

## **De Dissociatieve Identiteitsstoornis**

### **Kenmerken van de stoornis**

De Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS) is de meest ernstige vorm van de dissociatieve stoornissen en het is een stoornis die moeilijk te begrijpen, te diagnosticeren en te behandelen is. DIS behoort tot de as-I stoornissen, maar het komt vaak voor dat men naast DIS ook persoonlijkheidsproblematiek heeft. Naar schatting 1 procent van de populatie volwassenen heeft DIS. De diagnose wordt het meest bij vrouwen gesteld: 9 van de 10 gevallen zijn vrouwen. De definitie van DIS (DSM IV) is als volgt:

1. De aanwezigheid van twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden persoonlijkheidstoestanden of identiteiten (elk met een eigen betrekkelijk langdurig patroon van het waarnemen van, het omgaan met en het denken over de omgeving en zichzelf);
2. Tenminste twee van deze persoonlijkheidstoestanden of identiteiten bepalen geregeld het gedrag van betrokkene;
3. Onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren dat te uitgebreid is om verklaard te kunnen worden door gewone vergeetachtigheid;
4. De stoornis is niet het gevolg van is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.

Bij mensen met DIS zijn de identiteiten - ook wel alters genoemd - zo sterk ontwikkeld, dat zij een eigen zelfbewustzijn hebben en afwisselend de controle over iemands gedrag en bewustzijn uitoefenen. De overgang van de ene identiteit naar de andere kan heel plotseling plaatsvinden. Delen van de persoon leiden een afzonderlijk leven, met een eigen voorgeschiedenis, een eigen zelfbeeld en identiteit. De identiteiten verschillen vaak ook wat betreft spraak, gedragingen, handschrift en kleding en soms hebben de identiteiten een eigen naam.

### **Het ontstaan van DIS**

Patiënten met DIS hebben vaak ernstig misbruik meegemaakt in de kindertijd. Dissociatie wordt gezien als een natuurlijke reactie op een trauma en leidt tot bescherming van het individu tegen de gevolgen van een trauma. Een dissociatief mechanisme wordt ingezet wanneer men geconfronteerd wordt met een aanhoudende bedreiging of gevaar. Een manier om met traumatische ervaringen om te gaan is door de persoonlijkheidstoestanden waarin de patiënt het trauma steeds weer opnieuw ervaart en de persoonlijkheidstoestanden waarin men gedeeltelijk of

gehele amnesie voor het misbruik heeft, van elkaar te scheiden. Bij zeer langdurig en ernstig misbruik worden identiteiten steeds vaker 'afgesplitst', waardoor er meerdere identiteiten ontstaan met ieder hun eigen herinneringen die (soms) niet gedeeld worden met andere identiteiten. Door deze barrière in het geheugen worden pijnlijke, traumatische herinneringen apart opgeslagen en wordt de impact van het trauma op het dagelijks leven van de patiënt geminimaliseerd.

Naast de visie dat DIS ontstaat als reactie op een trauma, zijn er ook mensen die geloven dat DIS een sociale constructie is als gevolg van therapeutische suggestie, de invloed van de media en verwachtingen in de maatschappij. Er is niet zozeer discussie over of DIS bestaat -men is het erover eens dat de symptomen van DIS wel degelijk bestaan-, maar over hoe deze stoornis ontstaat.

### **Behandeling van DIS**

Er is tot op heden te weinig gecontroleerd en langdurig effectonderzoek verricht naar de behandeling van DIS. Auteurs dragen verschillende technieken aan om DIS te behandelen, zoals psychoanalyse, hypnotherapie, gedragstherapie en integratietechnieken. De behandeling van DIS is tot op heden echter voornamelijk gebaseerd op klinische ervaring.

Een behandeling die in de literatuur veel besproken wordt is het in fasen 'doorwerken' van een onderliggend trauma. De cliënt moet leren om zijn overlevingsstrategie van dissociëren op te geven en om op een andere manier met spanningen en problemen om te gaan. Men heeft de overtuiging dat een openleggende, op verwerking gerichte aanpak de beste zou zijn en veel patiënten dringen daar dan ook op aan. Met dit inzicht werd het 'driefasenmodel' van traumabehandeling geformuleerd door Herman. Het uiteindelijke doel van de behandeling is integratie van traumatische herinneringen en van gedissocieerde delen van de persoonlijkheid. Om dit doel te kunnen bereiken moet alles wat gedissocieerd is volgens dit model vroeg of laat in de therapie aan bod komen en dienen traumatische herinneringen verwerkt te worden. De behandeling zal nu verder besproken worden aan de hand van de drie fasen.

De eerste fase van de behandeling bestaat uit het opbouwen van veiligheid en uit stabilisatie. Voor men overgaat tot nadere exploratie van de dissociatieve problematiek is het van belang dat de cliënt weer enige controle over zijn klachten krijgt en dat de draagkracht verhoogd wordt. Hiertoe wordt een vertrouwensband gecreëerd, gezocht naar contact met 'makkelijk' te bereiken identiteiten, afspraken gemaakt en gezorgd voor communicatie en samenwerking tussen identiteiten. Daarnaast staat deze fase in het teken van het uitdiepen van de verschillende

identiteiten, hun geschiedenis en specifieke problemen in het functioneren van sommige identiteiten.

De tweede fase is gericht op exploratie, blootstelling en verwerking van traumatische herinneringen. In deze fase van de behandeling wordt het trauma uitgediept, verwerkt en komen de gevolgen van het trauma aan bod. Het trauma moet volgens dit model volledig worden doorgewerkt en hypnose kan daarbij een belangrijk hulpmiddel zijn.

De laatste fase is gericht op integratie; interne conflicten worden opgelost, de impact van het trauma wordt verwerkt in iemands identiteit en ontwikkeling, nieuwe rollen en functies worden aangeleerd. Het doel van deze fase is de integratie van de verschillende identiteiten binnen een persoon tot een functionerend geheel. Hiertoe dienen identiteiten gestimuleerd te worden tot het onderhouden van contact met elkaar en tot het gezamenlijk oplossen van problemen. De patiënt moet leren leven met zijn of haar nieuwe identiteit.

#### **Literatuur:**

- Cohen, L.M., Berzhoff, J.N., & Elin, M.R. (1995). *Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies*. Nortvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Draijer, N. (2003). *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Gleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychological bulletin*, 1, 42-59.
- Hart, O. van der, & Boon, S. (1991). Dissociatieve stoornissen: Een model voor de behandeling van de multipele persoonlijkheidsstoornis. In Dyck, R. van der, Spinhoven, P. & Does, J.W. van der (red.), *Hypnose en hypnotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Huntjens, R.J.C., Postma, A. Peters, M.L., Woertman, L. & van der Hart, O. (2003). Interidentity amnesia for neutral, episodic information in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 290-297.
- Kluft, R.P. (2003). Current issues in Dissociative Identity Disorder. *Bridging Eastern and Western Psychiatry*, 1, 71-87.
- Lillienfeld, S.O., & Lynn, S.J. (2003). Dissociative identity disorder: multiple personalities, multiple controversies. In Lillienfeld, S.O., Lynn, S.J. & Lohr, J.M. *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp 109-143). New York: The Guilford Press.