

Vier controversen over dissociatieve identiteitsstoornis

door R. van Dyck en P. Spinhoven

Gepubliceerd in 1996, no. 2

Samenvatting

Vier controversen over dissociatieve identiteitsstoornis worden besproken. Ten eerste: is deze stoornis een artefact, te wijten aan iatrogene invloeden? Er blijkt onvoldoende empirische evidentie te zijn voor deze stelling. Niettemin gaat het om een beeld waarbij iatrogene invloeden op de presentatie van groot belang kunnen zijn. Ten tweede: hoe adequaat zijn de huidige diagnostische criteria? Betoogd wordt dat ook de DSM-IV-criteria overdiagnostiek in de hand werken en dat het gebruik van een gestructureerd diagnostisch interview geboden is. De derde controversen betreft de betrouwbaarheid van 'recovered memories' en het fenomeen van amnesie. De klinische bevindingen en de experimentele laboratoriumgegevens zijn niet met elkaar in overeenstemming. Het geheugenonderzoek geeft alle aanleiding om terughoudend te zijn met betrekking tot de betrouwbaarheid van 'recovered memories'. De massale amnesie voor traumatische gebeurtenissen, die bij vele dissociatieve stoornissen gerapporteerd wordt, strookt niet met de bevindingen van modern geheugenonderzoek. Tot slot wordt erop gewezen dat nog onvoldoende duidelijk is welke behandelingsstrategie bij deze ernstig gestoorde patiëntengroep optimaal is, met name wat betreft de nadruk op traumaherbeleving.

Inleiding

In de DSM-IV wordt de Multipele Persoonlijkheidsstoornis (MPS) omgedoopt tot Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS) en als prominente diagnose vermeld in de sectie Dissociatieve stoornissen. In de ICD-10 komt MPS niet verder dan de subsectie 'overige gespecificeerde dissociatieve stoornissen', met de aantekening dat het om een zeldzame stoornis gaat, waarover een meningsverschil bestaat in hoeverre ze cultuurspecifiek of iatrogeen is. Dit verschil tussen beide classificatiesystemen reflecteert twee van de talrijke controverses rond deze diagnostische entiteit. Is hier sprake van een iatrogeen, door de behandelaars in het leven geroepen fenomeen, dat bovendien zeldzaam is, maar recent overgediagnostiseerd wordt? Behalve deze kwesties van de iatrogenese en de mogelijke overdiagnostiek bespreken we in deze bijdrage nog twee controverses waardoor 'gelovigen' en 'ongelovigen' tegenover elkaar staan: de amnesie voor traumatisering in het verleden en het vraagstuk van de meest gepaste behandeling.

Is MPS een artefact?

Merskey (1992) onderzocht de oorspronkelijke beschrijvingen van de historische gevallen van MPS. Twee punten vielen hem op: bij veel patiënten was er naar zijn mening aanleiding om een andere diagnose te overwegen, waaronder organische stoornissen en stemmingsstoornissen. Verder meent hij dat er in alle gevallen aanwijzingen zijn voor iatrogene sturing, en soms van een ware 'training' in het ontwikkelen van alters. Veel sceptici zullen het met Merskey eens zijn, ook wanneer het moderne gevallen van MPS betreft. Spanos (1986, 1994) stelt zelfs dat het hele MPS-fenomeen te verklaren is

als een 'strategische-roluitvoering'. Hiermee bedoelt hij dat de typische manifestaties het gevolg zijn van impliciete instructies van de therapeut, voorafgaande kennis over het fenomeen MPS bij de patiënt en de druk van de situatie, bijvoorbeeld een therapie-setting. Spanos heeft getracht deze opvatting te onderbouwen door in een laboratoriumexperiment (gezonde) proefpersonen tijdens een rollenspel te laten reageren op de vragen die in een forensisch psychiatrisch onderzoek gebruikt werden om tot de diagnose MPS te komen. Het resultaat was dat een aanzienlijk deel van de proefpersonen op grond van de 'cues' uit het interview tot de uitspraak kwam dat het alters en amnesie ervoer. Deze resultaten werden door Rabinowitz (1989) gerepliceerd. Met deze en soortgelijke experimenten is aangetoond dat interviews een suggestieve lading kunnen hebben en aan de geïnterviewde aanwijzingen geven over de verwachtingen van de onderzoeker. Toch verklaart dit nog niet het complexe en over langere tijd consistente gedrag bij MPS-patiënten. Gedragingen lijkend op die van MPS, waaronder amnesie en alters, kunnen met hypnose bij gezonde proefpersonen opgeroepen worden. Maar net als alle hypnotische fenomenen hebben ze dan een beperkte levensduur en leiden ze niet tot een chronisch gedragspatroon. Al met al is de stelling van iatrogenese niet onderbouwd door demonstratie van een langer voortdurend gedragspatroon. Wel is het suggestieve effect voor de duur van een interviewsituatie overtuigend aangetoond.

Hiermee is echter niet gezegd dat iatrogene invloeden op de manifestaties van MPS geen enkele rol spelen. In de recente literatuur valt op dat het aantal alters hand over hand toeneemt. In klassieke beschrijvingen, zoals die van Thigpen en Checkley (1957), was er sprake van een drietal alters. Inmiddels is dit aantal opvallend toegenomen tot een gemiddelde van 13 met een modus van 6 (Kluft 1991). Zelfs meer dan 60 alters zijn gerapporteerd, wat voor patiënt en behandelaar tot aanzienlijke logistieke problemen aanleiding moet geven. Deze inflatie van de aantallen wekt het vermoeden dat artefacten wel degelijk een rol kunnen spelen. Voorbeelden van hoe zulke alterinflatie tot stand kan komen worden besproken in een speciaal nummer over iatrogenese van het tijdschrift *Dissociation* (1989, vol. 2, nr. 2). Hierin beschrijft Fine (1989) hoe bij patiënten die met MPS bekend waren, door ongelukkige therapeutische interventies het aantal alters sterk opliep, bijvoorbeeld vanuit de behoefte om de goedkeuring van de behandelaar te verwerven. Ook Torem (1989) bespreekt valkuilen voor behandelaars en noemt daarbij onder andere de nieuwvorming van alters door suggesties van de behandelaar. Hij vermeldt de volgende casus: een vrouw die reeds bekend staat met 12 alters toont zich in de loop van een sessie bedroefd en tegen het huilen aan. De therapeut die dit observeert, reageert door te vragen: 'Wie ben je... je kijkt zo droevig... wat is je naam?... Ik denk niet dat ik al eerder met je gesproken heb'. Torem stelt terecht dat deze vragen impliciete suggesties voor de patiënte inhielden. Wat de therapeut in feite doet is suggereren dat ze verondersteld wordt iemand anders te zijn met een andere naam.

Het is goed om in gedachten te houden dat de MPS-patiënten mede de erfgenamen zijn van de 'grande hystérie' uit de tijd van Charcot. Deze befaamde neuroloog ondervond tot zijn nadeel hoe suggestibel deze patiënten zijn. Nog meer dan andere patiënten zijn zij geneigd om de onderzoeker te presenteren wat hij hoopt te vinden. Zo beschreef Charcot een drietal stadia van hypnose die zich in zijn kliniek ook consistent voordeden, maar door anderen, zoals Bernheim, niet bevestigd konden worden (Ellenberger 1970; Van der Velden 1987). Dit past bij de bevinding dat MPS-patiënten gekenmerkt zijn door een hoge mate van hypnotiseerbaarheid (Bliss 1984).

MPS als diagnostische entiteit

Veel auteurs hebben gewezen op de spectaculaire groei van het aantal gerapporteerde patiënten met een MPS gedurende de laatste jaren. In de wereldliteratuur waren tot 1970 in totaal 79 gevallen van MPS bekend (Aldridge-Morris 1989). In 1986 werd het aantal gediagnostiseerde gevallen in Noord-Amerika door Coons op ongeveer 6000 geschat. Voor een belangrijk deel zijn die geconcentreerd bij een zeer actief publicerende groep van onderzoekers en behandelaars onder wie

Kluft, Braun en Bliss, die elk meer dan honderd gevallen beschreven. In de twintig jaar voor 1989 werden door de Britse psychiaters slechts vier twijfelachtige gevallen vermeld (Aldridge-Morris 1989). Ongetwijfeld hebben we hier te maken met een verschil in diagnostische tradities, zoals het volgende citaat van de Britse psychiater Amond illustreert: 'In the UK, we react to any suggestion by patients or relatives that there are two or more personalities by immediately saying that there are two or more aspects to one personality and that the individual must take responsibility for both of these aspects. It works' (Aldridge-Morris 1989: 15). Thigpen en Checkley (1984), die zelf bekend werden door de uitvoerige beschrijving van een geval van MPS (*The three faces of Eve*, Thigpen en Checkley 1957), en auteurs zoals Frankel (1993) en Bowers (1991) die MPS als diagnostische entiteit wel willen hanteren, menen dat er recent sprake is van een ernstige overdiagnostiek. Voor een belangrijk deel kan die worden toegeschreven aan de vaagheid van de diagnostische criteria van de DSM-III-R. Vereist zijn twee of meer persoonlijkheden die bij herhaling de volledige controle overnemen. De definitie van persoonlijkheid is 'een relatief stabiel patroon van waarnemen, zich verhouden tot en denken over de omgeving en zichzelf, dat in een breed gamma van contexten wordt vertoond'. Deze definitie laat erg veel ruimte voor interpretatie aan de beoordelaar, die moet beslissen of duurzaamheid en controle wel of niet voldoende zijn om van een aparte persoonlijkheid te spreken. Het valt ook niet goed te zien hoe deze inherent vage termen tot scherpe criteria kunnen leiden: de in de DSM-IV gebruikte alternatieve termen 'identiteit' en 'deelpersoonlijkheid' lossen het probleem van vaagheid niet op. In de DSM-III-R werden de eisen nog versoepeld ten opzichte van de DSM-III omdat het criterium 'amnesie' niet langer noodzakelijk was. Ongetwijfeld heeft dit overdiagnostiek verder in de hand gewerkt. Gelukkig is in de DSM-IV amnesie weer ingevoerd als eis.

Afgezien van de vaagheid en daarmee samenhangende diagnostische onbetrouwbaarheid is er nog het probleem van de hoge comorbiditeit. Uit verschillende studies (Ross e.a. 1989; Boon en Draijer 1993) blijkt dat patiënten bij wie de diagnose MPS is gesteld, ook vaak voldoen aan de criteria voor andere diagnoses zoals borderline-persoonlijkheidsstoornis, somatisatiestoornis, posttraumatische stress-stoornis, angststoornissen of verslaving. Op grond hiervan stellen verschillende auteurs de nosologische status van MPS ter discussie (Fahy 1988; North e.a. 1993). MPS kan ofwel als een apart syndroom beschouwd worden waar de andere diagnoses al dan niet een inherent onderdeel van vormen, ofwel als een symptoom van ernstige vormen van borderline-stoornis of somatisatiestoornis. North e.a. (1993) zijn van mening dat op dit moment de nodige kennis ontbreekt om te beslissen of MPS als een ondergeschikte of bovengeschikte diagnose gehanteerd moet worden.

Het is in toenemende mate gebruikelijk, zowel in research als in de klinische praktijk, om beroep te doen op meetinstrumenten en gestructureerde interviews. Bij het stellen van de diagnose MPS/DIS is het ten eerste aan te bevelen deze hulpmiddelen toe te passen. Alleen op die manier kunnen gegevens verzameld worden om de door North e.a. (1993) genoemde opties te verhelderen. Van de gestructureerde diagnostische interviews is de SCID-D voor Nederland gevalideerd en op betrouwbaarheid onderzocht (Boon en Draijer 1993). Tevens kan met behulp van schriftelijke vragenlijsten de dispositie tot dissociëren worden gemeten. Daartoe zijn voor het Nederlandse taalgebied de DES (Bernstein en Putnam 1986; Boon en Draijer 1993) en de DIS-Q (Vanderlinden e.a. 1991) beschikbaar.

Amnesie en 'recovered memories'

Een belangrijke controverse hangt samen met de opvatting dat traumatische ervaringen in de kindertijd (zoals incest, fysieke mishandeling of affectieve verwaarlozing) met name bij dissociatieve stoornissen van etiologisch belang zijn, terwijl de herinnering aan deze gebeurtenissen geheel of gedeeltelijk afwezig is (Frankel 1993). Deze discussie betreft niet uitsluitend dissociatieve stoornissen, maar is zeer relevant voor deze groep stoornissen, die frequent in verband gebracht wordt met traumatisering. Het komt in toenemende mate voor dat psychotherapeuten deze 'verdrongen' of 'gedissocieerde'

herinneringen aan traumata proberen te ontdekken en in het bewustzijn te integreren (Ofshe en Singer 1994). Over de vraag of het mogelijk is dat iemand in zijn jeugd getraumatiseerd wordt, vervolgens geen herinneringen aan het trauma bewaart en zich na vele jaren het trauma alsnog herinnert, is vooral in de Verenigde Staten een heftig debat gaande (Loftus 1993; zie ook het themanummer 'Hypnosis and delayed recall' van de *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 1994). Er bestaat zelfs een belangenvereniging van ouders die zijn aangeklaagd wegens incest of kindermishandeling op basis van 'recovered memories': de False Memory Syndrome Foundation. Ook in Nederland worden over de betrouwbaarheid van 'recovered memories' de nodige polemieken gevoerd (Merkelbach en Wessel 1994; Ensink 1994; Van der Hart 1994).

Wat leren ons de tot op heden beschikbare gegevens? In principe zijn er grofweg twee typen geheugenfouten mogelijk wanneer volwassenen zich (tijdens psychotherapie of hypnose) afvragen of zij als kind wel of niet getraumatiseerd zijn (Nash 1994): ze kunnen ten onrechte geloven dat ze niet getraumatiseerd zijn (een vals negatieve fout of een geval van amnesie), of ze kunnen ten onrechte geloven dat ze wel getraumatiseerd zijn (een vals positieve fout of een 'false memory').

Voor het optreden van vals positieve herinneringen bestaat experimentele en klinische evidentie. Uit experimenteel-psychologisch geheugenonderzoek volgt dat het geheugen niet langer beschouwd mag worden als een archief van ware, specifieke en onveranderlijke informatie over het verleden (Loftus en Ketcham 1991). Het geheugen is reconstructief en wordt sterk beïnvloed door huidige opvattingen en verwachtingen. Herinneringen hebben betrekking op een soms onontwarbare knoop van juist en verkeerd herinnerde informatie zonder duidelijk verband tussen de juistheid van de herinneringen en het geloof dat aan de herinneringen wordt gehecht.

Suggestieve vragen en andere suggestieve elementen tijdens een gesprek kunnen de juistheid van herinneringen aan geobserveerde gebeurtenissen in sterke mate negatief beïnvloeden, terwijl het geloof in de juistheid van de herinneringen intact blijft. Suggestieve vragen kunnen de reacties van een persoon inperken, plausibele details aan de antwoorden toevoegen en zelfs details in de herinnering veranderen (Loftus 1979). Dit blijkt in nog sterkere mate het geval te zijn wanneer hypnotische procedures worden gebruikt om verdwenen herinneringen op te sporen (Dywan en Bowers 1983). Een recente studie toont tevens aan dat herinneringen aan fictieve 'traumatische' gebeurtenissen uit de kindertijd experimenteel kunnen worden gefabriceerd (Garry en Loftus 1994). Het betreft hier gedetailleerde herinneringen aan een incident als kind zoek te zijn geraakt in een winkel of vergelijkbare situatie, terwijl die gebeurtenis in werkelijkheid niet plaatsvond.

Wellicht het meest overtuigende en zeker het meest controversiële klinische bewijs voor fout positieve herinneringen heeft betrekking op de dramatische toename van herinneringen aan ritueel satanisch misbruik bij met name MPS-patiënten (Spanos 1994; Spanos e.a. 1994). Als deze herinneringen op waarheid berusten, zou er in de Verenigde Staten al meer dan vijftig jaar een zeer omvangrijke criminele samenzwering moeten bestaan die verantwoordelijk is voor de dood van duizenden mensen. Officiële instanties als de FBI hebben vele van deze beschuldigingen van ritueel satanisch misbruik onderzocht zonder hiervoor bewijsmateriaal te kunnen vinden (Lanning 1992). Het lijkt aannemelijk dat dergelijke herinneringen in vele gevallen het resultaat zijn van suggestieve beïnvloeding door therapeuten, medepatiënten of literatuur dienaangaande zoals de bestseller *Michelle Remembers* (Smith en Pazder 1980). Verder is in dit verband de reeds veel aangehaalde casus van de politieagent Paul Ingram vermeldenswaard. Deze zeer orthodox gelovige man was door een dochter van incest beschuldigd; na aanvankelijke ontkenning ging hij tot een bekentenis over, volgens Ofshe (1992) onder druk van suggestieve ondervragingsmethoden. Om te demonstreren dat Ingram voor dergelijke manipulaties gevoelig was, bedacht Ofshe een nieuw feit, namelijk dat Ingram zijn kinderen tot onderlinge geslachtsgemeenschap zou hebben gedwongen. Hij slaagde erin met behulp van suggestieve ondervraging deze bekentenis te ontlokken, terwijl zijn kinderen ontkenden dat ooit van

iets dergelijks sprake was geweest.

Er lijkt dus geen reden om te betwijfelen dat onder bepaalde omstandigheden vals positieve herinneringen gecreëerd kunnen worden. Dit kan een ernstig probleem zijn voor therapeuten die traumatisering van etiologisch belang achten voor het ontwikkelen van een dissociatieve stoornis en hierbij tevens hypnose toepassen (Spanos 1994). Hierbij moet echter worden opgemerkt dat in een laboratoriumsituatie nog nooit onjuiste herinneringen zijn gecreëerd met dezelfde emotionele impact en ernst als van seksuele traumatisering.

De literatuur over fout negatieve herinneringen of amnesie is mogelijk nog controversiëler dan die over fout positieve herinneringen. Is het mogelijk dat er een totale amnesie bestaat voor traumatische gebeurtenissen? Op basis van experimenteel onderzoek wordt geconcludeerd dat het meemaken van een traumatische gebeurtenis arousal oproept, waardoor de persoon centrale informatie grondig en perifere informatie oppervlakkig verwerkt (Christianson 1992; Merkelbach en Van den Hout 1993). De perifere informatie zou aldus ten prooi kunnen vallen aan amnesie. Maar deze experimentele gegevens kunnen geen afdoende verklaring geven voor de klinische bevindingen, waarbij blijkt dat de amnesie juist betrekking heeft op de meest bedreigende en dus centrale elementen van een traumatische ervaring (Van der Hart 1994).

Bestaan verschijnselen niet als ze niet in het laboratorium kunnen worden gerepliceerd (Ensink 1994)? Experimenteel onderzoek naar de invloed van ernstige vormen van traumatisering op het geheugen is vanuit ethische overwegingen niet toelaatbaar. Experimentele studies naar informatieverwerking laten echter zien dat gebeurtenissen die niet bewust worden waargenomen, desalniettemin een sterk effect op het mentale functioneren kunnen hebben (Kihlstrom 1987). Het onderscheid tussen een expliciet en impliciet geheugensysteem wordt door het nodige experimentele onderzoek aannemelijk gemaakt (Reber 1993). Het expliciete of declaratieve geheugen heeft betrekking op het vermogen om gebeurtenissen bewust te herinneren en te reproduceren, terwijl het impliciete of procedurele geheugen betrekking heeft op de meer gedragsmatige kennis van een gebeurtenis zonder bewuste herinnering. Hoewel in deze theoretische benadering het impliciete geheugen niet gelijk te stellen is met de symptomen van psychiatrische patiënten, wordt er onder meer in de 'Statement on memories of sexual abuse' van de American Psychiatric Association (1993) op gewezen dat sterke, voor de persoon onbegrijpelijke affectieve reacties of stimuli het gevolg kunnen zijn van het impliciete geheugen in de afwezigheid van expliciete herinneringen. Experimentele gegevens maken in ieder geval aannemelijk dat bepaalde ervaringen niet expliciet kunnen worden herinnerd, terwijl ze niettemin van invloed kunnen zijn op gedrag en beleven. Nader experimenteel geheugenonderzoek naar bewuste en onbewuste processen bij patiënten met een chronisch syndroom van traumatisering en dissociatie lijkt nodig om hierover meer inzicht te verkrijgen.

Verder bestaan er enige prospectieve longitudinale studies naar trauma en amnesie. Ten aanzien van fysieke mishandeling werd in twee studies gevonden dat onderrapportage van gedocumenteerde fysieke mishandeling in de jeugd eerder samenhangt met ontkenning en bagatellisering dan met amnesie (Robins 1966; Della Femina e.a. 1990). Een andere interpretatie van dergelijke bevindingen is die van Williams (1994). Zij vond dat 38% van de vrouwen bij wie misbruik gedocumenteerd was, daarvan geen melding maakte, waarbij volgens deze auteur sommige vrouwen mogelijk besloten hadden er niet over te praten en de meeste wel degelijk amnesie vertoonden. Zoals Loftus e.a. (1994) stellen, toont deze studie dat veel vrouwen seksueel misbruik kunnen vergeten of herinneren, maar ze geeft geen afdoende bewijs dat voor seksuele trauma's automatisch amnesie bestaat die later op betrouwbare wijze kan worden opgeheven.

De klinische stelling (o.a. Terr 1991) dat voor eenmalige traumatisering over het algemeen bewuste herinneringen bestaan, maar dat herhaalde en langdurige traumatisering sterker geassocieerd is met amnesie, zou door nader prospectief onderzoek getoetst dienen te worden. Een aanwijzing in die richting vonden Vanderlinden e.a. (1993): patiënten met eetstoornissen met een verleden van traumatisering vertoonden een hogere amnesiescore op de DIS-Q dan patiënten zonder een traumaverleden.

De passende behandeling

In publikaties wordt benadrukt dat veel patiënten met MPS/DIS pas na een jarenlang contact met de geestelijke gezondheidszorg de juiste diagnose hebben gekregen, en dat in de tijd daaraan voorafgaand van een in- adequaat behandelbeleid sprake was. Ook Boon en Van der Hart (1994) stellen: 'Tal van psychiatrische patiënten met een dissociatieve stoornis zijn langdurig en zonder uitzicht op herstel opgenomen omdat de juiste diagnose niet wordt gesteld en een passende behandeling ontbreekt'. Als inderdaad duidelijk is wat de passende behandeling is, moeten we spreken van een wantoestand. In de USA lijkt onder sommige behandelaars een zekere consensus of consistentie te bestaan over de toe te passen therapie bij DIS: Putnam en Loewenstein (1994) vonden met behulp van een enquête onder 305 klinici dat de meest gebruikte behandelvorm intensieve ambulante psychotherapie is met hypnose als hulptechniek in een frequentie van twee keer per week gedurende 3,8 jaar; in ruim 40% van de gevallen waren er ook occasionele klinische opnames. Naast psychotherapie werden vaak antidepressiva, anxiolytica en neuroleptica voorgeschreven. In klinische beschrijvingen wordt veel nadruk gelegd op het belang van traumaverwerking (waarbij hypnose vaak gebruikt wordt) en op de doelstelling van reïntegratie van de gedissocieerde alters. Door Van der Hart en Boon (1993) wordt een drie-fasenmodel voorgestaan: (1) stabilisatie en symptoomreductie, (2) behandeling van traumatische herinneringen, (3) reïntegratie en rehabilitatie. Na de derde fase is nog enige verdere begeleiding nodig om de patiënt in staat te stellen de nieuwe copingstrategieën eigen te maken; lang niet alle patiënten bereiken overigens deze fase (Boon en Van der Hart 1994). Ross en Dua (1993) stellen dat vroegtijdige diagnostiek en behandeling langs de hierboven lijnen kostenbesparend zijn. De evidentie voor deze bewering is echter zeer mager.

Er zijn geen gecontroleerde effectstudies over de behandeling van MPS/DIS. Volgens een retrospectief oordeel van Klufft (1988) bij zijn eigen patiënten waren degenen bij wie de integratie gelukt was, er beter aan toe dan degenen bij wie dat niet het geval was. Dergelijke oordelen zijn uiteraard niet voldoende om te concluderen dat dit de effectieve behandeling is. De stelling dat de gangbare behandeling kostenverlagend zou werken wordt aangevochten door onder anderen Piper (1994), die bovendien argumenteert dat in sommige behandelingen gebruikelijke onderdelen, zoals 'mapping' van alle alters, de dissociatieve pathologie eerder bekrachtigen en dat het participeren door de therapeut in activiteiten die aansluiten op de leeftijd van kinderlijke alters, bijvoorbeeld in de vorm van speltherapie, regressie bevordert. Pogingen tot traumaverwerking kunnen zeer belastend zijn en tot een crisis leiden. Bovendien kan het te zeer focussen op het traumatische aspect ertoe leiden dat andere behandelbare pathologie verwaarloosd wordt (Merskey 1992). Dit is zeker niet denkbeeldig als de visie van Putnam e.a. (1984) gevolgd wordt, waarbij MPS de hiërarchisch belangrijkste diagnose geacht wordt, en boulimie, somatisatie, stemmingswisselingen en dergelijke geïnterpreteerd worden als de manifestatie van alters. Het is ook goed stil te staan bij de overweging dat een patiëntengroep die, naast depressie en fobieën, vaak nog eens voldoet aan de diagnostische criteria voor borderline-persoonlijkheidsstoornis, somatisatiestoornis, verslaving, eetstoornissen en chronische posttraumatische stress-stoornis, een zware therapeutische opgave betekent. Voor vrijwel elk van deze stoornissen afzonderlijk geldt dat de prognose ook na behandeling niet rooskleurig is. Bij somatisatiestoornis is de doelstelling eerder 'management' en voorkomen van complicaties dan therapie. Het lijkt niet erg aannemelijk dat een polymorfe stoornis die zoveel pathologie verenigt, heel goed therapeutisch te beïnvloeden zal zijn, zelfs niet met intensieve therapie. We verwachten dat, na

de fase van hoge verwachtingen, meer bescheiden therapeutische doelstellingen en daaraan aangepaste interventies zullen gaan overwegen. Ook dan nog zal gecontroleerd effectonderzoek een lastige opgave blijven vanwege het chronische karakter en de veelvormige symptomatologie. Al met al zijn dit voldoende redenen om te stellen dat nog niet bekend is wat de gepaste of optimale behandeling van MPS/DIS inhoudt.

Conclusie

Hoe beperkter de onderzoeksgegevens, des te meer ruimte er is voor geloofsopvattingen en des te feller de discussies kunnen worden. De controversen over MPS geven daarvan uitstekende voorbeelden. In conferenties over deze stoornis zijn de discussies nog meer verbeterd dan op de meeste wetenschappelijke symposia. Ligt dit aan de persoonlijkheid van de onderzoekers die zich aangetrokken voelen tot dit voorhoedegevecht van de psychiatrie? Of heeft het ook met het onderwerp te maken, namelijk een moeilijk te conceptualiseren stoornis die veel scepsis oproept? In het laatste geval kan verder onderzoek een bijdrage leveren om de controverses op te lossen.

Wat betreft de hier besproken vragen luidt de tussenstand als volgt:

1. MPS of DIS is geen iatrogene aandoening. Dit neemt niet weg dat bepaalde manifestaties van patiënten met DIS door (onbedoelde) suggestie tot stand kunnen komen.
2. De status van DIS als diagnostische entiteit is nog onzeker. Dit geldt overigens voor veel psychiatrische diagnoses. Het verdient aanbeveling zich voor de diagnostiek niet te verlaten op de vage DSM- IV-criteria, maar een gestructureerd interview zoals de SCID-D te gebruiken, eventueel na screening met een vragenlijst zoals de DES of DIS-Q.
3. Het geheugenonderzoek heeft overtuigend aangetoond dat vals positieve herinneringen mogelijk zijn. In de klinische praktijk moet hiermee rekening gehouden worden: hulpverleners dienen zich bewust te zijn van het mogelijke sturende effect van hun interventies. Amnesie van belangrijke levenservaringen en trauma's zoals door klinici veelvuldig gerapporteerd is nog niet in laboratoriumstudies gerepliceerd. Een aanbeveling voor onderzoek is studie van de geheugenfunctie bij personen met een hoge dispositie tot dissociatie.
4. Het is nog niet duidelijk wat de optimale therapeutische doelstellingen en interventies zijn. Met name is het een belangrijke vraag of de resultaten bij op integratie gerichte, intensieve therapieën werkelijk beter zijn dan begeleiding met een meer beperkte doelstelling. Hoewel de uitvoeringsproblemen zeer groot zullen zijn, is gecontroleerd effectonderzoek geboden.

Literatuur

Aldridge-Morris, R. (1989), *Multiple personality: An exercise in deception*

. Lawrence Erlbaum Associates, Londen.

American Psychiatric Association Board of Trustees (1993), *Statement on memories of sexual abuse*. American Psychiatric Association, Washington DC.

Bernstein, E.M., en F.W. Putnam (1986), Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.

- Bliss, E. (1984), *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*. Oxford University Press, New York.
- Boon, S., en N. Draijer (1993), *Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.
- Boon, S., en O. van der Hart (1994), De meervoudige persoonlijkheidsstoornis: diagnostiek en behandeling. *De Psycholoog*, 29, 423-428.
- Bowers, K.S. (1991), Dissociation in hypnosis and multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 155-176.
- Christianson, S.A. (1992), Emotional stress and eyewitness memory: A critical review. *Psychological Bulletin*, 112, 284-309.
- Della Femina, D., C. Yeager en D.O. Lewis (1990), Child abuse: Adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse and Neglect*, 14, 227-231.
- Dywan, J., en K. Bowers (1983), The use of hypnosis to enhance recall. *Science*, 222, 184-185.
- Ellenberger, H.F. (1970), *The Discovery of the Unconscious. History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Ensink, B. (1994), Reactie op 'recovered memories'. *De Psycholoog*, 29, 148-149.
- Fahy, T.A. (1988), The diagnosis of multiple personality disorder. A critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.
- Fine, C.G. (1989), Treatment errors and iatrogenesis across therapeutic modalities in MPD and allied dissociative disorders. *Dissociation*, 2, 77-82.
- Frankel, F.H. (1993), Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality literature. *American Journal of Psychiatry*, 150, 954-958.
- Garry, M., en E.F. Loftus (1994), Pseudomemories without hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 363-378.
- Hart, O. van der (1994), Totale amnesie voor traumatische herinneringen: Een reactie op Merckelbach en Wessel. *De Psycholoog*, 29, 240-245.
- Hart, O. van der, en S. Boon (1993), De behandeling van traumatische herinneringen bij patiënten met een multipele persoonlijkheidsstoornis. *Directieve Therapie*, 13, 114-160.
- Kihlstrom, J.F. (1987), The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.
- Kluft, R. (1988), The postunification treatment of multiple personality disorder: First findings. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 212-228.
- Kluft, R.P. (1991), Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 605-630.

- Kluft, R.P. (1991), Multiple Personality Disorder. In: A. Tasman en S.M. Goldfinger (red.), *Review of Psychiatry, Volume 10*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Lanning, K.V. (1992), A law enforcement perspective on allegations of ritual abuse. In: D.K. Sakheim en S.E. Devine (red.), *Out of darkness: Exploring satanism and ritual abuse*. Lexington, New York, p. 109-146.
- Loftus, E.F. (1979), The malleability of human memory. *American Scientist*, 67, 312- 320.
- Loftus, E.F. (1993), The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518- 537.
- Loftus, E.F., en K. Ketcham (1991), *Witness for the defense*. St. Martin's Press, New York.
- Loftus, E.F., M. Garry en J. Feldman (1994), Forgetting sexual trauma: What does it mean when 38% forgot. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1177- 1181.
- Merckelbach, H., en M.A. van den Hout (1993), Trauma, herinnering en amnesie: Een notitie over de experimentele analyse van psychogene amnesie. *Gedragstherapie*, 26, 3-19.
- Merckelbach, H., en I. Wessel (1994), Recovered memories. *De Psycholoog*, 29, 85- 90.
- Merskey, H. (1992), The manufacture of personalities: The production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.
- Nash, M.R. (1994), Memory distortion and sexual trauma: The problem of false negatives and false positives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 346-362.
- North, C.S., J.M. Ryall, D.A. Ricci e.a. (1993), *Multiple personalities, multiple disorders. Psychiatric classification and media influence*. Oxford University Press, New York.
- Ofshe, R.J. (1992), Inadvertent hypnosis during interrogation: False confession due to dissociative state. Mis-identified multiple personality and the satanic cult hypothesis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 125-156.
- Ofshe, R.J., en M.T. Singer (1994), Recovered-memory therapy and robust repression: Influence and pseudomemories. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 391-410.
- Piper, A. (1994), Treatment of multiple personality disorder: At what cost? *American Journal of Psychotherapy*, 48, 392-400.
- Putnam, F.W., R.J. Loewenstein, E.K. Silberman e.a. (1984), Multiple personality diagnosis in a hospital setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Putnam, F.W., en R.J. Loewenstein (1994), Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.
- Rabinowitz, F.E. (1989), Creating the multiple personality: An experimental demonstration for an undergraduate abnormal psychology class. *Teaching of Psychology*, 16, 69-71.
- Reber, A.S. (1993), *Implicit learning and tacit knowledge*. Oxford University Press, New York.

- Robins, L.N. (1966), *Deviant children grow up*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- 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.
- Ross, C.A., en V. Dua (1993), Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 103-112.
- Smith, M., en L. Pazder (1980), *Michelle remembers*. Pocket Books, New York.
- Spanos, N.E. (1986), Hypnosis, nonvolitional responding, and multiple personality: a social psychological perspective. *Progress in Experimental Personality Research*, 14, 162.
- Spanos, N.P. (1994), Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143-165.
- Spanos, N.P., C.A. Burgess en M.F. Burgess (1994), Past-life identities, UFO abductions and satanic ritual abuse: The social construction of memories. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 433-446.
- Terr, L.C. (1994), *Unchained memories: True stories of traumatic experiences, lost and found*. Basic Books, New York.
- Thigpen, C.H., en H.M. Checkley (1957), *The three faces of Eve*. Fawcett, New York.
- Thigpen, C.H., en H.M. Checkley (1984), On the incidence of multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 63-66.
- Torem, M. (1989), Iatrogenic factors in the perpetuation of splitting and multiplicity. *Dissociation*, 2, 92-98.
- Vanderlinden, J., R. van Dyck, W. Vandereycken e.a. (1991), Dissociative experiences in the Netherlands and Belgium: A study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation*, 4, 180-184.
- Vanderlinden, J., W. Vandereycken, R. van Dyck e.a. (1993), Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-193.
- Velden, K. van der (1987), De Les van Charcot. *Directieve Therapie*, 7, 5-21.
- Williams, L.M. (1994), Recall of childhood trauma: A prospective study of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.

Summary: Four controversies about dissociative identity disorder

Four controversies about dissociative identity disorder are discussed. First: is this an artefact due to iatrogenic influences? The empirical evidence does not support such a conclusion, although iatrogenic influences may play a considerable part in the presentation of this disorder. Second: how adequate are the present diagnostic criteria? It is argued that the DSM-IV also is eliciting overdiagnosis and that the use of structured clinical interviews should be mandatory. The third controversy concerns the reliability of 'recovered memories' and the

phenomenon of amnesia. Clinical data and experimental laboratory findings do not converge. Memory research is seriously questioning about the reliability of recovered memories. The massive amnesia for traumatic events, which is clinically reported in dissociative disorders, does not fit well into the data of modern memory research. Finally, it is not yet clear which therapeutic strategy should be considered optimal for these patients, especially as far as trauma revivification is concerned.

Prof. dr. R. van Dyck is hoogleraar ambulante en sociale psychiatrie, Vrije Universiteit/Psychiatrisch Centrum Amsterdam. Dr. P. Spinhoven is universitair hoofddocent, Rijksuniversiteit Leiden/Jelgersmapolikliniek, Oegstgeest. Correspondentie- adres: R. van Dyck, Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

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