

Problemen bij de klinische behandeling van meervoudige persoonlijkheidsstoornis

door M. van Gerven

Gepubliceerd in 1996, no. 2

Samenvatting

Het gangbare traumabehandelmodel, zoals beschreven door Van der Hart e.a., bestaat uit: (1) stabilisatie en symptoomreductie, (2) behandeling van traumatische herinneringen, en (3) herintegratie en rehabilitatie. In dit artikel worden de implicaties van dit model voor de klinisch-psychiatrische praktijk beschreven. Vanuit literatuur en eigen ervaring wordt ingegaan op een aantal dissociatieve fenomenen en hun consequenties voor het klinisch werken. Kennis en attitude van de behandelende staf staan daarbij centraal.

Inleiding

Klinische behandeling van patiënten met meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) is voor staf en patiënten gecompliceerd. De patiënten worden vaak opgenomen vanuit een ontwrichting van hun sociale systeem en hebben weinig alternatieven, omdat vaak ook hun zorgsysteem mee ontwricht is geraakt. Aan de behandelaars stelt met name de communicatie met en over deze patiënten hoge eisen. In dit nummer bespreekt Olthuis opnamecriteria voor MPS-patiënten en voorwaarden voor categorale behandeling. In tegenstelling tot de USA (zie Kluft 1991, 1992) lijkt in Nederland vooral de termijn van drie maanden doorslaggevend. Bij overschrijding van deze termijn verdient het zeker aanbeveling niet klakkeloos verder te gaan, maar bijvoorbeeld consultatie in te roepen van buitenaf of overplaatsing te overwegen. Zowel behandelaars als patiënten worden geconfronteerd met beperkingen van kennis en mogelijkheden.

In dit artikel wordt ingegaan op elementaire uitgangspunten in de hantering van dissociatieve symptomen en gedragingen in een algemene afdeling voor kortdurende klinische behandeling. De belangrijkste dissociatieve verschijnselen worden hier besproken in zoverre hun consequenties voor de herkenning en hantering in de klinische praktijk van belang zijn. Nogmaals wordt gesteld dat de meeste klinische behandelingen slechts een deel van een veel uitvoeriger proces vormen, waarbij stabilisatie en symptoomreductie klinisch gezien meestal het belangrijkste element van de behandeling vormen.

Dissociatieve verschijnselen in de kliniek

Een van de meest opvallende verschijnselen vormen de *geheugenstoornissen*. Zowel voor de patiënten als voor het team betekent dit dat er sprake is van discontinuïteit, bijvoorbeeld ten aanzien van de oriëntatie in het hier-en-nu, of ten aanzien van gemaakte afspraken. Bij de staf roept dit vaak wrevel op, bij de patiënten angst. Enerzijds vereist dit van de staf een bereidheid om alters die hun oriëntatie kwijt zijn en daar veel angst over kunnen hebben, gerust te stellen. Anderzijds is het ook belangrijk dat de patiënten leren dat gemaakte afspraken voor allen gelden. Dit onderstreept het belang voor de MPS-patiënten 'interne' communicatie aan te leren. Als bepaalde alters menen niet gebonden te zijn aan de gemaakte afspraken, kan er sprake zijn van ageren en dient door het ontbreken van een samenwerkingsovereenkomst ontslag overwogen te worden. In gevallen van gevaar voor eigen of andermans leven dient onverwijld gesepareerd te worden. Er moet dan opnieuw worden onderhandeld

en met name ingegaan op de problemen voor bepaalde alters om de gemaakte afspraken te respecteren. Vaak blijken deze alters zinnige gezichtspunten te hebben, die het vanuit hun perspectief begrijpelijk maken dat er problemen zijn.

Een volgend probleem vormt *depersonalisatie*. De patiënten geven geregeld aan zichzelf 'kwijt' te zijn, nogal eens als reactie op agressieve impulsen. Om deze impulsen hanteerbaar te houden zullen MPS- patiënten de neiging hebben zichzelf te straffen of te automutileren. Naast het beangstigende aspect van zichzelf 'kwijt' zijn zit er ook vaak een element van bescherming in tegen te veel onlust. Door deze gebeurtenissen kan het gedrag van de MPS-patiënten ingrijpend ontwricht raken. Elementaire geruststelling, de mogelijkheid hebben over de angstige ervaringen te praten, geduld van het team in plaats van snel medicamenteus te interveniëren, hebben op zich vanuit de hier-en-nu-situatie veel effect. Een belangrijke aanvulling kan geboden worden vanuit creatieve therapie. Juist daar kan vaak op een veilige wijze, zonder in ingrijpende herbelevingen te schieten, een veilige relatie gelegd worden naar geblokkeerde belevenissen, die door middel van een op het hier-en-nu gerichte werkwijze de emoties wel doet verkennen, maar ze vervolgens laat oplossen in een gestructureerde oefensituatie.

De *zwakke ik-functies* manifesteren zich in een gebrekkige continuïteit in het gedrag van de patiënten. Daarnaast hebben zij ook een beperking in het kunnen incasseren van onverwachte gebeurtenissen. Spanningen die zich op de afdeling voordoen bij andere patiënten, zullen bij MPS- patiënten chaotisch gedrag veroorzaken. Het is van belang dat de patiënten op zo'n moment zich kunnen terugtrekken binnen een eigen ruimte. Sommigen gebruiken graag knuffels om kindalters tot rust te brengen, maar zouden zich tegelijk schamen een dergelijk gedrag openlijk in een gemeenschappelijke slaapkamer te tonen. Vervolgens is het ook van belang de patiënten weer terug te brengen in de groep. Men dient groepszittingen sterk te structureren, omdat stiltes en onverwachte wendingen voor de MPS-patiënten ontwrichtend werken. Als het lukt de patiënten door middel van een groepsgesprek weer binnen de groep te integreren, doorbreekt men bij hen elementaire gevoelens van angst en machteloosheid. Ook oefent men zo het socialiseren, hetgeen eveneens belangrijk is voor de periode na ontslag. Deze gedragingen kunnen in een heterogene patiëntengroep beter verdragen worden, als een elementaire uitleg wordt gegeven over de betekenis of globale redenen van het gedrag van een MPS-patiënt.

In het verlengde van het vorige wordt ook begrijpelijk dat door het *optreden van alters* er zowel bij MPS-patiënten zelf als bij medepatiënten op zo'n moment veel angst speelt. Immers: er treden in wijze van gedrag, mimiek, stemming, wijze van beleven van de eigen leeftijd of het geslacht ingrijpende veranderingen op. Het wordt voor iedereen zichtbaar wat het betekent geen controle over de eigen persoon te hebben. Ook hier is een algemene uitleg aan de groep patiënten op z'n plaats. Er wordt daardoor veel onnodige angst vermeden, omdat de staf laat zien vertrouwd met deze fenomenen te zijn en deze hanteerbaar te kunnen maken.

MPS-patiënten vertonen nogal eens *'pseudo'-psychotische verschijnselen*. Voorbeelden: het horen van stemmen, vaak in het eigen hoofd; het zien van beangstigende beelden, vaak flashbacks in het kader van herbelevingen; passieve beïnvloedingservaringen, vanuit opdrachten die alters aan elkaar proberen te geven; het manifesteren van uitgesproken paranoïde denkbeelden, welke vaak terug te voeren zijn op herhaald misbruik in het verleden door opvoeders en andere vertrouwensfiguren, onder wie ook hulpverleners. Geregeld komt het voor dat MPS- patiënten over deze ervaringen niet durven praten, uit angst voor 'gek' uitgemaakt te worden. Indien men er echter van uitgaat dat het horen van stemmen een poging is om intern te kunnen communiceren om op die wijze weer controle te hervinden, zal het begrijpelijk zijn dat het ondersteunen van dit communicatieproces meer oplevert dan het gebruik van psychofarmaca.

Regressie: door de zwakke integrerende vermogens van de MPS- patiënten treden kinderlijke mechanismen makkelijk op de voorgrond. Dit veroorzaakt irreële verwachtingen ten aanzien van hulpverleners. Ook zullen zij de neiging hebben risico's te vermijden en ten gevolge daarvan op een veel lager niveau te willen functioneren dan wenselijk en mogelijk is. Een van de problemen hierbij is dat men zich als behandelaar geplaatst ziet tussen concrete eisen die men in het hier-en-nu aan de patiënten dient te stellen en het creëren van de nodige ruimte om ook aan de kinderlijke kanten (kindalters) een proportionele plek binnen de behandeling aan te bieden. Daarvoor is ook fysieke ruimte nodig voor de MPS-patiënten om zich te kunnen terugtrekken. Helaas ontbreekt vaak een eenpersoonslaapkamer om dit mogelijk te maken. Een klinische behandelsituatie is er niet om de vele onvervulde wensen van de patiënten alsnog te vervullen. Realiteitsconfrontatie is daar het enige juiste antwoord op. Indien men dit onvoldoende doet, ziet men dat MPS-patiënten zich op een afdeling willen nestelen, teleurgesteld raken in de staf, zich laten retraumatiseren, steeds nieuwe behandeldoelen willen opstellen om ontslag te vermijden enz.

Ook kan het zijn dat de staf de fout maakt zich te veel te laten leiden door regressieve kanten van de MPS-patiënten, waardoor het feitelijke sociale functioneren te laag wordt ingeschat. De staf gaat verantwoordelijkheid overnemen, waardoor er ernstige stagnaties optreden in de loop van de behandeling. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in het overschrijden van opnametermijnen, maar ook in langdurig verblijf in een separeerkamer in verband met suïcidale of automutilatieve verschijnselen of dreigingen.

Gedrag van staf en MPS-patiënt

Zonder een gedegen voorbereiding kan verwacht worden dat de staf onnodig in een situatie gebracht wordt van machteloosheid, verlies van professionele houding en onderlinge conflicten over de aard en de implicaties van de diagnose. De MPS-patiënten leggen vanuit hun eigen dynamiek de kwetsbare plekken van een afdeling bloot. Dit mondt dan vanzelf uit in de noodzaak tot frequent teamoverleg en daarnaast intervisieactiviteiten voor het behandelteam als geheel, om een sfeer van veiligheid en collegialiteit te bevorderen. Treedt de staf op een consistente en veilige wijze op, dan zal dat ook zijn vertaling vinden in het gedrag van de MPS-patiënten, die immers vanuit hun misbruikverleden juist niet gewend zijn aan veilig en consistent gedrag.

Ook bestaat het gevaar van de '*narcistische collusie*', waarbij bijvoorbeeld de individuele behandelaar de patiënt wil 'beschermen' tegen het onbegrip van het team. De behandelaar laat zich meezuigen in de problematiek van zijn patiënt om deze te beschermen tegen het onbegrip van het team, verwacht behandeldoelen van de MPS-patiënten met eigen idealen of wensen en treedt op als verlengstuk van de patiënt. Om deze processen hanteerbaar te houden is naast teaminterview individuele supervisie aangewezen. Het tegenbeeld van deze narcistische collusie is het toevoegen van leed aan MPS-patiënten door het niet accepteren van de diagnose en door strijd met de patiënten aan te gaan, met als gevolg dat de patiënten het verblijf op de afdeling als 'terreur' gaan ervaren.

Contracten

Het verdient aanbeveling bij de behandeling van MPS-patiënten exact schriftelijk vast te leggen wat de behandeldoelen zijn, welke termijn voor de realisatie ervan wordt gebruikt, welke vrijheden gehanteerd kunnen worden, wie wel of niet tot de afdeling wordt toegelaten, welke gedragsregels op de afdeling gehanteerd worden en wat er gedaan zal worden bij escalatie of het niet meer nakomen van veiligheidsafspraken. In z'n algemeenheid dient dwang in de behandeling niet voor te komen, tenzij deze met de MPS-patiënten ook overeengekomen is (de patiënt vraagt zelf om een rechterlijke machtiging). Afspraken op voorhand kunnen, inclusief een contract over de omstandigheden waarin gesepareerd kan worden, het mogelijk maken situaties te voorkomen die aanleiding kunnen zijn tot

inbewaringstelling. Het toepassen van dwang zonder overleg bij een MPS-patiënt zal een 'trigger' zijn, die vroegere trauma's omhoog haalt, waardoor het middel erger is dan de kwaal. In een goed contract zijn ook ontslag- of overplaatsingscriteria aanwezig. Tevens dient in het contract te worden aangegeven welke hulpverlener wanneer hoeveel individuele tijd aan de patiënt zal geven. Zowel het team als de MPS-patiënten dienen zich ervan te vergewissen dat het tekenen van het contract inhoudt dat dit bindend is voor alle alters, bekend of niet. De contracten zijn in het bezit van de patiënten en het team (in status). Zo nodig wordt de patiëntengroep geïnformeerd over specifieke afspraken rond telefoon, bezoek enz.

Gedragsregels

Op de afdeling wordt niet toegestaan dat MPS-patiënten met een andere dan de volwassen naam worden aangesproken of gedrag manifesteren van andere dan volwassen alters. Ook wordt gelet op het dragen van suggestieve kleding, die in verband kan worden gebracht met ritueel misbruik. In dat kader wordt het lopen op blote voeten evenmin toegestaan. Bij switches, die gepaard gaan met opvallende gedragsveranderingen, dienen de MPS-patiënten gemeenschappelijke ruimten te verlaten en zich terug te trekken in een eigen kamer (Anderson 1988). Binnen die context is het voor teamleden wel mogelijk met verschillende alters openlijk te communiceren. Om dit te kunnen is een zekere kennis van het altersysteem vereist. Speciale technieken, zoals het uitnodigen van helperalters of het gericht aandacht geven aan kindalters, schrijf oefeningen, communicatie via vingersignalen, kunnen helpen weer controle over het gedrag te krijgen.

De wijze waarop in Nederland met regels wordt omgegaan is bescheiden in vergelijking met de Amerikaanse situatie. Kluft (1991) hanteert op zijn afdeling voor dissociatieve stoornissen zeer gedetailleerde gedragsregels. Allereerst wordt uitgelegd welke disciplines werkzaam zijn en wat hun taken en bevoegdheden zijn. Daarmee zijn dus ook de grenzen aangegeven waarbinnen de patiënten wel of niet iets kunnen verwachten van het desbetreffende staflid. Op de afdeling vinden dagelijkse visites plaats; het is voor de patiënten een verplichting te verschijnen. Laten zij dit na, dan zal de gehele staf zich naar de patiënt begeven en ter plekke vergaderen. Ook is een gevolg dat de patiënt voor het niet nakomen van een dergelijke afspraak een niveau verliest binnen een zestal graden van vrijheid. Staat een patiënt op het laagste niveau, dan kan overtreding van een regel directe overplaatsing of ontslag betekenen. Bij het bepalen van het niveau wordt van twee zaken uitgegaan: de patiënt dient het eigen handelen in een bepaalde mate te kunnen overzien en dient actief te participeren in alle behandelingen. Er vindt een uitvoerige rapportage plaats om hier zicht op te krijgen. Ook is belangrijk dat de beslissing over de mate van vrijheid door de beleids- en niet door de behandelend psychiater genomen wordt. Er wordt verwacht dat de patiënten deelnemen aan alle therapeutische activiteiten en beschikbaar zijn voor alle verpleegkundige contacten. Het niet nakomen van een activiteit in een week betekent een 'strafpunt'. Bij twee strafpunten wordt het niveau van de patiënt met een niveau verlaagd. Dit geldt ook voor uitingen op het vlak van (verbale) agressie. De patiënten worden te allen tijde verantwoordelijk geacht voor hun gedragingen. Ze dienen zich elk uur te melden. Er zijn strenge regels voor scherpe voorwerpen, terwijl schoenveters en riemen niet zijn toegestaan. Verder wordt zeer uitdrukkelijk gesteld dat de verpleging de slaapplek bepaalt. Patiënten worden indringend verzocht niet met hun medepatiënten over hun misbruikverleden te praten buiten daartoe bestemde zittingen. Eenzelfde iets geldt voor het spreken over religieuze onderwerpen.

Medicatie

Er zijn geen specifieke medicamenten bekend die de MPS zelf genezen (Loewenstein 1991). Wel zijn er in de literatuur casuïstische mededelingen ten aanzien van verbetering van deelaspecten van het MPS-ziektebeeld. Dit geldt met name voor de posttraumatische en affectieve symptomen en het zeer snelle switchen (Loewenstein 1988, 1991; Putnam 1991). Bij een subgroep met PTSS-verschijnselen,

met name nachtmerries, slaapstoornissen en flashbacks, is er een gunstige invloed beschreven van clonazepam. Bij de meeste MPS-patiënten ziet men op benzodiazepines slechts een korte subjectieve verbetering. De patiënten hebben dan ook de neiging in korte tijd hiervan steeds hogere doses te nemen en een afhankelijkheid aan tranquillizers te ontwikkelen zonder wezenlijke verbetering.

Er zijn aanwijzingen in experimentele situaties dat propranolol en clonidine in hoge doses klinisch werkzaam kunnen zijn bij angst in combinatie met 'rapid-switching' (Braun 1990). Antidepressiva en neuroleptica zijn niet werkzaam gebleken; hooguit kan angstdemping voor korte tijd verwacht worden van de laatste groep van middelen. Zoals reeds eerder beschreven zal men minder geneigd zijn een medicamenteus resultaat te verwachten als men de symptomen van de MPS-patiënten ziet als adaptatiepogingen. De activiteiten van intrapsychische defensie (verdringing, dissociatie, reactievorming, projectie enz.) zijn meestal ongevoelig voor psychofarmacologische beïnvloeding. Tevens zijn er aanwijzingen dat een trance-achtige situatie versterkt kan worden door gebruik van psychofarmaca. Bij de stemmingscomponenten is het van belang te onderzoeken of de stoornis zich al dan niet beperkt tot enkele alters. Indien slechts enkele alters een stemmingsstoornis ervaren, zal behandeling met een antidepressivum geen effect sorteren. Het specifieke probleem van deze alter(s) zal verder psychotherapeutisch geëxploreerd moeten worden. Bij de aanwezigheid van depressiviteit bij alle alters is er sprake van een acute crisis, die dan om verdere interventie vraagt.

Een verwonderlijke melding van MPS-patiënten is een verschil in farmacologische gevoeligheid van alters onderling. Sommige alters hebben bijvoorbeeld een droge mond als bijwerking van een medicament, waar andere alters in het geheel geen last van hebben. Bij het verstrekken van medicatie dient men alert te zijn voor verslavingsaspecten, met name door die alters die de meest traumatische herinneringen dragen. Geregeld vertonen MPS-patiënten misbruik van alcohol, tranquillizers, hasj en cocaïne. Ook hier komt men het fenomeen tegen dat sommige alters een klassiek onthoudingssyndroom vertonen en andere alters daar geen last of weet van hebben.

Deeltijdbehandeling

In de literatuur zijn weinig gegevens bekend over deeltijdbehandeling. In Delft (Joris) bestaat een 'bedsubstituerende' dagbehandeling voor vrouwen met een geschiedenis van seksuele trauma's (Quelle e.a. 1994). Binnen dit programma kunnen in de groepen enkele beter gestructureerde MPS-patiënten behandeld worden. Een gemeenschappelijk uitgangspunt voor alle daar aanwezige patiënten is de behandeling van PTSS-verschijnselen. Naast specifieke methoden wordt er tijdens het behandelprogramma van een jaar gebruik gemaakt van elementen uit de Vrouwenhulpverlening, zoals onderlinge steun en solidariteit. Na de afbouwperiode van dit programma hebben MPS-patiënten een gerichte ambulante behandeling nodig. In haar studie wijst Borgesius (1992) op negatieve aspecten van het lotgenoot-zijn in zo'n groep: met name noemt zij betutteling en rivaliteit, naast het herhaaldelijk geconfronteerd worden met crises van medecliënten. Als belangrijk argument vóór een seksehomogene groep van cliënten en hulpverleners noemt zij het feit dat door deze veiligheid de angst voor behandeling aanzienlijk gereduceerd wordt. Een vijfdaags programma wordt als te zwaar, maar ook als niet passend gezien voor de verdere sociale inbedding van de cliënten.

Naast deze vorm zijn er ook meer individueel uitgewerkte vormen van deeltijdbehandeling, met combinatie van individuele psychotherapie, steunende interventie gericht op het functioneren in het hier-en-nu en non-verbale therapieën (bijv. Bernard Lievegoed Kliniek te Bilthoven). Ook deze vorm werkt opname-voorkomend. Vanuit de afdeling Atlantis (APZ Bloemendaal te Loosduinen) wordt een pleidooi gehouden om als vervolg van een gespecialiseerde klinische behandeling voor dissociatieve problematiek secundaire deeltijdbehandeling aan te bieden (zie Olthuis in dit nummer). Enerzijds kan zo de klinische periode bekort worden, anderzijds kan continuïteit van behandelaar en behandeling worden gerealiseerd. In het verlengde hiervan lijkt het logisch tot een gesloten circuit te komen van

kliniek-deeltijd en polikliniek voor een ruime regio, waarbij ook kennis wordt gebundeld ten behoeve van onderzoek en consultatie.

Literatuur

Anderson, R. (1988), A model for psychiatric nurses in working with clients who have MPD. *Psychiatric Nursing*

, October 13, 13-18.

Borgesius, E. (1992), *Over leven met seksueel misbruik. De behandeling van seksueel getraumatiseerde vrouwen in de psychiatrie*. Eburon, Delft.

Braun, B. (1990), Unusual medication regimes in the treatment of dissociative disorder patients. *Dissociation*, 3, 144-150.

Hart, O. van der (1991), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

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

Hart, O. van der, E. Witztum en B. Friedman (1993), From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 43-60.

Kluft, R.P. (1991), Hospital treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 695-717.

Kluft, R.P. (1992), *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. American Psychiatric Press, Washington.

Loewenstein, R.J. (1988), Open trial of clonazepam in the treatment of posttraumatic stress symptoms in MPD. *Dissociation*, 1, 3-12.

Loewenstein, R.J. (1991), Rational psychopharmacology in the treatment of MPD. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 721-740.

Putnam, F.W. (1991), Recent research on MPD. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 489-502.

Quelle, M., I. van der Heijden en N. Nicolai (1994), Dagbehandeling voor vrouwen met een geschiedenis van seksuele trauma's. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 949-961.

Summary: Inpatient treatment of patients with multiple personality disorder

A generally accepted model for the treatment of trauma implies: (1) stabilisation and symptom reduction; (2) treatment of traumatic memories; (3) social reintegration and rehabilitation. This article addresses the consequences of this model for clinical practice in psychiatric hospitals. Specific problems are discussed with respect to the various dissociative phenomena. Special emphasis is laid on knowledge and attitude of the therapeutic team.

De auteur is als psychiater verbonden aan de Bernard Lievegoed Kliniek, Bronkhorstlaan 10, 3723 MB Bilthoven.

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