



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

reactie en weerwoord

**De behandeling van een vrouw met recidiverend mutisme
Een reactie op de notitie van Tibben en Hoogduin, Directieve therapie,
2008, 28(3), 216-219**

Onno van der Hart

Inleiding

Tibben en Hoogduin (2008) beschrijven de kortdurende behandeling van mutisme bij een 52-jarige vrouw, Carla, met recidiverend mutisme en depressie. De meest recente periode van niet-spreken duurde zes weken. Reeds na een enkele langdurige zitting, waarin een beproefde symptoomgerichte aanpak wordt toegepast, blijkt zij weer in staat tot spreken. In dit opzicht is de behandeling geslaagd. Dat is echter niet het geval met de aanpak van de depressie, waar zij ook onder leed. Zoals de auteurs opmerken:

'Nadat Carla het hele depressieprotocol heeft doorlopen, wordt ze uiteindelijk opgenomen om een elektroconvulsiebehandeling te ondergaan' (pp. 218-9).

In de hierop volgende bijdrage presenteert Hoogduin (2008) de casus van een jonge vrouw met een gefixeerde gebogen rug, wier klacht verdwenen is voordat ze op het spreekuur kwam. De auteur grijpt deze casus aan om te beschrijven hoe hij de klacht zou hebben behandeld als deze nog had bestaan. Dit inspireert mij tot een reactie, met als uitgangspunt de vraag: hebben de auteurs wellicht verzuimd om na te gaan of er een verband bestond tussen het mutisme en de depressieve klachten? Hadden beide soorten klachten wellicht een gemeenschappelijke oorsprong die over het hoofd is gezien?

De antwoorden hierop kunnen niet gegeven worden. Desondanks

PROF. DR. O. VAN DER HART is honorair hoogleraar psychopathologie van chronische traumatisering bij de Capaciteitsgroep Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht, en is werkzaam bij het Sinai Centrum, vestiging Amstelveen. E-mail: o.vanderhart@uu.nl.

meen ik dat het wenselijk was geweest als dergelijke afwegingen waren gemaakt, althans met de lezers waren gedeeld. Ik begin met de presentatie van een oude casus, van een getraumatiseerde soldaat uit de Eerste Wereldoorlog, beschreven door Bernard Hart (1920). Hij spreekt van de dichtstbijzijnde oorzaak en verder verwijderde oorzaken, die beide bij de behandeling van een dergelijke klacht betrokken moeten worden. Tibben en Hoogduin blijken zich alleen op de zogeheten dichtstbijzijnde oorzaak te hebben gericht.

Bernard Hart over een Geval van Hysterisch Mutisme

Een soldaat werd omvergegooid en gedeeltelijk begraven door het ontploffen van een granaat, maar raakte, afgezien van een paar bloeduitstortingen, niet gewond. Nadat hij was bevrijd, was hij bij bewustzijn, maar versuft en niet in staat te spreken. De toestand van verwarring klaarde snel op. Het onvermogen tot spreken duurde voort en vertoonde de bekende kenmerken van hysterisch mutisme: de patiënt begrijpt alles wat tegen hem gezegd wordt en kan schrijven, maar is niet in staat enig gearticuleerd geluid maken, hoewel hij zijn lippen, tong, enzovoort kan bewegen op welke manier dan ook die van hem gevraagd wordt (Hart, 1920, p. 209).

Bij nader onderzoek van de psychogene factoren die voor deze toestand verantwoordelijk zijn, kunnen we, aldus Hart, vaststellen dat de dichtstbijzijnde oorzaak een bepaalde overtuiging in de psyche van de patiënt is. Hij is ervan overtuigd dat hij niet kan spreken – en het feitelijke onvermogen om te spreken komt voort uit deze overtuiging via een, volgens Hart, eenvoudig psychisch proces (dat hij niet nader beschrijft).

Achter deze dichtstbijzijnde oorzaak veronderstelt Hart een serie van verder verwijderde oorzaken, die bestaan uit emotionele storingen (*disturbances*). In de oorlogsneurosen bestaat de belangrijkste factor doorgaans uit een onvermogen van de patiënt om om te gaan met de situatie (het front) waarin hij moet verkeren. Deze levensbedreigende situatie stimuleert op een intense manier de neiging tot zelfbehoud, met de hieraan gekoppelde emotie angst. Als deze neiging niet afgeremd wordt, zou de soldaat onmiddellijk uit deze gevaarlijke situatie vluchten. Deze neiging komt evenwel in conflict met andere, bijna even sterke krachten: plichtbesef, zelfrespect, discipline, enzovoort. Zo ontstaat er een intens mentaal conflict, dat volgens Hart de meer fundamentele oorzaak is van de breakdown van de patiënt.

De strekking van Harts betoog is dat de behandeling op beide soorten van causale factoren gericht moet zijn: de overtuiging van de

patiënt dat hij niet kan spreken en de onderliggende emotionele conflicten. Ten aanzien van de dichtstbijzijnde oorzaak gaat het erom de patiënt te helpen diens overtuiging niet te kunnen spreken te vervangen door de overtuiging dat hij dat wel kan. Diverse vormen van hypnotische suggesties kunnen dit doel bewerkstelligen, maar na passende psycho-educatie kan met een aantal praktische oefeningen hetzelfde effect bereikt worden. Hart beveelt hiertoe een protocol aan, dat sterk overeen komt met de aanpak van Hoogduin en collega's.

Als deze symptoomgerichte aanpak effectief is, kan de verder verwijderde oorzaak nog bestaan. Dit kan ertoe leiden dat het mutisme – of een vergelijkbare klacht – na verloop van tijd weer terugkomt. Nader onderzoek naar het onderliggende conflict is nodig en een verandering van de elkaar bevochtende neigingen moet gerealiseerd worden.

'Dit kan gedeeltelijk gedaan worden door de aard en acties van deze handelingstendenties aan de patiënt duidelijk te maken en hem te instrueren hoe hij hen bewust en gericht kan beheersen, gedeeltelijk door de emotionele krachten – zelfrespect behouden, ambities hebben, belangen hebben, enzovoorts – in werking te laten treden die aan een dergelijke beheersing kunnen bijdragen' (Hart, 1920, p. 209).

In veel gevallen, constateert Hart, zal men moeten vaststellen dat de constitutie van de patiënt zodanig is dat hij niet kan omgaan met de spanningen van de oorlogsvoering. Dan rest niets anders dan de omgeving waarin hij moet leven, te veranderen, dat wil zeggen: hij moet ophouden soldaat te zijn.

Commentaar

De situatie van Carla, de patiënte van Tibben en Hoogduin, lijkt moeilijk te vergelijken met die van de getraumatiseerde soldaat op wie Hart rapporteerde. Harts analyse leert ons echter wel iets wat van belang had kunnen zijn voor de behandeling van Carla. Wat bij haar opvalt is dat het mutisme recidiveert, met andere woorden: het niet kunnen spreken komt en gaat. Dat roept het vermoeden op dat het probleem met het laatste herstel, tijdens één therapiezitting, ook niet helemaal was opgelost. In de termen van Hart was de dichtstbijzijnde oorzaak opgelost, maar waren de verder verwijderende oorzaken niet onderzocht en behandeld. Wat was de situatie waarin Carla bij herhaling haar stem verloor? Hielden haar depressieve klachten daar wellicht ook verband mee? Hebben zich een of meer traumatiserende

gebeurtenissen voorgedaan? Was er hierbij sprake van een mentaal conflict dat moest worden opgelost? Of was een verandering van levenssituatie misschien aangewezen?

In navolging van de DSM-IV spreken Tibben en Hoogduin van een 'conversiestoornis', terwijl Hart het over een 'hysterisch mutisme' had. Janet heeft al meer dan een eeuw geleden op het dissociatieve karakter van dergelijke symptomen of stoornissen gewezen (Janet, 1901 en 1907; cf. Van der Hart, 1986) en, in overeenstemming daarmee, spreekt de ICD-10 (WHO, 1992) van een dissociatieve stoornis van motoriek en zintuiglijke gewaarwording: een benaming die meer recht lijkt te doen aan deze stoornis en vergelijkbare stoornissen (Brown, Cardeña, Nijenhuis, Sar, & Van der Hart, 2007; Nijenhuis, 1999/2004; Nijenhuis & Van der Hart, 1999). Het gaat hierbij niet om louter een theoretische of semantische kwestie, maar ook om een zaak van pragmatisch belang. Als er sprake lijkt te zijn van, in de termen van Hart, verder verwijderde causale factoren, zouden deze waarschijnlijk het beste in termen van een dissociatie van de persoonlijkheid te beschrijven zijn en dient de behandeling mede op het opheffen hiervan, dat wil zeggen op de re-integratie van de persoonlijkheid, gericht zijn.

Somatoform dissociatieve klachten en de theorie van structurele dissociatie

Vanuit dit perspectief is de somatoform dissociatieve stoornis een manifestatie van een dissociatie van de persoonlijkheid. Onder 'persoonlijkheid' verstaan we het dynamische, biopsychosociale systeem als een geheel, dat iemands kenmerkende mentale en gedragsmatige acties bepaalt (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006). Deze dissociatie of opdeling van de persoonlijkheid betreft twee of meer subsystemen, elk met een ten minste rudimentair eerstepersoonsperspectief (*first-person perspective*) (Nijenhuis, 2008). Fenomenologisch komt deze divisie tot uiting in dissociatieve symptomen, die gecategoriseerd kunnen worden als negatieve symptomen (functionele verliezen, zoals mutisme, verlamming en amnesie) en positieve symptomen (intrusies, zoals flashbacks en het horen van stemmen), en psychoforme symptomen (zoals amnesie en stemmen horen) en somatoforme symptomen (zoals mutisme en tics).

Deze visie vinden we terug in ondermeer het werk van McDougall (1926), die met betrekking tot somatoforme dissociatieve verschijnselen, zoals de anesthesie van een ledemaat, sprak van 'minor dissociations' (van de persoonlijkheid) die hieraan ten grondslag liggen:

'Not a mere aggregate of sensations but a thinking purposive agent, a self which, though it may be rudimentary, undeveloped, and greatly restricted in the modes of its activity, has yet the fundamental attributes of a self-conscious entity exercising the function of true memory' (p. 543).

Waar McDougall het had over een 'agent' of 'self', spreken wij van een dissociatief deel van de persoonlijkheid. In eenvoudige gevallen onderscheiden wij een dissociatie tussen een meest omvattend deel van de persoonlijkheid dat gericht is op functioneren in het dagelijkse leven – geïnspireerd door Myers (1940) spreken wij van een *ogen-schijnlijk normaal deel van de persoonlijkheid*: ANP – en een deel dat een traumatische herinnering bevat en veelal op (vermeend of reëel) gevaar is gericht (*emotioneel deel van de persoonlijkheid*: EP). Dit valt onder de noemer 'primaire structurele dissociatie'. Bij meer complexe dissociatie van de persoonlijkheid zijn er naast ANP meer EP's (secundaire structurele dissociatie), respectievelijk meer ANP's en meer EP's (tertiaire dissociatie) (Van der Hart et al., 2006). Een somatoform dissociatief symptoom als mutisme kan dan een manifestatie zijn van een EP binnen het kader van primaire structurele dissociatie: het kan ook bij een EP als deel van meer complexe structurele dissociatie behoren.

Een voorbeeld van een meer complexe structurele dissociatie biedt Marie, een 16-jarig meisje jaar met een dysfonie: zij kon slechts nog fluisteren, wat gepaard ging met een raspande ademhaling. Gedragstherapie, hypnotherapie en gezinstherapie hadden geen enkel effect. Op zekere dag was de klacht evenwel verdwenen en sprak zij weer normaal. Echter, ernstiger klachten, zoals forse zelfbeschadigingen, suïcidepogingen en eetstoornissen, gingen haar leven zo beheersen dat zij zes jaar op de gesloten afdeling van een psychiatrische kliniek moest verblijven. Daar werd in de loop der tijd de diagnose dissociatieve identiteitsstoornis (DIS: tertiaire structurele dissociatie) gesteld, die in de diagnostische fase van de daaropvolgende ambulante behandeling werd bevestigd.

De therapeut kwam in contact met successievelijk elf delen van de persoonlijkheid, waarvan één aangaf het overzicht over de delen te hebben en opmerkte dat er een nog een twaalfde deel was. Toen de therapeut daarmee contact zocht en zich bij Marie een verandering van gelaatsuitdrukking en lichaamshouding voordeed, kreeg hij geen antwoord. Via vragen die met knikken of nee-schudden beantwoord konden worden, kwam hij erachter dat er een dissociatief deel aanwezig was dat niet sprak, met andere woorden: door mutisme

gekenmerkt werd. Bij navraag bleek ze bereid te zijn om via schrijven op zijn vragen te antwoorden.

Vervolgens maakte ze hem duidelijk dat zij degene was die verantwoordelijk was voor de dysfonie op 16-jarige leeftijd. Met andere woorden: terwijl een ANP het dagelijkse leven leidde, vormde het symptoom de intrusie van dit deel. Hoe was die dysfonie dan verdwenen? Haar moeder had haar meegenomen naar nog een kno-arts, die de psychogene aard van de stoornis bevestigde. Thuisgekomen sloeg de woedende moeder haar in elkaar. 'Daarop besloot ik nooit meer wat te zeggen en heb ik mij teruggetrokken.' Maar waar was de dysfonie dan een reactie op? Op een gruwelijk trauma, waar de moeder mede voor verantwoordelijk was geweest. Het was de manifestatie van een intens innerlijk conflict van dit deel (de verder verwijderde oorzaak in de termen van Hart): het uitschreeuwen versus dat moeten onderdrukken, omdat de patiënte onder extreme druk stond haar mond te houden over de traumatisering.

Behandelimplicaties

Wanneer een stoornis als dissociatief mutisme op zichzelf staat, dat wil zeggen een manifestatie van een primaire dissociatie van de persoonlijkheid is, is het mogelijk dat een eenvoudige rechttoe-rechtaanbehandeling, zoals een behandelprotocol binnen de cognitieve gedragstherapie, tot een gunstig resultaat kan leiden. Eerdere publicaties van Hoogduin en collega's lijken dit te bevestigen (bijv. Hoogduin, 2007). Follow-up op langere termijn zou echter duidelijk moeten maken of het herstel definitief is. Als de theorie van structurele dissociatie correct is, houdt een definitief herstel de re-integratie van de twee dissociatieve delen van de persoonlijkheid in. In de behandeling van acuut getraumatiseerde soldaten ging het volgens Myers (1940) om:

'Restoring the "emotional" [part of the] personality deprived of its pathological, distracted, uncontrolled character, and in effecting its union with the "apparently normal" [part of the] personality' (Myers, 1940, pp. 68-99).

Wanneer deze re-integratie heeft plaatsgevonden, stelde Myers vast,

'It becomes immediately obvious that the "apparently normal" [part of the] personality differed widely in physical appearance and behaviour, as well as mentally, from the completely normal personality thus at last obtained. Headaches and dreams disap-

pear; the circulatory and digestive symptoms become normal; even the reflexes may change; and all hysterical (i.e., dissociative) symptoms are banished' (Myers, 1940, pp. 69).

Zijn dergelijke symptomen niet (blijvend) verdwenen, dan kan de belangrijkste oorzaak zijn dat deze re-integratie van de persoonlijkheid niet of onvoldoende tot stand is gekomen. Hetzelfde geldt voor gebeurtenisgerichte behandelingen, zoals cognitieve gedragstherapie en EMDR, en voor posttraumatische stressstoornis (PTSS). Wat betreft de getraumatiseerde soldaat waarover Hart schreef: in de termen van de theorie van structurele dissociatie, is zijn behandelstrategie ten aanzien van de verder verwijderde oorzaken om ANP, het plichtsgetrouwe deel van diens persoonlijkheid, sterker te maken en in staat te stellen het beleven van de EP onder controle te houden. Mogelijk kan dit soms gepaard gaan met de integratie van beide dissociatieve delen. In ieder geval bleek niet iedere soldaat na een dergelijke behandeling in staat om adaptief om te gaan met de levensbedreiging op het slagveld.

Als echter na een geslaagde re-integratie van ANP en EP de klacht nog bestaat of weer terugkeert of als andere symptomen verschijnen, is de kans groot dat de structurele dissociatie van de persoonlijkheid meer complex van aard is en gerelateerd is aan meerdere traumatische ervaringen, c.q. chronische traumatisering. Is dit het geval, dan is een directe symptoomgerichte benadering in de regel gecontra-indiceerd. Niet alleen is adequate diagnostiek noodzakelijk, de clinicus zal bij het afnemen van de anamnese ook moeten informeren naar mogelijke traumatische ervaringen, en zich ook een beeld moeten vormen van de mate van structurele dissociatie van de persoonlijkheid. Het gebruik van screeningsinstrumenten als de DES (Bernstein & Putnam, 1986), DIS-Q (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen, & Verkes, 1993) en de SDQ-20 (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1996) kunnen hier een indruk van geven. De afname van een gestructureerd diagnostisch interview voor de DSM-IV dissociatieve stoornissen, zoals de SCID-D (zie Boon & Draijer, 1995), is aangewezen als de resultaten van de screeningsinstrumenten duiden op het voorkomen van een aanzienlijke mate van dissociatieve verschijnselen. Als een structurele dissociatie van de persoonlijkheid is vastgesteld, moet ten slotte worden nagegaan hoe de aangemelde klachten hieraan gerelateerd zijn. Dat is van groot belang voor het uitstippelen van een passend behandelplan. De vraag blijft staan in hoeverre hiervan bij Carla, de cliënte van Tibben en Hoogduin, sprake was. In ieder geval was het duidelijk dat het mutisme niet de enige (dissociatieve) klacht was.

Bij complexe structurele dissociatie zal de behandeling in veel

gevallen fasegericht moeten zijn. Een veelgebruikt fasemodel bestaat uit:

1. stabilisatie, symptoomreductie en vaardighedentraining;
2. behandeling van traumatische herinneringen;
3. re-integratie van de persoonlijkheid en rehabilitatie.

Moene (2003) beschrijft de toepassing van dit model bij de behandeling van somatoforme dissociatieve klachten als pseudo-epileptische aanvallen. In minder gecompliceerde gevallen van secundaire structurele dissociatie kan het fasemodel in een eenvoudige, directe manier worden toegepast. Bij gecompliceerdere gevallen van secundaire dissociatie, en zeker bij tertiaire dissociatie, zullen de onderscheiden fases bij herhaling afwisselend aan bod moeten komen – zo fase 2 (de behandeling van traumatische herinneringen) al is aangewezen. De behandeling zal navenant langer duren.

Referenties

- Bernstein, E.M., & 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. (1995). *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brown, R., Cardeña, E., Nijenhuis, E., Sar, V., & Hart, O. van der (2007). Should conversion disorder be re-classified as a dissociative disorder in DSM-V? *Psychosomatics, 48*, 369-378.
- Hart, B. (1920). The modern treatment of functional nervous disorders. *The Lancet, 14*, 207-211.
- Hart, O. van der (1986). Pierre Janet over hysteric en hypnose. *Directieve Therapie, 6*, 223-246.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Co.
- Hoogduin, K. (2007). *Psychologische interventies bij conversie stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hoogduin, K. (2008). Een jonge vrouw met een gefixeerde gebogen rug: Conversieve camptocormia. *Directieve Therapie, 28*, 220-223.
- Janet, P. (1901). *The mental state of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents*. New York: G.P. Putnam's Sons.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: MacMillan.
- McDougall, W. (1926). *An outline of abnormal psychology*. Londen: Methuen.
- Moene, F.C. (2003). Aanvalsgewijs optredende dissociatieve klachten. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*, 4^e gewijzigde druk (pp. 335-356). Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (2008). Bewustzijn en zelf-bewustzijn bij dissociatieve stoornissen. In: J.A. den Boer, G. Glas, & A. Mooij (red.), *Kernproblemen van de psychiatrie* (pp. 180-239). Amsterdam: Boom.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen: Van Gorcum. Enlarged ed. Norton, New York, 2004.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
- Nijenhuis, E.R.S. & Hart, O. van der (1999). Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective. In: J. Goodwin en R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 89-127). New York: Basic Books.
- Tibben, M. & Hoogduin, K. (2008). De behandeling van een vrouw met recidiverend mutisme. *Directieve Therapie*, 28, 216-219.
- Vanderlinden, J., Dyck, R. van, Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R.J. (1993). The Dissociation Questionnaire: Development and characteristics of a new self-reporting questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 21-27.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.