



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## *notities uit de praktijk*

---

### **De behandeling van een man die van zichzelf vervreemd was**

Errez Bar en Agnes van Minnen

---

**SAMENVATTING** In deze notitie wordt de behandeling beschreven van een man met een depersonalisatiestoornis. Vanwege de gelijkenis tussen een depersonalisatiestoornis en een angststoornis, in dit geval een paniekstoornis, is de patiënt behandeld met een aangepast cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma, dat oorspronkelijk bedoeld is voor de behandeling van een paniekstoornis. De behandeling verliep succesvol, en de patiënt is na afloop van de behandeling klachtenvrij.

---

### Inleiding

In deze notitie wordt de behandeling beschreven van een man met een depersonalisatiestoornis. Bij een depersonalisatiestoornis ervaart de patiënt ‘aanhoudende of recidiverende belevingen van het gevoel los te staan en externe waarnemer te zijn van de eigen geestelijke processen of het eigen lichaam (de patiënt kan dit beschrijven als de sensatie dat alles in een droom gebeurt)’ (APA, 1994; DSM-IV Criterium A), terwijl de patiënt zich bewust blijft van de werkelijkheid om hem heen (‘de realiteitstoetsing blijft intact’, DSM-IV Criterium B). Meestal gaat depersonalisatie gepaard met symptomen van derealisatie, waarbij de omgeving vreemd en niet echt lijkt, en met veranderingen in lichamelijke gewaarwordingen, zoals het gevoel dat je lichaam anders is of raar aanvoelt.

De meeste mensen kennen wel verschijnselen van depersonalisatie,

DRS. E. BAR is als psycholoog werkzaam bij de Angstpolikliniek van GGz Nijmegen en als neuropsycholoog bij de afdeling Geriatrie van het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem. E-mail: ebar@ggz nijmegen.nl.

PROF. DR. A. VAN MINNEN is werkzaam op de Angstpolikliniek van GGz Nijmegen en de sectie klinische psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen. E-mail: avminnen@ggz nijmegen.nl.

bijvoorbeeld als ze moe zijn of veel pijn hebben. Bij psychiatrische patiënten komt depersonalisatie als symptoom echter zoveel voor (bij ongeveer 80%), dat sommigen stellen dat depersonalisatie na angst en sombere stemming het meest voorkomende psychiatrische symptoom is. Symptomen van depersonalisatie maken vaak ook deel uit van bepaalde psychische stoornissen, zoals een paniekstoornis, depressie, PTSS en schizofrenie.

De diagnose depersonalisatiestoornis in engere zin wordt naar schatting bij 5 tot 8% van de psychiatrische patiënten vastgesteld (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, & Lipschitz, 2006; Ross, Duffy, & Ellason, 2002). Hoewel de depersonalisatiestoornis in de DSM-IV is ingedeeld bij de dissociatieve stoornissen, heeft ze weinig overeenkomsten met een dissociatieve stoornis. Zo zijn patiënten met een depersonalisatiestoornis zich doorgaans bewust van hun dissociatieve toestand en zijn er geen tekenen van amnesie of identiteitsverwisselingen. Een depersonalisatiestoornis komt net zoveel bij mannen als bij vrouwen voor. Meestal ontstaat het in de late adolescentie, soms na ernstige stress, na een andere psychische stoornis of na drugsgebruik, maar het kan ook zonder aanleiding ontstaan (Phillips et al., 2001; Simeon, Knutelska, Nelson, & Guralnik, 2003). De meerderheid van de patiënten met een depersonalisatiestoornis heeft een comorbide stemmings- of angststoornis en omdat depersonalisatie vaak gepaard gaat met heftige angsten, gaan er stemmen op om het als een angststoornis te classificeren.

Net al bij een paniekstoornis of hypochondrie zou men vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch kader kunnen betogen dat de symptomen van depersonalisatie catastrofaal worden geïnterpreteerd ('ik ben psychisch ziek', 'ik verlies de controle over mezelf' of 'ik heb een hersenafwijking'), en daardoor in stand worden gehouden. Ook treedt er, net als bij andere angststoornissen, vaak vermijdingsgedrag op, waarbij situaties die symptomen van depersonalisatie veroorzaken of verergeren, uit de weg gegaan worden. Zowel het catastrofale interpreteren als het vermijdingsgedrag houden de stoornis in stand (Hunter, Phillips, Chalder, Sierra, & David, 2003). Cognitieve gedragstherapie, bestaande uit exposure aan situaties die gevoelens van depersonalisatie oproepen en het uitdagen van catastrofale interpretaties van deze gevoelens bleek in een open studie bij 21 patiënten met een depersonalisatiestoornis inderdaad succesvol (Hunter, Baker, Phillips, Sierra, & David, 2005). Ook werden bij twee adolescenten met depersonalisatie succesvolle resultaten behaald met exposure aan situaties die gevoelens van depersonalisatie oproepen (De Haan & Hoogduin, 1984). Andere behandelmethoden, zoals hypnose, relaxatie of psycho-educatie, zijn niet effectief gebleken. De behandelresultaten

met medicatie zijn bescheiden te noemen (zie bijvoorbeeld Simeon, Guralnik, Schmeidler, & Knutelska, 2004).

De volgende casus gaat over een man bij wie de diagnose depersonalitatiestoornis is gesteld. Het interessante aan de casus is dat de klachten werden behandeld als een angststoornis. Behandeling volgens het protocol voor de paniekstoornis met agorafobie bewees in dit geval zeer succesvol te zijn.

#### Daan

Daan, een onderwijzer van 28 jaar, is in het verleden gediagnosticeerd met zowel een bipolaire II stoornis als een psychotische stoornis NAO. Ruim een jaar geleden werd een begeleidend contact met de crisisdienst van de GGz opgestart vanwege een nieuwe psychose. In de maanden die volgen verdwijnt de psychose, maar maakt plaats voor angstaanvallen, waarbij Daan het gevoel heeft van zichzelf en zijn omgeving te vervreemden. Wanneer hij zijn vriendin in de ogen kijkt, staan haar ogen 'raar', hij heeft het gevoel een meter achter zichzelf te lopen en kleine details in de omgeving, zoals scheuren in de muur, neemt hij zeer intens waar. Zijn lichaam voelt onwerkelijk aan, hij voelt steeds aan zijn buik of deze wel van hem is en het lijkt of de wereld ronddraait terwijl hij stilstaat. De aanvallen komen dagelijks voor en duren dan tussen een halfuur en zes uur. De aanvallen roepen bij Daan de angst op dat hij doodgaat of gek aan het worden is, en hebben een verlamme werking op zijn dagelijkse functioneren. Hij stopt met werken, onderneemt weinig activiteiten en stelt zich afhankelijk op ten opzichte van zijn vriendin, waardoor hun relatie onder druk komt te staan. Omdat Daan klaagt over een veranderde waarneming en zijn psychiater een atypische contactname bij hem ziet, wordt er diagnostisch in eerste instantie aan een terugval in zijn psychotische klachten gedacht. Om die hypothese te toetsen wordt het antipsychoticum dat Daan gebruikt (Olap), van 1 naar 2 mg opgehoogd. Dit leidt echter niet tot klachtenvermindering. Een geraadpleegde neuroloog oppert de mogelijkheid van epilepsie. Hiervoor worden na EEG-onderzoek evenmin aanwijzingen gevonden. Daan krijgt voor zijn angstklachten een antidepressivum (Fluoxetine) voorgeschreven en neemt enkele malen per week een angstremmend middel (Oxazepam). Omdat Daan erg angstig is en vermijdingsgedrag vertoont, wordt hij voor nadere diagnostiek doorverwezen naar de Angstpolikliniek. Daar wordt aan de hand van een gestructureerd interview voor dissociatieve

stoornissen (de SCID-D; Boon & Draijer, 1994) de diagnose depersonalisatiestoornis gesteld. Met behulp van een gestructureerd interview voor de diagnostiek van As-1-stoornissen (MINI) worden verder een depressieve en een hypomane episode, evenals een psychotische stoornis in de voorgeschiedenis gediagnosticeerd. Het vermijdingsgedrag van Daan wordt in de MINI als agorafobie gediagnosticeerd.

Om het klachteniveau en vermijdingsgedrag in kaart te brengen, worden enkele vragenlijsten afgenomen. De SCL-90 (Arrindell & Ettema, 1986) wordt afgenomen om het algehele klachteniveau in kaart te brengen. Op deze schaal, die een minimale score van 90 punten kent, heeft Daan een totaalscore van 221. Ook wordt de DES (Dissociative Experiences Scale) afgenomen, een klachtenschaal gericht op dissociatieve symptomen (Bernstein-Carlson & Putnam, 1986). Hierop scoort Daan bijzonder hoog: totaalscore = 93, range 0-280. Tot slot worden vragenlijsten afgenomen, gericht op de angst voor lichamelijke symptomen (BSQ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984), agorafobische cognities (ACQ; Chambless et al., 1984) en vermijdingsgedrag (MI; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985). Op deze schalen scoort hij bovengemiddeld.

#### De behandeling

Op grond van literatuur waarin wordt gesteld dat de depersonalisatiestoornis duidelijke raakvlakken vertoont met angststoornissen, en dan specifiek met de paniekstoornis (o.a. Hunter, Phillips, Chalder, Sierra, & David, 2003), wordt besloten om de behandeling van Daan uit te voeren volgens het behandelprotocol voor een paniekstoornis met agorafobie (zoals beschreven door Kampman, Keijsers, & Hendriks, 2004). Het protocol wordt echter op enkele punten aangepast om tegemoet te komen aan het specifieke karakter van de depersonalisatiestoornis. Waar bij de paniekstoornis symptomen als hartkloppingen, zweten en tintelingen op de voorgrond staan, heeft Daan vooral last van gevoelens als 'zweverigheid', de ervaring 'los te staan van zijn eigen lichaam', en dat zijn eigen spiegelbeeld 'veranderd' lijkt.

#### Eerste afspraak

Op de eerste afspraak verschijnt Daan niet. Een telefoontje leert dat hij in de wachtruimte een aanval van depersonalisatie kreeg en het

gebouw is ontvlucht. Daan omschrijft de aanval als 'het gevoel dat al het leven uit me gezogen werd.' Er wordt een nieuwe afspraak gemaakt.

#### *Psycho-educatie over depersonalisatie*

Bij de volgende afspraak is de vriendin van Daan meegekomen om er zeker van te zijn dat hij het gesprek ingaat. In deze sessie wordt Daan uitgelegd dat gevoelens van depersonalisatie mogelijk vreemd en eng zijn, maar niet schadelijk of gevaarlijk. De angst om ten tijde van zo'n aanval 'gek' te worden of de controle te verliezen voelt misschien erg realistisch, maar is in feite ongegrond. Depersonalisatie is niets meer dan een reactie van de psyche op een overvloed aan spanning. Waar bij de ene persoon spanning tot paniekaanvallen leidt met hartkloppingen, pijn op de borst en tintelingen in de handen en voeten, ervaart een ander gevoelens van loskomen van zichzelf of neemt de omgeving intenser waar. Het catastrofaal interpreteren van deze gevoelens leidt tot meer spanning, waardoor de kans op een aanval wordt vergroot. Door bepaalde situaties en handelingen die een aanval kunnen oproepen te vermijden, worden de angstklachten in stand gehouden. Het behandelplan wordt aan Daan uitgelegd.

#### *Relaxatietraining*

In de tweede behandelsessie wordt een ontspanningsoefening uitgevoerd en opgenomen. De oefening duurt circa twintig minuten en Daan ervaart een sterke mate van ontspanning. Daan krijgt de opdracht de oefening thuis tweemaal per dag met behulp van de audio-opname uit te voeren. Ook thuis treedt steeds eenzelfde mate van spanningsreductie op.

#### *Interoceptieve exposure*

Evenals bij de behandeling van een paniekstoornis is het bij de interoceptieve exposure van groot belang dat er oefeningen worden gekozen die juist die gevoelens oproepen die Daan ervaart tijdens een aanval van depersonalisatie. Door hem bloot te stellen aan juist die gevoelens leert Daan dat hij gevoelens van depersonalisatie zelf kan oproepen, en dat deze ongevaarlijk zijn. Behalve de gangbare oefeningen, zoals hyperventileren, ronddraaien met een bureaustoel en naar de muur staren, worden enkele oefeningen toegevoegd die specifiek

gericht zijn op het uitlokken van symptomen van depersonalisatie, zoals het langdurig oogcontact maken met zijn eigen spiegelbeeld, zijn vriendin of met de therapeut. Vooral het rondraaien op een stoel en het versneld ademen roepen bij Daan gevoelens op die hij vreest. De oefeningen worden als huiswerk meegegeven en werden door Daan meerdere malen per dag uitgevoerd.

#### *Cognitieve therapie*

De cognitieve therapie wordt gericht op het in kaart brengen en uitdagen van irrationele gedachten met betrekking tot aanvallen van depersonalisatie. Bij Daan staan gedachten als 'tijdens een aanval verlies ik de controle en ga ik mezelf voor schut zetten' of 'wanneer ik ga hardlopen en een aanval krijg, raak ik de weg kwijt en kom ik niet meer thuis' op de voorgrond. Deze gedachten worden in de sessie uitgedaagd en vervolgens als gedragsexperimenten opnieuw geformuleerd. Daan wordt gevraagd de gedragsexperimenten thuis uit te voeren. Hij gaat hardlopen en ondanks het feit dat hij daarbij opnieuw een aanval krijgt, ondervindt Daan dat hij de weg niet kwijtraakt en zich prima weet te redden. Ook gaat hij weer naar een les taekwondo, een activiteit die hij de laatste maanden was gaan vermijden uit angst voor het krijgen van een aanval in het gezelschap van zijn lesgenoten. Daan krijgt een aanval en hoewel deze hem angstig maakt, ervaart hij dat hij zichzelf in de hand heeft en zichzelf niet voor schut zet.

#### *Exposure in vivo*

Op het moment dat Daan voor zijn klachten in behandeling komt, vermijdt hij een groot aantal plaatsen en activiteiten. Vooral activiteiten waarbij lichamelijke inspanning vereist is, zoals hardlopen, taekwondo en mountainbiken, heeft hij opgegeven uit angst voor een aanval. Maar ook drukke plekken zoals winkels vermijdt hij. De vermijding wordt in kaart gebracht en stap voor stap afgebouwd. Het sporten wordt opgebouwd volgens een tijdsschema, waarbij de sporttijd iedere week verder wordt verlengd. Bij de twaalfde sessie is de vermijding volledig afgebouwd en doet Daan alles weer wat hij voorheen ook deed.

### *Terugvalpreventieplan*

In de laatste sessie wordt een terugvalpreventieplan opgesteld, waarbij aandacht is voor risicofactoren voor een terugval, eerste signalen die wijzen op klachtenrecidive en te nemen stappen bij terugval in de klachten.

### Eindresultaat

De behandeling wordt na twaalf weken afgesloten. Daan heeft op dat moment al vier weken geen aanvallen van depersonalisatie meer gehad, waar hij die bij aanmelding dagelijks kreeg. Hij is weer fulltime aan het werk en de druk die op zijn relatie stond vanwege zijn angstklachten is verdwenen. Het antidepressivum dat Daan kreeg voor zijn angstklachten is in overleg met de psychiater volledig afgebouwd en ook het angstremmende middel gebruikt hij niet meer. Het succes van de behandeling wordt ook in de afgenomen vragenlijsten zichtbaar. Op de algehele klachtenschaal (SCL-90) laat Daan een verbetering van 92% zien (de eindscore is 100). De dissociatieve symptomen zijn volgens de DES met 82% afgenomen (eindscore is 17). Het vermijdingsgedrag (MI) en de angstige cognities tijdens een aanval (ACQ) zijn beide met 100% afgenomen. De angst voor lichamelijke symptomen (BSQ) nam af met 77%. Daan is helemaal klachtenvrij en geeft bij het afscheid aan sinds lange tijd weer echt te kunnen genieten van het leven.

### Nabeschouwing

Verschijnselen van depersonalisatie komen in de psychiatrie veel voor, en toch lijken ze nog maar weinig door clinici te worden herkend of worden ze ten onrechte opgevat als 'rare' of 'psychotische' verschijnselen en daardoor ook verkeerd behandeld, zoals in dit geval door het ophogen van de antipsychotische medicatie (Orap) en het toevoegen van een antidepressivum (Fluoxetine); geen van beide een effectieve behandeling in geval van een depersonalisatiestoornis (zie ook Simeon et al., 2004).

Omdat Daan Orap al een tijdlang gebruikte voordat de klachten van depersonalisatie ontstonden, is het onwaarschijnlijk dat deze klachten een bijwerking waren van dit antipsychoticum. Eerder onderzoek en deze casus laten zien dat depersonalisatie vaak een symptoom is van (te) veel angst of stress, en net als een angststoornis in stand gehouden wordt door de catastrofale interpretaties en vermij-



dingsgedrag. Een depersonalisatiestoornis kan dan ook worden gezien als een angststoornis en als zodanig succesvol behandeld worden. Bij Daan duurde de stoornis nog relatief kort (een halfjaar), wat het behandelresultaat wellicht in gunstige zin heeft beïnvloed. Uit eerder onderzoek bleek bijvoorbeeld dat patiënten bij aanmelding voor behandeling gemiddeld al meer dan vijftien jaar klachten hadden (Simeon et al., 2003).

Tijdens de cognitief-gedragstherapeutische behandeling is ook de Fluoxetine afgebouwd, wat in theorie het behandelingsucces zou kunnen verklaren, aangezien depersonalisatie soms als bijwerking optreedt bij gebruik van dit antidepressivum. Omdat de depersonalisatieklachten reeds voor het gebruik van de Fluoxetine bestonden, is dat echter onwaarschijnlijk. Bovendien was al een aanzienlijke daling van de angstklachten opgetreden voordat de Fluoxetine werd afgebouwd.

Uit eerder onderzoek en ook in deze casus bleek dat een cognitief-gedragstherapeutische behandeling goede mogelijkheden biedt tot het effectief behandelen van een depersonalisatiestoornis, al is verder gecontroleerd onderzoek uiteraard noodzakelijk.

---

In this article, the treatment of a patient with depersonalisation disorder is described. Depersonalisation disorder has significant commonalities with anxiety disorders, in this case panic disorder. Therefore, the patient was treated with an adapted version of a cognitive behavioral treatment program, originally aimed at the treatment of panic disorder. The treatment was successful, and at the end of the treatment, the patient was symptom-free.

---

#### Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bernstein-Carlson, E.B. & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Boon, S. & Draijer, N. (1994). *Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM IV Dissociatieve Stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the

- Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S. E., Gracely, E.J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M.E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 623-629.
- Haan, E. de & Hoogduin, K. (1984). Een adolescent met depersonalisatieaanvallen na een traumatische seksuele ervaring. Directieve therapie bij kinderen en adolescenten, Hoogduin, K. & E. de Haan (red.), pp. 278-283. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hunter, E.C.M., Baker, D., Phillips, M.L., Sierra, M., & David, A.S. (2005). Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1121-1130.
- Hunter, E.C.M., Phillips, M.L., Chalder, T., Sierra, M., & David, A.S. (2003). Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1451-1467.
- Kampman, M., Keijsers, G.P.J., & Hendriks, G.J. (2004). Protocollaire behandeling van patiënten met een paniekstoornis met of zonder agorafobie. In: G.P.J. Keijsers, C.A.L. Hoogduin, & A. van Minnen (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Diegem, Bohn Stafleu van Loghum.
- Phillips, M.L., Sierra, M., Hunter, E.C.M., Lambert, M.V., Medford, N., Senior, C., & David, A.S. (2001). Service innovations; a depersonalisation research unit progress report. *Psychiatric Bulletin*, 25, 105-108.
- Ross, C.A., Duffy, C.M.M., & Ellason, J.W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 7-17.
- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., & Knutelska, M. (2004). Fluoxetine therapy in depersonalisation disorder: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 31-36.
- Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D., & Guralnik, O. (2003). Feeling unreal: A depersonalization disorder update of 117 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 990-997.