

Klinische behandeling van meervoudige persoonlijkheidsstoornis: indicaties en voorwaarden

door F.H. Olthuis

Gepubliceerd in 1996, no. 2

Samenvatting

De indicaties voor klinische behandeling van patiënten met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis worden aangegeven. Categorale behandeling verdient de voorkeur boven het behandelen binnen een algemene psychiatrische afdeling. Besproken worden de factoren die van belang zijn voor de keuze tussen begeleiding of een traumaverwerking. De invulling van de randvoorwaarden (middelen en medewerkers) wordt geconcretiseerd.

De meest recente Noordamerikaanse richtlijnen (ISSD 1994) geven aan dat er een grote diversiteit van opvattingen bestaat ten aanzien van de klinische behandeling van patiënten met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) of dissociatieve identiteitsstoornis (DSM-IV 1994). Doel van dit artikel is een bijdrage te leveren aan de uitwisseling van klinische ervaring om te komen tot een ruimer behandelingsaanbod voor een, naar het zich laat aanzien (Van der Hart 1993), ongedacht grote groep patiënten. Vooral de voetangels en klemmen bij de behandeling binnen een gespecialiseerde categorale afdeling voor MPS-patiënten worden besproken. Veel van de problemen en aangegeven oplossingen gelden overigens evenzeer voor niet-categorale afdelingen.

Indicaties voor klinische behandeling

Ambulante behandeling is altijd de eerste keuze. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt moet met alle mogelijke middelen gesteund worden (Quelle e.a. 1994). Dat desondanks veel patiënten met MPS in een klinische setting terechtkomen blijkt samen te hangen met uiteenlopende factoren.

De met de stoornis gegeven instabiliteit en kwetsbaarheid maken dat MPS-patiënten, ondanks hun veelal aanwezige intelligentie en begaafdheden, voor het merendeel de minimale randvoorwaarden voor een ambulante behandeling overschrijden. Suïcidale impulsen en pogingen, automutilatie, depressiviteit, risicogedrag, herbelevingen van trauma's, gewelddadigheid ten opzichte van anderen zijn bij velen dermate ernstige symptomen dat een structuur biedende en bescherming gevende omgeving gewenst is (Kluft 1991; Olthuis 1992).

Een veel voorkomende situatie is dat de symptomen niet begrepen worden en er van een onjuiste diagnose en daarop aansluitende behandeling sprake is, waardoor de symptomen eerder verergeren en de interactie tussen patiënt en hulpverlener(s) escaleert. Zo kunnen ook ervaren hulpverleners (zowel ambulant als klinisch werkend) en teams radeloos, woedend en machteloos worden, hetgeen niet zelden leidt tot het stoppen van de behandeling of ontslag uit de kliniek. Een reeks van (crisis)opnames is kenmerkend voor de ziektegeschiedenis van MPS-patiënten (Ross e.a. 1989).

Ook wanneer de diagnose MPS is gesteld, maar behandelingsexpertise niet voorhanden is, ontstaat een voor alle partijen frustrerende toestand. De toenemende bekendheid van de diagnose én mogelijke behandelbaarheid doen steeds meer MPS-patiënten (te) hoge verwachtingen hebben, terwijl er in verhouding tot de vraag naar behandeling slechts een gering aanbod is. Is de accurate diagnose gesteld en een adequate ambulante behandeling ingezet, dan bestaat nog een aanzienlijke kans op (tijdelijke)

noodzaak tot klinische opname. Tijdens verschillende fases in de behandeling (Boon en Van der Hart 1989) kunnen de ego- functies overbelast raken, het netwerk rond de patiënt kan overvraagd worden of er kunnen zich nieuwe traumatische gebeurtenissen voordoen die een opname onvermijdelijk maken. Een complicerende factor die de noodzaak tot opname beïnvloedt, is de aanwezigheid van een As II-persoonlijkheidsstoornis naast de MPS-symptomatologie. Met name borderline- en antisociale-persoonlijkheidsaspecten in combinatie met MPS kunnen een ambulante behandeling onhaalbaar maken. Mutatis mutandis gelden deze overwegingen ook voor het samengaan van MPS met somatische problemen en verslavingsgedrag.

Categoriaal of gemengd behandelen?

De ervaringen van Amerikaanse collega's tenderen naar gespecialiseerde klinische afdelingen voor uitsluitend MPS-patiënten (inclusief dissociatieve stoornis niet-anders-omschreven). In Nederland en België bestaat een aantal gemengde afdelingen waarbinnen naast enkele MPS-patiënten mensen met andere diagnoses worden behandeld. De Kliniek voor Intensieve Behandeling Atlantis (Psychiatrisch Centrum Bloemendaal te Den Haag) heeft op dit moment als enige twee categorale gespecialiseerde afdelingen voor MPS-patiënten (een voor vrouwelijke patiënten en een sekse-heterogene afdeling).

De voordelen van een gespecialiseerde afdeling springen wat meer in het oog dan die van een gemengde afdeling met enkele MPS-patiënten. De medewerkers (verpleegkundigen, non-verbaal therapeuten en behandelaars) kunnen gericht opgeleid worden. Het milieu kan geheel afgestemd worden op de specifieke problemen van de patiënten (amnesie, depersonalisatie, derealisatie, deelpersoonlijkheden die wisselend het gedrag bepalen). Voor de patiënten geeft het bijzondere van hun diagnose geen privileges.

De voordelen van plaatsing van een MPS-patiënt binnen een algemene psychiatrische afdeling hangen sterk af van de doelstelling van de opname. Positieve indicaties kunnen zijn: diagnostische evaluatie, het versterken van ego-functies die ambulante behandeling mogelijk maken, en opname voor een concreet subdoel zoals medicatievermindering, traumaverwerking, ontlasting van het netwerk, herstel van uitputting van de patiënt. Wanneer de diagnose MPS nog niet door de patiënt aanvaard wordt, zou plaatsing binnen een gespecialiseerde MPS-afdeling te overweldigend en belastend kunnen zijn en is opname binnen een gemengde afdeling te verkiezen. Bij al deze opname-indicaties blijven de voordelen bestaan indien er sprake is van een kortdurende opname (maximaal drie maanden).

De problemen die teams van een gemengde afdeling ontmoeten in het omgaan met en behandelen van MPS-patiënten, hebben meestal te maken met gebrek aan ervaring en inzicht, waardoor er sterke meningsverschillen binnen de teams ontstaan tussen medewerkers die te veel of te weinig oog hebben voor het gedissocieerde gedrag van de MPS-patiënt: het 'koninginne-gedrag' (vanuit het misdaan-zijn speciale rechten eisen), het sterk emotionele appèl van de kind-deelpersoonlijkheden afgewisseld met het wantrouwend afwijzen van alle hulp door intelligente volwassen delen, sterk wisselende stemmingen die onbegrijpelijk lijken. Voor veel gemengde afdelingen is het omgaan met deze patiënten te veel gevraagd (Morley 1990). Wanneer er meerdere MPS-patiënten opgenomen zijn binnen een gemengde afdeling, worden de problemen exponentieel groter (Steinmeyer 1991). Als vuistregel kan een maximum van drie MPS-patiënten op een gemengde afdeling worden aangehouden.

De nadelen van een gespecialiseerde afdeling voor MPS-patiënten betreffen vooral de concentratie van probleemgedrag, die voor de medewerkers veeleisend is en zonder extra voorzieningen en faciliteiten makkelijk tot uitputting en demotivatie leidt. Verder wordt in de literatuur gesproken van domino-effecten, vooral ten aanzien van automutilatie en suïcidaal gedrag (Sakheim e.a. 1988), symptoomtriggering en nabootsen van elkaars symptomen (Putnam 1989) en regressie van het milieu

(Ganaway 1989), waarbij de afdeling te weinig eisen stelt aan de patiënten (Herman 1992).

Ervaringen in Nederland met zowel een gemengde als een categorale afdeling, gevoegd bij kennis verkregen door werkbezoeken aan klinieken in Amerika, leiden tot de voorlopige conclusie dat een gespecialiseerde categorale afdeling voor gediagnostiseerde MPS-patiënten de voorkeur heeft boven een gemengde psychiatrische afdeling, mits aan een aantal voorwaarden kan worden voldaan.

Begeleiding en/of traumaverwerking

Behandeling van MPS-patiënten binnen een intramurale categorale setting kan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van de ernst van het probleemgedrag, gegeven de expertise van het behandelteam. Globaal gesproken is er een keuze te maken tussen begeleiden of een behandeling gericht op het verwerken van de trauma's (Olthuis 1993b). Bij de keuze spelen drie factoren een rol: (a) de mate waarin de patiënt in staat is een therapeutische relatie mede te onderhouden, (b) de complexiteit van het innerlijk systeem, dat een afspiegeling is van de mate en vorm van traumatisering, en (c) de mate waarin het innerlijk systeem openligt.

De therapeutische relatie wordt in belangrijke mate bepaald door de aard en aanleg van de patiënt, met andere woorden: de op As II gediagnostiseerde persoonlijkheidsstoornis. In het contact met de patiënt, uit de biografische anamnese en de ziektegeschiedenis komen observaties en gegevens die het mogelijk maken de kwaliteit en kwantiteit van een eventuele persoonlijkheidsstoornis in te schatten. Bij patiënten met sterke borderline- of antisociale-persoonlijkheidskenmerken is het raadzaam de behandeling te richten op ego-versterkende begeleiding en resocialisatie.

De complexiteit van het innerlijk systeem staat in directe relatie tot de traumatische ervaringen die de MPS-patiënt zegt te hebben ondergaan (Olthuis 1993a). Hierbij speelt niet alleen de duur van de traumatisering mee, maar vooral ook de intensiteit van de ervaringen, in hoeveel verschillende situaties die plaatsvonden en met hoeveel verschillende mensen of groepen. Hoe complexer het innerlijk, hoe belangrijker de overweging om te proberen met toedekken en begeleiden de ego-functies zo sterk mogelijk te maken.

Bij MPS-patiënten die een redelijk functionerende 'host' (dat deel van de persoonlijkheid dat veelvuldig het gedrag bepaalt en vaak de multipliciteit voor de buitenwereld afschermt) hebben, is er tijd en ruimte om de keuze wel/niet trauma verwerken te maken, veelal in overleg met de cliënte. De voor klinische behandeling aangemelde patiënten hebben echter óf een slecht functionerende 'host', waardoor de symptomatologie te ernstig is voor ambulante begeleiding, óf de innerlijke strijd wordt zo openlijk gevoerd en de herbelevingen van trauma's zijn zo veelvuldig dat een op traumaverwerking gerichte behandeling onontkoombaar is.

Zeker wanneer de klinische behandeling niet in korte tijd kan worden omgezet in ambulante zorg, is een op traumaverwerking gerichte behandeling niet te vermijden. De intensiteit van het opgenomen zijn binnen een psychotherapeutisch georiënteerde afdeling werkt dermate evocerend dat de symptomatologie verergert en de deelpersoonlijkheden slechts door verwerking van hun ervaringen tot abstineren van risicogedrag kunnen worden bewogen.

Een voorbeeld ter illustratie: Paula werd vanuit een APZ opgenomen met de diagnose borderline-persoonlijkheidsorganisatie en was bekend met ernstige agressieve doorbraken. Zij kon niet alleen buiten de afdeling zijn vanwege gedesoriëteerd gedrag. Het diagnostisch interview (SCID-D; Boon en Draijer 1993) leidde tot de conclusie MPS. Al snel werd duidelijk dat de agressie werd aangestuurd door angst. Na twee maanden, waarbij door het behandelteam op ego-versterking werd aangestuurd, waren de nachtelijke herbelevingen zo beangstigend dat er nauwelijks meer geslapen werd en de vermoeidheid het risico van agressieve uitbarstingen deed toenemen. Traumaverwerking

voor de angstige deelpersoonlijkheden was de enige oplossing om de agressieve krachten tot rust te brengen.

Van indirecte invloed op de behandeling is de sociale context van de categorale afdelingen voor MPS-patiënten in Nederland. In Amerika gaat het om afdelingen binnen privé-instituten, die met de verzekeraars per patiënt financieringsafspraken maken (bepalend voor de opnameduur). Onvoldoende gemotiveerde patiënten worden afgewezen, bij herhaald overtreden van de huisregels volgt ontslag, en de patiënten weten dat zij alles moeten halen uit de hun toegemeten tijd (van n tot twaalf maanden, afhankelijk van de polisvoorwaarden). In Nederland maken de categorale afdelingen voor MPS-patiënten deel uit van een Kliniek voor Intensieve Behandeling, die als doelgroep heeft mensen die binnen psychiatrische ziekenhuizen ontwrichtend zijn voor zichzelf en hun behandelsetting. Het is een laatste echelon in de hulpverlening, met slechts enkele afwijzingscriteria. Een begrenzing van opnameduur bestaat feitelijk niet, en onwenselijk gedrag leidt eerder tot intensivering van de zorg dan tot ontslag.

Randvoorwaarden

De twee door Van Dale (1992) gegeven betekenissen van het begrip 'randvoorwaarde' zijn: (1) voorwaarde die de mogelijkheden tot variatie beperkt, en (2) voorwaarde waaraan voldaan moet zijn, wil het beoogde doel ooit bereikt kunnen worden. De randvoorwaarden voor de klinische categorale behandeling van patiënten met MPS moeten dus minstens een concrete beschrijving omvatten van welke mogelijkheden tot variatie (in gedrag) moeten worden beperkt en welke doelen worden nagestreefd. Het is nuttig om uit elkaar te houden dat het om twee soorten randvoorwaarden gaat, die soms goed en soms niet goed met elkaar te rijmen zijn. Vanuit milieutherapeutisch gezichtspunt (Olthuis 1994) dient rekening gehouden te worden met factoren die de vertaling van de heldere definiëring uit Van Dale naar de klinische setting compliceren: (a) individuele patiënt versus de patiëntengroep, (b) patiënten (individueel of groep) versus medewerkers, (c) patiënten en medewerkers versus instituut (werkgever), en (d) patiënten, medewerkers en instituut versus buitenwereld. Volgend voorbeeld kan bovenstaande abstracte formulering concretiseren.

Sonja wordt door een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis aangemeld bij de Kliniek voor Intensieve Behandeling. Zij verblijft regelmatig in de separeerruimte (automutilatie, suicidaliteit), reageert niet goed op medicatie, en het behandelteam is ontwricht. Als diagnose wordt vermeld: borderline. Bij de intake wordt een Dissociatieve Stoornis NAO, mogelijk MPS, vermoed. Een reeks (crisis)opnames in de anamnese, onder verschillende diagnoses, heeft Sonja negatief gestemd over behandeling en bejegening binnen de psychiatrie. Met Sonja worden de belangrijkste randvoorwaarden van de behandeling binnen de (gesloten) afdeling doorgenomen:

- Zij zal worden bejegend als een geheel, de innerlijke verdeeldheid ten spijt.
- De mate van vrijheid staat in directe relatie tot de mate waarin zij in staat is de veiligheid van zichzelf en haar medepatiënten te garanderen en bezittingen van haar zelf en anderen onbeschadigd te laten.
- Niet-georiënteerd zijn (tijd, plaats) wordt beperkt tot de individuele psychotherapie (twee uur per week) en enkele onderdelen van het weekprogramma.
- Enkele van de weekprogramma-onderdelen zijn verplicht: naast de individuele psychotherapie de patiënten/stafbespreking, de gespreksgroep en de individuele-patiëntenbespreking (evaluerend overleg tussen patiënt, persoonlijk verpleegkundig begeleider, een van de non-verbaal therapeuten en de individuele psychotherapeut).

- Ten aanzien van derden is alleen contact geoorloofd met mensen die door patiënte als veilig worden omschreven (o.a. ter voorkoming van doorgaand misbruik).

Sonja gaat akkoord met deze randvoorwaarden omdat zij zich erkend voelt en de opname als haar laatste kans op herstel ziet. In een vervolgesprek enkele weken later vermeldt zij dat er stemmen in haar hoofd bezwaar maken tegen de opname. Uitgenodigd om hierover direct met de interviewer te spreken komen achtereenvolgens twee deelpersoonlijkheden naar voren die uitleg krijgen op hun vragen. De diagnose kan worden gespecificeerd in MPS.

Op het moment dat er plaats is voor Sonja binnen de categorale MPS- afdeling, is zij niet meer opgenomen. Zij is (tot opluchting van haar behandelteam) opgestapt en woont tijdelijk bij een vriendin of zwerft. Opnieuw worden de randvoorwaarden doorgenomen en geaccepteerd, maar Sonja maakt voorbehouden: 'ik kan niet tegen opgesloten zijn; ik kan niet tegen klokken en spiegels; de (mega)medicatie mag niet veranderd worden; 's nachts mag niemand mijn kamer binnenkomen; ik kan niet tegen groepen; jullie mogen me nooit terugsturen naar het verwijzende ziekenhuis'. Alleen de klok en de spiegel in haar kamer worden weggehaald.

Vanaf de eerste dagen van de opname heeft Sonja kritiek op de gang van zaken binnen de afdeling. Er zijn voortdurend discussies over de huisregels, de individuele psychotherapeut probeert te bemiddelen. Sonja wil een aangepaste behandeling met veel uitzonderingen, betreft de medepatiënten hier succesvol in en reageert met gedesoriënteerd gedrag en ten slotte automutilatie. Er moeten beschermende maatregelen genomen worden, een vrijheidsbeperking die Sonja als traumatiserend ervaart. Tegelijkertijd ervaren de medewerkers haar onmacht en angst. Sonja probeert de innerlijke chaos te vermijden door chaos om zich heen te maken.

Na verloop van tijd, waarin voortdurende crisismomenten worden afgewisseld met perioden waarin Sonja elk probleem ontkent, raakt het behandelteam in twee kampen verdeeld. Enerzijds een roep om maatregelen (eventueel gedwongen ontslag) en anderzijds een behoefte om meer voorwaardenscheppend voor Sonja te zijn. Een dienstdoende assistent-arts legt tijdens een weekendcrisis de vinger op de zere plek: opgeroepen door een twijfelend verpleegkundig team, dat het beleid van de individuele psychotherapeut niet uitvoerbaar vindt, treft men rigoureuze maatregelen. Directie en Inspectie worden direct en indirect erbij betrokken door een klacht van Sonja over de bejegening. Haar medepatiënten, die in eerste instantie met haar meelevden, keren zich nu tegen haar.

Samen met Sonja wordt in het behandelarenoverleg en de individuele-patiëntenbespreking de situatie besproken. In onderhandeling worden de oorspronkelijke randvoorwaarden gehandhaafd, maar worden de omstandigheden binnen de kliniek aangepast aan haar mogelijkheden, waarbij juist de innerlijke krachten van Sonja voor het eerst hun medewerking geven. Sonja wordt vanuit een prikkelarme omgeving behandeld, zij krijgt een persoonlijke dagstructuur, de medicatie wordt verminderd en in de individuele therapie kan de inventarisatie van het innerlijk systeem worden gestart.

Het categoriaal klinisch behandelen van patiënten met MPS kent alle valkuilen die bij andere klinische behandelingen worden waargenomen. Een drietal structurele problemen wordt hier onder de loep genomen.

Er moet *ten eerste* voor gezorgd worden dat enerzijds de patiënt niet het slachtoffer wordt van de tegenoverdracht van de medewerkers (Gans 1994) en anderzijds de afdeling niet ten onder gaat aan de problematiek van de patiënt. Sonja's impasse bestond in het conflict tussen de narcistisch bezette 'host' en een groep 'dader-introjecten' (innerlijke krachten die ter bescherming van het geheel de gedragingen van de daders hebben doorstaan). Door Sonja te weinig afwijking van de huisregels toe te staan werd de innerlijke strijd te groot en werd de innerlijke samenwerking (een cruciaal

behandeldoel) ondermijnd.

Ten tweede, aansluitend op het voorgaande, wordt van het behandelteam gevraagd een optimaal midden te vinden tussen een strenge en rigide aanpak aan de ene kant en een te meegaande houding aan de andere kant. Te streng en rigide optreden handhaaft weliswaar de randvoorwaarden en huisregels, maar biedt te weinig speelruimte voor behandeling en ontwikkeling. Een te meelevende houding van het team kan op een andere manier tot externalisering van de problematiek van de patiënten leiden. De aandacht wordt dan te veel gericht op het voorwaarden scheppen voor alle deelpersoonlijkheden met hun tegengestelde eisen en wensen, hetgeen onverbiddeijk tot onmogelijkheden leidt. Het team zal in de praktijk fluctueren tussen beide polen en bereid moeten zijn regelmatig bijstellingen door te voeren, waarbij van streng naar meegaander makkelijker is dan andersom.

Zowel voor de patiënten als voor de afdeling is de relatie met de buitenwereld vaak doorslaggevend voor het bereiken van de gezamenlijke doelstelling. Isolement is de noemer waaronder *het derde* probleem aan de orde komt. Het onderhouden en zo nodig herstellen of opbouwen van een netwerk rond de patiënt maken sneller ontslag mogelijk en bieden het beste uitzicht op succesvolle ambulante voortzetting van de behandeling. Naast vrienden en vriendinnen wordt ook gedoeld op adequate nabehandeling en opvang na ontslag. Door schade en schande is er geleerd dat al bij het eerste contact met een patiënt(e) gesproken moet worden over vervolgbehandeling na ontslag. En zelfs als er een direct betrokken buitenbehandelaar beschikbaar is, ontstaan er gemakkelijk fricties over verantwoordelijkheden, financiën, afspraken en dergelijke. De mogelijkheid van de kliniek om poliklinische vervolgbehandeling te bieden door de klinische behandelaar lenigt gedeeltelijk deze nood. Ook voor de kliniek is isolement een groot gevaar. Een goede relatie met de buitenwereld vereist een grote mate van openheid zonder daarbij de eigen randvoorwaarden op te geven. De directie van het moederinstituut, de Inspectie GGZ, het ministerie van VWS, de verwijzende psychiatrische ziekenhuizen en andere instituten uit drie provincies en de patiënten stellen ieder hun eigen eisen, nog los van de relatieve acceptatie van de diagnose MPS, met name binnen de intramurale psychiatrie, en de lang niet altijd welkome aandacht van de media.

Medewerkers

Het starten van een nieuwe kliniek en in het bijzonder van een nieuwe afdeling voor de categorale behandeling van MPS-patiënten vraagt geduld, het accepteren van voorlopige oplossingen en voldoening vinden in een langdurig behandelproces. Een periode van drie jaar lijkt nodig te zijn voordat een consolidatiefase kan intreden.

De verpleegkundige bezetting is veel hoger dan binnen andere klinisch-psychiatrische afdelingen. Dat is ook nodig om uitputting en burn-out bij verpleegkundigen te voorkomen. Vooral op de schouders van de verpleegkundigen rust een moeilijke taak: het voortdurend moeten onderhandelen, het aanhoren van de gruwelijke ervaringen van patiënten, het omgaan met zelfdestructie en suïcidaliteit, de intelligente veeleisendheid waarmee patiënten hun slachtofferschap nogal eens verhullen en het wisselende emotionele appèl waarmee moet worden omgegaan zonder zelf ontregeld te raken. Naast scholing en supervisie (door een verpleegkundige van buiten) gaat het vooral om leren door ervaring, hetgeen een langzaam proces is.

De non-verbaal therapeuten hebben hun werkwijze sterk moeten aanpassen aan de mogelijkheden en beperkingen van de MPS-patiënten. Een eerste doel van de behandeling door non-verbaal therapeuten is het bijdragen aan de ego-versterking van de patiënten: werken in het hier-en-nu, minder kwetsbaar worden voor triggers (signalen die traumatische belevingen activeren), experimenteren met nieuw gedrag. Het werken in groepsverband kan alleen indien er voor een sterke structuur en

voorspelbaarheid wordt gezorgd. De altijd aanwezige groepsfenomenen kunnen door de aard van de problematiek van de MPS-patiënten niet goed therapeutisch worden benut, omdat het bewerken van groepsinteracties tot innerlijke chaos, onvoorspelbaarheid en wegblijven uit de groep leidt. Binnen individuele sessies, die een belangrijk deel uitmaken van het werk van de non-verbaal therapeuten, is meer ruimte om (al dan niet in samenwerking met een psychotherapeut) explorerend en integrerend te werken.

De behandelaren (artsen, maatschappelijk werkers, psychiaters en psychologen) hebben, naast de activiteiten die verband houden met hun specifieke deskundigheid, een integrerende taak. De patiënten moet geleerd worden om (eindelijk) in behandeling te zijn. De medewerkers moeten niet alleen leren omgaan met heftige explosieve en implosieve gedragingen van de patiënten, maar ook ervaring krijgen in het omgaan met de eigen (tegenoverdrachts)gevoelens. De behandelaren, die zelf de handen vol hebben met individuele psychotherapieën, moeten sturing geven aan de informatiestroom en complexe interacties binnen en tussen groepen patiënten en medewerkers.

De psychofarmacologische mogelijkheden zijn beperkt. Een medicament in engere zin bestaat niet voor MPS. Neuroleptica, anxiolytica en anti-epileptica worden vooral voor hun dempende werking voorgeschreven. De werking van psychofarmaca blijkt bovendien door de dissociatieve vaardigheden van de MPS-patiënten gemitigeerd te kunnen worden. De psychologische afhankelijkheid van medicatie geeft problemen in het afbouwen van megamedicaties waarmee patiënten nogal eens worden opgenomen.

Het omgaan met somatische klachten is ingewikkeld, omdat er telkens gedifferentieerd moet worden tussen lichamelijke herbelevingen, die niet somatisch behandeld kunnen worden, en klachten die in het heden zijn ontstaan. Daartoe is een goede somatische screening noodzakelijk, ook al komen daar zelden handvatten voor somatische behandeling uit naar voren. Kenmerkend voor de somatische klachten is vaak dat een aantal symptomen wel aansluit bij een somatische diagnose, maar andere ontbreken of er niet mee in overeenstemming zijn.

Conclusies

Het starten van afdelingen voor de categorale behandeling van MPS-patiënten is geen sinecure. Zowel in de materiële als in de personele sfeer is fors meer nodig dan voor algemene psychiatrische afdelingen. Intensieve psychotherapie, het beheersbaar maken en houden van ernstige automutilatie, suïcidaliteit en agressie, het ontbreken van psychofarmacologische hulpmiddelen en het opvangen van ontredderde mensen die doordrenkt lijken van wantrouwen ten opzichte van medemensen en hulpverleners, zijn aspecten die deze extra faciliteiten nodig maken.

In dit tijdsgewricht kunnen de kosten alleen gerechtvaardigd worden indien de hulp aan de patiënten leidt tot minder consumptie van zorg en/of minder belasting van zorginstellingen en hulpverleners. Daarnaast is het *adequaat* hulp verlenen aan ernstig getraumatiseerde patiënten een algemeen aanvaarde maatschappelijke plicht. Dit artikel beschrijft wat er onder 'adequaat' kan worden verstaan. Algemene leidraad is niet dat er bijzondere hulpverleningsproblemen moeten worden gehanteerd door het behandelteam, maar dat *alle* mogelijke problemen zich voordoen binnen een gespecialiseerde categorale afdeling voor MPS-patiënten.

Door het bespreken van de vele voetangels en klemmen bij de categorale behandeling van MPS-patiënten zou de indruk kunnen ontstaan dat het voor de hulpverleners iets weg heeft van een overlevingstocht. Hoewel de risico's van burn-out zeker niet onderschat moeten worden, staat toch op de voorgrond dat het werken met deze patiënten inspirerend en uitdagend is, waarbij hun grote gevoel voor humor een krachtig tegengif is.

Het MPS-model wordt door de patiënten als erkenning van hun ervaringen beleefd en gewaardeerd als verklaring van verwarrende symptomen. Voor de hulpverleners biedt het een manier van werken aan symptomatologie die met volharding en creativiteit sterk verminderd kan worden.

Literatuur

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition*

. American Psychiatric Press, Washington DC.

Boon, S.A., en N. Draijer (1993), Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489- 494.

Boon, S.A., en O. van der Hart (1989), De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 1283-1299.

Dale, van (1992), *Groot woordenboek der Nederlandse taal* (12e druk). Van Dale Lexicografie, Utrecht-Antwerpen.

Ganaway, G. (1989), Inpatient management of MPD. Presented at the *Annual meeting of the American Psychiatric Association*, Dallas.

Gans, E., en M.M. Thunnissen (1994), Buigen of barsten. *Groepstherapie*, 28 (3), 63-66.

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

Herman, J.L. (1992), *Trauma and recovery*. Basic Books, New York (vertaling: *Trauma en herstel*, Wereldbibliotheek, Amsterdam 1993).

International Society for the Study of Dissociation (1994), *Guidelines for treating dissociative identity disorder*. Skokie, IL.

Kluft, R.P. (1991), Hospital treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 695-719.

Kluft, R.P., en C.G. Fine (1993), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Morley, J. (1990), Mission and method: formation of a specialized inpatient MPD Unit. Paper presented at the *7th International Conference of Multiple Personality Disorder & Dissociative Disorders*, Chicago, Illinois.

Olthuis, F.H. (1992), Inpatient treatment. Paper presented at the *First European Conference on Multiple Personality Disorder and Dissociative States*, Amsterdam.

Olthuis, F.H. (1993a), Het gestoorde of verstoorde zelf. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Gesprekstherapie*, 4, 9-22.

Olthuis, F.H. (1993b), Trauma-verwerking: het BASK-model van Braun. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Gesprekstherapie*, 2, 52-58.

Olthuis, F.H., en H.W. de Bruin (1994), Milieu-arrangement en de meervoudige persoonlijkheidsstoornis. *Ontwikkelingen in de Klinische Psychotherapie*. Vereniging voor Klinische Psychotherapie, Halsteren.

Putnam, F.W. (1989), *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. Guilford Press, New York.

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

Ross, C.A., G.R. Norton en K. Wozney (1989), Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.

Sakheim, D.K., E.P. Hess en A. Chivas (1988), General principles for short-term inpatient work with multiple personality disorder patients. *Psychotherapy*, 25, 117- 124.

Steinmeyer, S.M. (1991), Some hard-learned lessons in milieu management of MPD. *The Psychiatric Hospital*, 22, 1-4.

Summary: Inpatient treatment of multiple personality disorder: Possibilities and problems

Indications are given for inpatient treatment of patients with multiple personality disorder. The best choice is to treat these patients in a specialized unit instead of a general psychiatric ward. In most cases it is necessary to process the traumas that are the immediate cause of the complex symptomatology. Finally the conditions for such a specialized unit are discussed.

De auteur is psycholoog-psychotherapeut en als beleidsbehandelaar verbonden aan de Kliniek voor Intensieve Behandeling Atlantis, PC Bloemendaal, Monsterseweg 93, 2553 RJ Den Haag.

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