het kind zichzelf verdooft of als het ware ‘even weg is’, voelt het niets. Als het kind tijdens een gebeurtenis gedissocieerd is, heeft het in zijn bewustzijn geen herinnering aan die gebeurtenis. Een kind kan ook partieel dissociëren tijdens een ervaring; het maakt de ervaring wel mee, maar voelt bijvoorbeeld geen emoties of lichaams-sensaties of kijkt vanaf een afstand naar zichzelf. Het kind kan na afloop de ervaring wel navertellen, maar er is geheugenverlies voor de traumatische gevoelens en sensaties.

Als de stress te hoog oploopt kan het lichaam daarop reageren met een actieve toestand (hyperarousal) om aan het gevaar te ontsnappen of met een passieve toestand (hypo-arousal). Kinderen die in een toestand van hyperarousal dissociëren kunnen heel boos of angstig zijn, wegvluchten of anderen aanvallen. Ze maken een hyperalerte indruk en zijn dan vaak niet meer bereikbaar of aanspreekbaar. Ze kunnen herbelevingen hebben, hardop praten of het idee hebben dat ze in het verleden zijn. Ze kunnen personen en locaties soms niet herkennen. Een kind dat dissocieert en in een toestand van hypo-arousal is kan verdoofd zijn en niets meer voelen. Het kind kan niet meer nadenken en het gevoel hebben het lichaam te verlaten. Die kinderen zien er als verlamd of robotachtig uit en er wordt soms gedacht dat ze absences of epilepsie hebben.

Helaas is het dissociëren tijdens een trauma op de lange termijn niet zo effectief, want de gedissocieerde ervaringen komen vaak in de vorm van herbelevingen terug. Door de herbeleving komt het lichaam opnieuw in een toestand van hyper- of hypo-arousal, net als toen het trauma plaatsvond. Dit gebeurt dan uitsluitend door de herinnering aan gevaar, terwijl er feitelijk geen gevaar dreigt. Als het kind zo’n herbeleving krijgt en het de stress die dat oproept niet kan verdragen, dan dissocieert het kind opnieuw. Dissociatie kan dus zowel voorkomen tijdens een traumatiserende gebeurtenis, als in het dagelijks leven als het kind geconfronteerd wordt met een trigger die hem doet denken aan een traumatiserende gebeurtenis.

Dissociatie is een primitieve manier van omgaan met heftige emoties en stress. Bij jonge kinderen komt vaak dissociatie voor. Als een kind eenmaal gewend raakt aan het dissociëren dan kan dat ook op latere leeftijd een gewoonte blijven. Daardoor leren deze kinderen niet hoe zij met emoties of spanning omgaan en kunnen ze bij iets wat in onze ogen onbelangrijk is, al dissociëren. Toen ik kennismaakte met de zesjarige Joy dissocieerde ze al toen ze mij de hand schudde. Het duurde dertig seconden voordat ze weer aanspreekbaar was.

Structurele dissociatie

Als kinderen al op jonge leeftijd langdurig gedwongen zijn om te overleven door dissociatie, kan dat de integratieve functies zo verstoren dat er structurele dissociatie van de persoonlijkheid ontstaat. Deze kinderen moeten gelijktijdig actief zijn met taken in het dagelijks leven en met taken die betrekking hebben op de verdediging. Daardoor werken die elkaar tegen. Als gelijktijdige activering van tegengestelde taken voor langere tijd noodzakelijk is, dan is een strikte scheiding tussen twee systemen – oftewel een structurele dissociatie van de persoonlijkheid – de oplossing. Als door die verstoring van de integratieve functies, de samenhang en het ‘overzicht’ en ‘contact’ tussen verschillende aspecten van de persoonlijkheid zijn ontworcht, is er sprake van structurele dissociatie (Van der Hart e.a., 2006). De persoonlijkheid en het bewustzijn worden dan in één of meerdere delen opgedeeld.

Als er sprake is van structurele dissociatie is het kind afwisselend in verschillende toestanden, afhankelijk van wat er om hem heen gebeurt. Een kind dat misbruikt wordt kan switchen van het deel van het dagelijks leven (dagelijkslevendeel genoemd) naar het deel verdediging (verdedigingsdeel genoemd); dat deel maakt het misbruik mee. Tussen die delen van de persoonlijkheid kan in meer of mindere mate geheugenverlies zijn; het ene deel van het kind weet niet dat er ook nog een ander deel is en wat dat deel meemaakt. Het deel dat het misbruik meemaakt, weet niet dat er ook situaties zijn waarin het kind niet misbruikt wordt. Dat deel kent alleen misbruik-situaties en interpreteert alle andere situaties ook zo. Doordat het dagelijkslevendeel geheugenverlies heeft voor het verdedigingsdeel dat het misbruik heeft meegemaakt, kan het kind bijvoorbeeld gewoon blijven spelen, naar school gaan en met zijn ouders omgaan. Dat deel weet niet wat voor vreselijke dingen zijn ouders hem aandoen en kan hen blijven zien als goede ouders. Zo kunnen er nog meer delen ontstaan die naast elkaar bestaan, maar het zijn allemaal delen van hetzelfde kind.

Het kind kan de delen van zijn persoonlijkheid beleven als verschillende personen. Doordat het kind gelooft dat een andere persoon die nare dingen heeft meegemaakt kan hij blijven geloven dat hem niets is overkomen. Sommige volwassenen met dissociatieve stoornissen geven de delen zelfs namen en een andere verschijningsvorm (blond haar in plaats van bruin; mannelijk in plaats van vrouwelijk) en vaak zijn er delen van het kind die zich jonger of ouder voelen dan het kind werkelijk is. Bij jonge kinderen zijn de delen van de persoonlijkheid nog weinig gedifferentieerd. Naarmate een kind ouder wordt en er langer sprake is van structurele dissociatie wordt de fobie voor de delen groter en dus ook de differentiatie van de delen. Het

geheugenverlies kan worden doorbroken door een herbeleving. Dat is heel bangstigend voor het kind. Het kind wil en kan niet onder ogen zien wat hij heeft meegemaakt.

Dissociatieve stoornis

Bij kinderen met een dissociatieve stoornis is er sprake van structurele dissociatie in meer of mindere mate. Een dissociatieve stoornis is een stoornis die van invloed is op alle ontwikkelingsgebieden (emotioneel, sociaal, cognitief, lichamelijk). De symptomen kunnen alleen gemaskeerd zijn doordat het dagelijkslevendeel ogenschijnlijk normaal functioneert. Om te overleven is deze deling van de persoonlijkheid een effectieve strategie, maar er zitten ook nadelen aan. De verdedigingsdelen kunnen bijvoorbeeld, vanuit hun vechtreactie, agressief zijn, terwijl een dagelijkslevendeel daar niets van weet. Het ene deel van het kind wordt geconfronteerd met gedrag waarvoor het andere deel verantwoordelijk is. Als er een ander deel in het bewustzijn is geweest, kan het kind het gevoel hebben tijd kwijt te zijn. Het kind weet niet wat het gedaan heeft in de tijd die verstreken is. Het kind kan ervan beschuldigd worden glashard te liegen en te ontkennen dat het bijvoorbeeld gespeeld van andere kinderen gestolen of kapot gemaakt heeft. Het kind ontkent dit echter, omdat het het echt niet meer weet. Het kind heeft een gat in zijn geheugen, is 'tijd kwijt'. Er is een verschil tussen kinderen die niet willen weten wat ze gedaan hebben en kinderen met een dissociatieve stoornis die het écht niet meer weten. Deze kinderen hebben het gevoel bestraft en beschuldigd te worden, terwijl ze in hun ogen niets verkeerd gedaan hebben. Vaak vertellen deze kinderen niet wat er bij hen van binnen gebeurt. Deze kinderen zijn ingesteld op het zich aanpassen en niet opvallen. Ze proberen alles wat de dissociatie kan verraden, te verbergen en rapporteren niet snel hun klachten, ook niet als er naar gevraagd wordt en dat lukt hen vaak erg goed.

Een dissociatieve stoornis heeft ook altijd een ernstige verstoring van de hechting tot gevolg. Als een kind dissocieert dan zoekt het geen steun of hulp bij het reguleren van stress of gevaar maar trekt zich terug uit contact. Het brein en het lichaam van kinderen met een dissociatieve stoornis zijn voortdurend in een toestand van verdediging door een gevoel van extreme onveiligheid en stress. Ze kunnen soms jaren in een veilige omgeving zijn, terwijl hun hechtingsgedrag niet verandert; ze blijven de ander het gevoel geven inwisselbaar te zijn. Dat komt omdat zij gedeeltelijk in het verleden leven en er daardoor continu re-traumatisering plaatsvindt. Ervaringen met veiligheid leiden niet tot afname van de verdedigingsreactie omdat het

verdedigingsdeel die ervaringen niet heeft (die heeft namelijk alleen het dagelijkslevendeel) en dus ook niet kan integreren.

Mijn ervaring is dat dissociatieve stoornissen bij kinderen regelmatig samengaan met een dissociatieve stoornis bij een ouder of beide ouders, soms zelfs ook bij (over)grootouders. De neiging tot dissociatie als overlevingsstrategie zou mogelijk een genetische component kunnen bevatten. Daarnaast is het voor een kind een logische strategie om zich wisselend op te stellen als reactie op de verschillende delen van de ouder zoals een onderdanige reactie op het boze deel van de ouder of een verzorgend deel als reactie op het kind deel van de ouder (Liotti, 2009).

Diagnostiek

Bij kinderen kunnen dissociatieve stoornissen voorkomen, zoals een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) en een dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (DS-NAO). De DSM-IV classificatie, welke vooral op volwassenen is gebaseerd, is als volgt:

Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS; vroeger Meervoudige Persoonlijkheidsstoornis)

De aanwezigheid van twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden (elk met een eigen betrekkelijk langdurig patroon van het waarnemen van, het omgaan met en het denken over de omgeving en zichzelf).

Ten minste twee van deze identiteiten of persoonlijkheidstoestanden bepalen geregeld het gedrag van betrokkene.

Een onvermogen om zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren dat te uitgebreid is om verklaard te worden door gewone vergeetachtigheid.

De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld black-outs of chaotisch gedrag tijdens een alcohol-intoxicatie) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld complexe partiële insulten). NB.: bij kinderen zijn de symptomen niet toe te schrijven aan denkbeeldige speelkameraadjes of andere fantasiespelletjes.

Dissociatieve stoornis NAO (Niet Anderszins Omschreven)

Deze categorie is opgenomen voor stoornissen waarbij het belangrijkste kenmerk een dissociatief symptoom is (dat wil zeggen een verstoring van de gewoonlijk geïntegreerde functies van bewustzijn, geheugen, identiteit of

waarneming van de omgeving) dat niet voldoet aan de criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis.

Klinische praktijk

Bij vermoedens van (structurele) dissociatie en dissociatieve stoornissen wordt in de praktijk gekeken naar drie elementen. Allereerst de dissociatieve symptomen zoals wisselend presteren en functioneren, regressie, heftige emoties of niets voelen, aversie tegen emoties, amnesie, herbelevingen, slechte integratieve vermogens en leerproblemen. Hiervoor kunnen vragenlijsten worden gebruikt (zie verderop). Daarnaast wordt gekeken naar de hechtingsrelaties van het kind en naar het verloop en effect van behandeling. Als kinderen behandelingen hebben ondergaan die niet effectief waren zonder dat daar een aanwijsbare reden voor is, dient men alert te zijn op een dissociatieve stoornis.

Naast het huidige functioneren wordt ook altijd het functioneren in het verleden en het verloop van klachten in kaart gebracht. Reden daarvoor is dat dissociatieve symptomen lange tijd kunnen zijn en getriggerd kunnen worden door zaken die het kind herinneren aan traumatiserende gebeurtenissen. Kinderen die in een pleeggezin wonen en hun biologische ouder lange tijd niet gezien hebben, kunnen ogenschijnlijk goed functioneren. Maar als ze na jaren hun ouder weer ontmoeten of een kaartje van hun ouder ontvangen, dan komen nachtmerries, black-outs, woedeaanvallen of seksueel grensoverschrijdend gedrag ineens weer terug. Ook kinderen die lange tijd in een leefgroep wonen omdat ze in een pleeggezin niet te hanteren waren, kunnen ogenschijnlijk vrij zijn van dissociatieve symptomen. Als ze dan worden doorgeplaatst naar een gezinshuis of pleeggezin, kunnen die symptomen echter na jaren ineens weer terugkeren. Dat kan een aanwijzing zijn voor dissociatieve problematiek. Ik vermoed dat er vooral binnen de residentiële jeugdzorg heel veel kinderen met een niet onderkende dissociatieve stoornis onbehandeld blijven.

Het in kaart brengen van deze kinderen vergt veel tijd. Het is noodzakelijk om een uitgebreide dossierstudie te doen en vaak ook contact te zoeken met oud-behandelaren en ex-pleegouders of verzorgers. De wijze waarop zij over het kind praten geeft weer informatie over de hechtingsrelatie die ze met het kind hadden en de overdracht/ tegenoverdracht van het kind destijds. Deze inspanning loont wel en met name de informatie van jaren terug blijkt vaak erg waardevol. Aan de hand van een checklist (Struik Dissociation Investigation Checklist, 2013) kan alle verkregen informatie worden geordend.

Vragenlijsten en/of interviews

Vragenlijsten die kunnen worden gebruikt om symptomen in kaart te brengen zijn: de Trauma Symptom Vragenlijst voor kinderen (TSCC; Briere, 1996), de Trauma Symptom Vragenlijst voor jonge kinderen (TSCYC; Briere, 2005), de Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, 1993), de Child Dissociative Experiences Scale (CDES; Stolbach, 1986) en de Child/Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES; Armstrong e.a., 1997; Farrington e.a., 2001; Smith & Carlson, 1996; Seeley e.a., 2004). Naast de dissociatieve symptomen dienen ook de hechtingsrelaties van het kind in kaart te worden gebracht. Kinderen met dissociatieve stoornissen hechten zich oppervlakkig en verzorgers voelen zich inwisselbaar. De Lijst Signalen van Verstoorde Gehechtheidsgedrag (Boris & Zeanah, 2005; Stor & Storsbergen, 2006) of het Disturbance of Attachment Interview (DAI; Smyke & Zeanah, 1999) kunnen worden gebruikt als hulpmiddel. Deze testen zijn in het Nederlands vertaald (niet uitgegeven) en er wordt gebruikgemaakt van de Amerikaanse of Engelse normen, met uitzondering van de DAI welke nog geen handleiding of normen heeft.

Procesdiagnostiek en observaties

De diagnose dissociatieve stoornissen kan bij een kind het beste als voorlopige diagnose worden gesteld omdat het lastig is om de binnenwereld van het kind meteen goed in kaart te brengen. Het verloop van behandeling, observaties en effecten kunnen dan worden gebruikt om de hypothese te bevestigen.

Behandeling

Uitgangspunten

Voor chronisch getraumatiseerde kinderen, dus ook voor kinderen met een dissociatieve stoornis, wordt het gefaseerde model (Herman, 1992) van behandeling gebruikt (ISSTD, 2003; ESTD, 2013) met een fase van stabilisatie, traumaverwerking en integratie. Tijdens de verschillende fasen kan het nodig zijn om tijdelijk terug te gaan naar een eerdere fase.

Dissociatie en een dissociatieve stoornis zijn het gevolg van niet-verwerkte traumatische herinneringen (waarbij trauma in brede zin bedoeld wordt en dus ook bijvoorbeeld verwaarlozing) van een kind. In mijn ogen is het belangrijkste doel van behandeling dan ook om zo snel mogelijk te komen tot traumaverwerking, integratie van alle delen van de persoonlijkheid en het opheffen van de dissociatie en dissociatieve stoornis. De stabilisatiefase is zo kort mogelijk en erop gericht om het kind hier op voor te bereiden. Dit is conform

de richtlijnen voor posttraumatische stressstoornissen bij kinderen die mijns inziens, weliswaar met aanpassingen, evengoed gelden voor kinderen met dissociatieve stoornissen. Hierin staat:

Trauma-focused psychotherapies should be considered first-line treatments for children and adolescents with PTSD. Among psychotherapies there is convincing evidence that trauma-focused therapies, that is, those that specifically address the child's traumatic experiences, are superior to nonspecific or nondirective therapies in resolving PTSD symptoms. (AACAP, 2010, p. 421)

Dit is echter een controversieel standpunt. De meeste therapeuten gebruiken de inzichten en richtlijnen van volwassenen voor de behandeling van kinderen waarbij stabilisatie een doel op zich is. Mijn ervaring is echter dat kinderen, en zeker kinderen onder zes jaar, meestal wel vrij snel hun traumatische herinneringen kunnen verwerken. Door te wachten wordt onnodig tijd verloren en het in stand houden van een dissociatieve stoornis heeft desastreuze gevolgen voor alle ontwikkelingsgebieden. Chronische traumatisering op jonge leeftijd kan resulteren in een deformatie van de persoonlijkheid en levenslange, verregaande problemen met het aangaan van stabiele relaties met anderen (Van der Kolk, 2005; Hall, 1999).

Bij volwassenen wordt in de stabilisatiefase gewerkt met het in kaart brengen van de binnenwereld, het verbeteren van co-bewustzijn en de samenwerking tussen de verschillende delen. Echter bij jongere kinderen met een dissociatieve stoornis is de differentiatie van de verschillende delen nog niet zo groot. Het werken met delen kan m.i. de deling van de persoonlijkheid versterken en een desintegrerend effect hebben. De fobie voor delen van zichzelf lijkt pas echt te ontstaan op het moment dat een kind zich meer bewust wordt van zichzelf en de wereld (met een jaar of acht). Naarmate kinderen ouder worden gaan die delen zich meer differentiëren en lijkt de amnesiebarrière groter te worden. Ook komt sabotage van therapie door agressieve daderdelen en wantrouwen minder voor. Mogelijk komt dat doordat er minder differentiatie is en omdat kinderen van nature geneigd zijn om te gehoorzamen.

Rond een jaar of veertien begint de behandeling van de jongere meer te lijken op die van volwassenen. Een belangrijk verschil tussen volwassenen en jongeren is wel dat jongeren in de adolescentie zich moeten losmaken van hun ouders en autonomie moeten ontwikkelen. Die losmaking wordt bemoeilijkt doordat er geen integratie is van de verschillende ervaringen met hun ouders,

en de loyaliteit en het verlangen naar geborgenheid sterk blijven (Hauber, 2014).

Jonge kinderen onder de vijf jaar die ernstig dissociëren kunnen zeer sterk ontregeld zijn en zulke ernstige klachten hebben (slaapproblemen, agressie, sadisme naar dieren) dat plaatsing in een pleegezin onder druk komt te staan of mislukt is. Het is een valkuil om te wachten met traumaverwerking tot er meer stabiliteit is omdat men bang is dat het kind ontregelt, want meestal kan het niet erger dan het al is. Omdat deze kinderen zo jong zijn is er maar weinig stabilisatie nodig en kunnen ze binnen enkele sessies heel erg opknappen.

Bij kinderen wordt samengewerkt met een verzorger in de omgeving van het kind. Deze persoon kan informatie verstrekken over de symptomen in het dagelijks leven en het effect van behandeling. Omdat die verzorger het kind in dagelijkse situaties ziet, heeft hij meer zicht op andere delen dan de therapeut. Daarnaast kan deze persoon als vertrouwensfiguur fungeren die moeilijke zaken die het kind niet durft te vertellen, met het kind bespreekt. Deze kan ook helpen bij het in kaart brengen van traumatische herinneringen en met het kind een overzichtje maken en dat meenemen naar de therapie.

Deze kinderen kunnen een sterke (tegen-)overdrachtsreactie oproepen en het is van belang om daar regelmatig op te reflecteren. Een strakke hantering van grenzen helpt hen om hun eigen grenzen te gaan voelen en respecteren.

Hieronder volgt een beknopte samenvatting van de behandelmethode ‘Slapende honden? Wakker maken!’ met de nodige aanpassingen voor kinderen met dissociatieve stoornissen. Andere recentelijk ontwikkelde methoden voor de behandeling van dissociatieve stoornissen bij kinderen zijn beschreven door Silberg (2013) en Wieland (2010).

Stabilisatie

Het doel van de stabilisatiefase is het kind voor te bereiden op het verwerken van traumatische herinneringen in de volgende fase. Deze fase wordt zo kort mogelijk gehouden. Aan de hand van zes testen: veiligheid, dagelijks leven, hechting, emotieregulatie, zelfbeeld en notendop, wordt de stabiliteit in kaart gebracht en wordt er een planning gemaakt van de benodigde interventies. Naast die zes testen zijn psycho-educatie en motivatie belangrijke onderdelen. Dissociatie is een snelle oplossing voor heftige emoties en interne conflicten, en aanvankelijk ervaren deze kinderen zelf daar weinig last van. Aan hen moet worden uitgelegd wat de nadelige gevolgen van dissociatie zijn op de lange termijn en wat traumaverwerking ze gaat opleveren. Dat kan bijvoorbeeld gedaan worden aan de hand van de Window of tolerance, een model om zones van stress die men kan verdragen en de reactie van het lichaam met een

toestand van hyper- of hypo-arousal op te veel stress te beschrijven. Ook kunnen Matruschkapoppetjes worden gebruikt om uit te leggen dat de verschillende delen van het kind aparte personen lijken (zoals de losse poppetjes) maar dat het eigenlijk delen zijn van een persoon die net als de poppetjes in elkaar kunnen schuiven tot één persoon (Struik, 2010, pp. 101-108).

De test Veiligheid. De veiligheid van het kind dient in kaart te worden gebracht met behulp van de test veiligheid. Loyaliteit aan de pleger, de betrokkenheid van meerdere plegers, in combinatie met amnesie voor het misbruik kunnen ervoor zorgen dat een behandelaar zich niet bewust is van doorgaande traumatisering en onvoldoende veiligheid. Dan wordt er niet alleen gekeken naar de fysieke veiligheid, maar ook naar de veiligheid om over de herinneringen te vertellen zonder bang te hoeven zijn voor de consequenties.

De test Dagelijks leven. Als het kind traumatische herinneringen gaat verwerken dan moet het nare gevoelens gaan activeren. Dat maakt een kind kwetsbaar en dat kan alleen als er in zijn dagelijks leven niet steeds nieuwe problemen zijn waar aandacht voor nodig is zoals iets stelen, van school gestuurd worden, ruzie maken thuis of een suïcidepoging. Sommige kinderen creëren juist steeds nieuwe problemen, zodat hun aandacht naar buiten gericht blijft en ze hun binnenwereld niet gaan voelen. In de stabilisatiefase worden de problemen in het dagelijks leven aangepakt zodat er relatieve rust ontstaat, en de aandacht gericht kan worden op de verwerking. Tijdens traumaverwerking moet het kind binnen zijn Window of tolerance blijven. Dus is het leren herkennen en voorkomen van dissociatie een noodzakelijke vaardigheid waar aan moet worden gewerkt. Hiervoor kunnen oefeningen worden getraind om ‘in het hier en nu’ te komen en blijven (Struik, 2010, pp. 137-138). Oefeningen die het kind kunnen helpen om herbelevingen onder controle te krijgen zijn de kluis-oefening (p. 137) en de veilige plek-oefening (pp.134-136). Voor kinderen met gedissocieerde delen kunnen er meerdere veilige plekken worden gemaakt voor de verschillende delen. Dit zijn standaard oefeningen voor deze kinderen.

Als er sprake is van een dissociatieve stormis met meerdere delen die ver uitgewerkt zijn met bijvoorbeeld een naam en ander uiterlijk en eigen bezigheden, moet er aandacht besteed worden aan de interne samenwerking tussen delen zodat er meer doelgericht en planmatig gewerkt kan worden. Hiervoor kan de vergaderkamertechniek of wel de dissociatieve table technique of conference room (Fraser, 1991; Forgash, 2009) worden gebruikt. In een

imaginaire vergaderkamer kunnen delen elkaar ontmoeten en vergaderen over beslissingen die genomen moeten worden. Deze techniek kan later ook worden gebruikt tijdens traumaverwerking om overspoeling onder controle te houden.

De test Hechting. Kinderen die dissociëren maken onvoldoende gebruik van de hechtingsfiguur om stress te reguleren; door te dissociëren verbreekt het kind het contact. Een hechtingsfiguur is absoluut noodzakelijk als deze kinderen moeten leren om dissociatie onder controle te krijgen. Die externe regulator van stress maakt dissociatie in dagelijkse situaties en uiteindelijk ook tijdens traumaverwerking namelijk overbodig. Doordat de stress eerst extern gereguleerd wordt voor het kind, hoeft het kind niet meer te dissociëren en kan het uiteindelijk zelf leren emoties te verdragen en reguleren. Als er geen hechtingsfiguur is, dan is dissociatie een broodnodig overlevingsmechanisme en kan er niet worden gewerkt aan de verwerking van traumatische herinneringen en dus integratie. Dan is het noodzakelijk om eerst een hechtings-figuur voor het kind te zoeken. Dit is conform de richtlijnen van reactieve hechtingsstoornissen (AACAP, 2005) waarin het samenwerken met een hechtingsfiguur als noodzakelijke voorwaarde voor behandeling wordt geschetst.

Vervolgens wordt het kind ondersteund in het leren gebruiken van die hechtingsfiguur en wordt het hechtingsstelsel van het kind geactiveerd. Door die hechting komen er traumatische herinneringen naar boven waarvoor voorheen amnesie was en dat is de opening naar traumaverwerking. Dit kan stapsgewijs gaan zoals dat bij de zevenjarige Fien gebeurde. Fien woonde in een pleeggezin en eens in de paar maanden maakte pleegmoeder een afspraak bij mij. Als ze dan mijn kamer binnen stapte zei ze: ‘er is er weer een naar boven gedreven, wil je die wegtikken?’ Het werken aan het verbeteren van de hechting en het gebruiken van de hechtingsfiguur om stress te reguleren kost bij deze kinderen vaak veel tijd. Dissociëren is veel makkelijker en sneller.

De test Emotieregulatie. Integratie van traumatische herinneringen kan pas plaatsvinden als een kind accepteert dat hij bepaalde gevoelens en gedachten heeft. Het accepteren dat die gevoelens ‘eigen’ zijn, gaat nog vooraf aan het verdragen en reguleren ervan. Bij kinderen met dissociatieve stoornissen is het nodig dat het dagelijkslevendeel leert om boosheid, angst en verdriet te voelen en verdragen, waardoor het kind zijn verdedigingsdeel als bescherming niet meer nodig heeft en in dagelijkse situaties niet meer hoeft te switchen. Dan is het niet meer nodig om die delen van de persoonlijkheid te handhaven. Pas dan kunnen de ervaringen van die delen worden gedeeld met het dagelijkslevendeel

tijdens traumaverwerking en vindt integratie plaats. Een herinnering kan pas worden bewerkt en geïntegreerd als het dagelijkslevendeel van het kind die gevoelens, die het gedissocieerde deel nu bewaart, zelf kan verdragen. Nu het kind een hechtingsfiguur heeft (zie vorige test) kan het die gevoelens ook aan.

Deze kinderen hebben meestal geen technieken om hun emoties te reguleren en voelen weinig in hun lijf. Het voelen, verdragen en herkennen van lichaamssensaties kan door middel van voel/ruik/proefspelletjes en door (ontspannings-)oefeningen worden aangeleerd. Dan kan het kind leren welke basisemoties er zijn en welke lichaamssensaties daarbij horen. Traumaverwerking zorgt ervoor dat oude emoties worden opgeruimd zodat gewone gevoelens beter kunnen worden verdragen zonder oude gevoelens te triggeren. Maar daar is wel een goede voorbereiding voor nodig in de stabilisatiefase. In de integratiefase wordt er verder gewerkt aan de emotieregulatie, die vaak sterk verbeterd is door de verwerking van traumatische herinneringen. Hechting is een hulpmiddel om die gevoelens beter te leren verdragen en reguleren. Eerst met hulp van de hechtingsfiguur, later zelf – afhankelijk van de leeftijd van het kind.

De test Zelfbeeld. Kinderen met een dissociatieve stoornis kunnen erg loyaal zijn aan de pleger, meestal een of beide ouders, omdat ze herinneringen en de bijbehorende nare gevoelens of boosheid ten opzichte van hen afsplitsen. Ze hebben meestal niet-passende gevoelens van schuld en negatieve ideeën over zichzelf. Voor deze kinderen is het belangrijk om van hun ouders de erkenning te krijgen dat de dingen die zij zich herinneren daadwerkelijk gebeurd zijn en dat zij daar geen schuld aan hebben. In systeemgesprekken met ouders of andere familieleden en het kind kan hierover gesproken worden. Hierdoor vermindert de amnesie voor gebeurtenissen en voelt het kind zich minder schuldig of slecht over zichzelf en kan het zijn dubbele gevoel naar ouders toe (loyaal aan en boos op hen) beter verdragen. Dan is het minder nodig om dissociatie en dus amnesie te gebruiken om met die conflicterende gevoelens om te gaan.

De test Notendop. Voordat er wordt gestart met traumaverwerking wordt er een overzicht gemaakt van alle traumatische herinneringen die het kind heeft. Als het kind dat kan zonder te zeer overspoeld te raken of te willen stoppen, dan is het kind voldoende stabiel. In de traumaverwerkingssessies moet het kind namelijk een herinnering uit kunnen kiezen en daarmee aan de gang te gaan zonder alle andere herinneringen tegelijk te activeren. Kinderen die dissociëren kunnen soms de meest verschrikkelijke herinneringen oenschijnlijk

gemakkelijk vertellen zonder heftige beleving erbij. Men ziet wel dat bij vluchtelingen of kinderen uit oorlogsgebieden. Dat is mogelijk doordat de emoties en lichaamssensaties zijn afgesplitst van de beelden. Er is dan sprake van partiële dissociatie. Omdat er nog amnesie kan zijn voor herinneringen is het overzicht vaak niet compleet. Er wordt benoemd dat er waarschijnlijk later nog nieuwe plaatjes bijkomen.

Traumaverwerking

Tijdens traumaverwerking is het noodzakelijk dat het stresslevel van het kind binnen zijn Window of tolerance blijft (Ogden & Minton, 2000), anders vindt er geen verwerking meer plaats. Voor het verwerken van traumatische herinneringen is EMDR een heel geschikte behandelmethode voor deze kinderen (Gomez, 2013; ESTD, 2013). Er zijn meestal meerdere fasen van traumaverwerking in de behandeling. Na de verwerking van een serie herinneringen volgt er een fase van integratie en verbetering van de hechting en emotieregulatie. Daardoor kunnen er nieuwe herinneringen naar boven komen. Door de traumaverwerking wordt een herinnering geïntegreerd in het leven van het kind en gaat het kind zich ook realiseren dat hij dit echt heeft meegemaakt. Daardoor kunnen andere aspecten van de herinneringen zoals emotionele verwaarlozing, naar boven komen waarvoor traumaverwerking nodig is, zoals ‘mama wist het maar deed niets, waarom heb ik zo’n moeder?’

Integratie

Kinderen gaan zich realiseren dat die herinneringen die ze hadden ondergebracht bij een deel van hun persoonlijkheid, herinneringen zijn aan gebeurtenissen uit hun eigen leven; zij hebben dat meegemaakt, niet een ander. Kinderen met een dissociatieve stoornis wisselen voortdurend af tussen delen die leven in het verleden, ‘traumatijd’ zoals Van der Hart dat noemt en delen die leven in het nu. Ze zijn aan het overleven waardoor tijd anders wordt beleefd. Een ander aspect van integratie is dat deze kinderen weer ruimte krijgen voor de toekomst. Ze gaan zich realiseren dat die gebeurtenissen in het verleden liggen en dat ze die achter zich kunnen laten. Daardoor kunnen ze vooruit kijken en plannen gaan maken en terug kijken zonder terug te gaan. Dat is ook een graadmeter voor de mate van integratie.

Meestal vindt er spontaan integratie (fusie) plaats tussen delen van de persoonlijkheid of verdwijnen delen. Als dat niet vanzelf gebeurt, dan kan dat met behulp van een ritueel (Struik, 2010, pp. 92-93) worden bewerkstelligd. In

de fase van integratie wordt verder gewerkt aan de hechting en emotieregulatie. Dat maakt hen weerbaar tegen nieuwe moeilijke situaties en leert hen daarmee om te gaan zonder te dissociëren. In deze fase komen er meestal ook verdrietige gevoelens en rouwt het kind over dat wat hij heeft meegemaakt of wat hij niet gehad heeft. Systeemcontacten, contacten met biologische ouders, grootouders, oom en tantes, broers en zussen, maar ook daders, kunnen in deze fase bijdragen aan de realisatie en integratie. Ook kan een reis door het verleden worden gemaakt, waarbij concreet materiaal wordt gebruikt. Het kind kan filmopnames maken van die reis waarbij de rol als cameraman of interviewer het kind kan helpen om het minder spannend te maken. Het concreet integreren van het verleden en heden is bij uitstek belangrijk bij deze kinderen die door dissociatie juist alle werelden gescheiden houden. De confrontatie met personen uit het verleden kan ook nog weggestopte herinneringen activeren die vervolgens met EMDR bewerkt kunnen worden.

Discussie

De effectiviteit van de methode ‘Slapende honden? Wakker maken!’ wordt momenteel onderzocht en de ervaringen zijn veelbelovend. De gestructureerde vorm van de stabilisatiefase geeft behandelaars houvast om sneller te durven starten met traumaverwerking bij deze kinderen. Ook voor jonge kinderen die voorheen geen gerichte traumabehandeling konden krijgen, is deze methode een manier om heel snel te komen tot verwerking. Doordat de behandeling relatief kort is, is er snel een afname van klachten te zien. Dat biedt vaak weer perspectief binnen een gezinshuis of pleeggezin. Vraag blijft echter of deze behandeling niet te heftig is voor deze kinderen en of een langere stabilisatiefase hen niet minder overvraagt. Hierbij wil ik iedereen uitnodigen te reageren op dit artikel ten einde de diagnostiek en behandeling van deze kinderen verder te ontwikkelen en verbeteren en te komen tot een evidence based behandelmethode.

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de stand van zaken ten aanzien van diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met dissociatieve klachten en geeft een overzicht van de theoretische modellen, dilemma's, richtlijnen en methoden voor behandeling. Dan wordt er stilgestaan bij het diagnosticeren van dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten. Tot slot wordt de methode ‘Slapende honden? Wakker maken!’ uiteengezet, waarin psycho-

educatie en extra interventies voor bijvoorbeeld hechting, emotieregulatie, traumaverwerking en integratie voor kinderen met een dissociatieve stoornis zijn verwerkt.

Drs A Struik is als GZ-psycholoog/ systeemtherapeut en EMDR practitioner werkzaam bij kinder- en jeugdpsychiatrisch centrum Herlaarhof te Vught. Daarnaast verzorgt zij workshops, supervisie en consultatie op het gebied van trauma en dissociatie bij kinderen. Zij is lid van de Child & Adolescent Committee van de ESTD en medeauteur van de Europese ESTD-richtlijnen en lid van de Special Interest Group DIS van de VEN. Zij is auteur van het hoofdstuk: 'EMDR bij kinderen met dissociatieve symptomen of stoornissen' in het boek met de voorlopige werktitel: 'Toepassingen van EMDR bij kinderen en jeugdigen' (Beer & de Roos), dat verschijnt in 2014 bij LanooCampus. ariannestruik@hotmail.com www.ariannestruik.com

Literatuur

- AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 11.
- AACAP (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 71-77.
- Coons, P.M. (1996). Clinical phenomenology of 25 children and adolescents with dissociative disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 361-374.
- Dell, P.F., & Eisenhower, J.W. (1990). Adolescent multiple personality disorder: A preliminary study of eleven cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 359-366.
- ESTD Child and adolescent committee. *Guidelines for treating children and adolescents with dissociative symptoms* (in ontwikkeling 2013).

- Forgash, C. (2009). Workplace or conference room. In Luber, M. (ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: special populations* (pp. 221-224). New York: Springer Publishing Company.
- Fraser, G.A. (1991). The dissociative table technique: a strategy for working with egostates in dissociative disorders and egostate therapy. *Dissociation*, 4(1), 205-213.
- Gomez, A. (2013). *EMDR Therapy and adjunct approaches with children. Complex trauma, attachment and dissociation*. New York: Springer Publishing Company.
- Hall, D.K. (1999). Complex posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress (CP/DES) in sexually abused children: an exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(4), 51-71.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The haunted self*. New York: Norton.
- Hauber, K. (2014 in publicatie). EMDR bij adolescenten met een dissociatieve stoornis. In R. Beer & C. de Roos (red.), *Toepassingen van EMDR bij kinderen en jeugdigen*. Houten: LanooCampus.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hornstein, N.L., & Putnam, F.W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2003). *Task Force on Children and Adolescents. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents*. www.isst-d.org/default.asp?contentID=1
- Kolk, B. van der (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model of understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 291-317). New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 55-74.
- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 53-65). New York: Routledge.
- Mann, B.J., & Sanders, S. (1994). Child dissociation and the family context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 373-388.

- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., e.a. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development & Psychopathology*, 9, 855-979.
- Ogden, P.M.A., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology*, VI(3), October.
- Perry, B., & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater*. New York: Basic Books.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Reinders, A., Nijenhuis, E., Paans, A., e.a. (2003). One brain, two selves. *NeuroImage* 20(4), 2119-2125.
- Reinders, A., Nijenhuis, E., Quak, e.a. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730-740.
- Reinders, S., Willemsen, A., Vos, e.a. (2012). Fact or Factitious? A Psychobiological Study of Authentic and Simulated Dissociative Identity States. *PLoS ONE*. 7(6): e39279.
- Schlumpf, Y.R., Nijenhuis, E.R.S., Chalavi, S., e.a. (2013 in press). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 3, 54-64.
- Silberg, J. (1998). *The dissociative child: diagnosis, treatment and management*. Baltimore: Sidran Press.
- Silberg, J. (2012). *The child survivor: healing developmental trauma and dissociation*. New York: Routledge Press.
- Smyke, A., & Zeanah, C. (1999). *Disturbances of Attachment Interview*. <http://www.jaacap.com/pt/re/jaacap/home.htm>
- Stolbach, B.C., Mintzer, L.L., Gottlieb, L.J., e.a. (2005). *Posttraumatic symptoms in pediatric burn patients*. Poster presented at the 21st Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Toronto, Ontario, Canada, November 5, 2005.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Struik Dissociation Investigation Checklist* (2013). www.ariannestruik.com.
- Waters, F. (2005). When treatment fails with traumatized children. Why? *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 1-9.

- Watkins, J., & Watkins, H. (1979). The theory and practice of ego state therapy. In H. Grayson (ed.), *Short-term approaches in Psychotherapy* (pp. 176-220). New York: Human Science Press.
- Watkins, J., & Watkins, H. (1993). Ego-state therapy in the treatment of dissociative disorders. In R.P. Kluft & C.G. Fine (eds.), *Clinical Perspectives on multiple Personality Disorder* (pp. 277-300). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Wieland, S. (ed.) (2011). *Dissociation in traumatized children and adolescents*. New York: Routledge.