

Oorspronkelijk artikel

Dissociatieve identiteitsstoornis in Nederland: diagnostiek en behandeling door psychiaters

door H.N. Sno en H.F.A. Schalken

'Julien rit de bon coeur de cette saillie de son esprit.
En vérité, "homme a deux têtes en lui", pensa-t-il.
Qui diable songeait à cette réflexion maligne?''*
Stendhal (1830), *Le Rouge et le Noir*

Samenvatting

De diagnose dissociatieve identiteitsstoornis is controversieel en onderzoek naar de meest effectieve behandelmethodes ontbreekt. Via een verkennende enquête is aan 1452 Nederlandse psychiaters gevraagd naar de frequentie van de diagnose, hun behandelervaring en enkele demografische gegevens van patiënten.

Het responspercentage is 46,7. De groep respondenten lijkt representatief. 273 (41,8%) psychiaters rapporteren de diagnose ooit gesteld te hebben. Hierbij is geen significante relatie met het theoretisch referentiekader of de aard en de topografie van de werkplek gevonden, maar wel met sekse, leeftijd en het aantal ervaringsjaren. De gemiddelde leeftijd van de illustratieve patiënten is 33,19 jaar en de m/v-ratio 1 : 9. Bij de meeste patiënten heeft de behandeling uitsluitend ambulante plaats gehad.

Conclusie: één keer per week individuele psychotherapie ondersteund met anxiolytica of antidepressiva blijkt de meest toegepaste behandelvorm. Hypnose wordt zelden toegepast. De diagnose dissociatieve identiteitsstoornis kan niet zonder meer worden afgedaan als een onbeduidende modegril van een lokaal groepje gelovigen. Het concept dissociatieve identiteitsstoornis heeft bestaansrecht als verklaringsmodel en denkkader voor de psychotherapeutische behandeling van anderszins moeilijk te verklaren psychische verschijnselen en psychiatrische symptomen.

Inleiding

Discussies over de validiteit van de diagnose dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) tussen doorgaans genuanceerd denkende psychiaters ont-aarden niet zelden in fundamentalistische twistgesprekken. De scepsis onder Angelsaksische psychiaters is aanzienlijk (Dell 1988; Dunn e.a. 1994; Mai 1995). Ook in Nederland lijkt de psychiatrische gemeenschap onoverbrugbaar verdeeld in notoire voorstanders (Boon & Draijer 1993;

* 'Julien lachte hartelijk om deze grillige inval. Een mens heeft waarlijk twee zielen in zijn borst, dacht hij. Wie voor den duivel zou anders op dit kwalijke idee zijn gekomen?'

Stendhal (1830), *Het rood en het zwart*. Veen uitgevers, Utrecht 1989, p. 533 (vertaling H. van Pinxteren)

Van der Hart & Nijenhuis 1993) en overtuigde sceptici (Vroon 1995; Crombag & Merckelbach 1996). 'Boze' tongen beweren zelfs dat de diagnose vrijwel uitsluitend gesteld wordt door psychologen/psychotherapeuten in Amsterdam (Crombag & Merckelbach 1996).

Gecontroleerd onderzoek naar de meest effectieve behandelmethode van DIS ontbreekt tot op heden. Een meerderheid van de deskundigen acht een langdurige en intensieve psychotherapeutische begeleiding met als einddoel herintegratie van de persoonlijkheid geïndiceerd (Putnam & Loewenstein 1993; Van der Hart & Nijenhuis 1993; Ross 1997). Hierbij wordt met name hypnose als aanvullende techniek gepropageerd. Een specifieke medicamenteuze therapie is tot op heden niet bekend (Kluft 1991a; Putnam & Loewenstein 1993; Torem 1996).

Het controversiële karakter en de onduidelijkheid omtrent de meest effectieve behandelmethode zijn de aanleiding geweest om in Nederland werkzame psychiaters via een verkennende enquête te vragen naar de frequentie van het stellen van de diagnose en hun behandelervaring. In dit artikel worden, na een beschrijving van de gehanteerde methode, de resultaten gerapporteerd. Voorafgaand aan de conclusie worden in de discussie de resultaten vergeleken met gegevens uit de literatuur.

Methode

Onderzoekspopulatie – In december 1996 is een enquêteformulier verstuurd aan 1452 psychiaters in Nederland, die op de ledenlijst van augustus 1994 staan bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. De adresgegevens zijn zoveel mogelijk geactualiseerd op basis van het Geneeskundig Adresboek 1996-1997. In een begeleidende brief is het doel van de enquête uitgelegd en zijn de DSM-criteria van de diagnose DIS (en MPS) weergegeven. In januari 1997 is een herinneringsbrief gestuurd.

Instrumenten – De enquête omvat 25 vragen, die anoniem beantwoord kunnen worden in ongeveer vijf minuten. Het enquêteformulier is onderverdeeld in vier secties. De eerste negen vragen hebben betrekking op de psychiater. De volgende sectie bestaat uit twee vragen over de frequentie van de diagnose en het aantal behandelde patiënten. Ten slotte is in de laatste twee secties gevraagd naar respectievelijk personalia en behandelgegevens van één illustratieve patiënt. Op basis van een lijst met twaalf behandelingsvormen kan met een cijfer de rangorde van effectiviteit worden aangegeven. De effectiviteit van de medicatie kan per medicatiecategorie worden gescoord op een 6-puntsschaal.

Statistiek – Voor de statistische bewerking is gebruikgemaakt van het Statistical Product and Service Solutions 7 (SPSS-7). Toetsing is merendeels geschied met non-parametrische toetsen: de binomiaal- en de

Chi²-toets. Waar het materiaal dit toeliet, zijn t-toetsen gebruikt. Bij het berekenen van de resultaten varieert de grootte van de groep als gevolg van het niet of incompleet beantwoorden van afzonderlijke vragen.

Resultaten

In totaal zijn 1452 psychiaters aangeschreven. Van hen blijken zeven reeds overleden te zijn, twee zijn naar het buitenland vertrokken. Drie formulieren zijn geretourneerd met de melding 'adres onbekend'. Van de 1440 overgebleven psychiaters hebben 661 het ingevulde enquêteformulier geretourneerd. Daarnaast hebben elf psychiaters telefonisch of schriftelijk gemeld dat ze de enquête niet ingevuld hebben in verband met hoge leeftijd (65-88 jaar), het niet meer praktiserend zijn en/of een langdurig ziekteverlof. Dit brengt het responspercentage op 46,7 (672/1440).

Doordat drie respondenten geëxcludeerd zijn vanwege het invalide invullen, omvat de uiteindelijke onderzoekspopulatie 658 psychiaters. Op 1 januari 1996 zijn in totaal 1565 psychiaters ingeschreven in het specialistenregister (gegevens SRC). De onderzoekspopulatie betreft dus ongeveer 42% van de op dat moment in Nederland werkzame psychiaters.

De psychiaters – De leeftijd van de 658 responderende psychiaters varieert van 33 tot en met 80 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 49,6 jaar (sd 9.7). 25% is 54 jaar of ouder en 10% is 65 jaar en ouder. Het aantal ervaringsjaren varieert van twee tot vijftig, met een gemiddelde van 15,3 (sd 9.6). Ongeveer 25% heeft twintig of meer jaren ervaring. De m/v-ratio is 74,8% : 25,2%.

De werkadresgegevens zijn overeenkomstig de indeling van De Haen & v.d. Windt (1992) geclusterd in zeven regio's. Relatief het grootste aantal is werkzaam in de regio Noord-Holland (n = 179) en in Oost-Nederland (n = 91). In de overige vijf regio's varieert het aantal respondenten tussen de 68 en 77. Ongeveer een kwart (26%) van de respondenten is voornamelijk werkzaam in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, 22% in een eigen praktijk, 14,5% in een RIAGG, 12,4% in een kinderpsychiatrische setting en 11% op een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis.

Een belangrijk deel (42,7%) geeft aan dat zijn referentiekader het meest wordt bepaald door het psychodynamisch model. Bij 18,4% is het biologisch model het meest bepalend. Systeemtheorie en cognitieve gedragstherapie worden door respectievelijk 4,6% en 3,5% als meest bepalend aangemerkt. Bij de 30,7% bij wie een ander model bepalend

is, betreft het met een enkele uitzondering het biopsychosociaal model.

Meer dan eenderde (37%) rapporteert psychotherapie als meest kenmerkend subspecialisme. Voorts wordt sociale psychiatrie door 13,3%, klinische psychiatrie door 12,1% en kinderspsychiatrie door 11,3% als het meest kenmerkend aangemerkt. Een relatief klein deel geeft respectievelijk forensische (4,6%), biologische (4,6%), ouderen- (3,4%) en consultatieve (3,2%) psychiatrie als kenmerkend aan.

Bijna 80% van de respondenten geeft aan patiënten in psychotherapeutische behandeling (d.w.z. 'driekwartiers-contacten') te hebben. Bij ongeveer 70% van deze groep gaat het om behandelingen met een gemiddelde duur van meer dan een jaar. Het aantal patiënten varieert van 1 tot 90, met een gemiddeld aantal van 11,8 (sd 12.7). 30 (2,9%) psychiaters geven aan meer dan 40 patiënten per week in psychotherapie te hebben.

De diagnose – 380 (58,2%) respondenten geven aan de diagnose nooit zelf gesteld te hebben. 83 (12,7%) rapporteren de diagnose eenmaal en 136 (20,8%) de diagnose twee- tot vijfmaal te hebben gesteld. 54 (8,3%) respondenten hebben de diagnose zes of meer keer gesteld, van wie 5 (0,8%) meer dan 25 keer. Bij alle volgende statistische bewerkingen is gebruikgemaakt van een dichotomisering: 'wel' versus 'niet' de diagnose gesteld.

Het stellen van de diagnose blijkt significant samen te hangen met de leeftijd ($\text{Chi}^2 = 5,5$; $\text{df} = 1$; $p < .05$) en met het aantal jaren ervaring ($\text{Chi}^2 = 6,6$; $\text{df} = 1$; $p < .01$). Psychiaters die ouder zijn dan 50 jaar, stellen de diagnose minder vaak. Psychiaters die na 1982 hun opleiding hebben voltooid, stellen de diagnose vaker dan hun collega's die vóór dat jaar zijn opgeleid.

Tevens blijken vrouwelijke psychiaters de diagnose significant ($\text{Chi}^2 = 6,1$; $\text{df} = 1$; $p < .01$) vaker te stellen. De aard en de topografie van de werkplek blijken geen statistisch significante invloed te hebben op de frequentie van het stellen van de diagnose. Evenmin wordt een relatie met theoretisch referentiekader gevonden: bij psychiaters met een psychodynamisch referentiekader blijkt géén grotere neiging te bestaan om de diagnose te stellen dan bij psychiaters met een biologisch referentiekader.

De psychiaters die in de enquête hebben aangegeven psychotherapeutische behandelingen te verrichten, stellen de diagnose significant vaker ($\text{Chi}^2 = 28,1$; $\text{df} = 1$; $p < .001$).

De patiënten – In totaal hebben 298 van de respondenten de diagnose gesteld of patiënt(en) met deze diagnose behandeld. De leeftijd van de patiënten varieert van 10 tot 76 jaar, waarbij het merendeel (59%) behoort tot de categorie tussen 20 en 40 jaar. 21 (7%) patiënten zijn jonger dan 18 jaar. De gemiddelde leeftijd is 33,19 jaar (sd 11.09). De

m/v-ratio bedraagt 1 : 9. Wat betreft de overige sociodemografische kenmerken: 48,9% is ongetrouwd, 90,1% heeft een Nederlandse culturele achtergrond, 35,8% is alleenwonend, 39,7% heeft een hogere middelbareschoolopleiding, 42,8% is werkloos en 59,2% heeft een geschat inkomen dat lager is dan het minimumloon.

In vergelijking tot demografische gegevens van de gehele Nederlandse bevolking (CBS 1997) is er bij de gerapporteerde patiënten een statistisch significante oververtegenwoordiging van vrouwen ($Z = 12.9$; $p < 0.001$), de leeftijdscategorie 20-39 jaar ($\text{Chi}^2 = 114.2$; $\text{df} = 4$; $p < 0.001$), alleenwonenden ($Z = 10.9$; $p < 0.001$), hoger opgeleiden ($\text{Chi}^2 = 83.32$; $\text{df} = 3$; $p < 0.001$), werklozen ($\text{Chi}^2 = 241.4$; $\text{df} = 2$; $p < 0.001$) en personen met een laag inkomen ($\text{Chi}^2 = 570.3$; $\text{df} = 2$; $p < 0.001$). Geen significant verschil wat betreft burgerlijke staat (binomiale-toets voor dichotome variabele, anders de Chi^2 -toets).

De behandeling – 239 (36,3%) respondenten geven aan ooit een patiënt met de diagnose dissociatieve identiteitsstoornis behandeld te hebben. Van hen hebben 125 (19,2%) 2 tot 5 patiënten behandeld en 76 (11,7%) een enkele patiënt. Een respondent in de regio Noord-Holland geeft aan meer dan 25 behandeld te hebben.

De behandelduur varieert van 1 maand tot 16 jaar met een gemiddelde van 2,8 jaar (mediaan 2.00). De gemiddelde behandelduur is bij vrouwen (2,9 jaar) iets maar niet significant langer dan bij mannen (2,1 jaar) ($t = 1.44$; $\text{df} = 205$; $p = 0.15$). Sociaal-economische factoren lijken geen grote rol te spelen bij de behandelduur. Er is geen statistisch significante relatie gevonden met opleidingsniveau, maar wel met inkomensniveau ($\text{Chi}^2 = 11.0$; $\text{df} = 2$; $p < 0.01$) (Kruskal-Wallis). De behandelduur van patiënten met een lager inkomensniveau is het kortst.

De behandelrequentie is bij 96 (49,5%) patiënten eenmaal per week, bij 49 (25,3%) eenmaal per twee weken en bij 27 (13,9%) meerdere keren per week. De behandelduur en -requentie worden niet beïnvloed door het geslacht van de psychiater.

Bij 92 (43,2%) is de behandeling 'uitsluitend ambulante' en bij 56 (26,3%) 'primair ambulante met enkele opnames' geweest. 41 (19,3%) patiënten zijn uitsluitend of voornamelijk klinisch behandeld en 24 (11,2%) geheel of deels in deeltijdbehandeling.

Bijna de helft van de illustratieve patiënten is (poli)klinisch behandeld in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (23,8%) of in een eigen praktijk (21,0%). Bij 35 (16,4%) heeft de behandeling plaatsgevonden op de afdeling volwassenenzorg van de RIAGG en bij 31 (14,5%) op een afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis. 14 (6,5%) patiënten zijn behandeld op een psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis. Bij 16 (7,5%) heeft de behandeling plaatsgevonden in een kinderspsychiatrische setting. Slechts 10 (4,7%) patiënten zijn behandeld op de psychotherapieafdeling van de RIAGG.

Wat betreft behandelvormen blijken individuele psychotherapie (n=154) en medicatie (n = 100) het meest toegepast. De eerstgenoemde therapeutische benadering is wat betreft effectiviteitsrangorde bij 131 respondenten een eerste plaats en bij 17 een tweede plaats gegeven. Medicatie komt bij 17 respondenten op een eerste plaats en bij 99 op een tweede plaats. Hypnotherapie is in totaal door 28 psychiaters toegepast en komt bij 17 in aanmerking voor een tweede plaats. Elektroconvulsieve therapie (ECT) is door 2 psychiaters gerapporteerd.

Door 173 (72,4%) van 239 behandelende respondenten is aangegeven dat medicatie ook deel uitmaakt van het behandelbeleid. Bij 124 (51,9%) patiënten is een antidepressivum voorgeschreven. De gerapporteerde effectiviteit is bij 75 (43,4%) van de 173 patiënten matig tot goed en bij 2 patiënten uitstekend. De meest vermelde antidepressiva van de nieuwe generatie zijn fluoxetine en paroxetine, en van de tricyclische: clomipramine en amitriptyline.

Bij 120 (50,2%) patiënten is een anxiolyticum voorgeschreven. De gerapporteerde effectiviteit is bij 73 (42,2%) van 173 patiënten matig tot goed. De meest vermelde anxiolytica zijn oxazepam, alprazolam, clorazepinezuur en diazepam.

Bij 111 (46,4%) patiënten is een antipsychoticum voorgeschreven. De geschatte effectiviteit is bij 53 (30,6%) van 173 patiënten (47,7% van 111) matig tot goed en bij 3 patiënten uitstekend. Bij 17 (9,8%) is geen verandering of een verslechtering opgetreden. De meest vermelde antipsychotica zijn pimozide, haloperidol, thioridazine en zuclopentixol.

Bij 15 (6,3%) patiënten is een anti-epilepticum voorgeschreven. Hierbij gaat het in 8 gevallen om carbamazepine. De gerapporteerde effectiviteit van de anti-epileptica is bij 7 (4,1%) van 173 patiënten matig tot goed.

Eveneens bij 15 (6,3%) patiënten is lithium voorgeschreven. De gerapporteerde effectiviteit is bij 11 (6,4%) van 173 patiënten geen of gering. Ten slotte is door 3 respondenten naltrexone voorgeschreven. De gerapporteerde effectiviteit is gering tot matig.

Discussie

Het responspercentage is ondanks het geringe aantal vragen en de benodigde tijdsinvestering teleurstellend laag. Naast enquêtemoedigheid weerspiegelt dit lage percentage wellicht ook de weerstand van psychiaters tegen de diagnose dissociatieve identiteitsstoornis. Het responspercentage is vergelijkbaar met het percentage in het onderzoek van Dell (1988; 52%) en Putnam & Loewenstein (1993; 49%) onder respectievelijk 120 en 637 leden van de International Society for the study of Multiple Personality and Dissociation. Daarnaast is het responspercentage hoger dan het percentage (31,3) van Dunn (1994) bij 3600 Vete-

rans Affairs (VA)-psychiaters en -psychologen, maar lager dan het percentage (66) van Modestin (1992) bij 1273 Zwitserse psychiaters en het percentage (61,2) van Mai (1995) bij 294 Canadese psychiaters. De m/v-ratio van de responderende psychiaters en het gemiddeld aantal ervaringsjaren komen overeen met de bevindingen van Modestin (1992). Het gemiddeld aantal ervaringsjaren (15,3) is lager dan dat van de psychiaters in de onderzoeken van Modestin (1992; 17,5) en van Putnam & Loewenstein (1993; 23,4).

Doordat de enquêteformulieren anoniem zijn ingevuld, is een nadere beschrijving van de non-responders onmogelijk. De m/v-ratio en de gemiddelde leeftijd van de respondenten komen echter overeen met de gemiddelde leeftijd van 47,7 jaar en de m/v-ratio van 78,8% : 21,2% die Hutschemaekers e.a. (1992) vaststelden bij alle destijds in Nederland werkzame psychiaters. De m/v-ratio van NVVP-leden bedraagt 69,3% : 30,7% (mondelinge mededeling NVVP 1998). Ook de topografische spreiding van de respondenten komt overeen met de bevindingen van Hutschemaekers e.a. (1992). Ondanks het niet al te hoge responspercentage lijkt de responderende populatie dan ook redelijk representatief voor de psychiaters in Nederland.

De veronderstelling dat de diagnose in Nederland voornamelijk door een klein aantal psychiaters in en rond Amsterdam wordt gesteld (Crombag & Merckelbach 1996), kon niet bevestigd worden. In ons onderzoek geven 273 (41,8%) psychiaters aan de diagnose ooit gesteld te hebben, waarbij geen topografische relatie kon worden vastgesteld. Dit is beduidend meer dan in Zwitserland, waar in het onderzoek van Modestin (1992) 63 (10%) psychiaters hebben gerapporteerd ooit een patiënt met dissociatieve identiteitsstoornis gezien te hebben. Het is echter minder dan het aantal van 119 (66,1%) in het onderzoek van Mai (1995), dat rapporteert te geloven in het bestaan van de diagnose. Niettemin trekt Mai (1995) de conclusie dat een substantiële minderheid de diagnose niet stelt. De bevinding van Dunn e.a. (1994) dat 81,9% van 456 psychiaters de dissociatieve identiteitsstoornis als een aparte klinische identiteit beschouwt, heeft gezien het zeer lage responspercentage (24) slechts beperkte waarde.

De in ons onderzoek gevonden significante relatie van de sekse van de psychiater met het stellen van de diagnose is niet compatibel met de bevindingen van Modestin (1992) en Dunn e.a. (1994), die geen significante relatie van respectievelijk het stellen van de diagnose en geloof in DIS met sekse constateren. Dat de diagnose vaker gesteld wordt door vrouwelijke psychiaters, zou kunnen samenhangen met de voorkeur van de meestal eveneens vrouwelijke patiënten en/of met de mogelijkheid dat vrouwelijke psychiaters meer oog hebben voor de effecten van trauma's.

In overeenstemming met de bevindingen van Dunn e.a. (1994) en Mai (1995) blijkt in ons onderzoek dat de diagnose significant vaker

gesteld wordt door jongere psychiaters. Omtrent de relatie van het stellen van de diagnose met het aantal ervaringsjaren bestaat geen eenduidigheid. In het onderzoek van Modestin (1992) wordt de diagnose significant vaker gesteld door psychiaters met een groter aantal ervaringsjaren. Dunn (1994) vindt echter een aanwijzing dat klinici met een kleiner aantal ervaringsjaren een grotere neiging hebben te geloven in de diagnose. In ons onderzoek blijkt de diagnose significant vaker gesteld te worden door psychiaters met minder ervaringsjaren. De bevindingen ten aanzien van leeftijd en ervaringsjaren suggereren een samenhang met de periode waarin de psychiater is opgeleid. Psychiaters die er voor of tijdens hun opleiding mee hebben kennism gemaakt, stellen de diagnose vaker dan collega's die er eerst na het voltooien van de opleiding mee in aanraking zijn gekomen. Een verklaring zou de invloed van het DSM-classificatiesysteem kunnen zijn. Tegelijkertijd met de introductie van de diagnose meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) is het begrip histerie – waaronder de diagnose tot dan toe als symptoom is gerangschikt – geheel geschrapt uit de DSM-III (1980). Het is niet onaannemelijk dat de vóór 1980 geregistreerde psychiaters de diagnose histerie stellen in plaats van dissociatieve identiteitsstoornis.

Van de 298 illustratieve patiënten zijn 239 door de respondenten zelf behandeld. Dit cohort behandelde patiënten is iets kleiner dan de 305 patiënten in het onderzoek van Putnam & Loewenstein (1993). De oververtegenwoordiging van vrouwen is in overeenstemming met de in de literatuur vermelde m/v-ratio, die varieert van 1 : 3-9 (APA 1994). De m/v-ratio en de gemiddelde leeftijd van de illustratieve patiënten komen overeen met de bevindingen van Putnam & Loewenstein (1993).

De leeftijdsverdeling van de patiënten met een piekpercentage in de leeftijdscategorie van 20-39 jaar komt overeen met de waarnemingen van andere auteurs dat de meervoudige persoonlijkheidsstoornis zich meestal manifesteert op jongvolwassen leeftijd en voor het veertigste jaar (Kluft 1991a; APA 1994). De bevindingen betreffende de gemiddelde leeftijd, het opleidingsniveau en de werksituatie van de illustratieve patiënten komen voorts overeen met de gegevens van andere auteurs (Putnam & Loewenstein 1993; Boon & Draijer 1993). Het percentage alleenwonenden is iets hoger dan onder de door Putnam e.a. (1986) beschreven 100 patiënten. Uit de leeftijdsverdeling van de gerapporteerde patiënten kan men opmaken dat de diagnose dissociatieve identiteitsstoornis ook bij zeer jonge patiënten wordt gesteld. Er zijn overigens eerder patiënten beschreven die zelfs jonger zijn dan 10 jaar (Hornstein & Putnam 1992). Riley & Mead (1988) beschrijven zelfs de behandeling van een driejarig meisje. Het percentage dat jonger is dan 21 jaar, is iets lager dan de door Kluft (1985) vermelde 11% bij wie de diagnose voor het twintigste jaar wordt gesteld.

De gemiddelde (2,9 jaar) en langste (16 jaar) behandelduur zijn in

overeenstemming met de bevindingen van eerdere onderzoekers (Putnam e.a. 1986; Coons 1986; Putnam & Loewenstein 1993).

In onderzoeken van Coons (1986) en Putnam & Loewenstein (1993) is naar voren gekomen dat ongeveer 95% van de patiënten psychotherapeutisch is behandeld en dat bij een groot deel (respectievelijk 80% en 70%) hypnotherapeutische technieken zijn gebruikt. Van de Nederlandse psychiaters blijkt een relatief laag percentage (11,7%) gebruik te maken van hypnotische technieken. Het percentage verschil berust enerzijds ongetwijfeld op een verschil in respondentenpopulatie: de respondentengroep van Putnam & Loewenstein (1993) omvat naast psychiaters ook psychologen, maatschappelijk werkenden en psychotherapeuten. Anderzijds illustreert dit verschil wellicht een leemte in de opleiding van psychiaters in Nederland. Daarnaast lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat in ons land de door sceptici veronderstelde iatrogene invloed van hypnose (vgl. Van Dijck 1993) op het ontstaan van dissociatieve identiteitsstoornissen gering is. Onze bevinding dat psychotherapie de meest vermelde (64,4%) behandelvorm is en door een meerderheid van de behandelende respondenten als meest effectieve behandelvorm wordt beschouwd, hangt waarschijnlijk mede samen met de bevinding dat de diagnose DIS vaker wordt gesteld door psychiaters die ook psychotherapeutisch werkzaam zijn.

Evenals in eerdere onderzoeken (Putnam e.a. 1986; Modestin 1992; Putnam & Loewenstein 1993; Boon & Draijer 1993) blijkt ook in ons onderzoek dat de meeste patiënten voornamelijk poliklinisch behandeld worden. De bevinding dat het merendeel van de patiënten uitsluitend of voornamelijk ambulantly is behandeld, is in overeenstemming met de opvatting dat de behandeling in principe ambulantly plaatsvindt en wanneer nodig klinisch (Kluft 1991a, b; Olthuis 1996). De behandel-frequentie is bij 49,5% van de patiënten eenmaal per week. De gemiddelde behandel-frequentie lijkt dan ook lager dan de door Coons (1986) geadviseerde frequentie van twee zittingen per week en het door Putnam & Loewenstein (1993) vermelde gemiddelde van 1,94 zittingen per week.

Geheel in lijn met het adagium 'praten en pillen' blijkt medicatie een veel toegepaste ondersteunende behandelvorm. Uiteraard gaat het hierbij om een symptomatische behandeling, aangezien specifiek werkzame medicatie ontbreekt (Kluft 1991a; Putnam & Loewenstein 1993; Torem 1996). De interpretatie van de gegevens over de soort en effectiviteit van de voorgeschreven medicatie vereist voorts enige terughoudendheid, aangezien de specifieke indicatie en de gehanteerde maat voor effectiviteit niet geëxpliciteerd zijn. De resultaten geven hooguit een impressie van het voorschrijf-beleid van psychotherapeutisch werkende psychiaters bij patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis.

In overeenstemming met de bevindingen van Putnam & Loewenstein (1993) blijkt een belangrijk deel van de medicamenteus behan-

delde patiënten behandeld te zijn met antidepressiva of anxiolytica. De gerapporteerde effectiviteit is bij een meerderheid van de betreffende patiënten matig tot goed. Medicamenteuze ondersteuning door middel van antidepressiva en benzodiazepinen is vaak noodzakelijk bij suïcidaliteit, automutilatie en comorbide psychiatrische stoornissen als angststoornissen (met name posttraumatische stoornissen), stemmingsstoornissen, slaapstoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing en psychotische stoornissen (Kluft 1991a; Loewenstein 1991; Van der Hart & Nijenhuis 1993; Torem 1996; Ross 1997).

In tegenstelling tot de bevinding van Coons (1986) bij 66,7% van 9 behandelde patiënten blijken antipsychotica slechts bij 15,3% van de patiënten geen verandering of een verslechtering teweeg te brengen. Deze bevinding is opmerkelijk, omdat antipsychotica volgens klinische deskundigen de neiging tot dissociatie kunnen versterken en mede om die reden als relatief gecontraïndiceerd worden beschouwd (Boon & Van der Hart 1989; Putnam & Loewenstein 1993). In navolging van Loewenstein (1991) acht Torem (1996) antipsychotica uitsluitend geïndiceerd bij ernstige opwinding en wanneer antidepressiva of anxiolytica geen effect hebben gehad.

Een klein aantal patiënten is behandeld met anti-epileptica. Bij het merendeel is de gerapporteerde effectiviteit matig tot goed. Eveneens een klein aantal patiënten is behandeld met lithium. Bij het merendeel is de gerapporteerde effectiviteit geen of gering. Deze bevinding bevestigt de meningen van Loewenstein (1991) en Ross (1997) dat lithium niet geïndiceerd is bij de behandeling van een dissociatieve identiteitsstoornis. Het voorschrijven van anti-epileptica en lithium is gebaseerd op de hypothese dat deze psychofarmaca invloed hebben op het *kindling*-fenomeen en het gaba-systeem en dat de dissociatieve identiteitsstoornis een vorm van een posttraumatische stress-stoornis is (Zwartjes 1995). Behandeling met anti-epileptica is voorts gebaseerd op een verondersteld verband met epilepsie (Benson e.a. 1986).

Geen van de respondenten heeft clonidine of propranolol voorgeschreven. Volgens Braun (1990a) zou de combinatie clonidine, dat de centrale noradrenerge activiteit van de locus coeruleus remt, en een hoge dosis propranolol, dat invloed heeft op het perifere sympatische systeem, effectief zijn bij de behandeling van *hyperarousal*, angst, verminderde impulscontrole, verwardheid en *rapid switching* van identiteit. Wel hebben drie respondenten naloxone voorgeschreven met gering tot matig effect. Het voorschrijven van deze morfine-antagonist berust op de hypothese dat het endorfinesysteem bij patiënten met dissociatieve identiteitsstoornis geactiveerd is (Braun 1990b). Loewenstein (1991) waarschuwt echter dat een behandeling met naltrexone als experimenteel beschouwd dient te worden, en Torem (1996) twijfelt aan de therapeutische effectiviteit. Evenals in de populatie van Boon & Draijer (1993) is in ons onderzoek elektroconvulsieve therapie (ECT) door twee psychiaters gerapporteerd.

Ross (1997) meent dat er geen indicatie is voor ECT bij de behandeling van patiënten met dissociatieve identiteitsstoornis.

Conclusie

De diagnose dissociatieve identiteitsstoornis wordt in Nederland gesteld door een niet onaanzienlijk aantal psychiaters, dat verspreid over het hele land werkzaam is. Dit is op zichzelf geen bewijs voor de validiteit, maar de diagnose kan evenmin zonder meer worden afgedaan als een onbeduidende modegril van een lokaal groepje gelovigen van sektarische omvang. De resultaten suggereren dat het gaat om een chronisch ziektebeeld waarvoor doorgaans een langdurige psychotherapeutische behandeling nodig is, in combinatie met symptoomgerichte anxiolytische of antidepressieve medicatie.

De resultaten van deze verkennende enquête dienen uiteraard beschouwd te worden als voorlopige. Verder gecontroleerd onderzoek naar de behandelmethoden is onontbeerlijk. Daarnaast zouden de voorlopige resultaten als uitgangspunt kunnen dienen voor een verantwoorde wetenschappelijke discussie over het bestaansrecht van de diagnose dissociatieve identiteitsstoornis als aparte klinische entiteit en als een van de alternatieven voor de diagnose hysterie. Deze discussie wordt vaak vertroebeld door reïficatie. Hierbij wordt uit het oog verloren dat het een psychologisch concept betreft, dat gebaseerd is op een model: het dissociatiemodel. Dit concept kan voor psychotherapeuten en hun patiënten dienen als een bruikbaar verklaringsmodel en denkkaad bij de behandeling van anderszins moeilijk te verklaren psychische verschijnselen en psychiatrische symptomen. Beschrijvingen van dergelijke verschijnselen of symptomen door patiënten, in de media en in de romanliteratuur, vertonen niet zelden een concretistische tendens. Deze tendens is alleen al op grond van semantische problemen in feite niet eens zo verwonderlijk. Illustratief voor dergelijke problemen zijn de subtiele nuanceverschillen in de Nederlandse en Engelse vertaling van het citaat uit Stendhals *Le Rouge et le Noir*. Terwijl Stendhal in de oorspronkelijke Franse versie spreekt over 'deux têtes', wordt in de Engelse vertaling gesproken van 'two separate beings' en in de Nederlandse van 'twee zielen'.

Summary: Dissociative Identity Disorder in the Netherlands: A survey of diagnosis and treatment by psychiatrists

Dissociative Identity Disorder is a controversial diagnosis. Few data are available on the efficacy of treatment modalities. A questionnaire has been mailed to 1,452 Dutch psychiatrists to survey the frequency of the diagnosis, their treatment practices and

some demographic data on the patients.

The response rate is 46.7%. The cohort of respondents would seem to have constituted a representative sample. A total of 273 (41.8%) psychiatrists reports having made the diagnosis at least once. No correlation is observed with theoretical frame of reference or the type or topography of work facility. There is however a significant correlation with the psychiatrists' gender, age and years of experience. The mean age of the illustrative patients is 33.19 and the m/f ratio 1 : 9. The majority of the patients is seen once a week in an outpatient setting.

Conclusion: Individual psychotherapy and adjunctive anxiolytic or antidepressant medications are the most widely endorsed treatment modalities. Hypnosis is rarely used. The diagnosis Dissociative Identity Disorder could not be dismissed as a nonsensical notion on the part of a small and local sect of believers. It is warranted as an explanatory model and conceptual framework for the psychotherapeutic treatment of complex psychological phenomena and psychiatric symptoms.

Literatuur

- Benson, F.F., Miller, B.L., & Signer, S.F. (1986). Dual personality associated with epilepsy. *Archives of Neurology*, 43, 471-474.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple Personality Disorder in the Netherlands. A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Braun, B.G. (1990a). Unusual medication regimens in the treatment of dissociative disorder patients: part I. Noradrenergic agents. *Dissociation*, 3, 144-150.
- Braun, B.G. (1990b). The use of naltrexone in the treatment of dissociative disorder patients. In B.G. Braun (red.), *Seventh International Conference on multiple personality and dissociative states* (p. 20). Chicago: Rush University Department of Psychiatry.
- Coons, P.M. (1986). Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 715-721.
- Crombag, H., & Merckelbach, H. (1996). *Hervonden herinneringen en andere misverstanden*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Dell, P.F. (1988). Professional skepticism about Multiple Personality. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 528-530.
- Dunn, G.E., e.a. (1994). Belief in the existence of Multiple Personality Disorder among psychologists and psychiatrists. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 454-457.
- Dijck, R. van (1993). Dissociatie hypnose en multipele persoonlijkheidsstoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137, 1863-1865.
- Haen, F. de, & van der Windt, W. (1992). *Psychiaters gevraagd: Het huidig tekort aan psychiaters en een raming van het tekort tot het jaar 2010*. Utrecht: NZi.
- Hart, O. van der, & Nijenhuis, E. (1993). Dissociatieve stoornissen, in het bijzonder de multipele persoonlijkheidsstoornis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137, 1865-1868.
- Hornstein, N.L., & Putnam, F.W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- Hutschemaekers, G., van der Heuvel, H., & Jacobs, C. (1992). *Beroep: psychiater*. Utrecht: NCGv.
- Kluft, R.P. (1985). The natural history of multiple personality disorder. In R.P. Kluft (red.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 167-196). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (1991a). Multiple personality disorder. In A. Tasman & S.M. Goldfinger

- (red.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 10 (pp. 161-188). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P. (1991b). Hospital treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 695-719.
- Loewenstein, R.J. (1991). Rational psychopharmacology in the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 721-740.
- Mai, F.M. (1995). Psychiatrists' attitudes to multiple personality disorder: A questionnaire study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 154-157.
- Modestin, J. (1992). Multiple Personality Disorder in Switzerland. *American Journal of Psychiatry*, 149, 88-92.
- Olthuis, F.H. (1996). Klinische behandeling van MPS: indicaties en voorwaarden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 173-184.
- Putnam, F.W., e.a. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Putnam, F.W., & Loewenstein, R.J. (1993). Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.
- Riley, R.L., & Mead, J. (1988). The development of symptoms of multiple personality disorder in a child of three. *Dissociation*, 1, 41-46.
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of Multiple Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Stendhal (1830). *Le Rouge et le Noir: Chronique du XIX^e siècle* (p. 552). Editions Gallimard.
- Torem, M.S. (1996). Psychopharmacology. In L.K. Michelson & W.J. Ray (red.), *Handbook of Dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives*. New York: Plenum Press.
- Vroon, P. (1995). Signalement: persoonlijkheid. *De Volkskrant* (p. 23), 8 april.
- Zwartjes, G.C. (1995). Psychobiologische aspecten van dissociatie en posttraumatische stress-stoornis. In K. Jonker, J.J.L. Derksen & F.J.S. Donker (red.), *Dissociatie: een fenomeen opnieuw belicht*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
-

H.N. Sno is psychiater, B-opleider psychiatrie en werkzaam op de afdeling psychiatrie van ziekenhuis 'De Heel' te Zaandam. H.F.A. Schalken is psycholoog en als universi-