

# Dissociatieve stoornissen en gezinstherapie

*door D. De Wachter en A. Lange*

**Gepubliceerd in 1996, no. 2**

## **Samenvatting**

**In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur over dissociatieve stoornissen en gezinstherapie. Ondanks de grote hoeveelheid publikaties op beide terreinen afzonderlijk is het overlappende veld weinig onderzocht. Naast een mogelijke verklaring van deze lacune worden in dit artikel enkele argumenten geformuleerd voor het belang van een gezinsgerichte benadering: de beperkingen van het individuele behandelmodel, de analogie met andere diagnostische categorieën en de transgenerationale aard van de problematiek. Verder worden enkele concrete behandelingsmodellen besproken vanuit de gezinseducatie en de systemische gezinstherapie. Geconcludeerd wordt dat een gezinsgerichte benadering een wezenlijke bijdrage kan leveren in het controversiële debat rond de behandeling van dissociatieve stoornissen.**

## **Inleiding**

Het is opvallend dat er in de literatuur over dissociatieve stoornissen geen aandacht wordt besteed aan de mogelijke samenhang tussen spanningen in het gezin en het voorkomen van dissociatieve stoornissen, terwijl het verband tussen andere stoornissen en gezinsfunctioneren wel vaak is onderzocht (Lange e.a. 1993). Een uitgebreide zoektocht in de literatuur illustreert tevens dat er tot op heden zeer weinig aandacht is geweest voor de mogelijkheden van gezinstherapie bij volwassen patiënten met een dissociatieve stoornis. Dit is een opvallende lacune voor een probleem dat in essentie zijn basis zou hebben in een falend functioneren van het gezin van herkomst. De ernstige traumatische ervaringen die in de onderzoeken veelal als oorzaak worden aangeduid (Irwin 1994), spelen zich in verreweg de meeste gevallen binnen het gezin van herkomst af. Aangezien het transgenerationale karakter hiervan bekend is (Oliver 1993), kan het niet betrekken van het gezin bij de behandeling een verhoogd risico inhouden voor het overdragen van deze mechanismen bij de volgende generaties.

Het inschakelen van het gezin in de behandeling zou om twee redenen van belang kunnen zijn. Ten eerste is het aannemelijk dat spanningen in het gezin tot een toename van de stoornis leiden. Ten tweede worden gezinsleden geconfronteerd met de onvoorspelbare gevolgen en de voor hen onbegrijpelijke symptomen van de patiënt. Zelfs wanneer de epidemiologische gegevens slechts bij benadering zouden kloppen, kan men stellen dat veel gezinnen hiervan last zouden hebben. Een van de belangrijkste verworvenheden van de gezinstherapie is juist dat gezinsleden erkend worden in hun lijden en dat de hulpverlening niet geheel aan hen voorbijgaat, zoals dit lange tijd ook het geval is geweest voor de meeste andere stoornissen. Toch vinden we in de 'officiële handleiding' voor de behandeling van dissociatieve stoornissen (Barach 1994) slechts een marginale verwijzing naar het belang van gezinsinterventies. Nochtans worden wel gezinstherapeutische technieken aangewend in de 'individuele behandeling' van 'deelpersoonlijkheden' (Kluft 1993).

De verklaring van het onderwaarden van de mogelijkheden van gezinstherapie zou kunnen liggen in de initieel eenzijdige belangstelling voor zeer ernstige dissociatieve stoornissen met spectaculaire pathologische verschijnselen. De ernstig geïnvaleerde patiënten hebben dikwijls een lange ziektegeschiedenis en zijn vaak volkomen geïsoleerd van een natuurlijk netwerk of gezin (Rivera 1991). Het feit dat in de DSM- IV de beladen term 'Multipele Persoonlijkheidsstoornis' (MPS) is vervangen door de meer nuchtere term 'Dissociatieve Identiteitsstoornis' (DIS) duidt er wel op dat de aandacht enigszins aan het verschuiven is naar de dissociatieve stoornissen in bredere zin.

Een andere oorzaak van de onderwaardering van de gezinstherapie ligt in het gebrek aan belangstelling voor dissociatie vanuit de gezinstherapeutische hoek: de weerstand tegenover individuele diagnostische categorieën en de geringe aandacht voor empirisch onderzoek lijken hiervoor verantwoordelijk (Lange 1994a). Slechts recent wordt onderzoek beschreven naar het gezin van oorsprong bij patiënten met pathologische dissociatie. Enkele auteurs (Nash e.a. 1993; Kinzl e.a. 1994) komen tot de opmerkelijke vaststelling dat dit gezinsfunctioneren meer bepalend zou zijn in het ontwikkelen van dissociatieve pathologie dan de aard van het eigenlijke trauma. Desalniettemin kennen we geen enkel onderzoek naar de invloed van actuele omgevingsfactoren op de expressie van dissociatieve symptomen.

### **Gezinseducatie**

Zoals hierboven is gesteld wordt in de 'officiële handleiding' voor de behandeling van de Dissociatieve Identiteitsstoornis (Barach 1994) nagenoeg niet verwezen naar gezinsbehandeling, in wat voor vorm dan ook. In een Amerikaans onderzoek onder 305 therapeuten naar hun behandelingsmethoden bij MPS (Putnam en Loewenstein 1993) zien we hetzelfde beeld: de grote meerderheid van de respondenten vermeldt als voorkeursbehandeling een langdurige en intensieve individuele psychotherapie en hypnotherapie. Wel beschouwen velen psychofarmaca als een belangrijk hulpmiddel. Aan andere behandelingsvormen, waaronder gezinstherapie, wordt slechts door sommigen een - hoogstens aanvullende - functie toegekend. Terecht stellen de auteurs dat langdurige individuele psychotherapie wel de meest gangbare behandeling is, maar dat voor de beoordeling van de effecten geen enkele gecontroleerde studie beschikbaar is.

Ten aanzien van de achtergrond van dissociatieve stoornissen wordt overigens wel aandacht geschonken aan de transgenerationale aard (Braun 1985; Coons 1985; Klufft 1984). Zo signaleert Klufft (1987) dat het merendeel van de MPS-patiënten uit zijn onderzoek bestaat uit moeders met opgroeiende kinderen en dat het risico dat deze kinderen misbruikt zullen worden groot is. Hij klasseert 61,3 % van deze 'MPS- moeders' als 'misbruikend' of 'gestoord' in de opvoeding. Om deze reden menen enkele auteurs dat het noodzakelijk is om de kinderen van deze patiënten zelf te screenen op dissociatieve stoornissen (Klufft 1984; Braun 1985; Putnam 1989). Klufft legde dan ook vroeg en herhaaldelijk de nadruk op de noodzaak van psycho-educatie bij gezinsleden van patiënten met MPS (Klufft 1984, 1987). In zijn vier-factorenmodel van dissociatie beschrijft hij (Klufft 1984) het belang van de ouders in de opvang, bescherming en verzorging van het getraumatiseerde kind. Klufft (1984) benoemt ook enkele persoonlijkheidskenmerken van ouders, en structurele kenmerken die typerend zijn voor gezinnen van een kind dat later een dissociatieve stoornis zou ontwikkelen. Deze veronderstelde karakteristieken zijn echter niet onderbouwd door empirisch onderzoek en doen denken aan de soms karikaturale beschrijvingen uit de vroegere gezinstherapieliteratuur over 'het schizofrenogene gezin' (Bateson e.a. 1956) en het 'psychosomatische gezin' (Minuchin e.a. 1978). Deze kenmerken bleken niet te kloppen met de klinische realiteit (Lange e.a. 1993), wat niet wegneemt dat het gezin wel een belangrijke rol bleek te kunnen spelen bij de behandeling.

De opvallende bevindingen met betrekking tot transgenerationale risicofactoren ten aanzien van dissociatieve stoornissen hebben therapeuten ertoe aangezet om de kinderen van ernstig dissociatieve patiënten bij de behandeling te betrekken; niet in de vorm van gezinstherapie, maar afzonderlijk en parallel aan de individuele behandeling van de geïdentificeerde patiënt. In de meeste gevallen gaat het hierbij om psycho-educatie, waarin men aan de kinderen op een aangepast niveau informatie geeft over de ziekte (Benjamin en Benjamin 1993) en men eventueel maatregelen biedt om de grenzen tussen de subsystemen in het gezin te versterken en de kinderen te beschermen, teneinde een eventueel misbruik van de volgende generatie te voorkomen of te stoppen (Sachs e.a. 1988). In de Verenigde Staten is ten behoeve hiervan een stroom van gepopulariseerde boeken voor kinderen verschenen, waarin ze via verhalen en sprookjes kennis kunnen nemen van oorzaken, verschijningsvormen en behandeling van hun zieke ouder (Porter e.a. 1993). Een soortgelijke informatieve en educatieve benadering wordt voorgesteld voor partners van dissociatieve patiënten (Panos e.a. 1990): informatie over het ziektebeeld, bespreking van de oorzaken, wegnemen van eventuele schuldgevoelens en leren omgaan met het soms onbegrijpelijk gedrag van de partner. Enkele auteurs achten dit nodig teneinde, wat zij noemen, 'het saboteren van de behandeling door de partner' te verhinderen (Sachs e.a. 1988).

In een reeks opeenvolgende artikelen stellen Benjamin en Benjamin (1994a, 1994b, 1994c, 1994d) hun model voor van een directieve groepstherapie voor partners en ouders van MPS-patiënten. Ze bespreken uitgebreid de vaak terugkerende gespreksthema's die aan bod kwamen in hun jarenlange ervaring met deze setting. Hoewel ze zich onder meer beroepen op systemische concepten en op het gedachtengoed van de contextuele therapie (Boszormenyi-Nagy 1981), is hun benadering voornamelijk psycho-educatief, als ondersteuning voor de individuele behandeling. Als gespreksthema's noemen zij in de eerste plaats het leren aanvaarden van de diagnose, het leren omgaan met de zieke partner en met de gevoelens van kwaadheid en rouw, en het opkomen voor zichzelf. Terecht wijzen ze op de valkuil om de partner in een 'therapeuten'-rol te plaatsen, wat de patiënt vastpint in een afhankelijkheidsrelatie en het koppel verder polariseert, zoals ook Chiappa (1994) opmerkt. Ook expliciet interactionele thema's komen in hun bespreking aan bod: relatieproblemen, seksuele problemen, problemen in de opvoeding van de kinderen.

Chiappa (1994) wijst nog op een aantal tegenstrijdigheden in de educatieve benadering van partners. Zo pleit Williams (1991) voor het uitvoerig 'kennismaken' van de partner met de verschillende 'deelpersoonlijkheden' van de dissociatieve patiënt, terwijl Panos e.a. (1990) juist suggereren om de patiënt als geheel te benaderen.

Psycho-educatie voor het gezin is reeds waardevol gebleken bij andere psychiatrische problemen zoals schizofrenie (Falloon 1986). Toch blijft het gevaar reëel dat hierdoor te veel aandacht wordt geschonken aan de individuele gedragingen van de patiënt, terwijl zowel patiënt als gezin te maken krijgt met een jarenlange intensieve en zeer belastende behandeling, waarvan nog steeds geen positieve resultaten bekend zijn. Gecontroleerd onderzoek hieromtrent ontbreekt zelfs volledig. Met name ten aanzien van 'minder ernstige' dissociatieve stoornissen is het de vraag of een dergelijk stigmatiserend model dient te worden aangewend. Door het concentreren van de aandacht op de individuele patiënt, het exploreren en uitspitten van een al dan niet duidelijk traumatisch verleden en het richten van de aandacht van alle gezinsleden op deze aanpak, is het gevaar voor inductie van pathologie niet denkbeeldig.

## Gezinstherapie

De laatste jaren zijn er enkele gevalbeschrijvingen verschenen over patiënten met een min of meer ernstige dissociatieve stoornis die een behandeling ondergingen in de context van een systeemgeoriënteerde gezinstherapie (Benjamin en Benjamin 1992). Al in 1983 beschreef Dollinger een adolescent met dissociatieve amnesie, die succesvol werd behandeld met gezinstherapie zonder dat

rechtstreeks werd ingegaan op de voor de hand liggende psychoseksuele betekenissen van het symptoom. Lange (1994b) geeft een gedetailleerde beschrijving van een echtpaartherapie bij een vrouw met dissociatieve verschijnselen die in een vorige, individuele, behandeling geen blijvende vooruitgang boekte. De vermindering in spanning tussen de partners door de interactionele behandeling bleek van meer therapeutische waarde dan het doorwerken van het traumatische verleden. Ook in vroeger beschreven individuele behandelingen kwamen gezinsconstellaties expliciet aan bod, zij het onrechtstreeks via het individuele materiaal (Beal 1978).

Hoewel we uit dergelijke geïsoleerde ervaringen niet te veel conclusies kunnen trekken, geven deze gevalbeschrijvingen toch hoop voor mogelijke alternatieven voor de soms 'fundamentalistische' visie op de behandeling van dissociatieve stoornissen. In de literatuur verschijnen dan ook langzamerhand meer en meer voorzichtige suggesties voor gezinstherapeutische interventies bij de behandeling van dissociatieve stoornissen, meestal in combinatie met individuele sessies (Benjamin en Benjamin 1992). De meeste 'klassieke' auteurs beschrijven het nut van een bijkomende koppeltherapie als belangrijk hulpmiddel naar de cruciale individuele therapie, omdat relatieproblemen en individuele problemen bij de partner zeer frequent voorkomen (Benjamin en Benjamin 1994d en 1994e; Putnam 1989; Panos e.a. 1990; Williams 1991). Opnieuw zijn het Benjamin en Benjamin die een meer interactionele benadering voorstaan, hoewel ze de voorkeur geven aan hun hoger beschreven partner- en oudergroep. Ze beschrijven (Benjamin en Benjamin 1994e) op een creatieve maar eerder arbitraire wijze zeven interactiepatronen in dissociatieve koppels. Van belang is vooral het herkennen (en stoppen) van wat ze de 'new abusers' noemen, die de pathologische interacties uit het verleden van hun partner verderzetten of reactiveren. Verder vermelden ze de reeds hoger aangehaalde partners die zich als therapeut gaan opstellen, wat volgens hen het meest voorkomt. Zonder cijfers te noemen stellen ze nog dat een groot aantal partners zelf een ernstige dissociatieve pathologie vertoont, die soms pas in de loop van de therapie duidelijk wordt. Hoewel ze hier niet verder op ingaan, lijkt deze laatste problematiek, waarbij beide partners een dissociatieve stoornis zouden vertonen, het standaardbehandelmodel (individuele behandeling en partnergroep) op de helling te zetten.

Een enkel artikel gaat specifiek in op de seksuele problemen van dissociatieve koppels (Glantz en Himer 1992), hoewel deze problemen in alle studies worden vermeld (Putnam 1989). Ze beschrijven een aangepaste procedure van een standaardseks therapie waarin Eriksoniaanse technieken om weerstanden te omzeilen worden gebruikt.

Ook ten aanzien van kinderen met dissociatieve stoornissen zijn er inmiddels enige suggesties gegeven voor toepassing van gezinstherapie. Benjamin en Benjamin (1993) beschrijven een combinatie van speltherapie, hypnose en gezinstherapie. De auteurs stellen dat het gezin het grootste potentieel bezit om het noodzakelijke vertrouwen bij het kind te herstellen. De ouders worden dan ook sterk betrokken bij alle fasen van de behandeling. Deze aanpak sluit nauw aan bij de uitgebreide literatuur die bestaat rond seksueel misbruik, waarbij de meeste auteurs het erover eens zijn dat een of andere vorm van gezinstherapie noodzakelijk is (Friedrich 1990). In hun overzicht van de gezinstherapieliteratuur op dit terrein leggen Benjamin en Benjamin (1993) de nadruk op het belang van de contextuele benadering zoals beschreven door Boszormenyi-Nagy (1981). Het onderkennen van de transgenerationale aard van seksueel misbruik binnen gezinnen leidt volgens deze auteurs tot een terechte bezorgdheid ten aanzien van de volgende generatie, en maakt het noodzakelijk de kinderen in de behandeling te betrekken. In haar handboek voor gezinstherapie beargumenteert Zilbach (1986) dat het betrekken van (kleine) kinderen in een therapeutische behandeling tot gevolg heeft dat de behandeling minder stigmatiserend wordt, zelfs als de kinderen niets met het aangemelde probleem te maken hebben. Sachs, Frischholz en Wood (1988) concretiseren deze opvatting in hun gezinstherapiemodel voor MPS-patiënten. Zij beschrijven een aantal interventies die weliswaar geënt zijn op een individuele diagnose, maar waarin expliciete aandacht wordt geschonken aan de actuele context: de invloed van dissociatieve verschijnselen op de andere gezinsleden, het identificeren van

stressoren die dissociatie bevorderen, het trekken van grenzen tussen ouders en kinderen. Ook Benjamin en Benjamin (1993, 1994f, 1994g) pleiten herhaaldelijk voor een dergelijke benadering. Zij leggen de nadruk op de volgende interactionele thema's: herstellen van de band tussen ouders en kinderen, belang van onderlinge steun vanwege broers en zusters, en het bevorderen van de omgang met het onvoorspelbare gedrag van het gezinslid dat dissocieert. Belangrijk lijkt ons de opmerking van deze auteurs dat de aanwezigheid van het gezin 'a sense of wellness and normalcy' bevordert (Benjamin en Benjamin 1993: 59).

### **Slotbeschouwing**

De literatuur rond de behandeling van dissociatieve stoornissen wordt overheerst door een individueel model dat sterk is gericht op traumatische ervaringen uit het verleden. Deze benadering lijkt ons medeverantwoordelijk voor de emotionele discussies die rond dit thema zijn gegroeid: enerzijds zijn er de 'gelovigen' die de therapiewereld trachten te bekeren met geschiedenissen van extreme trauma's en met spectaculaire klinische beelden van grote aantallen deelpersoonlijkheden. Daartegenover staan de 'ongelovigen' die de hele toestand wat hooghartig van de hand wijzen als iatrogene aberratie. Een contextgerichte benadering kan vanuit een breder perspectief een bijdrage leveren om deze tegenstelling te nuanceren. De verworvenheden uit de gezins- en systeemtherapie zoals aandacht voor spanningen die door huidige interacties kunnen optreden en de positieve en helende krachten die daarvoor in de plaats kunnen komen, alsmede de preventieve zorg voor de volgende generatie, kunnen nieuwe perspectieven openen.

De opstelling van de gezinstherapeut kan variëren van 'kritisch gelovig' naar 'geïnteresseerd ongelovig' en aldus een wezenlijke bijdrage leveren in de discussie. Een overzicht van de literatuur leert ons uiteindelijk dat dissociatieve stoornissen en gezinstherapie - ondanks de massieve hoeveelheid materiaal uit beide terreinen afzonderlijk - op enkele gevalstudies na nooit in combinatie zijn bestudeerd. Systematisch en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van gezinsbehandeling zal derhalve in een lacune kunnen voorzien.

### **Literatuur**

#### **Barach, P.M. (1994), *ISSD Guidelines for treating dissociative identity disorder (multiple personality disorder) in adults***

. International Society for the Study of Dissociation, Skokie, Ill.

Bateson, G., D.D. Jackson, J. Haley e.a. (1956), Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.

Benjamin, L.R., en R. Benjamin (1992), An overview of family treatment in dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 236-241.

Benjamin, L.R., en R. Benjamin (1993), Interventions with children in dissociative families: a family treatment model. *Dissociation*, 6, 54-65.

Boszormenyi-Nagy, I., en D.N. Ulrich (1981), Contextual family therapy. In : A.S. Gurman en D.P. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy*. Brunner/Mazel, New York, p. 159-186.

Braun, B.G. (1985), The transgenerational incidence of dissociation and multiple personality disorder. In : R.P. Kluft (red.), *Childhood antecedents of multiple personality*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 127-150.

- Coons, P.M. (1985), Children of parents with multiple personality disorder. In : R.P. Kluft (red.), *Childhood antecedents of multiple personality*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 151-165.
- Dollinger, S.J. (1983), A case report of dissociative neurosis (depersonalisation disorder) in an adolescent treated with family therapy and behaviour modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 479-484.
- Falloon, J.R.H. (1986), Family stress and schizophrenia, theory and practice. *Psychiatric Clinics of North America*, 9, 165-182.
- Friedrich, W.N. (1990), *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. W.W. Norton, New York.
- Irwin, H.J. (1994), Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456-460.
- Kinzl, J.F., C. Traweger en W. Biebl (1994), Sexual dysfunction: relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse and Neglect* (in press).
- Kluft, R.P. (1984), Treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9-29.
- Kluft, R.P., B.G. Braun en R.G. Sachs (1984), Multiple personality intrafamilial abuse and family psychiatry. *International Journal of Family Psychiatry*, 5, 283-381.
- Kluft, R.P. (1987), The parental fitness of mothers with multiple personality disorder. *Child Abuse and Neglect*, 2, 273-280.
- Kluft, R.P. (1993), Clinical approaches to the integration of personalities. In: R.P. Kluft en E.G. Fine (red.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC, p. 101-103.
- Lange, A. (1994a), *De verzuijing in de psychotherapie*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Lange, A. (1994b), *gevalsbeschrijvingen bij Gedragsverandering in gezinnen*. Wolters- Noordhoff, Groningen.
- Lange, A., C. Schaap en B. Van Widenfelt (1993), Family therapy and psychopathology: developments in research and approaches to treatment. *Journal of Family Therapy*, 15, 113-146.
- Minuchin, S., B.L. Rosman en L. Baker (1978), *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Nash, M.R., T.L. Hulsey, M.C. Sexton e.a. (1993), Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 276-283.
- Oliver, J.E. (1993), Intergenerational transmissions of child abuse rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1315-1323.

Panos, P.T., A. Panos en G.H. Alfred (1990), The need for marriage therapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 3, 10-14.

Porter, S., K.A. Kelly en C.J. Grama (1993), Family treatment of spouses and children of patients with multiple personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 371-379.

Putnam, F.W., en R.J. Loewenstein (1993), Treatment of multiple personality disorder: a survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.

Rivera, M. (1991), Multiple personality disorder and the social systems: 185 cases. *Dissociation*, 4, 79-82.

Sachs, R.G., E.J. Frischholz en J.I. Wood (1988), Marital and family therapy in the treatment of multiple personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 4, 249-259.

Williams, M.B. (1991), Clinical work with families of MPD patients: assessments and issues for practice. *Dissociation*, 4, 92-98.

Zilbach, J.J. (1986), *Young children in family therapy*. Brunner/Mazel, New York.

**Een volledige literatuurlijst is op aanvraag bij de auteur verkrijgbaar.**

**Summary: Dissociative disorders and family therapy**

**In spite of the large amount of publications on dissociative disorders and family therapy, a review of the literature shows that little has been written on the combination of these fields. The article tries to explain this omission and provides arguments in favor of a family-oriented approach. Furthermore, some therapeutic interventions within a family-educational and a systemic family therapy model are discussed. It is concluded that a family-oriented approach may offer a relevant contribution in the controversial discussion on the treatment of dissociative disorders.**

Dr. D. De Wachter is als psychiater verbonden aan het Universitair Centrum St.-Jozef, Kortenberg. Prof. A. Lange is als bijzonder hoogleraar verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: dr. D. De Wachter, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg.

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