

DSM-IV

(artikel uit: Caleidokrant jaargang 4 nummer 3)

CALEIDOSCOOP

Landelijke vereniging voor mensen met een
meervoudige persoonlijkheid
of andere
dissociatieve stoornissen

Stationsplein 6,
3818 LE Amersfoort.

Gironummer 6933313
KvK nr. V 538536

DSM-IV

Nogal eens valt de term DSM-IV. Wat is nou eigenlijk die DSM-IV, wat staat erin en voor wie de DSMIV bedoeld. In dit stukje gaan we daar eens dieper op in.

In juni van 1994 verscheen onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association (APA) de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition), ook wel bekend als DSM-IV. De DSM-IV is een classificatie van psychische stoornissen die ontwikkeld is voor gebruik bij hulpverlening, opleiding en onderzoek.

In de verantwoording bij de vertaling wordt men al gewaarschuwd dat de diagnostische criteria zijn bedoeld als richtlijnen bij de beoordeling en niet om gebruikt te worden als een soort van kookboek.

De diagnostische categorieën, criteria en beschrijvingen kunnen alleen goed toegepast worden door diegenen die voldoende opleiding en ervaring hebben in het stellen van een psychiatrische diagnose.

Een classificatie is alleen betrouwbaar te maken als de beoordelaar deze kan afwegen tegen zijn professionele ervaring. Dus niet bepaald een werkje waar je bij het doorbladeren kan beoordelen waar je aan 'lijdt'.

DSM-IV en dissociatie

De vijf dissociatieve stoornissen die in de DSM-IV omschreven staan zijn:

Dissociatieve amnesie (vroeger Psychogene amnesie)

- a. De belangrijkste stoornis bestaat uit één of meer episodes van onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren, meestal van traumatische of stressveroorzakende aard, die te uitgebreid is om verklaard te kunnen worden door gewone vergeetachtigheid
- b. de stoornis komt niet uitsluitend voor in het beloop van een 'dissociatieve identiteitsstoornis', 'dissociatieve fugue', 'posttraumatische stress-stoornis', 'acute stress-stoornis' of somatiestoornis en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een neurologische of andere somatische aandoening (bijvoorbeeld amnestische stoornis als gevolg van een schedeltrauma)
- c. de symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

Dissociatieve fugue (vroeger Psychogene fugue)

- a. de belangrijkste stoornis bestaat uit het plotseling en onverwacht op reis gaan, weg van huis of de gebruikelijke werkplek, met het onvermogen zich het eigen verleden te herinneren
- b. verwarring over de eigen identiteit of het aannemen van een nieuwe identiteit (gedeeltelijk of geheel)
- c. de stoornis komt niet uitsluitend voor in het beloop van een dissociatieve identiteitsstoornis en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld temporaalkwab epilepsie)

- d. de symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen

Dissociatieve identiteitsstoornis (vh Meervoudige Persoonlijkheidsstoornis)

- a. de aanwezigheid van twee of meer scherp van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden (elk met een eigen betrekkelijk langdurig patroon van het waarnemen van, het omgaan met en het denken over de omgeving en zichzelf)
- b. ten minste twee van deze identiteiten of persoonlijkheidstoestanden bepalen geregeld het gedrag van betrokkene
- c. onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren dat te uitgebreid is om verklaard te worden door gewone vergeetachtigheid
- d. de stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld black-outs of chaotisch gedrag tijdens een alcoholintoxicatie) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld complexe partiële insulpen)

N.B.: bij kinderen zijn de symptomen niet toe te schrijven aan denkbeeldige speelkameraadjes of andere fantasiespelletjes

Depersonalisatiestoornis.

- a. aanhoudende of recidiverende belevingen van het gevoel los te staan en externe waarnemer te zijn van de eigen geestelijke processen of het eigen lichaam (bijvoorbeeld het gevoel alsof alles in een droom gebeurt).
- b. tijdens de beleving van depersonalisatie blijft de 'reality testing' intact
- c. de depersonalisatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen
- d. de beleving van depersonalisatie komt niet uitsluitend voor in het beloop van een andere psychische stoornis zoals schizofrenie, paniekstoornis, acute stressstoornis of een andere dissociatieve stoornis en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld temporaalkwab epilepsie)

Dissociatieve stoornis NAO (Niet Anderszins Omschreven)

Deze categorie is opgenomen voor stoornissen waarbij het belangrijkste kenmerk een dissociatief symptoom is (dat wil zeggen een verstoring van de gewoonlijk geïntegreerde functies van bewustzijn, geheugen, identiteit of waarneming van de omgeving) dat niet voldoet aan de criteria voor een specifieke dissociatieve stoornis.

Vanwege de verscheidenheid aan klinische beelden is het onmogelijk voor een diagnostische nomenclatuur elke mogelijke situatie te dekken. op grond hiervan heeft elke diagnostische klasse tenminste één categorie 'niet anderszins omschreven' (NAO) en hebben enkele klassen verschillende NAO categorieën.

Dissociatie en diagnose

Het doel van de DSM-IV is het geven van heldere beschrijvingen van de diagnostische categorieën teneinde het klinici en onderzoekers mogelijk te maken diagnoses te stellen, er over te communiceren, onderzoek te doen en de verschillende psychische stoornissen te behandelen.

Voor het diagnosticeren van een dissociatieve stoornis zijn er hulpmiddelen zoals de DES (Dissociative Experiences Scale), de DIS-Q (Dissociative Questionnaire) en de SCID-D (Structural Clinical Interview for DSM-IV Dissociatieve Disorders).

Het is nu ook weer niet zo dat iemand met dissociatieve symptomen ook een dissociatieve stoornis heeft. Zelfs bij het regelmatig hebben van allerlei dissociatieve symptomen hoeft er nog geen sprake te zijn van een stoornis zoals omschreven in de DSM-IV. Dissociatie, vooral depersonalisatie en derealisatie, komt bij tal van psychiatrische stoornissen voor.

Zoal hierboven al blijkt is een diagnose stellen niet de meest eenvoudige zaak. Je moet er niet aan denken dat je een diagnose opgeplakt krijgt die niet bij je 'past'. Veel van onze leden hebben die ervaring jammer genoeg wel en rolden zo van de ene naar de andere diagnose en/of stoornis, zonder zelf het gevoel te hebben gehad dat de benaming voor hen de lading dekte. Vaak bleef dan een juiste diagnose, en dus een juiste behandeling, uit en volgden er jaren van wanhoop en verwarring.

Maar aan de andere kant kwam (en komt) het ook voor dat iemand bijvoorbeeld de diagnose DIS krijgt terwijl die persoon geen DIS heeft. Men zit dan vast aan een loodzware last en voelt zich ook niet gehoord en erkend.

Dit probleem komt van twee kanten. Cliënten die zich herkennen in de symptomen van een dissociatieve stoornis, zich goed geïnformeerd hebben, oprecht geloven in 'hun' DIS en dus met deze vermoedens op zoek zijn naar een behandelaar die dit zou kunnen bevestigen. Aan de andere kant zijn er behandelaars die zowat in elke cliënt die de behandelruimte binnenstapt een DIS'er zien.

Over beide kanten krijgt Caleidoscoop met regelmaat schrijnende verhalen te horen. Cliënten die zich zo herkennen in de symptomen en problematiek rond dissociatieve stoornissen en wanhopig op zoek zijn naar een therapeut die op z'n minst in DIS 'geloofd' om een goed diagnostisch onderzoek te kunnen starten. Soms hoort men al bij de buitendeur dat - al dat gedoe met MPS - veroorzaakt is door een mediahype en een paar zweverige therapeuten. Het lood zakt dan al in je schoenen omdat je dan (terecht) bezorgd mag zijn of men de klachten wel serieus zal gaan nemen. In veel gevallen worden de klachten dan ook niet serieus genomen, wat de cliënt betreft althans, en komt men er met een bezoekje eens per drie weken van 45 minuten vanaf, *als* men al hoeft terug te komen.

De meeste van deze cliënten zijn niet op zoek naar de diagnose DIS, maar naar iemand die de eventuele mogelijkheid met hen wil bespreken en onderzoeken. Niet meer en niet minder.

In de ogen van die behandelaars is de cliënt wel erg gretig om DIS te hebben. Maar ... we hebben ook te maken met therapeuten die wel erg snel een dergelijke diagnose stellen. Ons zijn wel verhalen bekend waar cliënt na een (eerste) gesprek van 45 minuten te horen kreeg dat zij aan DIS leed, of waarbij zelfs de behandelaar later zei dat hij in de wachtruimte al kon zien 'wat er aan de hand' was. Deze mensen werden naar huis gestuurd met de diagnose DIS en hierbij mogen we ons ook afvragen of de diagnose wel terecht was.

Het vermoeden van een dissociatieve stoornis, zowel door de cliënt als behandelaar, eist dus meer dan een gesprekje of een onderzoekje om tot een duidelijke conclusie te komen, als er al een duidelijke conclusie uit zal komen. Soms doet een behandelaar er gewoon goed aan om betreffende cliënt door te sturen naar een meer ervaren collega. Hoe je het ook wendt of keert, het gaat hier om mensen met pijn en vaak een uiterst pijnlijke problematiek en die hebben gewoon recht op hulp.