



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Trauma, dissociatie en hypnose

Else de Haan

Onno van der Hart (red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger. 412 p.

Toen in 1988 het wereldhypnosecongres in Den Haag werd gehouden, hoorde ik daar voor het eerst iemand spreken over de multiple persoonlijkheidsstoornis als verklaring voor allerlei wonderlijke klachten. We zagen een videofilm van een mevrouw die regelmatig een klein meisje werd. Ze werd ook in de film weer een klein meisje en sprak met een kleine meisjesstem en zei kleinmeisjesdingen. Op de vraag van de therapeut of ze nu weer groot wilde worden antwoordde ze 'nee'. Ze wilde zo blijven als ze was. Wel kon ze veilig met haar auto naar huis rijden, hetgeen de therapeut haar ook met een gerust hart liet doen. Ik verliet de workshop met aarzeling en scepsis. Als in haar een klein meisje huist dat soms haar gedrag geheel en al overneemt, hoe kan ze dan autorijden? Die aarzeling en scepsis hebben mij niet meer verlaten.

Bestaat de multiple persoonlijkheidsstoornis? Bestaan er mensen in wie andere persoonlijkheden huizen die alles kunnen overnemen, met wie je afzonderlijk kan praten, die dingen kunnen doen waar de oorspronkelijke persoon geen weet van heeft? Of zijn dit artefacten, in het leven geroepen om verwarrende gedachten en ervaringen een plaats te geven? Is men een lange tijd verwaarloosd ziektebeeld op het spoor of is de multiple persoonlijke stoornis een modieuze aberratie die maar zo snel mogelijk vergeten moet worden? Niemand weet dat natuurlijk zeker, maar er zijn duidelijke meningen over. In *Trauma, dissociatie en hypnose*, onder redactie van Onno van der Hart, wordt een belangrijk deel gewijd aan het bespreken van de multiple persoonlijkheidsstoornis (42 van de 357 pagina's). Ik vroeg me af of een dergelijke uitvoerige beschrijving me over mijn aarzelingen en scepsis heen kon helpen en las het boek. Ook de overige dertien hoofdstukken. Over die hoofdstukken zullen we het eerst hebben.

Trauma, dissociatie en hypnose heeft drie delen: een theoretisch gedeelte, een gedeelte met hoofdstukken over behandelmodellen en – strategieën en een deel met casuïstiek. Het boek heeft zeventien auteurs. Van der Hart deed niet alleen de redactie; van negen van de vijftien hoofdstukken is hij (mede)auteur. Alle hoofdstukken over de theorie en de behandeling zijn (mede) van zijn hand. Het casuïstiekgedeelte is door anderen geschreven. Opvallend aan het boek is de grote interne samenhang. Er wordt regelmatig naar andere hoofdstukken verwezen en overal zijn de opvattingen van Janet prominent aanwezig.

In het eerste hoofdstuk wordt beschreven hoe de meeste mensen traumatische gebeurtenissen verwerken, zodat deze hen niet meer kwellen. In navolging van Janet hebben Kleber, Draijer en van der Hart het over assimileren of bijschrijven in iemands autobiografie. Opvallend is dat mensen voornamelijk gebruik maken van cognitieve strategieën voor dit bijschrijven: onder andere het vinden van een verklaring voor wat er gebeurd is, het inperken van de betekenis van de gebeurtenis, het vergelijken met andere mensen die iets ergers hebben meegemaakt. Dit is des te opvallender omdat bij de behandeling van onverwerkte trauma's vooral wordt gesproken over het doormaken van emoties: deze moeten opnieuw beleefd worden, wil de traumatische herinnering volledig geassimileerd en geïntegreerd kunnen worden (o.a. p. 355).

In het tweede deel van het hoofdstuk wordt de stagnatie van de verwerking behandeld. Mensen die de traumatische gebeurtenissen niet kunnen assimileren krijgen klachten: herbelevingen, paniekaanvallen, fobieën, woedeuitbarstingen. Dissociëren is een veel voorkomende reactie op een traumatische ervaring. Niet de gehele persoonlijkheid, maar een 'onderdeel' ervan maakt de traumatische gebeurtenis mee. En het is ook dit 'gedeelte' dat de herinnering aan die gebeurtenissen bewaart. Er wordt dan gesproken over gedissocieerde traumatische herinneringen. Deze herinneringen komen ondermeer via flashbacks en nachtmerries terug en kunnen de basis zijn van de zoëven genoemde klachten.

In het tweede hoofdstuk wordt voortgegaan op het thema dissociatie. De theorie van Pierre Janet wordt besproken. Volgens Janet is dissociatie het ontsnappen van de zogenaamde idées fixes aan de controle en soms aan de kennis van het persoonlijke bewustzijn. Idées fixes kunnen worden opgevat als bewustzijnstoestanden, een complex van visuele, auditieve, kinesthetische (enz.) beelden van de gebeurtenis, inclusief de daarbij behorende gedragingen, gedachten, gevoelens en emoties. Traumatische herinneringen zijn gedissocieerde idées fixes. Deze idées fixes kunnen ontstaan als reactie op een ernstig trauma, ze worden niet geïntegreerd in de persoonlijkheid, maar blijven daarvan losgekoppeld bestaan. Uit deze idées fixes kunnen zelfs nieuwe persoonlijkheden groeien, de zogenaamde alterpersoonlijkheden of alters.

In het derde hoofdstuk worden de traumatische herinneringen verder uitgewerkt. De gedissocieerde idées fixes die naar aanleiding van een verschikkelijke gebeurtenis kunnen ontstaan, kunnen nieuwe idées fixes veroorzaken: de secundaire idées fixes. Dit zijn dromen, fantasieën of symptomen, ontstaan in associatie met het primaire idée fixe. Zo kan de weigering om fruit en groente te eten door Janets patiënte Justine, opgevat worden als een secundair idée fixe. Deze angst was ontstaan naar aanleiding van een traumatische gebeurtenis: het zien van twee lijken van mensen die aan cholera waren gestorven. De patiënte ontwikkelde een hevige angst voor cholera en durfde daarom geen groente en fruit meer te eten uit angst voor besmetting. In gedragstherapeutische termen zouden we over generalisatie spreken (ervan uitgaand dat er geen reëel gevaar voor besmetting bestond door het eten van groente en fruit).

Niet altijd is de herinnering aan het trauma volledig gedissocieerd. Vaak zijn het bepaalde elementen die niet verwerkt zijn, aldus de auteurs. Zij noemen dit de pathogene kernen. In de behandeling moeten die natuurlijk aan bod komen. Situaties die lijken op het doorgemaakte trauma kunnen aanleiding geven tot een herbeleving van het trauma. Dit kunnen flashbacks zijn of een volledige dissociatieve 'aanval'. Over dit verschijnsel schreven Van der Hart et al. in *Dth* een uitvoerig artikel (1992).

In het vierde hoofdstuk worden de verschillende psychische stoornissen behandeld, die het gevolg kunnen zijn van traumatische gebeurtenissen. De posttraumatische stressstoornis en de verschillende dissociatieve stoornissen zoals die in DSM- III- R staan, worden besproken. De auteurs vragen zich af of de borderline persoonlijkheidsstoornis, naast een ontwikkelingsstoornis, niet ook een posttraumatische stressstoornis is. Zij baseren deze veronderstelling op het gegeven dat een groot aantal patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in hun jeugd slachtoffer was van seksueel en/of fysiek geweld. Daarnaast zou de behandeling waarin aan doorgemaakte trauma's aandacht wordt besteed dramatische verbeteringen laten zien. Hoe zeker dit gegeven is wordt niet vermeld. De auteurs geven aan zelf

beperkte klinische ervaring te hebben. In hoofdstuk vijf komt de multiple persoonlijkheidsstoornis, in de andere hoofdstukken wel al genoemd, uitvoerig aan de orde. Er wordt uitvoerig ingegaan op de verschillende verschijnselen van de multiple persoonlijkheidsstoornis, met veel voorbeelden. Op dit hoofdstuk kom ik later nog terug.

Het tweede deel van het boek, over de behandeling, is door Suzette Boon en Onno van der Hart geschreven. Er zijn twee hoofdstukken over de behandeling van de posttraumatische stressstoornis. In het eerste hoofdstuk wordt het drie fasenmodel van Pierre Janet besproken. Steeds worden ook 'moderne' varianten en voorbeelden bijgegeven. In het tweede hoofdstuk wordt het gebruik van schrijfopdrachten en hypnose behandeld.

In het hoofdstuk over de behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis wordt opnieuw een fasemodel besproken. Ditmaal zijn het zes fasen in plaats van de eerder beschreven drie. Het doel van de behandeling is het integreren van de verschillende persoonlijkheden of alters. Het is een intensieve behandeling (twee keer per week een zitting). De behandelingen duren vijf jaar of langer. De auteurs schrijven dat zij ervaring hebben met vijftien patiënten. Bij geen van deze patiënten kon de behandeling worden afgesloten. De zes fasen zijn: stabilisatie en symptoomreductie; het maken van de diagnose en het delen van de diagnose met de cliënt; het identificeren van de verschillende alterpersoonlijkheden, hun positie en hun functie; het assimileren en integreren van traumatische herinneringen; de integratie van alterpersoonlijkheden en de zogenoemde postfusie. De verschillende fasen in de behandeling worden uitvoerig beschreven en van vele voorbeelden voorzien.

Het derde gedeelte van het boek heet enigszins ten onrechte casuïstiek. In de zes hoofdstukken wordt niet alleen casuïstiek beschreven, maar ook zijn er meer of minder uitvoerige theoretische uitweidingen te vinden. De auteurs presenteren een behandelmodel of protocol dat zij daarna illustreren met één of meer gevalsbeschrijvingen. Het hoofdstuk van de twee Amerikanen uit het gezelschap, Erika Fromm en Daniel Brown, is een vreemde eend in de bijt. Er worden tien bladzijden besteed aan een psychoanalytische beschouwing over de gevolgen van incest. Als casuïstiek wordt de hypnoanalyse van een vrouw met incestervaringen beschreven. Een langdurige, op psychoanalytische leest geschoeide behandeling. Ellert Nijenhuis beschrijft de behandeling van twee patiënten met een dissociatiestoornis 'Niet Anders Omschreven' (om in DSM-III-R jargon te blijven). Als enige auteur in het boek geeft hij een leertheoretische onderbouwing voor de behandeling. In deze opvatting is dissociëren een vorm van mentale vermijding. Dit moet worden opgelost door middel van exposure aan interne prikkels. In de rest van het boek wordt dit proces beschreven als verwerken, bijschrijven in iemands levensgeschiedenis of assimileren. Nijenhuis noemt dit wel aan het einde van zijn hoofdstuk en schrijft dat dit pas kan plaatsvinden nadat de emotionele reacties zijn uitgedoofd. Franny Moene beschrijft de behandeling van aanvalsgewijs optredende dissociatieve klachten. Haar twee patiënten hebben aanvallen met bewustzijnsdalingen, dat wil zeggen: zij zakken weg en zijn enige tijd niet aanspreekbaar. Bij de beide patiënten was er sprake van een traumatische ervaring die waarschijnlijk aan de klachten ten grondslag lag. Na de gevalsbeschrijvingen volgt nog een uitvoerig behandelprotocol voor dergelijke klachten. Opvallend is dat er expliciet aandacht wordt gegeven aan 'copingtechnieken' om bijvoorbeeld de aanvallen te kunnen couperen. De patiënten leren ook zelfhypnose. Over alters wordt hier niet meer

gesproken, wel over het onderbewuste en ego-toestanden. Ook deze delen worden in hypnose aangesproken. Zo werd een patiënt met nekpijn gevraagd of deze pijn een naam had. Toen bleek dat dit inderdaad het geval was – de pijn heette Werk – werd Werk rechtstreeks aangesproken. Er werd met Werk onderhandeld. Werk werd echter niet gezien als een alterpersoonlijkheid, die een geheim trauma bewaart. Er werd niet verder gezocht naar de reden van het bestaan van Werk. Na het lezen van dit boek verbaast mij dat. Het aanspreken van delen van de egotoestanden kan hier nog gezien worden als een handige manier om tegenstrijdige doelen en wensen uitelkaar te halen. Is het de aard van het probleem of is het de werkwijze van de therapeut die er hier voor zorgde dat Werk niet een echte alter werd?

Dick Oudshoorn beschrijft de behandeling van twee seksueel misbruikte jongens. Hypnose heeft slechts een ondergeschikte en soms zelfs helemaal geen plaats bij deze behandeling. In zijn behandelplan gaat het voornamelijk om het bereiken van cognitieve veranderingen; de jongens leren anders over het gebeurde denken. Bovendien wordt veel aandacht besteed aan de reactie van de ouders en het gezin. In het tweede voorbeeld wordt hypnose toegepast voor de verwerking van het trauma. Niet alleen wordt hetgeen gebeurd is opnieuw beleefd, maar er wordt ook een andere afloop bedacht, de substitutietechniek, die elders in het boek ook uitvoerig aan de orde komt.

Ook in het hoofdstuk over trauma en dissociatie bij patiënten met eetstoornissen door Vanderlinden, Vandereycken en Van Dyck blijft de theoretische beschouwing niet achterwege. Hier wordt zelfs verslag gedaan van een onderzoek naar de mate van hypnotiseerbaarheid van patiënten met anorexia nervosa en patiënten met boulimie. De bestaande opvatting dat patiënten met boulimie beter hypnotiseerbaar zijn dan patiënten met anorexia nervosa blijkt niet houdbaar. Zoals vrijwel altijd ligt het weer eens ingewikkelder. Niet de aard van de eetstoornis, maar het aantal symptomen naast de eetstoornis blijkt van invloed op de hypnotiseerbaarheid. De multisymptomatische boulimiegroep had de hoogste scores voor hypnotiseerbaarheid. Omdat juist deze groep patiënten vaak een traumatische voorgeschiedenis heeft, veronderstellen de auteurs dat de voorgeschiedenis de belangrijkste factor is bij de hypnotiseerbaarheid. Van belang is te vermelden dat het hier om voorlopige conclusies gaat. De behandeling van twee patiënten met een eetstoornis en traumatische ervaringen wordt beschreven, ook hier voorafgegaan door een algemeen behandelmodel. Het laatste hoofdstuk van het casuïstiekgedeelte gaat over de behandeling van posttraumatische stressstoornis bij slachtoffers van geweldsdelicten als bankovervallen. Ook hier wordt de behandeling weer volgens het driefasen model van Janet beschreven.

Voor ieder die zich bezighoudt met trauma en dissociatie is het boek van Van der Hart et al. een belangrijke aanwinst. Over de behandelingen van de posttraumatische stressstoornis en van dissociatiestoornissen wordt veel informatie gegeven en het boek staat vol voorbeelden. Het boek zal vooral klinici aanspreken, theoretisch blijven er nog veel vragen onbeantwoord. Ze worden helaas vaak ook niet gesteld.

De hoofdstukken over de multiple persoonlijkheidsstoornis (MPS) geven een goed beeld van hoe er over gedacht wordt. Maar hebben zij mij overtuigd? De hoofdstukken lijken niet geschreven voor sceptici. Er wordt nauwelijks moeite gedaan de lezer te overtuigen van de juistheid van het gepresenteerde. Integendeel, er wordt eerder vanuit gegaan dat we nu zo langzamerhand wel weten dat het allemaal waar is. De wetenschappelijk geïnteresseerde lezer komt vaak bedrogen uit. Er wordt bijvoorbeeld

slordig gerefereerd. Sommige artikelen zijn niet in de referentielijst terug te vinden (Fahy, 1988; Klufft, 1988). Dit zou nog een strek van de zetduivel kunnen zijn (Klufft, 1987?), maar voor de verwijzing naar een follow-up onderzoek bij 86 patiënten, terwijl er in het betreffende artikel slechts gerept wordt van 52, heb ik niet zo snel een verklaring.

Op kritiek wordt slechts losjes ingegaan en wat er aan wetenschappelijk onderzoek is gedaan wordt globaal en weinig kritisch besproken. Ik geef een aantal voorbeelden. De meest gehoorde kritiek op de opvattingen over MPS is dat het een artefact is, ontstaan door suggesties van de therapeut. Op bladzijde 136 wordt deze kritiek genoemd. Maar wordt hij afdoende weerlegd? Als enig antwoord krijgt de lezer de opmerking dat Klufft en Braun hebben aangetoond dat deze opvatting een fabeltje is. Hoe ze dit hebben aangetoond, of ze het goed hebben aangetoond, of er nog onduidelijkheden zijn of vragen die nog niet zijn opgelost, de lezer komt er niet achter.

Bij het stellen van de diagnose merken Boon en Van der Hart op dat het meestal enige maanden duurt voordat de patiënt zelf kan erkennen dat alle vreemde ervaringen, die zij heeft, te maken hebben met het feit dat er meer persoonlijkheden in haar huizen. Hoe weten we nu dat er hier geen sprake is van beïnvloeding, van een handzaam model om verwarrende ervaringen te plaatsen? Wanneer er steeds meer alters worden ontdekt, betekent dit dan dat de therapeut als een archeoloog steeds meer waarheden blootlegt of is hier sprake van hypnotische beïnvloeding? Waarom weten de auteurs zo zeker dat het eerste waar is? Kort geleden besprak Merskey in het *British Journal of Psychiatry* een aantal beroemde voorbeelden van MPS, die naar zijn overtuiging alle artefacten zijn: er is sprake geweest van beïnvloeding door de therapeut of door andere externe factoren of er werd een verkeerde diagnose gesteld (Merskey, 1992). De oudst bekende patiënte met MPS, Mary Reynolds, had naar zijn mening een manisch-depressieve stoornis. Bij de patiënten die door Janet zijn beschreven en ook bij latere beroemde voorbeelden als Sally, van Morton Prince en Sybil, beschreven door Schreiber (zie Merskey, 1992), zijn de alterpersoonlijkheden ontstaan ná suggesties door de therapeut. De patiënte Sybil had bovendien voordat zij in behandeling kwam zeer veel psychiatrische gevalsbeschrijvingen gelezen. MPS is altijd een artefact schrijft Merskey. Hij bespreekt vier manieren waarop deze diagnose tot stand kan komen: een misinterpretatie van een organische of een bipolaire stoornis; een bewuste fantasie als oplossing voor een emotioneel probleem; hysterische amnesie gevolgd door retraining en suggesties onder hypnose of bij herhaalde gesprekken. De auteur is van mening dat met de huidige aandacht en publiciteit die er aan MPS wordt gegeven de kans om aan te tonen dat MPS bestaat, is verkeken. Bij alle patiënten is er sprake van beïnvloeding en voorkennis. Misschien heeft Merskey ongelijk, maar de twijfels die ook hij oproept verdienen toch iets meer aandacht dan de opmerking dat Klufft en Braun hebben aangetoond dat het fabeltjes zijn.

De symptomen van MPS lijken soms wel erg op de symptomen van schizofrenie. Dit wordt in het boek opgemerkt. Maar het is geen schizofrenie, aldus de auteurs, omdat sommige symptomen van schizofrenie, de symptomen van de eerste orde (stemmen horen, de eigen gedachten hardop buiten zichzelf horen, lichamelijke beïnvloedingsbelevingen etc.) ook kunnen voorkomen bij patiënten met MPS. Patiënten met een MPS worden dan ook vaak ten onrechte als schizofreen gediagnosticeerd. Helaas is dit alles wat er over dit ingewikkelde onderwerp wordt gezegd. Er volgt geen uitvoerige verhandeling over de differentiële diagnose.

Ook de logica van de redenering ontgaat mij: het is geen schizofrenie, omdat dergelijke symptomen ook bij MPS voorkomen. Het stellen van een diagnose is een kwestie van het nakomen van afspraken. Tot nu toe was het voorkomen van verschijnselen zoals die onder het hoofdje schizofrenie zijn beschreven een argument om de diagnose schizofrenie te stellen. Ik kan me voorstellen dat er argumenten zijn om die diagnose niet te stellen als er ook nog andere verschijnselen zijn. Zo zouden er andere extra symptomen of verschijnselen kunnen zijn die de diagnose schizofrenie uitsluiten en leiden tot de diagnose MPS. Maar welke zijn dat? Waarom wordt de lezer daarvan niet op de hoogte gesteld?

Bij de meeste patiënten blijft het niet bij één of twee alterpersoonlijkheden. Boon en Van der Hart vermelden dat onderzoeksgegevens er op wijzen dat er gemiddeld veertien alters bestaan (pag. 168). Nieuwsgierig naar deze onderzoeksgegevens lees ik de twee gerefereerde artikelen. Putnam et al. (1986) stuurden een vragenlijst met 386 items naar in MPS geïnteresseerde klinici, van wie 40 procent reageerde. Iedere clinicus werd gevraagd over één patiënt te rapporteren. Ten slotte werden er honderd vragenlijsten geselecteerd op grond van het aantal vragen dat was ingevuld. Een kwart van de weggestuurde vragenlijsten kon uiteindelijk gebruikt worden. Gemiddeld bleek het aantal alters 13,3. Er waren echter grote uitschieters – één clinicus rapporteerde een patiënt met zestig alters. De meeste patiënten hadden drie alters. Ross et al. (1989) stuurden een vragenlijst met 36 vragen naar ongeveer 2200 klinici. Van dezen reageerden er 227. Een response rate van 10 procent. In totaal werden voor 236 patiënten de lijsten ingevuld. Het aantal alters dat hier gerapporteerd wordt is gemiddeld 15,7. Maar ook bij dit gemiddelde was de spreiding groot. De mediaan was 8.

Hoe komen de auteurs aan het getal 14? Waarom wordt ons niets verteld over het feit dat de gemiddelden een grote spreiding hebben en de meeste patiënten veel minder alterpersoonlijkheden hebben dan het rekenkundig gemiddelde doet vermoeden? Waarom worden er geen kanttekeningen gezet bij de kwaliteit van het ‘onderzoek’? Slechts geïnteresseerde klinici reageerden. Zij deden ongetwijfeld verslag van hun meest interessante patiënt(en), waarbij het hebben van veel alterpersoonlijkheden vast en zeker hoog scoorde. De hier gepresenteerde getallen zeggen helemaal niets over het gemiddelde aantal alterpersoonlijkheden bij patiënten met een MPS.

Welke theoretische bezwaren er ook mogen zijn tegen het model, ook al is het model nog niet experimenteel getoetst, als het leidt tot een effectieve behandeling is het waardevol. Boon en Van der Hart zijn daarvan overtuigd. Zij schrijven ‘De meeste mensen echter die aan deze stoornis lijden worden als zodanig nog niet herkend en hun wordt een passende behandeling onthouden’ (pag. 125). Het herkennen en het behandelen van de multiple persoonlijkheidsstoornis is nog geen gemeengoed geworden. Er is niet alleen weinig ervaring mee, er is ook sprake van ongelooft en scepticisme. Des te onbegrijpelijker is het dat er zo weinig moeite wordt gedaan de effectiviteit van de methode te bewijzen. In Nederland is nog geen onderzoek gedaan naar het effect van de behandeling van MPS. Bovendien is geen van de hier gestarte behandelingen voltooid. Er zijn echter wel Amerikaanse gegevens. Meer dan dat uit Amerikaanse gegevens blijkt dat patiënten met een MPS als regel een goede prognose hebben (pag. 138), komen we echter niet te weten. Hoeveel onderzoek is er gedaan, om hoeveel patiënten gaat het, hoe werd de verbetering vastgesteld en hoe de diagnose? Omdat ik het toch wil weten zoek ik het gerefereerde artikel op: Kluft (1987) maakt melding van een follow-up

studie bij 52 patiënten. Zij werden allen uitvoerig geïnterviewd, bovendien werd getracht met onder andere 'agressieve hypnotische technieken' nog tekenen van afscheidingen op te roepen. Bij ruim 94 procent van de patiënten was duidelijk sprake van verbeterd functioneren. Ook waren er op gedragsniveau geen uitingen meer van de multiple persoonlijkheidsstoornis. Een indrukwekkend resultaat. Te indrukwekkend bijna, vooral als in aanmerking wordt genomen dat gegevens over onder andere gebruikte meetinstrumenten, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en controlegroepen ontbreken. Bij een zo relatief nieuwe, of nieuw ontdekte behandeling is het ontbreken van harde wetenschappelijke gegevens natuurlijk niet verwonderlijk, het zou echter wel tot enige voorzichtigheid in de uitspraken moeten leiden. De uitspraak 'uit Amerikaanse gegevens blijkt dat de patiënten als regel een goede prognose hebben', suggereert een berg wetenschappelijk onderzoek, waaruit dit telkens en telkens blijkt en geen ongecontroleerde outcomestudie bij 52 patiënten.

De hoofdstukken over de multiple persoonlijkheidsstoornis zijn hoofdstukken voor ingewijden, voor de gelovigen en dat niet alleen vanwege het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing, maar ook vanwege het gebrek aan aarzeling en verwondering. De argeloze lezer die over de multiple persoonlijkheidsstoornis voor het eerst informatie krijgt, valt van de ene verbazing in de andere. De meest wonderbaarlijke zaken worden gepresenteerd alsof het de normaalste zaak van de wereld is. Alterpersoonlijkheden worden voorgesteld als een soort homunculi, kleine mensjes, die hun eigen streken en eigenaardigheden hebben. Zo verbergen zij zich soms lange tijd, of willen alleen maar met een therapeut van het mannelijke of juist van het vrouwelijke geslacht praten. Soms willen zij niets zeggen, maar wel hun mening via vingersignalen uiten, waarbij kindalters meestal de vingers van de linkerhand en volwassene alters die van de rechterhand kiezen (pag. 167). Zij ontstaan bij ernstige trauma's, maar soms zelfs naar aanleiding van een verliefdheid (pag. 345). Als er veel alters zijn kan er interne groepstherapie met hen worden gedaan (pag. 178). Bij bijna iedere cliënt zijn er alters die van mening zijn dat de therapeut zich nergens mee heeft te bemoeien. En bepaalde alters kunnen erg moeilijk aanvaarden dat ze met anderen hetzelfde lichaam delen, zeker als ze van een ander geslacht zijn (pag. 168). Alters kunnen problemen hebben met de GMD of met andere officiële instanties (pag. 171).

Nooit wordt getwijfeld aan de betekenis van wat de patiënt zegt, nergens is ook maar een glimpje aarzeling te vinden. Voor een nietgelovige, die het boek niet als een bijbel wenst te lezen, een vervreemdende ervaring.

In de Epiloog schrijven Van der Hart, Defares en Mittendorff over de schadelijkheid van een professionele omgeving waarin MPS aan de fantasie van de therapeut en de suggestibiliteit van de cliënt wordt toegeschreven. Zij noemen dergelijke opvattingen aanvallen in de rug van de therapeut. Naar mijn mening ligt het anders: de auteurs moeten niet klagen over kritiek, zij moeten met een evenwichtige bespreking en wetenschappelijke informatie ervoor zorgen dat critici beschaamd hun mond houden.

Referenties

Hart, O. van der, Boon, S., Friedman, B. & Mierop, V. (1992). De reactivering van traumatische herinneringen. *Directieve Therapie*, 12, 12–55.

- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363–373.
- Merskey, H. (1992). The manufacture of personalities. The production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 327–340.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Siberman, E. K., Barban, L. & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Ross, C. A., Norton, G. R. & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413–418.