

Stabilisatie en symptoomreductie in de behandeling van patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis

door S. Boon en O. van der Hart

Gepubliceerd in 1996, no. 2

Samenvatting

Een algemeen erkend model voor de behandeling van posttraumatische stress, inclusief de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) (voorheen meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS), is het fasenmodel van Pierre Janet, bestaande uit: (1) stabilisatie en symptoomreductie, (2) behandeling van traumatische herinneringen, en (3) reïntegratie en rehabilitatie. De eerste fase vormt de noodzakelijke basis voor de volgende behandelingsfasen. Voor tal van DIS-patiënten echter blijft de behandeling hiertoe beperkt. In dit artikel wordt een achttal soorten interventies besproken die ten dienste staan van stabilisatie en symptoomreductie, en wordt de aandacht gevestigd op vijf factoren die van invloed zijn op de keuze de behandeling hiertoe beperkt te houden.

Inleiding

De diagnoses dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) en dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (DSNAO) worden in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg steeds vaker gesteld of in overweging genomen. In aansluiting op deze ontwikkeling wordt een toenemend aantal therapeuten samen met hun patiënten geconfronteerd met de vraag: als zo'n diagnose eenmaal gesteld is, wat dan? In de praktijk worden daar heel verschillende antwoorden op gegeven. Een van die antwoorden, namelijk de toepassing van een steunende/structurende benadering voor patiënten met DIS (voor het gemak rekenen we DSNAO hier ook toe), willen wij in dit artikel nader onder de loep nemen.

Fasenmodel

Zowel in Noord-Amerika (Kluft 1988, 1993a) als in Nederland worden de volgende therapeutische benaderingen in praktijk gebracht bij patiënten met DIS: (1) een 'wanhopig eclecticisme' (Kluft 1993a), waarin de welwillende maar met DIS nog onbekende therapeut alles probeert wat hem of haar te binnen schiet, in de hoop iets te vinden dat werkt; (2) een aan het Procrustesbed verwante rigiditeit, waarin de patiënt geacht wordt zich volledig aan te passen aan het theoretisch/technische dogma van de therapeut; (3) het systematisch negeren door de therapeut van de dissociatieve symptomatologie van de patiënt, in de hoop dat die hierdoor 'vanzelf' verdwijnt; (4) een nagenoeg exclusieve focus op de behandeling van de traumatische herinneringen die aan de dissociatieve problematiek ten grondslag liggen; (5) 'integrationalisme' (Kluft 1993a), waarin de integratie en eenwording van de persoonlijkheid als uiteindelijk doel van de behandeling worden gezien; (6) 'adaptationisme' (Kluft 1993a), waarin DIS-patiënten geholpen worden beter te functioneren en te leren leven met hun dissociatieve problematiek. Kluft (1993a) merkt op dat de effectiviteit van de eerste drie benaderingen niet is aangetoond. Bij toepassing van een exclusief op traumaverwerking gerichte benadering wordt de patiënt in de regel alleen maar slechter en is het risico op decompensatie of suïcide groot (Kluft 1993b). De therapeutische benadering gericht op integratie, inclusief van de traumatische herinneringen, en eenwording van de persoonlijkheid wordt in Noord-Amerika het meest toegepast (Braun 1986; Kluft 1993a, 1993b; Putnam 1989; Ross 1989). Coons (1986) en Kluft (1988b, 1991,

1994) hebben positieve resultaten van deze benadering gerapporteerd.

Mede geïnspireerd door het werk van Noordamerikaanse collega's, ontwikkelde men ook in Nederland een fasenmodel waarin de respectieve stappen op weg naar deze eenwording in kaart worden gebracht (Boon en Van der Hart 1991): (1) stabilisatie en symptoomreductie, (2) stellen van de diagnose en delen van de diagnose met de patiënt, (3) identificeren van de verschillende alter-persoonlijkheden, hun positie en functie, (4) behandelen van de traumatische herinneringen, (5) integratie van alter-persoonlijkheden, en (6) postfusie-fase. Deze fasen volgen elkaar in de praktijk niet successievelijk op; enkele ervan wisselen elkaar in de regel herhaaldelijk af. Een van de tekortkomingen van dit model betreft fase 3: het is juist niet wenselijk om in een vroeg stadium van de behandeling *alle* alters te leren kennen en in kaart te brengen. Daarmee kunnen allerlei problematische aspecten, waaronder traumatische herinneringen, worden opgeroepen die de behandeling voorsnog ernstig kunnen compliceren. Het moet er veeleer om gaan een samenwerking te ontwikkelen met de delen die het dagelijks leven leiden (opdat zij met elkaar ook een beter 'team' vormen) en met 'interne leiders,' die in de regel bijzonder kritisch staan tegenover de interventies van de therapeut. Bovendien komen in dit model de soorten interventies gericht op stabilisatie en symptoomreductie onvoldoende uit de verf. Ten slotte moet men zich afvragen of traumabehandeling bij DIS-patiënten (en daarmee ook integratie van de persoonlijkheid) wel in alle gevallen haalbaar of wenselijk is. Wij menen van niet.

Een overzichtelijker fasenmodel vormt het basismodel van Pierre Janet voor de behandeling van uiteenlopende vormen van posttraumatische stress, waaronder DIS (Boon en Van der Hart 1995; Van der Hart 1991; Van der Hart e.a. 1989; Herman 1993; Kluft 1993c): (1) stabilisatie en symptoomreductie, (2) behandeling van traumatische herinneringen, en (3) reïntegratie en rehabilitatie. In dit kader beschrijven wij de belangrijkste soorten interventies gericht op stabilisatie en symptoomreductie bij DIS-patiënten. Dit wordt gevolgd door een bespreking van de criteria voor een steunende danwel een meeromvattende behandeling (die mede op traumaverwerking en integratie gericht is).

Stabilisatie en symptoomreductie

De behandeling van DIS-patiënten dient altijd in eerste instantie gericht te zijn op het herwinnen van enige stabiliteit in het dagelijks leven en op symptoomreductie. Bij een louter steunende behandeling blijft het daarbij. De interventies gericht op stabilisatie en symptoomreductie staan natuurlijk niet op zichzelf: zij worden toegepast binnen een therapeutisch kader, dat de therapeut vanaf het eerste begin van de behandeling met de patiënt tracht te ontwikkelen. Belangrijk zijn: (1) het maken van afspraken over het (voorlopige) doel van de behandeling, (2) het vaststellen en bespreken met de patiënt van duidelijke grenzen, en (3) het maken van afspraken over de beschikbaarheid van de therapeut, vervanging bij ziekte en vakanties (zie ook Kluft 1993c). Op deze therapeutische basis kunnen de volgende soorten interventies, gericht op stabilisatie en symptoomreductie, worden toegepast:

1. Algemeen toepasbare steunende/structurende interventies

Deze algemene interventies zijn in wezen van belang bij alle psychiatrische patiënten die min of meer in een crisis zijn. Het gaat onder meer om het bevorderen van de veiligheid van de patiënt, een regelmatig dag-en- nachtritme, betere zelfverzorging (waaronder goede voeding en nachtrust), sociale contacten; het structureren van activiteiten, het motiveren en helpen bij het voorbereiden en ondernemen van nieuwe activiteiten. Bij dit soort interventies hoeft niet meteen met afzonderlijke alters in contact getreden te worden. Op de lange duur echter zal samenwerking met de alters die het dagelijks leven leiden, de effectiviteit van dit soort interventies verhogen.

2. Geven van uitleg (psycho-educatie) over dissociatie en DIS.

In veel gevallen leidt het stellen en delen van de diagnose met de patiënt tot enige onrust, gekoppeld aan een combinatie van angst voor en verzet tegen de diagnose. Dat houdt niet alleen verband met het feit dat het deel van de patiënt dat de hulp heeft gezocht, vaak weinig weet heeft van andere deelpersoonlijkheden of van wat er zich afspeelt tijdens *blackouts*, maar ook met het bestaan van deelpersoonlijkheden die vinden dat hun aanwezigheid en datgene wat er in het verleden is gebeurd niet geopenbaard mogen worden. Hoe samenwerking opgebouwd wordt met deze laatste groep komt in paragraaf 4 aan de orde.

Voortdurend geconfronteerd worden met het feit dat men dingen gedaan moet hebben waar men geen weet van heeft, kan buitengewoon beangstigend zijn en aanleiding geven tot de hantering van cognitieve vermijdingsstrategieën: men durft en wil er niet bij stil blijven staan. Daarom vindt er bij veel patiënten op het moment van aanmelding vaak nauwelijks 'interne communicatie' tussen onderscheiden alters plaats. Ze voelen zich onbegrepen door andere mensen, onder wie vorige hulpverleners. Ze begrijpen evenmin zelf wat er aan de hand is en zijn bijzonder ambivalent over de vraag of ze dat wel willen uitzoeken.

Tal van DIS-patiënten hebben hun klachten nagezocht in een medische encyclopedie en zijn bang schizofreen te zijn: ze voelen zich immers niet één - soms juist gespleten - en ze horen ook stemmen. De therapeut doet er goed aan geleidelijk aan duidelijke uitleg te geven over de dissociatieve symptomen, (indien mogelijk) over de relatie tussen trauma en dissociatie als overlevingsstrategie, en over het onderscheid tussen DIS en schizofrenie. Deze herhaalde uitleg kan gevoelens van angst of schaamte, of het idee gek te zijn, wegnemen of verminderen. Vervolgens kan de therapeut uitleg geven over traumatische herbelevingen zoals flashbacks, die vaak aan dissociatieve crises ten grondslag liggen, en over reacterende stimuli (triggers) die deze traumatische herinneringen oproepen (Van der Hart e.a. 1992).

Ten slotte is het ook van belang om uitleg te geven over DIS als 'hechtingsstoornis' (Barach 1991). Naast een geschiedenis van fysieke en/of seksuele mishandeling (vgl. Boon en Draijer 1993b) is bij DIS-patiënten vaak sprake geweest van ernstige emotionele verwaarlozing. Tal van DIS-patiënten rapporteren gruwelijke double binds in de communicaties van hun ouders of verzorgenden (Kluft 1986a; Spiegel 1986; Van der Hart en Boon 1991). Barach (1991) omschreef DIS daarom in de eerste plaats als een hechtingsstoornis: 'Hoewel het effect van actief misbruik belangrijk kan zijn in de etiologie van DIS, vormen hechtingsproblemen de kern van de stoornis'. In de behandeling hebben deze problemen betrekking op thema's als: (1) angst voor verlaten, (2) soms onverzadigbare behoefte aan contact met de therapeut waarbij onder meer allerlei verlangens van kind- en adolescent-alters een rol kunnen spelen, (3) angst voor afwijzing en onbegrip (vaak ervaren in eerdere therapeutische contacten, omdat de betreffende therapeuten niet van de DIS afwisten), en (4) ambivalente gevoelens jegens de therapeut, die doorgaans over verschillende alters zijn verdeeld.

3. Aanleren van meer samenwerking tussen de alters die het dagelijks leven leiden.

Het persoonlijkheidssysteem van DIS-patiënten bestaat uit verschillende soorten alters. Er is meestal een aantal volwassen alters, dat niet of nauwelijks weet heeft van de traumatische ervaringen en voor een belangrijk deel verantwoordelijk is voor het dagelijks functioneren. Er zijn ook (jongere) delen die traumatische herinneringen 'bewaren'. Onder hen bevinden zich meestal ook suïcidale alters en delen die automutileren of zelfdestructief gedrag vertonen. Een aantal 'helpers', dat vooral een interne functie in het systeem van deelpersoonlijkheden heeft, probeert deze getraumatiseerde alters in de regel zo goed mogelijk af te schermen van de buitenwereld. Het doel hiervan is dat zo min mogelijk traumatische herinneringen worden gereactiveerd. De 'helpers' zijn doorgaans meer

afstandelijk/cognitief ingestelde delen, die vaak in staat zijn informatie te verschaffen over wat verschillende alters in het verleden hebben meegemaakt. Zij kunnen de therapeut ook behulpzaam zijn bij het zoeken naar mogelijkheden om de patiënt te helpen meer controle over de traumatische herbelevingen te krijgen. Ten slotte zijn er de eerdergenoemde 'leiders' in het in de regel hiërarchisch georganiseerde systeem van alters. Deze 'leiders' hebben zich vaak ontwikkeld uit introjecten van de daders van het misbruik of geweld waarvan de patiënt als kind het slachtoffer is geweest. Zij zijn degenen die in het begin de behandeling vaak tegenwerken; ze geven vaak zelfdestructieve opdrachten aan andere delen, bijvoorbeeld om te automutileren, niet te eten of een einde aan het leven te maken. Zij geven dit soort opdrachten onder meer in reactie op het feit dat andere alters bepaalde informatie ondanks hun verbod daartoe hebben verstrekt. Het komt de behandeling zeer ten goede als de therapeut dit voor kan zijn; bijvoorbeeld door duidelijk te maken dat het niet de bedoeling is om in dit stadium over trauma te gaan praten en door de betreffende alters ervan te weerhouden deze informatie te openbaren (Kluft 1993c). Het respecteren van de 'weerstand' is fundamenteel. Voorts doet de therapeut er goed aan contact met deze delen proberen te krijgen en het met hen eens te worden over het doel van de behandeling. De therapeut dient hen consequent positief en met begrip te benaderen (Van der Hart en Boon 1993), te beklemtonen dat zij niet de echte daders zijn maar delen van de persoon wier overlevingsstrategie en zware opgave het is de - begrijpelijke - gevoelens van woede en agressie te bewaren en vorm te geven, en begrip op te brengen voor het feit dat zij de controle verliezen als het hun te veel wordt. Dit alles kan ertoe leiden dat deze alters op een constructieve manier gaan meewerken of in ieder geval de zelfdestructieve neigingen meer in toom houden.

Als de behandeling (waarschijnlijk) niet gericht zal zijn op de verwerking van traumatische herinneringen en integratie van de persoonlijkheid, is het van belang dit van meet af aan duidelijk te maken. Dit impliceert dat de therapeut zich met name blijft richten op delen van de persoon die het dagelijks leven leiden. Daarnaast probeert de therapeut een soort werkrelatie op te bouwen met deze interne 'leiders' en de helpende alters. Direct contact met getraumatiseerde delen is dan nooit exploratief van aard, want dat zou alleen maar het optreden van herbelevingen bevorderen. Als er al sprake is van direct contact met hen, heeft het tot doel om juist de dissociatie als copingstrategie te versterken, zoals in de volgende paragraaf aan bod komt.

Het is nog onduidelijk in hoeverre het in sommige gevallen niet verstandiger is om zich als therapeut helemaal niet tot afzonderlijke alters te wenden, maar bij alle interventies steeds tot de 'totale persoon'. Immers, ook wanneer de therapeut alleen bemoeienis heeft met onderscheiden alters die het dagelijks leven van de patiënt leiden, kan het soms moeilijk zijn om niet toch (ongewild) meer los te maken dan wenselijk is. In de discussie zullen wij hier nader op ingaan.

4. Aanleren van technieken om beter om te gaan met gereactiveerde traumatische herinneringen (herbelevingen).

Wanneer de patiënt eenmaal enig besef heeft van de aard van de dissociatieve symptomen en het bestaan van deelpersoonlijkheden, is een volgende stap hem of haar een aantal methoden te leren om meer controle te krijgen op de traumatische herbelevingen en bijbehorende symptomen. Hierbij gaat het er in de eerste plaats om de reacterende stimuli te leren identificeren. Vervolgens leert de therapeut de patiënt procedures en technieken om herbelevingen te voorkomen en, in het geval van een herbeleving, zich sneller te kunnen heroriënteren in plaats en tijd. De volgende procedures - die gedeeltelijk berusten op het gebruik van hypnotische technieken - zijn elders uitgebreid beschreven (Van der Hart e.a. 1992): (1) het verwijderen of neutraliseren van reacterende stimuli, (2) het beklemtonen van het veilige heden en het aanleren van een teken om zich sneller in het heden te heroriënteren, (3) het bevorderen van meer mentale afstand jegens de traumatische herinnering onder andere door traumatische herinneringen op te bergen, (4) het scheppen van imaginaire 'veilige ruimtes' waarin getraumatiseerde (kind-)alters zich kunnen terugtrekken, en (5) het afschermen van

getraumatiseerde deelpersoonlijkheden door het verstevigen van dissociatieve 'muren' of barrières of door het suggereren van een toestand van slaap.

5. Cognitieve therapie.

Deelpersoonlijkheden hebben per definitie een beperkte kijk op henzelf, de andere delen en de wereld. Sommige deelpersoonlijkheden zijn er bijvoorbeeld van overtuigd dat zij een ander lichaam hebben dan de andere delen met wie zij in feite het lichaam delen. Het probleem is dat deze kijk nogal vast ligt, niet of nauwelijks openstaat voor corrigerende informatie. Veel van hun denkbeelden zijn ontstaan in de context van traumatische ervaringen. Bijvoorbeeld: denken dat het aan jezelf heeft gelegen ('ik ben slecht') dat je vader je seksueel misbruikt heeft. Daarbij kunnen ook opvallende denkfouten optreden, zoals de overgeneralisatie dat geen enkele man te vertrouwen is, en het zwart-wit-denken (Fine 1988). Niet alleen een grondig begrijpen van de cognitieve en perceptuele organisatie van de patiënt, maar ook cognitieve interventies - evenzeer van belang in eventuele volgende behandelingsfasen - vormen een essentieel onderdeel van het bevorderen van stabilisatie en symptoomreductie (Fine 1988; Ross 1989).

6. Relatiegesprekken.

De individuele behandeling van DIS-patiënten kan zoveel van de therapeut vergen, dat aandacht en zorg voor de relatie (zo daarvan sprake is) van de patiënt met partner en huidige gezin in het gedrang komen. Een veel gehoorde klacht van partners is dat zij zich in de kou voelen staan. Het is in de regel nodig om ook de partner te laten delen in de psycho-educatie over DIS. Daarbij is het van groot belang de partner op het hart te drukken de patiënt als één persoon te (blijven) zien en te beseffen dat hij of zij een relatie heeft met die hele persoon - niet alleen met bepaalde deelpersoonlijkheden. Bovendien is het belangrijk om de DIS niet als het probleem van de relatie te zien, maar als een complicerende factor. Panos e.a. (1990) beschouwen relatietherapie als een noodzakelijk onderdeel van de behandeling van DIS-patiënten. Meer gericht op de partner als steun voor de patiënt, kan de therapeut de partner ook instrueren hoe deze de patiënt kan helpen uit een traumatische herbeleving te komen en zich te heroriënteren in tijd en plaats.

7. Ondersteuning met behulp van psychofarmaca.

Bij veel patiënten is een medicamenteuze ondersteuning soms nodig. Dit is echter een ingewikkelde zaak. De werking van medicatie verschilt van patiënt tot patiënt en van alter tot alter binnen één patiënt. Het lijkt daarom bij iedere nieuwe patiënt steeds weer uitproberen wat wel en niet resultaat heeft. Putnam en Loewenstein (1993) beschrijven gematigd succes met antidepressiva en anxiolytica. Altijd moet men erop bedacht zijn dat deelpersoonlijkheden medicijnen kunnen sparen, deelpersoonlijkheden verslavingsneigingen kunnen vertonen of dat er soms ook van de ene op de andere dag wordt gestopt of afgebouwd met medicijnen (bijvoorbeeld door een alter die het onzin vindt om te slikken). Naarmate er meer samenwerking bestaat tussen deelpersoonlijkheden, leert onze praktijkervaring, kan soms een gerichte medicamenteuze ondersteuning - bijvoorbeeld een groep alters die last heeft van traumatische herbelevingen - effectief zijn.

8. Het ontwikkelen van een protocol voor crisisinterventie, inclusief eventuele kortdurende opnames.

Ondanks alle interventies gericht op stabilisatie en symptoomreductie kan een forse crisis niet altijd voorkomen worden. Daarom is het zowel bij een steunende/structurende therapie als bij traumabehandeling van belang om een goed protocol te ontwikkelen voor crisisinterventie, zonodig inclusief een kortdurende opname. Aangezien dergelijke crises zich nogal eens plegen voor te doen als de therapeut door vakantie of ziekte afwezig is, vormt de introductie van een waarnemer of cotherapeut een belangrijke preventieve factor. Wanneer de kans op een crisis groot is, doet de

therapeut er goed aan ook de collega's van het crisisteam daarvan op de hoogte te stellen. Bij een mogelijk te verwachten opname is het belangrijk om vóór de crisis contact op te nemen met de kliniek of het crisiscentrum. Een goede voorbereiding van een crisisopname, waarbij de vaste ambulante behandelaar zoveel mogelijk betrokken blijft, zal het verloop zeer ten goede komen.

Indicatiestelling

Bij aanvang van de behandeling is vaak nog onduidelijk in hoeverre de patiënt op termijn een behandeling gericht op verwerking van de traumatische herinneringen (die integratie van de deelpersoonlijkheden in de weg staan) aankan. Voor sommige DIS-patiënten zal dit te belastend zijn, waardoor een steunend/structurend contact, dat overigens wel uitgaat van het bestaan van deelpersoonlijkheden, het meest aangewezen blijft. Caul (1988), een van de eersten die zich bezighielden met de prognose van de behandeling van DIS-patiënten, beschreef een lijst van factoren bij de patiënt die van invloed kunnen zijn op een slechte prognose. Daartoe rekende hij onder meer: de mate van narcistische investering in de eigen bijzonderheid, de mate van controlebehoefte, de ernst van antisociaal gedrag en de mate van confabulatie. Putnam (1990; geciteerd door Comstock en Vickery 1992) schatte dat een derde van de DIS-patiënten niet behandelbaar is volgens een op integratie gericht behandelmodel. Als factoren hierbij noemt hij onder meer: (1) lengte, duur en ernst van de traumageschiedenis, (2) de neiging tot het herhalen van situaties waarin misbruik plaatsvindt, (3) de neiging tot secundaire winst, (4) beperkte intellectuele capaciteit, (5) onvermogen om zonder cognitieve en affectieve distortie op stimuli te reageren, en (6) onvoldoende sterke wil om het verleden achter zich te laten en een redelijk leven te leiden zonder onredelijke angsten. Klufth (1993c, 1994) beklemtont dat het bij DIS gaat om een heterogene groep met heel verschillende behandelprognoses.

Indien niet aan de volgende voorwaarden wordt voldaan, moet ons inziens de behandeling van traumatische herinneringen sterk worden ontraden: er is enige mate van stabilisatie en symptoomreductie bereikt, en er is een zekere mate van samenwerking tussen deelpersoonlijkheden onderling en tussen de patiënt en de behandelaar ontstaan. Ook op grond van de volgende andere factoren kan het verstandig zijn de behandeling te beperken en af te zien van traumaverwerking (zie Boon en Van der Hart 1991; Van der Hart e.a. 1991).

De levensfase van de patiënt - Hoewel niet een specifieke leeftijdsgrens gegeven kan worden, verdient het de voorkeur om met wat oudere patiënten (op middelbare leeftijd of daarboven) een louter steunend/structurend contact aan te gaan. Er is immers vaak sprake van een afname van de spankracht: een jarenlange intensieve behandeling gericht op traumaverwerking is dan riskant. Ook wanneer de wat jongere patiënt in het heden ernstig belast is, bijvoorbeeld door lichamelijke ziekte, zwangerschap of het hebben van zeer jonge kinderen, is in de regel een meer steunend contact aan te bevelen. Als er sprake is van kleine kinderen, moet de therapeut wel bedacht zijn op het mogelijke risico van herhaling van eigen misbruik met deze kinderen. Ten slotte kunnen bijzondere situaties, zoals een ernstige lichamelijke ziekte van de partner of een gezinslid, de keuze voor de aard van de behandeling beïnvloeden.

De mate waarin de patiënt zich bewust is van zijn vroegere traumatische ervaringen en de complexiteit daarvan - Wanneer een DIS-patiënt (of althans de deelpersoonlijkheid die zich voor behandeling aanmeldt) bij aanvang van de behandeling geen enkele weet heeft van de trauma's, dan is de kans groot dat er sprake is van zeer ernstige en complexe traumatische ervaringen. Onze praktijkervaring van de afgelopen tien jaar leerde ons dat het in dergelijke gevallen vaak bleek te gaan om extreem sadistisch misbruik door meerdere daders, die soms in georganiseerd verband hebben geopereerd. De herinneringen kwamen heel geleidelijk tijdens de behandeling, vaak in de vorm van flashbacks en somatische herbelevingen naar voren. Gezien de complexiteit van deze problematiek (waarbij vaak verschillende systemen van deelpersoonlijkheden zijn betrokken) lijkt een louter op

stabilisatie en symptoomreductie gerichte behandeling in deze gevallen vaak de beste keuze. In ieder geval moet actief exploreren van traumatische herinneringen worden vermeden.

De mate waarin er naast de dissociatieve stoornis ook sprake is van een persoonlijkheidsstoornis - DIS-patiënten voldoen regelmatig aan criteria van een of zelfs meer persoonlijkheidsstoornissen zoals omschreven in de DSM- IV - de zogeheten 'As II-problematiek' - of op zijn minst aan een aantal afzonderlijke criteria voor deze stoornissen. Fink (1991) beschrijft de verschillen en overeenkomsten tussen DIS en persoonlijkheidsstoornissen. Hij laat zien dat veel DIS-patiënten op beschrijvend niveau voldoen aan enkele of soms alle criteria van een persoonlijkheidsstoornis, zoals omschreven in de DSM-IV op As II. Dit betekent volgens hem echter lang niet altijd dat de totale persoon ook werkelijk een persoonlijkheidsstoornis heeft. Zo kan een DIS-patiënt, op basis van gedrag of symptomen behorende bij onderscheiden alters, op beschrijvend niveau voldoen aan vier of vijf criteria - doorgaans de zogeheten 'posttraumatische criteria' (Herman 1993) - van de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). De patiënt blijkt evenwel in staat te zijn langdurige vriendschapsrelaties te onderhouden en een intensief therapeutisch contact te verdragen: een gegeven dat doorgaans niet past bij iemand met BPS. Volgens Fink (1991) kan men bij DIS-patiënten dan ook pas van een As II-persoonlijkheidsstoornis spreken wanneer hun totale persoonlijkheid (dat wil zeggen alle deelpersoonlijkheden) eenzelfde min of meer rigide gedragspatroon vertoont dat voldoet aan de criteria van een As II-persoonlijkheidsstoornis. Wanneer hiervan sprake is, zal dit een openleggende behandeling ernstig compliceren. De DIS-patiënt met ernstige borderline-problematiek is bijvoorbeeld meestal niet in staat om het intensieve therapeutische contact - dat voorwaarde is voor de behandeling van traumatische ervaringen - te verdragen. Hij of zij reageert hierop dan te veel met regressief of agerend gedrag. Daarom moeten de problemen gerelateerd aan de persoonlijkheidsstoornis eerst afdoende aan bod komen in een steunend/structurend contact. Onze praktijkervaring leert dat traumaverwerking vaak niet haalbaar blijkt te zijn, of pas na een jarenlange behandeling gericht op stabilisatie en symptoomreductie aan bod kan komen.

Het huidige functioneren - De wijze waarop de DIS-patiënt in het dagelijks leven functioneert kan uitermate verschillen, maar is zeker ook van invloed op de keuze voor een bepaald behandelmodel. Ondanks alles wat er met hen is gebeurd, weten sommige DIS-patiënten zich goed te handhaven in het dagelijks leven. Zij hebben bijvoorbeeld een baan, studie of gezin en vrienden op wie zij kunnen rekenen. In het algemeen geldt dat de behandeling van patiënten die goed functioneren in de maatschappij in een langzaam tempo dient te verlopen (Kluft 1986b). Exploratie van de traumatische herinneringen kan het leven van de patiënt zodanig destabiliseren, dat werken enige tijd onmogelijk is. De therapeut dient dan ook zorgvuldig te overwegen met de patiënt wat de eventuele voor- en nadelen zijn van een behandeling van de traumatische herinneringen (fase 2 van Janets behandelmodel). In tegenstelling tot deze zogeheten 'hoog-functionerende' patiënten zijn er ook DIS- patiënten die eigenlijk alleen in staat zijn te 'overleven'. Wanneer een DIS-patiënt eigenlijk nauwelijks kan functioneren in het dagelijks leven, geen enkel steunkader heeft, of zeer geringe egosterkte en/of geringe intellectuele capaciteiten heeft, dan verdient een op steun en stabilisatie gerichte behandeling uiteraard de voorkeur.

Doorgaand misbruik - Wanneer er sprake is van doorgaand misbruik, ofwel door de oorspronkelijke daders ofwel door een nieuwe dader (bijvoorbeeld de partner, door wie de patiënt mishandeld wordt), kan er *geen* sprake zijn van behandeling van traumatische herinneringen. De bestaande dissociaties zijn dan te zeer nodig voor het huidige overleven en dienen intact gelaten te worden. De eerste prioriteit betreft dan hulp aan de patiënt bij het laten stoppen van het huidige misbruik. Soms is dit alleen mogelijk als de patiënt een periode - vrijwillig - op een gesloten afdeling van een psychiatrische kliniek kan verblijven. Daar is fysiek contact met de dader(s) doorgaans niet mogelijk. Ondertussen heeft de therapeut de gelegenheid om met de patiënt na te gaan waardoor bepaalde alters geen weerstand jegens de dader(s) weten te bieden.

Discussie

Dit artikel ging over de behandelfase gericht op stabilisatie en symptoomreductie bij DIS-patiënten en over de indicaties voor het beperken van de behandeling tot dit doel. De essentie van wat met deze benadering bereikt kan worden is een leven min of meer georiënteerd in het heden, dank zij een ‘toegedekt’ traumatisch verleden (Van der Hart 1993). In de termen van Appelfeld (1993) gaat het om ‘leven dat aan de oppervlakte geleefd wordt’. Dit blijft een wankel evenwicht, dat onder andere door nieuwe stressvolle omstandigheden kan worden verstoord. De patiënt blijft kwetsbaar. Toch menen wij dat voor een aantal DIS- patiënten dit de meest haalbare behandelvorm is. We tekenen hierbij direct aan dat de therapeut een open oog moet blijven houden voor de mogelijkheid dat na verloop van tijd (en dan na jaren) alsnog wordt overgegaan op de behandeling van traumatische herinneringen. Om deze fase van behandeling van DIS-patiënten voor meer mensen toegankelijk te maken, zal er naar ons idee ook naar gestreefd moeten worden therapeutische technieken (verder) te ontwikkelen met behulp waarvan de behandeling van traumatische herinneringen zeer geleidelijk ‘gefractioneerd’ kan plaatsvinden.

De vraag doet zich in dit verband voor of de diagnose DIS of DSNAO wel altijd met de patiënt gedeeld moet worden. Wordt daarmee niet te veel losgemaakt, met name bij DIS-patiënten die hoogstwaarschijnlijk niet voor traumabehandeling in aanmerking zullen komen? Wij menen dat het systematisch negeren - hetzij doelbewust hetzij uit onwetendheid - van de dissociatieve problematiek *niet* tot het verdwijnen ervan leidt. Aanwijzingen hiervoor worden gevonden in de voorgeschiedenissen van DIS-patiënten - binnen een Nederlandse steekproef was sprake van gemiddeld acht jaar hulp binnen de geestelijke gezondheidszorg voordat de diagnose DIS werd gesteld (Boon en Draijer 1993b) - waarin vaak meer van toename dan van afname van de klachten sprake was. Er was vaak sprake van steeds weer nieuwe diagnoses en behandelingen voor steeds weer nieuwe klachten. Het is echter wel aan te bevelen om het bestaan van de dissociatieve stoornis uit te leggen, zij het dat dit in een aantal gevallen op een terughoudende en meer metafore manier dient te geschieden. Het voordeel van uitleg van de dissociatieve problematiek is dat de patiënt de onbegrijpelijke en vaak ook angstaanjagende klachten beter leert begrijpen en plaatsen. Het leven van DIS-patiënten wordt vaak gekenmerkt door extreme en bedreigende onduidelijkheid en verwarring. De eerste stap naar meer zelfcontrole is het verwerven van een cognitief kader waarbinnen voorheen onbegrijpelijke klachten en verschijnselen een plaats kunnen krijgen.

Een tweede vraag: wanneer de diagnose DIS of DSNAO met de patiënt is gedeeld, moet de therapeut dan altijd rechtstreeks contact met onderscheiden alters zoeken wanneer de behandeling uitsluitend steunend van aard is? Het is veel moeilijker om op deze vraag een eenduidig antwoord te geven. Naar onze ervaring kan het leren kennen van deelpersoonlijkheden, met name degenen die deelnemen aan het dagelijks leven en vaak ook de zogeheten ‘leiders,’ zeer nuttig zijn voor het doen van effectieve interventies gericht op stabilisatie. Interventies lijken beter te ‘werken’ wanneer men zich rechtstreeks kan richten tot de betrokken deelpersoonlijkheden. Anderzijds bestaat, zoals gezegd, het risico dat ongewild geleidelijk aan toch steeds meer deelpersoonlijkheden naar voren komen die hun verhaal kwijt willen of ‘meebehandeld’ willen worden. Het is zeer gewenst dat met behulp van gecontroleerde studies getracht wordt een antwoord op deze en andere vragen over de behandeling van DIS-patiënten te geven.

Literatuur

Appelfeld, A. (1993), *Beyond despair*

. Fromm International, New York.

Boon, S., en N. Draijer (1991), Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: A pilot study with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.

Boon, S., en N. Draijer (1993a), Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.

Boon, S., en N. Draijer (1993b), *Multiple personality disorder in the Netherlands*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Boon, S., en O. van der Hart (1991), De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Lisse, p. 159-187.

Boon, S., en O. van der Hart (1995), De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Lisse, p. 187-232.

Braun, B.G. (red.) (1986), *Treatment of multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Caul, D. (1988), Determining prognosis in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 1 (2), 24-26.

Comstock, C., en D. Vickery (1992), The therapist as victim: A preliminary discussion. *Dissociation*, 4 (3), 155-158.

Coons, P.M. (1986), Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 715-721.

Fine, C.G. (1988), Thoughts on the cognitive perceptual substrates of multiple personality disorder. *Dissociation*, 1 (4), 5-10.

Hart, O. van der (1991), Hypnotherapie voor posttraumatische stress: een fasenmodel. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Lisse, p. 125-138.

Hart, O. van der, en S. Boon (1991), Multiple persoonlijkheidsstoornis bij kinderen. In: W.H.G. Wolters (red.), *Psychotrauma's bij jongeren*. Ambo, Baarn, p. 47-70.

Hart, O. van der, P. Brown en B.A. van der Kolk (1989), Pierre Janet's psychological treatment of posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-395.

Hart, O. van der, P.B. Defares en C. Mittendorff (1991), Trauma-behandeling en de persoon van de therapeut. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Lisse, p. 349-362.

Herman, J.L. (1993), *Trauma en herstel*. Wereldbibliotheek, Amsterdam.

Kluft, R.P. (1986a), Treating children who have multiple personality disorder. In: B.G. Braun (red.), *Treatment of multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 79-105.

- Kluft, R.P. (1986b), High-functioning multiple personality patients: Three cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 722-726.
- Kluft, R.P. (1988a), The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder. *Dissociation*, 1 (4), 47-58.
- Kluft, R.P. (1988b), The postunification treatment of multiple personality disorder: First findings. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 212-228.
- Kluft, R.P. (1991), Multiple personality disorder. In: A. Tasman en S.M. Goldfinger (red.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 10*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 161-188.
- Kluft, R.P. (1993a), Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. In: R.P. Kluft en C.G. Fine (red.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 19- 50.
- Kluft, R.P. (1993b), Clinical approaches to the integration of personalities. In: R.P. Kluft en C.G. Fine (red.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 101-133.
- Kluft, R.P. (1993c), The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder patients. *Dissociation*, 6, 145-161.
- Kluft, R.P. (1994). Treatment trajectories in multiple personality disorder. *Dissociation*, 7, 63-76.
- Nijenhuis, E. (1994), *Trauma en dissociatie*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Putnam, F.W. (1989), *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press, New York.
- Putnam, F.W. (1990), Dissociation in MPD: An update on progress and developments. Presentation at the *Fifth Regional Conference on Multiple Personality and Dissociation*. Akron, Ohio.
- Putnam, F.W., en R.J. Loewenstein (1993), Treatment of multiple personality disorder: A survey of practices. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1048-1052.
- Ross, C.A. (1989), *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment*. Wiley, New York.
- Spiegel, D. (1986), Dissociation, double binds, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. In: B.G. Braun (red.), *Treatment of multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 61-77.
- Vanderlinden, J. (1993), *Dissociative experiences, trauma and hypnosis*. Eburon, Delft.

Summary: Stabilization and symptom reduction in the treatment of dissociative identity disorder

A generally accepted treatment model for posttraumatic stress, including dissociative identity disorder (DID), is Pierre Janet's stagemodel, consisting of: (1) stabilization and symptom reduction, (2) treatment of traumatic memories, and (3) reintegration and rehabilitation. The first stage constitutes the necessary basis for subsequent treatment stages. For many DID patients, treatment is limited to this stage. In this article eight types of interventions aimed at stabilization and symptom reduction are discussed, and attention is given to five factors important in making the choice for these treatment goals only.

Dr. S. Boon is als psycholoog/psychotherapeut verbonden aan de afdeling Roosenburg A, Willem Arntsz Hoeve, Den Dolder, en aan het dissociatieteam van de RIAGG Z/NW, Oldenaller 1, 1081 HJ Amsterdam. Prof. dr. O. van der Hart is als psycholoog/psychotherapeut verbonden aan de RIAGG Z/NW, Amsterdam, en als bijzonder hoogleraar aan de vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 15-6-1995.