



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

Zonde, Ten Broeke!

In *Directieve Therapie*, 14, 1 – het vorige nummer – kondigde Erik ten Broeke aan dat hij niet langer patiënten met de diagnose meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) zal behandelen. In deze bijdrage wil ik hem en u duidelijk maken dat dit een onverstandig besluit is. Ik neem hierbij met goede redenen aan dat hij een nuchtere, intelligente man is, die iets voor zijn patiënten over heeft.

Ten Broeke is naar mijn mening bij zijn behandeling van een patiënte met MPS het slachtoffer van vijf vormen van pech geweest. De zesde vorm van pech die ik bespreek heeft vooral betrekking op de consequenties van zijn besluit voor de patiënten met MPS en ons, zijn collega's.

Eerste pech

Ten Broeke stond sceptisch tegenover het verschijnsel MPS tot hij een patiënte ontmoette die in alle opzichten aan de criteria voor deze stoornis voldeed. Dat Ten Broeke sceptisch was is te prijzen. Waren maar meer therapeuten sceptisch over de diagnostische categorieën waarin hun patiënten worden ondergebracht! (Denk bijvoorbeeld aan de gevolgen van het afschaffen van de categorieën theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis: ineens veel minder naarlingen in de wereld, en ineens veel meer mensen voor wie wij iets nuttigs zouden kunnen doen! Of aan de gevolgen van het afschaffen van het drastische onderscheid tussen depressie IEZ en dysthyme stoornis: ineens veel meer patiënten die zouden kunnen profiteren van onze zegenrijke antidepressiva!) Nee, Ten Broekes eerste pech is dat zijn patiënte reeds bij kennismaking aan *alle* criteria voor MPS bleek te voldoen ('de DSM-III-R leek voor haar geschreven'). Dit nu komt zelden voor. Patiënten met MPS komt de scepticus meestal op het spoor doordat zijn en andermans pogingen hen in een andere diagnostische categorie onder te brengen en dienovereenkomstig te behandelen tot een te bescheiden resultaat leiden. Patiënten met MPS krijgen vrijwel nooit meteen de diagnose MPS; lange tijd worden zij gediagnostiseerd als lijdende aan een 'Depressie IEZ met psychotische kenmerken', een 'Atypische psychose' of een 'Borderline persoonlijkheidsstoornis', al of niet gecombineerd met 'schizotypische' of 'theatrale' trekken. Helemaal onzinnig zijn deze diagnoses overigens niet: vijf op de vijf patiënten met MPS die ik terzijde mag staan, voldeden geruime periodes in de behandeling aan de criteria voor 'Depressie IEZ', en behandeling met antidepressiva, lithium en/of ECT leverde bij vier van hen substantieel resultaat op, wat overigens niet betekende dat de dissociatieve symptomen verdwenen. Het gebruik van neuroleptica wordt door twee van deze patiënten als heilzaam ervaren: "t Is of de stemmen toch meer op een afstand zijn." Aan de criteria voor een 'Borderline persoonlijkheidsstoornis' voldeed slechts een van 'mijn' vijf MPS-patiënten, maar zij had daarnaast zoveel verschijnselen die op een bipolaire stoornis wezen dat ik, samen met toegewijde dokters, drie jaar bezig was haar te behandelen met klassieke antidepressiva, moderne antidepressiva, lithium, carbamazepine, MAO-remmers, neuroleptica – en heel veel aanmoediging – tot ik haar op een goede dag vroeg de Dissociation Questionnaire (DIS-Q) (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1993) in te vullen (resultaat: hoge scores, speciaal op de onderdelen identiteitsverwarring en amnesie) en de antwoorden een voor een met haar door te nemen. Item 61 van de DIS-Q luidt: 'Ik hoor wel eens stemmen in mijn hoofd die me zeggen wat ik moet doen of commentaar leveren op wat ik doe.' Mevrouw had hierbij de 5 (betekent: heel erg) aangestreept. Ik was hierdoor verrast

want nimmer had zij mij hierover verteld, al moet ik zeggen dat zij op haar nauwgezet bijgehouden klachtenregistratieformulieren wel heel vaak ‘Iets in mijn hoofd’ had geschreven. Op deze klacht was ik nooit ingegaan, omdat bijna iedereen die aan mijn zorgen is toevertrouwd wel meent ‘iets in het hoofd’ te maken. Het ‘iets’ van deze patiënte bleken stemmen in haar hoofd te zijn die haar verboden hadden hun aanwezigheid aan mij te onthullen. Omdat patiënte het oneerlijk tegenover mij vond om dit verschijnsel helemaal te verzwijgen, had ze besloten het als ‘Iets in mijn hoofd’ aan te duiden – en steeds was ze opgelucht geweest dat ik op dit ‘iets’ verder niet was ingegaan. Ik vroeg nu voorzichtig of zij iets kon meedelen over wat deze stemmen te zeggen hadden. Beschaamd antwoordde zij dat de stemmen zeiden: ‘Je moet dood, dood, dood!, zeker nu je ons verraden hebt!’ Bij de vraag of er misschien periodes waren in haar leven waarover zij zich weinig of niets kon herinneren, antwoordde ze dat de eerste dertien jaar van haar leven ‘een zwart gat’ voor haar waren. Zo kon ik, met eigen onderzoek, *zelf* ontdekken dat het bij deze patiënte niet alleen ging om de vraag of zij aan een ‘Bipolaire stoornis’ al of niet in combinatie met een ‘Borderline persoonlijkheidsstoornis’ leed. Dit ‘voorrecht’ is Ten Broeke niet gegund geweest, maar dat het voor de therapeut in didactisch opzicht een voordeel is er zelf achter te komen dat de patiënt aan dissociatieve klachten lijdt, lijkt me duidelijk: hij hoeft dan niets te ‘geloven’ (zie verderop).

Tweede pech

‘Voor ik het wist sprak ik ook over “alters”, sprak ik verschillende “persoonlijkheden” aan met verschillende namen en “beloonde” ik de patiënte wanneer zij een schatting deed naar de “geboortedatum” en functie van een alter’, schrijft Ten Broeke. Dit verschijnsel, dat ik ‘alterjacht’ noem, komt veel voor. ‘Alterjacht’ wordt inderdaad in boeken en cursussen aanbevolen – mij is een cursus bekend waarin geleerd wordt dat de behandeling van MPS niet kan beginnen voor *alle* alters in kaart zijn gebracht – maar dit is volgens mij vragen om moeilijkheden. Een psychotherapie zonder suggestieve elementen is ondenkbaar, maar het opsporen van *alle* alters is *onnodig* suggestief.

Om te beginnen kan de patiënt ‘alters’ produceren om de therapeut een plezier te doen, zoals de beroemde patiënt ‘Van Salland’ er met en zonder LSD alles aan deed om de traumatische oorlogservaringen te produceren waarop zijn therapeut zat te wachten (Van der Velden, 1992). Een ander voorbeeld wordt genoemd door Fine (1989): een eenzame patiënte kreeg van haar therapeut het advies nieuwe contacten te maken. Bij de volgende zitting presenteerde zij haar behandelaar maar liefst tien spiksplinternieuwe ‘alters’.

Voorts kan overwogen worden dat wanneer dissociatie een manier is om angst en wanhoop te kanaliseren, de dissociërende patiënt op nieuwe angst *wederom* met dissociatie zal reageren – en reken erop dat dit ‘opsporen van alle alters’ voor de patiënt een angstaanjagende procedure is, want met de ‘alters’ komen ook tal van weinig feestelijke herinneringen te voorschijn. De mij bekende patiënten met MPS zijn vaak in een trance-achtige toestand, zelfs zo dat het nooit nodig was een formele trance te induceren (integendeel, het is vaak de kunst hen weer in de realiteit van het heden terug te brengen). In deze trance-achtige toestand zijn zij kwetsbaar en suggestibel, en het lijkt mij juist deze ontvankelijkheid te benutten voor het geven van geruststellende suggesties – bijvoorbeeld: ‘Dadelijk zul je merken dat je bondgenoten

hebt die je zullen helpen de komende tijd door te komen' – dan voor het bijhouden van de burgerlijke stand van 'alle alters'.

Derde pech

'Nu, een aantal maanden na het laatste contact met de patiënte heb ik pas echt oog gekregen voor de wijze waarop zij elke twijfel bij mij afstrafte met de vraag "Of geloof je niet dat ik een MPS ben?"' Dit is echt erge pech. Vanzelfsprekend zijn er patiënten die erop stáán behandeld te worden alsof ze aan deze of gene stoornis zouden lijden – bijna nooit aan een aandoening die weinig mededogen oproept, zoals automutilatie of kleptomanie, maar bijna altijd aan een ziekte die de behandelbaar tot medeleven en medelijden dwingt; 't kan hierbij om hoofdpijn gaan, maar ook om een of andere vorm van posttraumatische ellende. Het is zuur dat Ten Broeke zijn eerste ervaringen met de diagnostiek en behandeling van MPS moest opdoen met een patiënte die op een of andere wijze *trots* leek op haar ziekte. Deze trots sluit niet uit dat de vrouw over wie hij schrijft het daadwerkelijk heel moeilijk heeft en heeft gehad en dat haar claims honorering verdienen, maar uit didactisch oogpunt is het beter dat de therapeut die dissociatieve stoornissen wil behandelen, begint met patiënten die nooit van de diagnose MPS gehoord hebben – komen bijna niet meer voor – of patiënten die de diagnose MPS allerminst op zichzelf van toepassing achten. Van 'mijn' vijf patiënten die aan de criteria voor MPS beantwoorden, is er maar één die zelf min of meer gelooft aan deze stoornis te lijden – min of meer, omdat zij eigenlijk voortdurend twijfelt of zij mij niet om de tuin leidt met haar mededelingen over hetgeen haar overkomt en overkomen is. De anderen beschouwen zichzelf als 'knettergek', 'zwaar gestoord' en 'idiot', en drie van hen vinden het vaak zonde van mijn tijd dat ik mij inspan om hen terzijde te staan.

Ten Broeke heeft een strijdbaar persoon getroffen, die hem niet in de gelegenheid stelde zelf op zijn gemak uit te zoeken welke verschijnselen wel of niet op een dissociatieve stoornis wezen. Strijdba-re patiënten, prachtig!, maar niet voor een op dit gebied onervaren therapeut die recht heeft op enige onzekerheid.

Voorts wijs ik erop dat patiënten met MPS niet per definitie van een prettig karakter zijn voorzien; ook onaangename types kunnen vernederd/beschadigd/misbruikt worden. Verder is het belangrijk eraan te herinneren dat het geleden hebben onder vreselijke gebeurtenissen niet alleen tot respect leidt, maar ook tot *jaloerie*, en deze jaloerie kan uitmonden in een niet zeer smaakvol gevecht over de vraag wie het ergst geleden heeft. (Vgl. de door Kousbroek nauwkeurig gedocumenteerde jaloerie van sommige slachtoffers van de Japanse overheersing over het mededogen dat de slachtoffers van de Duitse kampen ten deel valt; Kousbroek, 1992). Het ligt voor de hand dat de MPS en andere posttraumatische stress-stoornissen een grote aantrekkingskracht hebben voor mensen die nu ook eens in aanmerking willen komen voor medelijden.

Mijn advies luidt: wie aan de behandeling van MPS begint, moet in de gelegenheid gesteld worden zijn diagnostische en therapeutische vaardigheden te beproeven bij een aardige, mogelijk ietwat timide patiënt, die weinig of niks van Sybil weet, en bij wie de symptomen al in de vroege jeugd zijn vastgesteld. (Bij een van mijn patiënten werd omstreeks haar tiende 'lichte epilepsie' geconstateerd – een verlegenheidsdiagnose waarmee getracht werd haar amnesieën te verklaren.)

Vierde pech

Ten Broeke spreekt over de noodzaak om te ‘geloven’ in MPS. Ik geloof dat het helemaal niet nodig is om in een diagnose te ‘geloven’. ‘t Lijkt mij zelfs beter (bijna) niets te ‘geloven’; ‘t is voldoende om te onderzoeken of het voorlopig zinvol is bepaalde ziekteverschijnselen in bepaalde diagnostische categorieën onder te brengen. Men hoeft absoluut niet in het bestaan van een winterdepressie te ‘geloven’ om toch te erkennen dat het wel eigenaardig is dat sommige mensen somberder worden, meer gaan eten en zeer langdurig gaan slapen wanneer de herfst intreedt, en baat hebben bij lichttherapie. Het is ook niet nodig in de diagnose schizofrenie te ‘geloven’ om als gegeven te aanvaarden dat mensen aan wie deze stoornis wordt toegedicht aan wanen, hallucinaties en initiatiefverlies lijden. Verder onderzoek zal ons tot andere omschrijvingen, diagnostische afspraken en behandelingen brengen – voor de psychiatrie en psychotherapie is het te hopen dat dit herdefiniëren nog even doorgaat.

Pech vijf

Door alle tumult over thema’s als MPS, ‘recovered memories’ en ‘satanische sekten’ dreigen nuchtere behandelaars als Ten Broeke zich af te keren van beschadigde mensen. Voor zijn gemoedsrust is dit misschien wel goed, maar voor de patiënten is het niet goed. Bovendien is het niet goed voor ‘het veld’, dat immers niet gedomineerd moet worden door behandelaars voor wie opwinding en goedgegelovigheid zwaarder wegen dan mededogen en gezond verstand. Een voorstel voor een redelijke benadering wordt gevonden in een te weinig bekend artikel van Van Dyck (1992), helaas niet in dit tijdschrift gepubliceerd. Zijn ideeën dragen ertoe bij begrip en kritische zin te combineren bij de diagnostiek en behandeling van MPS.

Pech zes

Pech zes zou zijn wanneer Ten Broeke door deze argumenten er niet van overtuigd zou worden dat hij het gewoon opnieuw moet proberen, zij het nu met een patiënte die bereid is zijn twijfels te aanvaarden.

Kees van der Velden

Referenties

- Dyck, R. van (1992). Zin en onzin over de meervoudige persoonlijkheidsstoornis. *Bulletin van de Nederlandse vereniging voor hypnotherapie*, 13 (4), 38–48.
- Fine, C.G. (1989). Treatment errors and iatrogenesis across therapeutic modalities in MPD and allied dissociative disorders. *Dissociation*, 2, 77–82.
- Kousbroek, R. (1992). *Het Oostindisch kampsyndroom*. Amsterdam: Meulen–hoff.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1993). Dissociatieve ervaringen bij Vlamingen en Nederlanders. *Directieve Therapie*, 13 (1), 57–77.
- Velden, K. van der (1989). De les van Charcot. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 3*. Deventer: Van Loghum Slaterus.