

# **Knelpunten in de differentiële diagnostiek van de dissociatieve identiteitsstoornis**

*door N. Draijer en S. Boon*

**Gepubliceerd in 1996, no. 2**

## **Samenvatting**

**Dit artikel behandelt de volgende vragen: (1) Hoe is de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) te onderscheiden van een aantal diagnoses die hetzij met DIS verward worden, hetzij erop lijken, namelijk: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornis, angststoornissen, somatisatiestoornis en persoonlijkheidsstoornissen?, en (2) Hoe is DIS te onderscheiden van DIS als nagebootste stoornis? Systematische vaststelling van vijf symptoomgebieden aan de hand van de SCID-D (Steinberg 1993) geeft goed inzicht in de aan- of afwezigheid van een dissociatieve stoornis en in de aard ervan. Op grond van onderzoek wordt het kenmerkende cluster van dissociatieve en aanverwante symptomen bij DIS beschreven evenals het onderscheid met bovengenoemde stoornissen. Ook wordt ingegaan op de kwesties van onder- en overdiagnostiek. De conclusie luidt dat DIS goed te onderscheiden is van sterk erop lijkende of nagebootste stoornissen, mits men op systematische wijze de dissociatieve symptomen vaststelt.**

## **Inleiding**

Bij de differentiële diagnostiek van de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) - voorheen 'meervoudige persoonlijkheidsstoornis' (MPS) - is een aantal problemen te signaleren die zowel van betekenis zijn voor de validiteit van de diagnose als voor de diagnostische praktijk. De DSM- IV signaleert bijvoorbeeld een controverse omtrent de differentiële diagnostiek van DIS ten opzichte van een aantal psychiatrische beelden, te weten: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornis met een snelle wisseling van depressieve en hypomane episoden, angststoornissen, somatisatiestoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Enerzijds zou verwarring tussen DIS en deze beelden leiden tot onderdiagnose, anderzijds zou er ook sprake zijn van overdiagnose ten gevolge van de huidige mediabelangstelling voor de stoornis en het gegeven dat mensen gevoelig zijn voor suggestie. DIS moet daarom ook onderscheiden worden van DIS als nagebootste stoornis, hetzij in het kader van een hulpvraag, hetzij in een forensische context (American Psychiatric Association 1994). Dit artikel betreft deze differentieeldiagnostische problemen. Het behandelt de volgende vragen: (1) Hoe is DIS te onderscheiden van een aantal diagnoses die hetzij met DIS verward worden, hetzij er veel op lijken?, en (2) Hoe is DIS te onderscheiden van DIS als nagebootste stoornis?

## **Systematische diagnostiek aan de hand van de SCID-D**

Het onderzoek waarop dit artikel is gebaseerd, is verricht aan de hand van het Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D: Steinberg e.a. 1990; Steinberg 1993). Dit bestaat uit twee gedeelten. In het eerste deel worden aanwezigheid, aard en ernst van vijf symptoomgebieden vastgesteld: amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteitsverwarring en identiteitswijziging. Ernst en configuratie van deze symptomen geven een goed inzicht in de aan- of

afwezigheid van een dissociatieve stoornis en de aard daarvan. Organische oorzaken, alcohol- en druggebruik worden uitgesloten, evenals 'normale', lichte dissociatie die onder druk plaatsvindt en dissociatie als incidenteel geïsoleerd symptoom (na een schokkende gebeurtenis of een psychiatrische opname). De SCID-D behandelt ook enkele bijkomende kenmerken van DIS: stemmingswisselingen, leeftijdsregressie en stemmen horen. Het tweede deel van het interview bevat vervolgvragen waarmee vastgesteld kan worden of er sprake is van verschillende identiteiten. Criteria zijn: de persoonlijkheidstoestanden ('alter-persoonlijkheden') hebben eigen kenmerken, capaciteiten en functie, eigen herinneringen, wellicht eigen namen en een eigen leeftijd; ze vertonen consistent complex gedrag, kunnen de controle over het gedrag overnemen en worden als egodystoon ervaren; er is ten minste amnesie voor (een deel van) gedrag van een alter-persoonlijkheid. Deze eenduidige en conservatieve operationalisatie laat weinig ruimte voor 'wisselingen' zoals gesignaleerd bij bijvoorbeeld een borderline-persoonlijkhedestoornis (BPS) of een bipolaire stoornis. Tevens wordt non-verbaal gedrag genoteerd. Op grond van de symptoomconfiguratie wordt beoordeeld: is er sprake van een DSM-IV dissociatieve stoornis en zo ja, welke?

De SCID-D is bestemd voor een getrainde clinicus. Training is vooral nodig om de aard van de verschillende vormen van dissociatie te leren onderscheiden, bijvoorbeeld de uiteenlopende vormen waarin amnesie of depersonalisatie wordt gepresenteerd. Dit is relevant voor de differentiële diagnostiek. Het interview heeft een goede interbeoordelaarbetrouwbaarheid en een goede validiteit (Steinberg e.a. 1990). Nederlands onderzoek (Boon en Draijer 1991, 1993a, 1993b, 1993c) bevestigt dat de SCID-D patiënten met en zonder dissociatieve stoornis goed onderscheidt, zelfs als het gaat om stoornissen die sterk op de presentatie van DIS of dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (DSNAO) lijken. Voor de verfijnde differentiële diagnostiek is dit instrument na training derhalve zeer bruikbaar, bruikbaar dan schriftelijke vragenlijsten.

### **Kenmerken van DIS**

Bij SCID-D-onderzoek wordt DIS gekenmerkt door de volgende primaire en secundaire symptomen (Boon en Draijer 1993a):

#### *Primaire symptomen: dissociatieve symptomen*

Amnesie in het heden: de patiënt is blokken tijd 'kwijt', weet niet wat daarin gebeurd is; de herinnering komt niet terug als zij of hij het probeert te reconstrueren. Er kunnen terugkerende fugues worden gerapporteerd: de patiënt heeft zich ergens aangetroffen zonder te weten hoe zij/hij daar kwam.

Depersonalisatie: de patiënt vertelt zichzelf van een afstand te kunnen zien, registreert het eigen gedrag als dat van een robot of automaat, alsof zij/hij er zelf 'niet bij' is; hoort zich praten en ziet zich dingen doen die als egodystoon (niet-eigen) ervaren worden; raakt weg; rapporteert toestanden van gevoelloosheid en analgesie; en voelt zich van binnenuit gedwongen om iets te doen.

Derealisatie: de omgeving, goede bekenden of familieleden kunnen vaag of betekenisloos waargenomen of niet herkend worden.

De patiënt rapporteert een terugkerende interne strijd. Deze wordt vaak gehoord als stemmen in het hoofd ('oorlog') die ruzie maken en alle iets anders willen. Er lijken meer dan twee partijen in het spel.

Vaak is de patiënt subjectief in de war over zijn/haar identiteit. Soms zijn er alleen indirecte aanwijzingen van gedrag dat zich aan de controle onttrekt. Dit gedrag blijkt gecompliceerder dan impulsieve agressieve handelingen waarvoor BPS-patiënten geheugenproblemen kunnen rapporteren.

De patiënt hoort stemmen in het hoofd. Deze bemoeien zich met allerlei zaken en kunnen soms opdrachten geven tot suïcidepogingen of automutilatie. Realiteitstoetsing is over het algemeen intact, behalve bij (pseudo-)hallucinaties, gekoppeld aan herbelevingen van traumatische ervaringen.

Er zijn aparte 'identiteiten' of 'persoonlijkheidstoestanden' die beurtelings de controle over het gedrag hebben. De wisseling onttrekt zich aan de bewuste controle van de patiënt. Gedrag, smaak en stijl van deze andere identiteiten worden als egodystoon beleefd.

### *Secundaire symptomen*

Er is veel comorbiditeit. Op As I: posttraumatische stress-stoornis, fobieën, paniekaanvallen, eetstoornissen, depressiviteit, slaapproblemen, suïcidaliteit, automutilatie, somatisatiestoornis, (pseudo-)epilepsie, conversies, alcohol- en middelenmisbruik. Lichamelijke klachten worden vaak genoemd: hardnekkige hoofdpijnen, onverklaarbare buikpijn, visusproblemen en verlamingsverschijnselen. Deze stoornissen kunnen na elkaar, maar ook tegelijkertijd voorkomen. Er is vaak persoonlijkheidspathologie aanwezig op As II; maar soms worden de problemen met agressieregulatie, terugkerend zelfdestructief gedrag en een chaotische levensstijl verward met symptomen van BPS. Voor een uitgebreide beschrijving van de comorbiditeit verwijzen we naar Boon en Draijer (1995a).

*Aanvankelijke presentatie* - Patiënten met DIS zijn zich aanvankelijk veelal niet bewust van de andere identiteiten. Wel hebben zij indirecte aanwijzingen daarvan, zoals opmerkingen van anderen dat zij de persoon in kwestie zo wisselend en vreemd vinden. Soms hebben zij bij hun spullen dingen gevonden die zij niet 'thuis' kunnen brengen. Zij zijn hierover in de war. Het controle- en geheugenverlies en het horen van stemmen roepen schaamte, verwarring, onrust en de neiging tot ontkenning op. Soms zijn zij zich niet bewust van hun amnesieën. Het is daarom vaak moeilijk DIS in één diagnostisch gesprek vast te stellen. Wel kan een sterk vermoeden worden geformuleerd op grond van de duidelijke symptoomconfiguratie, plus de indirecte indicaties van het bestaan van verschillende identiteiten. Dit vermoeden moet bevestigd worden door de patiënt een bepaalde periode te volgen. In eerste instantie krijgt de patiënt dan de diagnose DSNAO; als de patiënt meer in staat is om amnesie en controleverlies onder ogen te zien en te accepteren, kan er langzamerhand ook meer informatie verstrekt worden over de verschillende identiteiten.

*Conclusie* - In DIS is een kern van dissociatieve (primaire) symptomen aanwezig, waarvan de amnesien en de identiteitswijziging het meest kenmerkend zijn. DIS is verder een 'polysymptomatische conditie', die zich kenmerkt door een 'verborgen' presentatie. Meestal zijn er eerdere behandelingen geweest onder wisselende diagnoses. De diagnose wordt gebaseerd op de configuratie van dissociatieve symptomen en niet louter op de aanwezigheid van verschillende 'identiteiten'. Daarom is het een verbetering te noemen dat de DSM-IV het criterium amnesie heeft opgenomen, naast de identiteitswijziging. Voor de vroegtijdige onderkenning van DIS is het belangrijk dat er een systematische vaststelling van de dissociatieve en andere trauma-gerelateerde symptomen plaatsvindt.

### **Differentiële diagnostiek**

*Dissociatieve amnesie en dissociatieve fugue* - Dissociatieve amnesie en fugue kunnen een onderdeel vormen van de diagnose DIS (en daarom ook van DSNAO). In dat geval treden de amnesieën en fugues herhaaldelijk op, terwijl het bij de diagnoses dissociatieve amnesie en dissociatieve fugue om incidenten gaat. De belangrijkste onderscheidingscriteria zijn dus de frequentie waarmee het symptoom optreedt en de inbedding in een constellatie van andere dissociatieve symptomen (die is bij DIS en DSNAO aanwezig, maar bij amnesie en fugue niet).

Differentiële diagnostiek: vergelijking van dissociatieve symptoomprofielen ten opzichte van dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)\*, gebaseerd op SCID-D-onderzoek (o.a. Boon & Draijer 1993b)

	Amnesie	Depersonalisatie	Derealisatie	Identiteits-verwarring	Identiteits-wijziging
DIS	ernstig, herhaalde episodes in het heden	meestal aanwezig, herhaalde episodes	kan aanwezig zijn	meestal aanwezig	aanwezig (meerdere identiteiten)
Schizofrenie en psychotische stoornissen	afwezig of incidenteel bij stress of opname	kan incidenteel aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	afwezig
Bipolaire stoornis	afwezig of incidenteel bij stress of opname	afwezig of licht	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	afwezig
Posttraumatische stressstoornis	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	'verdubbeling' kan aanwezig zijn, aan trauma gebonden
Somatiforme stoornis	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	kan aanwezig zijn	afwezig
Persoonlijkheidsstoornis (Cluster B)	kan aanwezig zijn (bijvoorbeeld gekoppeld aan depersonalisatie)	kan ernstig zijn	kan aanwezig zijn	kan ernstig zijn	afwezig
DIS als nagebootste stoornis	* overdreven presentatie * geen non-verbale aanwijzingen	kan ernstig zijn	kan aanwezig zijn	kan ernstig zijn, als onderdeel van een persoonlijkheidsstoornis	* overdreven presentatie * geen non-verbale aanwijzingen

\* Geeft algemeen beeld weer, kan incidenteel hiervan afwijken, bijvoorbeeld als er ook trauma in de (recente) voorgeschiedenis is

*Schizofrenie en psychotische stoornissen* - DIS wordt soms verward met schizofrenie en psychotische stoornissen (Kluft 1987b; Ross e.a. 1990b; Fink en Golinkoff 1990; Boon en Draijer 1991, 1993a, 1993b): 90% van de DIS-patiënten rapporteert auditieve (pseudo-)hallucinaties. Zij horen hun stemmen overwegend in het hoofd, en zelfs als deze stemmen 'interfereren' bij een gesprek dat tegelijkertijd in de alledaagse werkelijkheid wordt gevoerd, blijft de realiteitstoetsing intact. Ook visuele (pseudo-)hallucinaties ten tijde van herbelevingen van traumatische of verwante gebeurtenissen (bij 84% van de DIS-patiënten) kunnen op psychotische toestanden lijken (Boon en Draijer 1993a). Nederlands onderzoek aan de hand van de SCID-D liet zien dat op grond van de aard en ernst van de dissociatieve symptomen (vooral amnesie en identiteitswijziging) schizofrenie goed te onderscheiden is van DIS (Boon en Draijer 1993b). Schizofrene en psychotische patiënten ervaren wel bepaalde, maar incidentele vormen van depersonalisatie en derealisatie. Steinberg e.a. (1994) bevestigden dat patiënten met schizofrenie of een schizoaffectieve stoornis met behulp van de SCID-D goed te onderscheiden waren van patiënten met DIS: aard en ernst van de dissociatieve symptomen verschilden sterk van de incidentele dissociatieve symptomen die schizofrene patiënten rapporteerden. In de Nederlandse diagnostische traditie zal de verwarring tussen schizofrenie en DIS op grond van het symptoom 'stemmen horen' waarschijnlijk minder vaak optreden, omdat hier stringenter criteria voor de diagnose schizofrenie gehanteerd worden. Dit vermoeden wordt bevestigd bij vergelijking van studies onder DIS-patiënten: in het onderzoek van Putnam e.a. (1986) was 49% van de DIS-patiënten voorheen onder de diagnose schizofrenie behandeld; bij Ross e.a. (1989c) was dit 40,8%, terwijl dit onder Nederlandse DIS-patiënten 15,6% bedroeg (Boon en Draijer 1993a).

*Bipolaire stoornis* - Van Praag (1993) noemt de wisseling tussen de depressieve en de hypomane toestand vergelijkbaar met de persoonswisseling bij DIS. Bij beide stoornissen is sprake van verschillende persoonlijkheidstoestanden. Bij de bipolaire stoornis is dit een uitgelaten, opgewonden, overactieve toestand versus een sombere en terneergeslagen toestand. Patiënten herinneren zich achteraf veelal met schaamte de overmoedige initiatieven die ze in hun manische periode namen. Verschil met DIS is dat de dissociatieve persoonswisseling daar gepaard gaat met terugkerende geheugenstoornissen. Sommige patiënten met een bipolaire stoornis rapporteren incidentele amnesie, bijvoorbeeld over hun opname, toen ze 'high' waren. Ook kunnen zij in die toestand hun gedrag als niet onder hun controle beleven. Maar de constellatie van verschillende, terugkerende dissociatieve symptomen die DIS kenmerkt, is afwezig. Van de vijf patiënten met een klinische diagnose bipolaire stoornis die met de SCID-D werden gezien in een Noorse studie onder een willekeurige steekproef (Knudson e.a., in druk), zijn bij vier manische patiënten dissociatieve symptomen in pathologische

vorm zelfs geheel afwezig. Eén patiënt, in depressieve toestand, rapporteerde een lichte mate van dissociatie, echter niet vergelijkbaar met DIS. In een aselechte groep van 45 patiënten zonder dissociatieve stoornis troffen wij 12% aan met een cluster van matige tot ernstige dissociatieve symptomen op de SCID-D (Boon en Draijer 1993b). Zij voldeden allen aan de criteria voor schizoaffectieve stoornis, en vier voldeden ook aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis. Allen rapporteerden dissociatieve symptomen - vooral amnesie, depersonalisatie en derealisatie - gedurende of kort na een psychotische of manische episode. Desondanks was er zonder enige twijfel geen sprake van een dissociatieve stoornis, omdat de kenmerkende constellatie van dissociatieve symptomen ook hier ontbrak.

*Posttraumatische stress-stoornis* - Van de angststoornissen kan vooral de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gelijkenis vertonen met een dissociatieve stoornis. Patiënten met DIS voldoen vaak aan de criteria voor PTSS, maar het omgekeerde geldt niet. Van de 71 Nederlandse DIS-patiënten voldeed 80,6% aan de PTSS-criteria (Boon en Draijer 1993a). Patiënten met DIS kunnen in het algemeen goed onderscheiden worden van patiënten met een 'simpele' (op incidenteel trauma gebaseerde) PTSS door de constellatie van dissociatieve symptomen, de ernst en duurzaamheid daarvan. Tijdelijke geheugenproblemen zijn inherent aan traumatisering (Spiegel en Cardea 1991; Cardea en Spiegel 1993; Marmar e.a. 1994; North e.a. 1994). Maar in sommige gevallen worden ook bij PTSS ernstige, terugkerende amnesieën in het heden, fugues en een zekere mate van identiteitsfragmentering gerapporteerd. Zo constateerden Bremner e.a. (1993) aan de hand van de SCID-D bij Vietnamveteranen met PTSS aanmerkelijk ernstiger amnesieën in het heden dan bij veteranen zonder PTSS. Alle dissociatieve symptomen, inclusief fugues en identiteitsverwarring en -wijziging, waren bij de PTSS-groep significant ernstiger dan bij de controlegroep. Sommige veteranen rapporteerden zelfs het gevoel alsof er sinds het slagveld een ander in hen aanwezig was, een vechter, die geen angst of mededogen kende en die in vechtpartijen de controle overnam. Brende en Benedict (1980) beschreven bij een ernstig getraumatiseerde Vietnamveteraan het bestaan van zo'n 'killer self'. Deze vorm van 'persoonlijkheidsverdubbeling' bij PTSS blijft doorgaans beperkt tot een getraumatiseerd deel van de persoonlijkheid naast de oorspronkelijke persoonlijkheid (Myers 1940; Van der Hart e.a. 1991; Van der Hart 1993). Het onderscheid met de dissociatieve symptomen bij DIS-patiënten is dat deze niet alleen gekoppeld zijn aan stress en terugkerend, over een lange periode (veelal sinds de puberteit), voorkomen.

*Somatoforme stoornis* - Veel DIS-patiënten voldoen aan de DSM-IV-criteria voor somatoforme stoornissen. Van de 71 Nederlandse patiënten met DIS rapporteerde 82,9% veel, terugkerende lichamelijke klachten; 80,3% noemde hoofdpijn en 34,4% rapporteerde conversieverschijnselen (Boon en Draijer 1993a). Van deze groep had 15,7% eerder de diagnose 'somatisatiestoornis' gekregen, vergelijkbaar met de 18,8% in een Canadees onderzoek (Ross e.a. 1989c). Waarschijnlijk gaat het bij een deel van de klachten om lichamelijke manifestaties van traumatische herinneringen (Van der Hart en Op den Velde 1991; Draijer 1989). Het belangrijkste onderscheidende criterium tussen patiënten met louter een somatoforme stoornis en patiënten met DIS moet dan ook niet gezocht worden in de lichamelijke klachten, maar in de constellatie van dissociatieve symptomen.

In de DSM-IV wordt afzonderlijk de differentiële diagnostiek bij 'complex partial seizures' vermeld: sommige DIS- of DSNAO-patiënten zijn bij herhaling voor epilepsie onderzocht zonder dat afwijkende EEG's zijn aangetroffen (Loewenstein en Putnam 1988). Ook hier geldt het kenmerkende cluster van dissociatieve symptomen als de discriminerende factor.

*Persoonlijkheidsstoornissen* - Veel patiënten met een diagnose DIS hebben op As II een persoonlijkheidsstoornis, veelal uit Cluster B. In Amerikaans onderzoek voldeed 70% van een DIS-populatie aan de DSM-III-R-criteria voor BPS (Horevitz en Braun 1984); in Nederlands onderzoek was dit 38,8% (Boon en Draijer 1993a). Ook wordt DIS wel aangezien voor BPS. De

relatie tussen DIS en BPS is dus een tamelijk complexe. Ondanks de comorbiditeit en de overlap in symptomen blijken beide stoornissen bij vergelijkend onderzoek te onderscheiden (Horevitz en Braun, 1984; Boon en Draijer, 1993c). Het belangrijkste differentiërende kenmerk vormt amnesie. DIS-patiënten vertonen duidelijker, afgebakende en terugkerende amnesieën. Bij de persoonlijkheidsstoornissen is incidenteel sprake van amnesie, bijvoorbeeld bij agressieve impulsdoorbraken, of de geheugenproblemen zijn vager van kwaliteit en gekoppeld aan depersonalisatie. Patiënten zitten bijvoorbeeld een middag in gedepersonaliseerde toestand op een stoel en weten niet meer hoeveel tijd er zo voorbij is gegaan.

Daarnaast rapporteren DIS-patiënten ernstiger identiteitsverwarring en identiteitswijziging. Er is niet zozeer sprake van een polarisatie (goed versus kwaad zoals bij BPS-patiënten veel voorkomt), maar van een grotere variëteit aan polen (Boon en Draijer 1993c). Interne dialogen worden door DIS- en BPS-patiënten redelijk vaak gerapporteerd, maar het horen van opdrachten (met name tot zelfdestructiviteit) wordt overwegend door de dissociatieve patiënten gemeld. Ten slotte werden de symptomen van identiteitswijziging - het hebben en gebruiken van verschillende namen, het horen van verschillende namen in het hoofd, dingen in huis vinden die je niet thuis kunt brengen, abrupte en voor de persoon in kwestie onverklaarbare wisselingen in capaciteiten - vrijwel alleen bij de dissociatieve patiënten aangetroffen en slechts in een enkel geval onder patiënten met een persoonlijkheidsstoornis uit Cluster B en trauma in de voorgeschiedenis (Boon en Draijer 1993c).

Ook de plotselinge veranderingen in de wijze waarop een patiënt met een theatrale persoonlijkheidsstoornis de omgeving waarneemt, zich ertoe verhoudt en erop reageert - door Van Praag (1993) verward met de persoonlijkheidswisselingen bij DIS - zijn daar goed van te onderscheiden. Al kan de theatrale patiënt zich verliezen in bepaalde rollen en ernstig in de war zijn over haar/zijn identiteit, zij/hij is zich meer bewust van de rollen, en deze gaan niet gepaard met ernstige amnesie, worden niet als egodystoon ervaren en gaan ook niet vergezeld van stemmen in het hoofd. In het diagnostisch gesprek blijkt geen ambivalentie of afweer over het praten over deze 'rollen', integendeel. Er zijn geen consistente aanwijzingen van het bestaan van verschillende duurzame identiteiten.

### **DIS als nagebootste stoornis**

Nu de diagnose DIS enige bekendheid heeft verkregen, wordt 'DIS als nagebootste stoornis' op beperkte schaal gesignaleerd (Boon en Draijer 1995b). Als binnen een afdeling duidelijk is dat de diagnose DIS aandacht en speciale behandeling met zich meebrengt, is het waarschijnlijk dat ook patiënten met andere symptomatologie voor deze extra's in aanmerking willen komen door de stoornis na te bootsen. De huidige aandacht voor DIS in de media draagt hier zeker toe bij (zie Chu 1994). Dit nabootsen hoeft niet te kwader trouw te gebeuren; sommige patiënten vertonen van zichzelf al enige dissociatieve symptomen en zijn uit de aard van hun stoornis erg gevoelig voor suggestie. Dit dient overigens als onderdeel van hun lijden begrepen te worden. Vaak zijn deze patiënten oprecht in de war over hun identiteit. Het is voor hen pijnlijk als de diagnose DIS hun wordt 'afgenomen', en dit dient dan ook met alle zorg en respect te gebeuren (zie Boon en Draijer 1995b).

Als belangrijkste kenmerken van DIS als nagebootste stoornis noemt Coons (1991) onder andere: een overdreven dramatische, ostentatieve, presentatie van alter-persoonlijkheden ('nu ben ik even X'); inconsistenties in de presentatie van alters; slechts evidentie voor twee of drie 'identiteiten', vooral met een simplistische goed/kwaad-splitsing; het ontbreken van de polysymptomatologie die voor DIS kenmerkend is. Bij ons differentieeldiagnostisch onderzoek met de SCID-D vertoonden de patiënten met een nagebootste stoornis een zekere gretigheid in het ten toon spreiden van dissociatieve klachten 'volgens het boekje'; de typische ambivalentie omtrent het praten over geheugenproblemen en gedrag dat zich aan de controle onttrekt, ontbreekt. Ook het subtiele non-verbale gedrag dat duidt op een

interne strijd of de invloed van het horen van stemmen in het hoofd, is afwezig.

Niet alle gevallen van 'DIS als nagebootste stoornis' zijn uitsluitend door de patiënten zelf ingegeven. Behandelaars van hun kant kunnen ertoe bijdragen dat sommige beïnvloedbare patiënten hun identiteit als gefragmenteerd gaan beleven door onbewuste suggestie in de vorm van het gebruik van termen als 'persoonlijkheid' of 'alter' in plaats van 'kant van uzelf'. Soms is er sprake van een soort reïficatie door de behandelaar van de metaforen waarin de patiënt verschillende kanten van zichzelf tracht uit te drukken. Het is onwenselijk - zeker in de diagnostische fase, maar ook in de behandeling zelf - uitdrukkingen te gebruiken die dissociatie en fragmentering zouden kunnen bevorderen (Chu 1994).

Bij sommigen roept DIS als nagebootste stoornis de associatie op met 'pseudologia fantastica' (zie Snyder 1986). Het belangrijkste verschil tussen beide is dat het bij de pseudologia fantastica gaat om verzonden ervaringen en gebeurtenissen, soms gecombineerd met dissociatieve symptomen, terwijl DIS als nagebootste stoornis het kopiëren van symptomen betreft. Verwarring tussen beide ontstaat wellicht als een patiënt verhalen over extreem misbruik verzint en een behandelaar daardoor aan DIS gaat denken. Maar verhalen over extreem misbruik maken geen deel uit van de diagnose; deze wordt immers op grond van de symptoomconstellatie gesteld en niet op grond van een bepaalde voorgeschiedenis. Natuurlijk kunnen DIS als nagebootste stoornis en pseudologia fantastica gelijktijdig voorkomen. Systematische diagnostiek aan de hand van een gestructureerd klinisch diagnostisch interview, zoals de SCID-D, biedt ook in dat geval uitkomst (Boon en Draijer 1995b).

Een apart probleem is het nabootsen dat vooral bij verdachten of veroordeelden wordt beschreven: mensen die de diagnose DIS voorwenden om niet verantwoordelijk te worden gesteld voor het door hen gepleegde misdrijf (Kluft 1987c; Ondrovik en Hamilton 1990; Coons 1991; Lewis en Bard 1991). Dit fenomeen is in Nederland nog niet gesignaleerd, maar het valt met de toegenomen DIS-exposure op de televisie wel te verwachten. Gewelds- en seksueel delinquenten rapporteren vaak amnesie voor hun delict (Brandt 1988). De vraag is of deze geheugenproblemen van dissociatieve aard zijn of dat het meer gaat om loochening en het zich onttrekken aan de verantwoordelijkheid. Discriminerend kenmerk van DIS-patiënten is dat de amnesie voor het delict (voor zover aanwezig) optreedt binnen de context van de typische constellatie van andere dissociatieve symptomen (Steinberg e.a. 1993). Om DIS als nagebootste stoornis te kunnen onderscheiden van verdachten met DIS is de systematische vaststelling van dissociatieve symptomen aan de hand van gestructureerde klinische diagnostiek zoals de SCID-D sterk aan te bevelen (Ondrovik en Hamilton 1990). De diagnose DIS in een forensische setting is echter zo gecompliceerd dat dit nooit aan een clinicus moet worden overgelaten die niet getraind en ervaren is in de (differentiële) diagnostiek van dissociatieve stoornissen (Coons 1991; Lewis en Bard 1991). Opvallend is dat de verdachte met 'echte' DIS zich vaak gedraagt op een manier die niet in zijn of haar belang is en geneigd is de stoornis te verbergen en te verzwijgen in plaats van aan te dikken of naar voren te schuiven om de verantwoordelijkheid voor hun delict te ontlopen (Kluft 1987c; Lewis en Bard 1991).

## **Discussie**

*De validiteit van de diagnose* - Een van de kernvragen bij de diagnose DIS is: gaat het nu om een karakteristiek beeld? Critici van de diagnose hebben naar voren gebracht dat de DSM-criteria voor MPS vaag, specifiek en multi-interpretabel zouden zijn (Ludolph 1985; Chodoff 1987; Fahy 1988; Van Dyck 1992; Van Praag 1993; Piper 1994). Van Praag (1993) stelt dat het hoofdcriterium, 'persoonswisseling', niet specifiek is voor DIS. Bij de acute depressie, manische depressiviteit, temporale epilepsie, theatrale persoonlijkheid of BPS zouden persoonswisselingen frequent voorkomen. Wij hebben hierboven echter aangetoond dat deze 'persoonswisselingen' van een totaal ander karakter zijn dan die bij DIS (Boon en Draijer 1993b, 1993c). Het bezwaar, dat onduidelijk is

wat nu precies als een persoonlijkheid beschouwd moet worden (o.a. Piper 1994), wordt enigszins ondervangen door de nauwkeurige operationalisatie ervan in de SCID-D.

Ten tweede wordt de veelheid aan comorbiditeit aangevoerd als bewijs voor de ondeugdelijkheid van de diagnose. Van Praag (1993) acht het het meest voor de hand liggend dat DIS een symptoom is van onderliggende As I- en As II-problematiek. Merskey (1992) vindt dat de diagnose DIS, voor zover deze terecht gegeven is, de aandacht afleidt van andere pathologie en daarom nadelig kan zijn voor de patiënt. Onderzoek heeft echter aangetoond dat de veelheid aan comorbiditeit nu juist kenmerkend is voor de diagnose (Boon en Draijer 1993a, 1993b). Van Dyck (1992) stelde zelfs voor om deze op te nemen in de diagnostische criteria voor DIS: 'episodes van multiple psychopathologie' en 'afwijkende persoonlijkheidstrekken'.

Er wordt dus heel verschillend gedacht over de specificiteit van het DIS-profiel. Uit bovenstaand overzicht van onderzoeksgegevens bleek echter dat veel van de kritiek op de validiteit van de diagnose niet meer opgaat zodra men op systematische wijze de aard en ernst van de dissociatieve symptomen vaststelt. DIS blijkt dan gekenmerkt door een specifiek symptoomprofiel. Desondanks is er sprake van onder- en over- diagnostiek van de stoornis. Deze hebben echter andere achtergronden dan de onhelderheid van de diagnose.

*Onderdiagnostiek* - De verholde presentatie van DIS vormt de belangrijkste reden van de onderdiagnostisering van de diagnose. De stoornis is zelden de aanmeldingsklacht. Behandelaars die bij DIS denken aan het uitgekristalliseerde beeld, zoals omschreven in DSM-III-R, DSM-IV en ICD-10, onderkennen de verholde vorm niet. Het feit dat de media vooral de meer flamboyante, theatrale presentaties van DIS tonen, kan bijdragen aan de reserves ten aanzien van de DIS-diagnose. De veelheid aan comorbiditeit doet behandelaars eerder aan andere, meer vertrouwde diagnoses denken. Er is bovendien nog nauwelijks sprake van systematische diagnostiek (Putnam 1989; Boon en Draijer 1991, 1993). Ten slotte zijn veel behandelaars de diagnose in hun opleiding niet tegengekomen. Onderdiagnostiek leidde ertoe dat DIS-patiënten gemiddeld zeven tot acht jaar onder wisselende diagnoses in de psychiatrie behandeld werden voor ze de DIS-diagnose kregen (Putnam e.a. 1986; Ross e.a. 1989; Coons e.a. 1988; Boon en Draijer 1993a).

*Overdiagnostiek* - Dissociatie, met name depersonalisatie en derealisatie, komt bij tal van psychiatrische stoornissen voor. Hulpverleners die geleerd hebben om expliciet naar dissociatieve symptomen te vragen, zullen deze dan ook bij veel meer patiënten onderkennen dan alleen bij de patiënten met een dissociatieve stoornis. Ten tweede is het onderscheid tussen patiënten met DIS of DSNAO en getraumatiseerde patiënten met BPS of andere Cluster B-diagnoses tamelijk moeilijk. De laatste vertonen namelijk, afhankelijk van de ernst van de traumatisering, in meer of mindere mate depersonalisatie, zijn vaak verward over wie ze nu eigenlijk zijn en vertonen controleverlies in de vorm van impulsdoorbraken. Openlijke fascinatie van de kant van de behandelaar met de fenomenologie van DIS kan bijdragen tot overdiagnostisering, tot secundaire ziekte winst voor DIS-patiënten en tot het risico dat patiënten hun fragmentering overdrijven (Chu 1994).

## **Conclusie**

Op grond van het beschreven onderzoek moet geconcludeerd worden dat de differentiële diagnostiek van DIS ten opzichte van een aantal stoornissen die met DIS verward worden of daar oppervlakkig gezien op lijken, heel wat minder gecompliceerd is, mits men op een systematische wijze de dissociatieve en aanverwante symptomatologie vaststelt, bijvoorbeeld met de SCID-D. De vraag of het in het geval van DIS gaat om een karakteristiek beeld, dat zich onderscheidt van andere diagnoses, moet bevestigend beantwoord worden. Zouden critici van de diagnose tot een dergelijke systematische diagnostiek overgaan, dan zouden de controversen rond de validiteit van de diagnose waarschijnlijk

voor een groot deel zijn opgehelderd.

## Literatuur

### **American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition***

. American Psychiatric Association, Washington DC.

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 disorder. *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. A study on reliability and validity of the diagnosis*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.

Boon, S., en N. Draijer (1993c), The differentiation of patients with MPD or DD NOS from patients with a Cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126- 135.

Boon, S., en N. Draijer (1995a), *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Boon, S., en N. Draijer (1995b), Comorbiditeit bij de dissociatieve identiteitsstoornis. In: C.A.L. Hoogduin e.a. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1994-1995*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, p. 101-112.

Brandt, J. (1988), Malingered amnesia. In: R. Rogers (red.), *Clinical assessment of malingering and deception*. Guilford Press, New York.

Bremner, D.J., M. Steinberg, S.M. Southwick e.a. (1993), Use of the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders for systematic assessment of dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1011-1014.

Brende, J.O., en B.D. Benedict (1980), The Vietnam combat delayed stress syndrome: Hypnotherapy of 'dissociative symptoms'. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 34-40.

Cardena, E., en D. Spiegel (1993), Dissociative reactions to the San Francisco Bay area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.

Chodoff, P. (1987), More on multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 124.

Chu, J.A. (1994), The rational treatment of multiple personality disorder. *Psychotherapy*, 31, 94-100.

Coons, P.M. (1991), Iatrogenesis and malingering of multiple personality disorder in the forensic evaluation of homicide defendants. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 757-768.

Coons, P.M., E.S. Bowman en V. Milstein (1988), Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 519- 527.

Draijer, N. (1989), Long-term psychosomatic consequences of child sexual abuse. In: E.V. van Hall en W. Everaerd (red.) *The free woman. Women's health in the 1990s*. Parthenon Publishing Group, Carnforth (UK), p. 696-709.

Dyck, R. van (1992), Zin en onzin over meerdere persoonlijkheid. *Trans*, 8, 26-32.

Fahy, T.A. (1988), The diagnosis of multiple personality disorder: A critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.

Fink, D., en M. Golinkoff (1990), Multiple personality disorder, borderline personality disorder, and schizophrenia: A comparative study of clinical features. *Dissociation*, 3, 127-134.

Hart, O. van der (1993), *Trauma, dissociatie en persoonlijkheid: A la recherche du temps perdu*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.

Hart, O. van der, S. Boon en W. Op den Velde (1991), Trauma en dissociatie. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse, p. 55-69.

Hart, O. van der, en W. Op den Velde (1991), Traumatische herinneringen. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse, p. 71-90.

Horevitz, R.P., en B.G. Braun (1984), Are multiple personalities borderline? *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 69-88.

Kluft, R.P. (1987a), Making the diagnosis of multiple personality disorder. In: F. Flach (red.), *Diagnostics and psychopathology*. W.W. Norton, New York, p. 207- 225.

Kluft, R.P. (1987b), First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298.

Kluft, R.P. (1987c), The simulation and dissimulation of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 104-118.

Knudson, H., N. Draijer, J. Haslerud e.a. (in druk), Dissociative disorders in Norwegian psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*.

Lewis, D.O., en J.S. Bard (1991), Multiple personality and forensic issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 741-756.

Loewenstein, R.J., en F.W. Putnam (1988), A comparison study of dissociative symptoms in patients with complex partial seizure, MPD, and posttraumatic stress disorder. *Dissociation*, 1, 4, 17-23.

Ludolph, P.S. (1985). How prevalent is multiple personality; reply by E.L. Bliss (letters). *American Journal of Psychiatry*, 142, 1626-1627.

Marmar, C.R., D.S. Weiss, W.E. Schlenger e.a. (1994), Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.

Merskey, H. (1992), The manufacture of personalities. The production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.

- Myers, C.S. (1940), *Shell shock in France 1914-18*. Cambridge University Press, Cambridge.
- North, C.S., E.M. Smith en E.L. Spitznagel (1994), Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151, 82-88.
- Ondrovik, J., en D.H. Hamilton (1990), Multiple personality: Competency and the insanity defense. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 41-64.
- Piper, A. (1994), Multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 600- 612.
- Praag, H.M. van (1993), *'Make-believes' in psychiatry, or the perils of progress*. Brunner/Mazel, New York.
- Putnam, F.W. (1989), *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press, New York/Londen.
- Putnam, F.W., J.J. Guroff, E.K. Silberman e.a. (1986), The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Ross, C.A. (1989), *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment*. Wiley & Sons, New York.
- Ross, C.A., S. Heber, R. Norton e.a. (1989a), Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 487-491.
- Ross, C.A., S. Heber, G. Anderson e.a. (1989b), Differentiating multiple personality disorder and complex partial seizures. *General Hospital Psychiatry*, 11, 54-85.
- Ross, C.A., G.R. Norton en K. Wozney (1989c), Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Ross, C.A., D.S. Miller, P. Reagor e.a. (1990a), Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centres. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- Ross, C.A., D.S. Miller, P. Reagor e.a. (1990b), Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 111-118.
- Snyder, S. (1986), Pseudologia fantastica in the borderline patient. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1287-1289.
- Spiegel, D., en E. Cardeña (1991), Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-178.
- Steinberg, M. (1993a), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Steinberg, M. (1993b), *Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM- IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Steinberg, M., J. Bancroft en J. Buchanan (1993), Multiple personality disorder in criminal law. *Bulletin American Academy of Psychiatry and Law*, 21, 345-356.

Steinberg, M., D. Cicchetti, J. Buchanan e.a. (1994), Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 495-502.

Steinberg, M., B. Rounsaville en D.V. Cicchetti (1990), The Structured Clinical Interview for DSM-III-R dissociative disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147, 76-82.

**Summary: Problems in the differential diagnosis of dissociative identity disorder**

**This article addresses the following questions: (1) How to distinguish dissociative identity disorder (DID) from a variety of other mental disorders, including schizo- phrenia and other psychotic disorders, bipolar disorder, anxiety disorders and personality disorders?, and (2) How to distinguish DID from malingering and from factitious disorder? Systematic assessment of five dissociative symptom areas with the SCID-D (Steinberg 1993) facilitates the assessment of the presence and type of dissociative disorder. Based on research, the characteristic cluster of dissociative symptoms and associated features of DID is described, as well as the differentiation from other mental disorders. The issues of under- and overdiagnosis are addressed. It is concluded the DID can be well distinguished from resembling and factitious disorders, provided that the dissociative symptoms are systematically assessed.**

Dr. N. Draijer, klinisch psycholoog, is als universitair docent werkzaam bij de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam. Dr. S. Boon, klinisch psycholoog, is als psychotherapeut werkzaam bij de RIAGG Zuid- Nieuw-West Amsterdam en bij de Willem Arntsz Hoeve te Den Dolder.

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