

Reactie op discussiebijdrage Van Vliet en Van Straten

Het modusmodel van DIS: uitleg en misverstanden

TEKST: **Rafaële Huntjens, Marleen Rijkeboer en Arnoud Arntz**

Wij maken graag gebruik van deze mogelijkheid om het modusmodel verder uit te leggen en misverstanden recht te zetten. Hoewel de reacties in dit nummer gericht zijn aan Huntjens, hebben aan deze en andere reacties in dit nummer ook Rijkeboer en Arntz meegewerkt, omdat zij het modusmodel voor DIS mede hebben vormgegeven en betrokken zijn bij het effect-onderzoek van schematherapie bij DIS.

Identiteitsfragmentatie en amnesie

Twintig jaar geleden startte Huntjens met onderzoek naar de werking van het geheugen bij mensen met DIS. De hypothese, opgesteld vanuit het structurele dissociatiemodel, luidde dat er sprake was van amnesie tussen identiteiten bij mensen met DIS. Dit zou zowel amnesie betreffen voor trauma-gerelateerd materiaal als voor neutraal materiaal (immers, er wordt ook amnesie voor alledaagse gebeurtenissen gerapporteerd). Mensen met DIS werd zelf gevraagd identiteiten te selecteren voor het onderzoek waartussen zij amnesie beleefden. Er is daarbij niet alleen gebruik gemaakt van woordenlijsten, zoals van Vliet en van Straten in hun discussiebijdrage suggereren; er zijn diverse soorten paradigma's en stimulusmaterialen gebruikt, waaronder autobiografische/zelf-relevante informatie en trauma-gerelateerd materiaal (zie bijvoorbeeld maar niet uitsluitend Huntjens et al., 2005, 2012; Marsh et al., 2018). Deze stimuli werden bovendien gekozen door ervaren behandelaars die werkten vanuit het structurele dissociatiemodel. Ondertussen zijn er replicaties uitgevoerd in meerdere labs wereldwijd (o.a. Allen & Movius, 2000; Kong et al.,

2008; zie ook Mangiulli et al., 2021). De resultaten van deze uitgebreide reeks studies zijn robuust: er werd geen ondersteuning gevonden voor de gestelde hypothese van inter-identiteit amnesie: hoewel mensen met DIS aangeven de emotionele en dagelijkse ervaringen van andere identiteiten niet te kunnen herinneren, laten objectieve testen van het geheugen zien dat hiervan geen sprake is, ook niet als trauma-gerelateerd materiaal werd meegenomen.

De resultaten zijn dusdanig consistent en vaak gerepliceerd, dat deze niet terzijde geschoven kunnen worden. Maar dit plaatste ons ook voor een raadsel: hoe is de ervaring van amnesie bij mensen met DIS dan wel te verklaren? Een dichotome opvatting van amnesie (het bestaat wel/niet) is ons inziens te simpel. Hoewel amnesie niet bestaat in de zin van afgesplitste herinneringen die niet toegankelijk zijn in een andere identiteit, bestaat deze wel in de *beleving* van mensen met DIS, net zoals wanen realiteit zijn in de beleving van mensen met waanbeelden en overgewicht bestaat in de beleving van mensen met anorexia nervosa.

Evenzo kunnen mensen met checkdwang, mede door de gehanteerde vermijdingsstrategieën, volledig het vertrouwen in hun geheugen zijn kwijtgeraakt en in hun beleving een sterk falend geheugen hebben (bijvoorbeeld: 'Ik weet niet of ik vanochtend mijn baby heb gewurgd'), terwijl er objectief gezien niets mis is met hun geheugen.

Zou bij DIS niet eenzelfde proces als bij bijvoorbeeld dwang gaande kunnen zijn? Dat mensen met DIS overtuigingen hebben ontwikkeld over hun geheugen die hen wellicht op korte termijn helpen, maar op lange termijn juist contraproductief zijn? De ervaren amnesie wordt daarbij niet opgevat als simulatie, maar als een als realiteit beleefde overtuiging, net als bij dwang, waanstoonis en anorexia nervosa. Recent ontwikkelde Huntjens daarom in samenwerking met collega's de Dissociation-related Beliefs about Memory Questionnaire (DBMQ; Huntjens et al., in druk). Deze lijst bevat items als 'Ik geloof dat als ik me alle pijnlijke/verdrietige gebeurtenissen in mijn leven zou herinneren, ik gek zou worden' en mensen met DIS blijken hier inderdaad hoog op te scoren.

De verschillende theoretische modellen

Het modusmodel binnen schematherapie sluit goed aan bij bovengenoemde empirische resultaten. Schematherapie, waarbij volgens het modusmodel wordt gewerkt, is bovendien een evidence-based behandeling voor mensen met vroegkindertijdse traumatische ervaringen, waaronder emotioneel, fysiek en seksueel misbruik. Het modusmodel kent zowel overeenkomsten als verschillen met het traumamodel (waarin DIS wordt gezien als het gevolg van traumatische ervaringen in de kindertijd en als een 'disorder of self-understanding', Dalenberg et al., 2012) en het sociocognitieve model (waarin wordt gewaarschuwd voor reïficatie van verschillende toestanden als afzonderlijke entiteiten). Het modusmodel poogt een alternatief te vormen voor beide modellen. Overigens geven van Vliet en van Straten het sociocog-



nitieve model ons inziens niet goed weer. In hun reactie lijken ze te veronderstellen dat dit model ervan uitgaat dat mensen met DIS hun stoornis simuleren. Dat klopt echter niet. Het model stelt dat mensen met DIS hun klachten, waaronder emotionele instabiliteit, identiteitsproblemen en impulsief gedrag, gaan interpreteren en ervaren als meervoudige identiteiten, mede onder invloed van media, anderen, et cetera, maar niet dat zij dit bewust zouden voorwenden.

Van Vliet en van Straten wekken voorts de indruk dat het sociocognitieve model weerlegd zou zijn door het onderzoek van Reinders en collega's (2003) en daarmee afgedaan. Dit onderzoek alsmede de genoemde review van Roydeva en Reinders (2021) is interessant, maar differentieert naar onze mening niet tussen de diverse theoretische modellen voor DIS. Het is belangrijk te realiseren dat het onderzoek van Reinders et al (2003) geen geheugenonderzoek is; in deze studie werd louter de breinactiviteit in reactie op een (trauma-) stimulus in diverse toestanden gemeten. Het blijkt dat mensen anders reageren in verschillende toestanden. Dit is consistent met het structurele dissociatiemodel, maar ook met het modusmodel (vergelijk de reactie in kindmodus vs beschermer) alsmede het sociocognitieve model.

In het artikel van Roydeva en Reinders (2021) werd het onderzoek naar biomarkers voor pathologische dissoci-

atie (als transdiagnostisch fenomeen) in kaart gebracht. Het is een prachtig gedetailleerd overzicht, waarmee tegelijkertijd duidelijk wordt dat het onderzoek hiernaar nog in de kinderschoenen staat, zoals de auteurs zelf ook aangeven. Bovendien gaat het om *associaties* tussen biomarkers en dissociatie; oorzaak en gevolg zijn nog geheel onduidelijk en mogelijk verklaart een derde variabele het verband. Maar belangrijker voor onze discussie: ook hier differentiëren de resultaten niet tussen de verschillende theoretische modellen, sterker nog, de auteurs geven in hun discussie aan dat zij hier juist bij weg willen blijven als ze zeggen “our review is transtheoretical in nature, which means that our search for (neuro) biological correlates or underpinnings of pathological dissociation is independent of theoretical debate (p. 192)”. We zijn oprecht van mening dat alle theoretische modellen mensen met DIS serieus nemen en de lijdensdruk erkennen. Ze veronderstellen alleen andere verklaringen voor de gerapporteerde klachten en experimenteel onderzoek helpt om deze verklaringen aan een kritische toets te onderwerpen.

Schematherapie

Van Vliet en van Straten geven aan dat in hun ervaring schematherapie goed toe te passen is bij mensen met DIS. Het verbaast ons echter dat zij stellige uitspraken doen over de aanpak in het door ons (in samenwerking met Shaw en Farrell) ontwikkelde behandelprotocol zonder dat zij dit hebben kunnen bestuderen. Dan ontstaan er misvattingen en foutieve beschrijvingen van deze aanpak, zoals dat de stemmen van vader-imiterende delen niet als ‘echt’ zouden worden beschouwd. Zij stellen voor schematherapie volgens het modusmodel en het structurele dissociatiemodel te combineren en aldus vader-imiterende delen geleidelijk aan te integreren. We denken dat dit mogelijk niet de beste strategie is, om meerdere redenen.

De basisassumpties van beide modellen verschillen en daarmee de implicaties voor behandeling. Door vader-imiterende delen te zien als afgesplitste identiteiten die je moet ‘integreren’, versterk je in feite de overtuiging van afsplitsing en werk je juist mee aan het bestendigen van de boodschappen als zijnde egosyntoon.

Mogelijk is een andere aanpak beter. Bijvoorbeeld om eerst te valideren dat patiënten deze stemmen horen en

‘We zijn oprecht van mening dat alle theoretische modellen mensen met DIS serieus nemen en de lijdensdruk erkennen’

samen de inhoud van deze boodschappen te onderzoeken. Veel patiënten zijn deze stemmen als egosyntoon gaan ervaren en geloven dat de boodschappen waar zijn. Deze overtuiging is niet functioneel en hertraumatiserend, dus er kan psycho-educatie worden gegeven over de herkomst van de stemmen. Samen met de patiënt kan er stap voor stap worden toegewerkt aan het verminderen van de invloed van deze negatieve boodschappen, door de patiënt te leren hier krachtig tegenin te gaan en afscheid te nemen van deze boodschappen, onder andere middels imaginaire oefeningen en de stoelentechniek. Tegelijkertijd kan er aandacht worden besteed aan het vergroten van de veiligheid en het tegengaan van zelfbeschadigend gedrag.

Elke behandelaar gaat ervan uit dat zijn aanpak een goede of zelfs de beste is (Parker & Waller, 2015). Uiteindelijk is de enige manier om te bepalen welk model de werkelijkheid het beste benadert, het doen van gedegen empirisch onderzoek en aldus de hypothesen binnen deze modellen alsmede de daaruit voortvloeiende behandeltoepassingen aan kritische tests te onderwerpen. Momenteel lopen er een pilotstudie en een systematische case-series met als doel de aangepaste vorm van schematherapie voor DIS te toetsen en hebben we een narratieve case-study gepubliceerd (Van den Ouweland, Huntjens, & Rijkeboer, 2021). Wij hopen de lezers spoedig meer te kunnen vertellen over de resultaten.

Referenties

Referenties kunnen worden opgevraagd door een email te sturen aan: r.j.c.huntjens@rug.nl

Prof. dr. Rafaele Huntjens is werkzaam bij de Rijksuniversiteit Groningen als hoogleraar traumagerelateerde en dissociatieve stoornissen. Tevens is zij editor-in-chief van de Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, en docent in de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Zij was werkgroeplid zowel van de Zorgstandaard Trauma- en Stressorgerelateerde Stoornissen als de Zorgstandaard Dissociatieve Stoornissen.

Prof. dr. Marleen Rijkeboer is werkzaam bij de Universiteit Maastricht als hoogleraar klinische psychologie, bij G-Kracht Amsterdam als klinisch psycholoog/psychotherapeut en bij RINO Amsterdam als hoofdopleider van de opleiding tot zowel klinisch psycholoog als psychotherapeut en zij is voorzitter van de VGt. Marleen geeft (inter)nationale training en supervisie in schematherapie en CGt.

Prof. dr. Arnoud Arntz is hoogleraar klinische psychologie bij de Universiteit van Amsterdam. Hij werkt een dag in de week als Klinisch Psycholoog bij PsyQ Amsterdam in een academische samenwerking met de UvA, waar hij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, PTSD, en dissociatieve stoornissen behandelt. Hij is senior schematherapeut en cognitief gedragstherapeut, en geeft trainingen en supervisie in Imagery Rescripting en Schematherapie.