



Een dissociërende patiënt

Een casus wordt gepresenteerd van een 45-jarige vrouw die zich meldde bij de afdeling angstbegeleiding van een centrum voor bijzondere tandheelkunde. In eerste instantie leek de patiënte een extreme angst voor tandheelkundige behandelingen te hebben, maar het optreden van dissociaties deed vermoeden dat sprake was van een ernstige psychische stoornis, in dit geval een dissociatieve identiteitsstoornis. Het centrale kenmerk van deze bijzondere aandoening is een verstoring van de normale integratieve functies van identiteit, geheugen of bewustzijn. In dit soort gevallen is het raadzaam een psycholoog te consulteren en contact op te nemen met de verwijzende zorgverlener om na te gaan welke gevolgen de aandoening heeft voor informed consent, het zorgplan en de behandeling. Omdat het niet waarschijnlijk was dat de patiënte positief zou reageren op een specifieke behandelaanpak van haar angst voor tandheelkundige behandeling was behandeling onder algehele anesthesie de meest geschikte optie.

Jongh A de, Abkhezr S, Broers DLM. Een dissociërende patiënt
Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 427-431

Gegeven

Een 45-jarige vrouw, begeleid door haar man, meldde zich bij de afdeling angstbegeleiding en gehandicaptenzorg van een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Ze werd door haar psychiater verwezen voor tandheelkundige behandeling omdat behandeling in de algemene praktijk problemen opleverde. De patiënte bewoog en liep bijzonder traag en communicatie was vrijwel niet mogelijk. Ze maakte een afwezige indruk en staarde gedurende het hele gesprek met gebogen hoofd naar 1 punt op de grond. Haar rechterbeen trilde; ze leek erg bang. Het eerste kwartier gaf ze geen antwoord op de vragen en mompelde in zichzelf. Tegen het einde van het gesprek – en op aandringen van haar man – begon ze zelf wat meer te vertellen. Dit gebeurde met vage, korte zinnen zonder verband. Haar man vulde haar aan.

Anamnese

Tandheelkundige anamnese

De patiënte had ruim 3 jaar geleden voor het laatst een tandarts bezocht. Zij gaf aan dat het hele gebit gevoelig was bij koud en warm voedsel en ook tijdens het kauwen werd op diverse plaatsen pijn gevoeld.

Medische anamnese

In somatisch opzicht was sprake van migraine en artritis psoriatica, een aandoening die gekenmerkt wordt door gewrichtspijn en ontstekingsverschijnselen. Verder bleek dat de patiënte een antidepressivum (imipramine, 25 mg, 2 x dd), anxiolytica (oxazepam 1 mg, 1 x dd; lorazepam, 1 mg, 1 x dd), een antipsychoticum (Orap, 1 mg, 1 x dd) en een analgeticum (meloxicam, 7,5 mg, 1 x dd) gebruikte.

Kader 1. In de DSM-IV-TR worden 5 dissociatieve stoornissen onderscheiden.

- › Dissociatieve amnesie (voorheen: psychogene amnesie)
Episoden van amnesie voor belangrijke persoonlijke gegevens
- › Dissociatieve fugue (voorheen: psychogene fugue)
Plotseling op reis gaan, weg van huis of de werkplek, met het onvermogen zich het eigen verleden te herinneren
- › Depersonalisatiestoornis
Recidiverende belevingen van het gevoel los te staan en externe waarnemer te zijn van de eigen psychische processen of het lichaam
- › Dissociatieve identiteitsstoornis (vroeger: meervoudige persoonlijkheidsstoornis)
Aanwezigheid van 2 of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden
- › Dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven
Het bestaan van een dissociatief symptoom dat niet voldoet aan de criteria van 1 van de hierboven genoemde dissociatieve stoornissen

- › Amnesie: een toestand waarin iemand zich gebeurtenissen uit een bepaalde periode niet kan herinneren, of zich bepaalde belangrijke persoonlijke informatie niet kan herinneren
- › Depersonalisatie: een bewuste ervaring waarbij iemand het eigen lichaam als vreemd of als 'niet echt' ervaart
- › Derealisatie: een bewuste ervaring waarin iemand zijn vertrouwde omgeving niet herkent of als vreemd ervaart
- › Identiteitsverwarring: indien iemand zich onzeker voelt over wie hij is of moeite heeft zichzelf te beschrijven
- › Identiteitswijziging: indien er een verschuiving plaatsvindt in de identiteit waardoor het gedrag op een dusdanige manier verandert dat het anderen opvalt

Kader 2. Beschrijving van de diverse dissociatieve fenomenen.

Psychosociale anamnese

In de voorgeschiedenis was sprake van affectieve verwaarlozing en seksueel misbruik binnen de familie. De patiënte was op moment van de anamnese sinds ongeveer een jaar in behandeling bij een gespecialiseerde instelling voor traumagerelateerde problematiek. In verband met depressieve klachten en suïcidaliteit was zij een jaar eerder elders met een in bewaring stelling (IBS) opgenomen, waarbij onder dwang bloed was afgenomen. Zij had deze gebeurtenis als zeer traumatiserend ervaren. Om een beter beeld van haar psychische achtergrond te krijgen werden, met toestemming van de patiënte, haar gegevens bij de behandelend psychiater opgevraagd. Deze gaf aan dat sprake was van een zogenaamde dissociatieve stoornis en wel de dissociatieve identiteitsstoornis (American Psychiatric Association, 2000; De Jongh, 2004). In kader 1 staat een overzicht van de verschillende dissociatieve stoornissen en kader 2 geeft een beschrijving van de verschillende dissociatieve fenomenen. Verder had de patiënte kenmerken van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) en depressie 'bij een gemengde persoonlijkheidsstoornis met (tegen)afhankelijke en vermijdende trekken'.

Angstanamnese

De patiënte bleek extreem angstig voor medische en tandheelkundige onderzoeken en behandelingen, vooral die waarbij ze kon worden geconfronteerd met een injectie met een anestheticum (de aanblik van de naald in het bijzonder), het geluid van een airrotor en de aanblik van een behandelstoel. Bij confrontatie met deze angstwekkende stimuli was ze bang haar controle te verliezen en als gevolg hiervan agressief te worden en om zich heen te slaan. Wat het ondergaan van een injectie met een anestheticum betreft, bleek ze de vrees te hebben dat de injectienaald 'door de kaak heen naar buiten kon komen'. De patiënte beschreef 2 gebeurtenissen die mogelijk een rol hebben gespeeld bij het ontstaan van haar angsten. Tijdens een buikoperatie onder algehele anesthesie had ze een 'awareness'-ervaring gehad; ze was uit de behandeling onder algehele anesthesie ontwaakt en had daardoor een deel van de operatie bewust meegemaakt. Deze gebeurtenis had een grote impact op haar gehad en had geleid tot nachtmerries en andere angstklachten gedurende vele jaren. Daarnaast had ze ook bij een tandarts een aantal nare ervaringen gehad, zoals een extractie die erg moeilijk verliep en waarbij de lokale anesthesie niet werkte.

Omdat het de tandarts niet was gelukt het gebitselement te extraheren moest ze daarop met de tram naar een kaakchirurg. Ze herinnerde zich dat ze onderweg naar huis in de tram veel bloed verloor.

De afgenomen angstvragenlijsten in het centrum voor bijzondere tandheelkunde lieten maximale scores zien.

Onderzoek en diagnose

Uit het klinische onderzoek bleek dat de patiënte een aantal cariëslaesies had en gegeneraliseerde gingivitis. Vanwege de moeilijk verlopende communicatie besloot de tandarts tot een vervolgsconsult waarbij ook een psycholoog aanwezig zou zijn om de psychische toestand van de patiënte te kunnen beoordelen. Ook tijdens dit consult maakte de patiënte een afwezige indruk en verkeerde ze in feite in een dissociatieve toestand. Het bleek nauwelijks mogelijk contact te maken. Omdat alles erop was gericht de patiënte het gevoel van veiligheid te geven en de dissociaties enigszins te beperken, werd op aanraden van de psycholoog geen stimulus geïntroduceerd zonder deze van te voren aan te kondigen en kreeg de patiënte alle gelegenheid te stoppen wanneer het haar te veel werd (De Jongh, 2006). Er werd een intraoraal onderzoek uitgevoerd dat redelijk rustig verliep, nadat was afgesproken dat alleen een mondspiegel zou worden gebruikt. Eenmaal in de behandelstoel deed de patiënte langzaam haar mond open. Vervolgens gaf ze toestemming om intraorale röntgenopnamen te maken, wat zonder veel problemen verliep.

Indicatiestelling en behandeling

Het mondzorgplan bestond onder andere uit het onder algehele anesthesie uitvoeren van een gebitsreiniging, het vervaardigen van de benodigde restauraties en het extraheren van 2 gebitselementen. Aangezien duidelijk was dat het ging om een ernstige psychische stoornis werd het toepassen van een gebruikelijke op angstreductie gerichte behandelaanpak, zoals graduele exposure *in vivo*, niet haalbaar geacht. Gezien de ernst en de dynamiek van de psychische klachten kon niet worden verwacht dat dit zou leiden tot een vermindering van de angstsymptomen. Daarom werd besloten de behandelingen onder algehele anesthesie te laten plaatsvinden. Om er zeker van te zijn dat de informatie over het mondzorgplan en de algehele anesthesie werd begrepen, werd de patiënte een verslag toegestuurd met daarin de besproken onderwerpen. Dit ter informatie

en ter ondertekening op een moment dat ze niet in een dissociatieve toestand zou verkeren. Tijdens het consult met de anesthesioloog dissocieerde zij al snel en was daarom geheel niet aanspreekbaar en bewegingloos. De behandeling onder algehele anesthesie verliep overigens zonder complicaties.

Beschouwing

Dissociaties zijn tijdelijke veranderingen van het normale bewustzijn die het gevolg zijn van een verminderde toegankelijkheid tot gedachten, gevoelens en herinneringen. Als deze veranderingen niet voortkomen uit traumatisch hersenletsel, dementie, epilepsie of ander organisch lijden dan dient de diagnose dissociatieve stoornis overwogen te worden (Vermetten en Bremmer, 2000). Het centrale kenmerk van deze ernstige psychische stoornis is een verstoring van de normale integratieve functies van identiteit, geheugen of bewustzijn. De consequenties voor het gedrag van de patiënt kunnen zijn dat een andere optie dan behandeling onder algehele anesthesie niet mogelijk is.

Dissociatieve fenomenen kunnen zich op zeer uiteenlopende manieren presenteren en doen zich vooral voor in potentieel stressvolle situaties (Van der Hart et al, 2004). In het algemeen wordt onderscheid gemaakt tussen 5 verschillende fenomenen (kader 2). In kader 3 wordt een overzicht gegeven van dissociatieve symptomen die tandartsen aanwijzingen kunnen verschaffen over de aanwezigheid van een dissociatieve stoornis. Zelf kunnen patiënten deze symptomen lastig herkennen omdat deze zich moeilijk in woorden laten beschrijven of eenvoudigweg omdat de patiënten zich niet van de verschijnselen bewust zijn. Dit geldt in het bijzonder voor het verschijnsel amnesie, waarbij ook amnesie voor de amnesie kan voorkomen. Dit is een complicerende factor voor de diagnostiek; tegelijkertijd is amnesie een van

de meest kenmerkende fenomenen om de diagnose dissociatieve stoornis te overwegen of te stellen.

Algemeen wordt aangenomen dat dissociaties zich ontwikkelen onder traumatische omstandigheden, zoals ernstige vormen van seksueel misbruik op jonge leeftijd (Gershuny en Thayer, 1999). Dissociëren lijkt in dergelijke situaties het uiterste 'redmiddel' om in psychische zin te overleven. Zo vindt een emotionele onthechting van de overweldigende ervaring plaats als de emotionele beleving tijdens een schokkende gebeurtenis te heftig is. Bovendien wordt de herinnering van de gebeurtenis dan niet of slechts gedeeltelijk geïntegreerd in het autobiografische geheugen. De gebeurtenis wordt dus niet alleen gesplitst beleefd, maar ook gefragmenteerd in het geheugen opgeslagen (Van der Hart et al, 2004). Dissociatieve reacties, eerst nog een vorm van normale coping, kunnen op den duur leiden tot langdurige dissociatieve verschijnselen die zich, soms pas lange tijd na het trauma, kunnen openbaren. Vaak gebeurt dit na ingrijpende levensgebeurtenissen of juist in een periode van gedwongen rust, bijvoorbeeld als gevolg van een medische aandoening. Hierdoor is afleiding van de binnenwereld niet langer mogelijk. Deze afzonderlijke ervaringsaspecten met betrekking tot de traumatische gebeurtenissen, manifesteren zich dan in de vorm van oncontroleerbare herbelevingen op emotioneel, lichamelijk of zintuiglijk niveau. De diagnostiek wordt bemoeilijkt doordat dissociatieve fenomenen ook bij andere psychische aandoeningen voorkomen, vooral bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis (De Jongh, 2004).

In het psychiatrische classificatiesysteem DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders, fourth edition, text revision) worden 5 typen van dissociatieve stoornissen onderscheiden (American Psychiatric

Kader 3. Diverse dissociatieve symptomen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van een dissociatieve stoornis.

- > Ernstige geheugenproblemen, bijvoorbeeld het vergeten van belangrijke persoonlijke informatie
- > In een onbekende omgeving terechtkomen zonder dat de persoon weet hoe hij daar gekomen is
- > Het verlies van gevoel in delen van het lichaam
- > Verstoorde beelden hebben van het lichaam
- > Het gevoel los te staan van emoties of de wereld
- > De impressie naar jezelf te kijken alsof je droomt of in een film speelt
- > Het gevoel als een robot te handelen
- > Inwendig stemmen en dialogen horen
- > Het gevoel dat een bekende omgeving onbekend is
- > Het gevoel dat wat er gebeurt onwerkelijk is
- > Kennis hebben van een onderwerp waarvan je dacht niets te weten
- > Het kwijtraken van een vaardigheid of talent
- > Het gevoel hebben dat bekende mensen vreemden zijn
- > Het gevoel hebben niet meer te weten wie je bent
- > Het gevoel te bestaan uit verschillende delen, of je gedragen als verschillende personen (volwassenen, kinderen)
- > Te horen krijgen zich heel anders te hebben gedragen dan mensen van je gewend zijn, maar dit zich niet kunnen herinneren
- > Bezittingen aantreffen waarvan je je niet kunt herinneren die ooit gekocht of gekregen te hebben

- › De klachten van de patiënt serieus nemen en gegevens verzamelen over de geschiedenis en de dynamiek van de patiënt. Hoe reageert hij in stressvolle situaties? Contact opnemen – na toestemming van de patiënt – met de behandelend psycholoog of psychiater om goed voorbereid te zijn.
- › Bij de patiënt of de begeleider informeren of deze zelf richtlijnen of tips heeft in het geval van een dissociatie.
- › Essentieel is dat de patiënt begrijpt dat hij veilig is. Om de patiënt zich bewust te laten blijven van de omgeving en daarmee dissociaties te voorkomen, kan het helpen de patiënt in de kamer rond te laten lopen, voorwerpen aan te laten raken en deze te laten benoemen.
- › Tijdens de behandeling zoveel mogelijk oogcontact houden en regelmatig de vraag stellen “Bent u er nog?” om de aandacht en daarmee de geestelijke aanwezigheid te bevorderen. De patiënt stimuleren op de eigen ademhaling te letten en concentratieoefeningen in het horen, zien en voelen gebruiken. De patiënt vragen na te gaan of hij voelt hoe hij in de behandelstoel zit of waar zijn voeten liggen en hoe hij voelt dat hij de armleuningen met zijn handen vastheeft.
- › Wanneer de patiënt toch dissocieert of uit een dissociatie ontwaakt, hem rustig en duidelijk bij zijn naam noemen. Zeggen dat het veilig is. Datum, plaats en jaartal noemen. Vragen naar de omgeving en de voorwerpen om zich heen te kijken. Vertellen waar hij is en waarom u wat aan het doen bent.
- › De gemaakte afspraken tijdens het eerste en de volgende consulten opschrijven en meegeven.
- › Nagaan of de nazorg en opvang na behandelingen goed geregeld zijn.

Kader 4. Enkele richtlijnen voor het behandelen van patiënten met een dissociatieve stoornis.

Association, 2000) (kader 3). In deze casus zou sprake zijn van een dissociatieve identiteitsstoornis. Om deze diagnose te kunnen stellen moeten duidelijk te onderscheiden persoonlijkheden of persoonlijkheidsaspecten binnen een persoon kunnen worden vastgesteld. Daarnaast moet elke persoonlijkheid ook over een eigen relatief blijvend patroon van waarneming van, aanvoelen van en denken over de omgeving en zichzelf beschikken en dienen minimaal 2 van deze identiteiten of persoonlijkheden regelmatig het gedrag van de persoon over te nemen. In deze casus heeft de tandarts dit fenomeen overigens niet kunnen waarnemen.

Discussie

In eerste instantie lijkt het in de beschreven casus te gaan om een patiënte met extreme angst voor tandheelkundige behandeling, maar het optreden van dissociaties doet vermoeden dat het om een ernstige psychische stoornis gaat. In dit geval een dissociatieve identiteitsstoornis, waarbij angst slechts 1 van de symptomen is. Wanneer het vermoeden bestaat van een psychische stoornis, dan is het verstandig dat een tandarts vanuit zorgvuldigheidsoverwegingen een psycholoog consulteert en contact opneemt met de behandelend psychiater om te weten te komen met welke type (angstige) patiënt hij te maken heeft en welke de complicaties zijn die hij kan verwachten. Een ernstige psychische aandoening zoals een dissociatieve stoornis kan namelijk directe gevolgen hebben voor de zorgverlening. Zodra de patiënt in enige mate spanning ervaart, kunnen elementen van de traumatische herinneringen worden getriggerd waarop de patiënt dissocieert en zijn coöperatie minimaal zal zijn. Dit kan consequenties hebben voor het uitvoeren van een behandeling, bijvoorbeeld omdat de mond gesloten blijft. Maar het is mogelijk dat de dissociatie wordt doorbroken en de patiënt plotseling volledig in paniek raakt. Daarom is het voor de omgang met de patiënt belangrijk een aantal richtlijnen in acht te nemen die de kans op dis-

sociaties verkleinen. Een overzicht hiervan is te vinden in kader 4. Omdat er veelal ook amnesie optreedt, heeft dit consequenties voor het nakomen van afspraken en informed consent. Er zullen voor de zorgverlener sterke twijfels zijn of de patiënt het zorgplan goed begrijpt en voldoende beseft waarvoor hij toestemming geeft. In juridische zin is op dat moment sprake van een meerderjarige wilsonbekwame patiënt. Omdat de dissociaties echter doorgaans alleen in potentieel bedreigende situaties het denkvermogen van de patiënt blokkeren, is het verstandig, zoals in deze casus ook is gebeurd, de belangrijkste bevindingen en afspraken op papier te zetten, deze aan de patiënt mee te geven of naar hem op te sturen en ze voor akkoord door de patiënt te laten ondertekenen.

Behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen kan vanwege onzekerheid over de bijzondere en soms bizarre symptomen en de mogelijkheid van psychische ontregeling of decompensatie het best plaatsvinden in een centrum waarin een psycholoog deel uitmaakt van het zorgteam en waar de mogelijkheid bestaat tot behandeling onder algehele anesthesie, zoals een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Gezien de ernst van de psychiatrische stoornis is het namelijk niet waarschijnlijk dat de patiënt positief zal reageren op een behandelaanpak die is gericht op uitdoving van angst voor tandheelkundige behandeling zoals exposure *in vivo*, omdat dit vrijwel zeker zal leiden tot dissociaties of psychische ontregeling (De Jongh et al, 2005). Daarom is behandeling onder algehele anesthesie in dit geval de meest geschikte optie.

Literatuur

- *American Psychiatric Association (APA)*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV-TR). Washington DC: APA, 2000.
- *Gershuny BS, Thayer JF*. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 631-657.
- *Hart O van der, Nijenhuis E, Steele K, Brown D*. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatr* 2004; 38: 906-914.
- *Jongh A de, Adair P, Meijerink-Anderson M*. Clinical management of dental anxiety: What works for whom? *Int Dent J* 2005; 55: 73-80.
- *Jongh A de*. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Assen: Van Gorcum, 2006.
- *Jongh A de*. 'Lastige' patiënten in de tandartspraktijk: over psychische problemen en de gevolgen voor het behandelplan. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten, 2004.
- *Vermetten E, Bremner JD*. Dissociative amnesia: re-remembering traumatic memories. In: *Berrios GE, Hodges J (red.)*. Memory disorders in psychiatric practice. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

Summary

A 45-year-old woman attended a centre for special dental care. Initially, it seemed that the patient suffered from an extreme form of dental anxiety. However, the fact that she displayed 'dissociations' suggested that she had a severe psychiatric disorder, in this case Dissociative Identity Disorder. The key feature of this condition is a dysfunction of the normal integrative functions of identity, memory and consciousness. In such instances it is recommended to contact a psychologist or psychiatrist and the referring care provider to consider the consequences of the psychiatric condition regarding informed consent, treatment plan and actual treatment. Because it was not likely that the patient would respond to an intervention specifically aimed to reduce anxiety in the dental setting, dental treatment under general anesthesia was the best suited option.

Bron

A. de Jongh, S. Abkhezr, DLM Broers

Uit de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) Amsterdam

Datum van acceptatie: 25 april 2008

Adres: prof. dr. A. de Jongh, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam
a.de.jongh@acta.nl