



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

Over het waarheidsgehalte van traumatische herinneringen

Onno van der Hart en Kees van der Velden*

Samenvatting

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen herinneringen aan traumatische gebeurtenissen en traumatische herinneringen. De eerste soort herinneringen hebben hun plaats gevonden in het autobiografisch, 'narratief' geheugen, bij het tweede type is dit niet gelukt. Bij patiënten met traumatische herinneringen vinden we niet alleen de bekende symptomen van de posttraumatische stress-stoornis, maar ook – speciaal bij patiënten met een zgn. meervoudige persoonlijkheidsstoornis of dissociatieve identiteitsstoornis: bewustzijnsstoornissen, stoornissen in de oriëntatie en het geheugen, hallucinaties, inhoudelijke denkstoornissen en depressies in engere zin. Voor patiënten die als kind onderworpen zijn geweest aan langdurige, ernstige mishandeling – waaronder vaak seksueel misbruik – zonder dat hiervoor juridisch bewijs geleverd kan worden, is het van groot belang dat hun therapeut hen 'geloofd', wat niet inhoudt dat de therapeut hun geheugen voor onfeilbaar houdt. Om te voorkomen dat therapeuten patiënten traumatische herinneringen of nagebootste stoornissen opdringen, wordt een reeks aanbevelingen voor therapeuten gegeven, waarvan de belangrijkste zijn: tracht de suggestibiliteit van de patiënt vast te stellen, vermijd altijd suggestieve vragen, accepteer onduidelijkheden over een precieze toedracht, en voorkom dat de patiënt door het presenteren van dramatische herinneringen bij de therapeut in een goed blaadje komt te staan.

Inleiding

Wanneer mensen misbruikt en mishandeld zijn door verwanten die er waren om hen met liefde op te voeden, is dit voor hen een verschrikking. Wanneer zij, meestal na lang aarzelen en met veel schaamte, er ten slotte toe komen een betrouwbaar uitziend persoon – bijvoorbeeld een therapeut – hierover iets te vertellen en deze gelooft hen niet, wordt de verschrikking alleen maar erger. De lezer die over enige empathie beschikt heeft hierbij geen toelichting nodig. Omgekeerd, wanneer ouders menen hun kind met warmte en zorg opgevoed te hebben en zij krijgen op zekere dag van dit kind te horen dat zij zich schuldig gemaakt hebben aan allerlei soorten misbruik en geweld, is dit voor hen een verschrikking. Het is voor therapeuten van groot belang om ten minste enigszins te weten hoe betrouwbaar de mededelingen van hun cliënten over misbruik zijn, en ook om ervoor te waken dat zijzelf geen 'herinneringen' over geweld en misbruik aan hun cliënten opdringen.

* DR. O. VAN DER HART, psycholoog, is coördinator van het Dissociatieteam van het RIAGG Amsterdam Zuid/Nieuw West Amsterdam; hij is bijzonder hoogleraar in de Vakgroep psychologie en gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht;
K. VAN DER VELDEN is werkzaam bij het Centrum voor geestelijke gezondheidszorg RNO in Rotterdam, afdeling Psychotherapie.

Over deze onderwerpen gaat dit artikel. We beginnen met een eenvoudig voorbeeld dat niets met misbruik te maken heeft, maar wel met een belangrijk aspect dat in de discussie over al of niet juiste herinneringen steeds terugkeert: *amnesie*.

De heer Molenaar is een gezonde, goed functionerende docent, die een eigenaardigheid heeft die hemzelf verbaast. Steeds wanneer het in gesprekken met vrienden of kennissen over baby's en kleine kinderen gaat, voelt hij tranen opkomen en wordt hij verdrietig. De oorzaak van deze 'sentimentaliteit' zoekt hij bij het overlijden van zijn zoon, enkele dagen na diens veel te vroege geboorte, nu ruim twintig jaar geleden. Het wonderlijke is dat hij zich van de geboorte van deze zoon, van de dagen erna en van de begrafenis niets kan herinneren, hoewel vaststaat – zijn vrouw en vrienden kunnen dit bevestigen – dat hij bij de bevalling aanwezig was, dat hij het kind in de couveuse heeft gezien en dat hij de begrafenis heeft bijgewoond. Een bijzonderheid is dat zijn vrouw na uitvoerig overleg met de artsen, maar zonder overleg met hem, besloten had de beademing van de cerebraal ernstig beschadigde baby te staken.

Dit verschijnsel – het zich niet kunnen herinneren van ingrijpende gebeurtenissen – wordt meestal *amnesie* genoemd, maar hierbij moeten meteen drie opmerkingen gemaakt worden. De eerste is dat gebeurtenissen gewoon vergeten kunnen zijn. Voor dit verschijnsel is het begrip 'amnesie' niet bedoeld. In het geval van de heer Molenaar is gewoon vergeten geen waarschijnlijke verklaring, omdat hij zich zeer op de geboorte van zijn kind verheugd had en ook al omdat er ten tijde van de bevalling geen reden was om aan te nemen dat een organische factor, bijvoorbeeld overmatig alcoholgebruik, verhinderde dat deze droevige gebeurtenissen in zijn expliciete geheugen werden opgenomen. De tweede opmerking is dat er, gezien zijn verdriet als het over de onderwerpen 'baby's' of 'kleine kinderen' gaat, geen totale amnesie is; hoogstens kan gezegd worden dat deze herinneringen voor hem niet toegankelijk zijn. In de derde plaats moet erop gewezen worden dat niet alleen de verdrietige gebeurtenissen niet door hem opgeroepen kunnen worden; ook allerlei triviale details zijn voor zijn bewustzijn onbereikbaar geworden: bijvoorbeeld of hij met zijn auto of met een taxi naar het ziekenhuis ging, of hij in deze periode thuis of in restaurants at, of hijzelf de was deed toen zijn vrouw in het ziekenhuis lag of dat hij deze door een ander liet doen. Omdat de heer Molenaar advies vroeg over een heel andere moeilijkheid, bleef deze 'gedissocieerde herinnering' in de behandeling verder rusten.

De maatregel die het brein nam om het drama buiten het voor hem toegankelijke geheugen te houden was dus nogal radicaal. Deze maatregel noemen we tot nader order 'dissociatie'. Bij meneer Molenaar is er, zo nemen we aan, een instantie in het brein die zich de gebeurtenissen niet herinnert – meestal aangeduid met de term 'expliciet geheugen' – en een instantie die zich de gebeurtenissen wel herinnert, zoals blijkt uit zijn tranen en verdriet – vandaar het begrip 'dissociatie' (vergelijk Kihlstrom et al., 1993; Spiegel et al., 1993). Dat dergelijke verbroken verbindingen bestaan werd tot voor kort door sommige experimenteel psychologen (Loftus 1993; vgl. Merckelbach & Wessel, 1994) ontkend, maar tegenwoordig zien ook zij wel in dat dit verschijnsel nu eenmaal voorkomt (Wessel et al., 1995).

Sommige auteurs (bijv. Wagenaar, 1995) menen dat het niet tot de taak van therapeuten behoort zich bezig te houden met het waarheidsgehalte van de mededelingen van hun patiënten. Nu is het werk van een therapeut inderdaad anders dan dat van een onderzoeker, maar om drie redenen lijkt deze opvatting ons moeilijk houdbaar:

- a Therapeuten hebben te maken met mensen tot wier stoornis behoort dat zij met grote hardnekkigheid onwaarheden produceren (voorbeelden: pseudologia fantastica, verslavingsziekten, nagebootste stoornissen).
- b Een therapeutische relatie kan niet bestaan zonder vertrouwen van de therapeut in de patiënt, en soms houdt dit in dat de therapeut ook gelooft in de juistheid van de mededelingen die de patiënt over zijn verleden doet. Dit betekent natuurlijk niet dat de therapeut in de *onfeilbaarheid* van het geheugen van de patiënt hoeft te geloven; het geheugen van de therapeut kan ook in de verste verte niet aan deze eis voldoen.
- c Er zijn patiënten voor wie het van bijzonder belang is dat de therapeut hen expliciet wél gelooft en bij wie therapie hoogstwaarschijnlijk kansloos is wanneer dit niet gebeurt. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten die seksueel en anderszins misbruikt en mishandeld zijn, waarbij de daders iedere vorm van schuld ontkennen en waarbij getuigen ontbreken, of, als ze er wel zijn, niet bereid zijn het voor het slachtoffer op te nemen. Juist onder deze groep patiënten bevinden zich de mensen met dissociatieve en andere posttraumatische stress-stoornissen. Wanneer een patiënt met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS)¹ – vaak na jaren de kat uit de boom gekeken te hebben – de moed opbrengt om, ondanks stemmen die schreeuwen dat ze een ‘hoer’ is ‘die niet beter verdient’, de therapeut iets mee te delen omtrent hetgeen haar is overkomen, en de therapeut reageert *koel-neutraal* (‘Of dit waar is of niet gaat mij niet aan’), dan weet de patiënt dat zij *niet* gelooft wordt. Daarmee heeft ze haar zoveelste ervaring dat zij het niet waard is zich veilig te voelen. In juridische zin zal het therapeuten niet lukken bij deze patiënten ‘het bewijs’ rond te krijgen, maar dat is hun taak ook niet. Wel zal de therapeut moeten kijken of wat de patiënt vertelt *aannemelijk* is – ook patiënten met DIS of sommige van hun ‘alters’ of ‘identiteiten’ kunnen de waarheid geweld aandoen – en of hij er zelf toe bijdraagt ontboezemingen te ontlokken die niet op waarheid berusten.

In dit artikel bespreken wij het verschijnsel amnesie en het functioneren van het geheugen, speciaal als het om zogeheten traumatische herinneringen gaat. We besteden aandacht aan onjuiste herinneringen, zowel bij patiënten met DIS als bij ‘normale’ mensen, en we belichten daarbij bepaalde aspecten van de psychopathologie bij patiënten met DIS, ook bespreken we de herinneringen van patiënten die in psychotherapie aan de orde komen. Ten slotte geven we een reeks aanbevelingen die de therapeut kunnen helpen voorkomen dat hij, wellicht met de beste bedoelingen, de patiënt pseudo-herinneringen aan schokkende gebeurtenissen opdringt.

Amnesie

We nemen aan dat wanneer mensen zich ingrijpende, schokkende gebeurtenissen goed kunnen herinneren, dus zonder flashbacks, nachtmerries en andere herbelevingen, deze gebeurtenissen onderdeel zijn geworden van hun autobiografisch geheugen, van hun levensverhaal. Wij zeggen dan dat deze gebeurtenissen, hoe ernstig ook, ‘verwerkt’ zijn. We noemen een traumatische ervaring ‘onverwerkt,’ of niet geïntegreerd, wanneer degene die haar heeft ondergaan geplaagd wordt door gehele of gedeeltelijke amnesie voor de schokkende gebeurtenis, vaak inclusief de omstandigheden waarin deze plaatsvond (vgl. Van der Kolk & Van der Hart, 1991a,b). Deze ‘onverwerkte’ herinneringen noemen we *traumatische herinneringen*.

Het is de taak van de therapeut de patiënt te helpen de traumatische herinnering om te zetten in een normale, narratieve herinnering – wat natuurlijk niet inhoudt dat deze herinnering alsnog prettig wordt en ook niet dat deze herinnering geheel en al ‘juist’ wordt.

Mede onder de invloed van uiteenlopende onderzoeken naar traumatische jeugdervaringen bij psychiatrische patiënten en de algemene bevolking (Draijer, 1990; Russell, 1986), is de aandacht voor trauma's in de psychotherapie toegenomen. Deze aandacht voor traumatische herinneringen (speciaal voor traumatische herinneringen aan seksueel misbruik) heeft niet alleen tot sympathie en steun geleid. Er is een beweging ontstaan – de ‘False Memory Syndrome Foundation’ (FMSF) – van ouders die beweren dat hun volwassen kinderen hen ten onrechte van seksueel misbruik beschuldigen; deze ouders worden gesteund door wetenschappers die menen dat amnesie voor traumatische ervaringen niet kan bestaan en dat plotseling opgedoken herinneringen aan seksueel misbruik dus opgedrongen zijn door sensatiebeluste therapeuten (Ofshe & Waters, 1993). De opvatting dat amnesie voor schokkende gebeurtenissen niet kan bestaan kan worden weerlegd onder verwijzing naar serieus onderzoek (vgl. Coons & Milstein, 1992; Loewenstein, 1991). Wie belang stelt in de documentatie van amnesie voor uiteenlopende schokkende gebeurtenissen wordt verwezen naar: Archibald en Tuddenham (1965), Grinker en Spiegel (1945), Hendin et al. (1984), Kalman (1977), Kardiner en Spiegel (1947), Myers (1940), Sonnenberg et al. (1985) en Watkins (1949), over amnesie voor trauma's op het slagveld; Jaffe (1968) en Nederland (1968) over amnesie bij overlevenden van de nazi-concentratiekampen; Goldfield et al. (1988) over amnesie bij slachtoffers van martelingen. Wat onderzoek over herinneringen aan seksueel misbruik in de jeugd ons leert, zal verderop aan bod komen. Merkwaardigerwijs wordt aan deze weerlegging door ‘de andere partij’ geen aandacht gegeven. (Wat de redenen hiervan zijn is ons niet duidelijk.)

De FMSF beschrijft psychotherapeuten als kwakzalvers die graag geld – 't liefst zoveel mogelijk – ontvangen voor het bij vrouwelijke patiënten induceren van pseudo-herinneringen aan incest, bij voorkeur in zo spectaculair mogelijke vorm, en hen aanzetten tot het ondernemen van juridische stappen tegen onschuldige ouders. Psychotherapeuten die aan dit beeld beantwoorden kennen wij (gelukkig) niet, maar het is niet uitgesloten dat sommige therapeuten in hun geestdrift om het onrecht de wereld uit te helpen verzuimen na te denken over de vraag of zij, met al hun goede bedoelingen, geen misbruik maken van de suggestibiliteit van hun patiënten (zie verderop) en zich te weinig realiseren welke schade zij aanrichten wanneer zij onschuldige ouders in de verdachtenbank plaatsen.

Eén van de uitgangspunten van de ‘wetenschappelijke raad’ van de FMSF is dat er geen verschil bestaat tussen narratieve herinneringen aan traumatische gebeurtenissen en traumatische herinneringen. Loftus (1993) bestaat het bijvoorbeeld om de resultaten van laboratoriumexperimenten met ‘dramatische’ gebeurtenissen bij gezonde proefpersonen – meestal studenten – zonder meer van toepassing te verklaren op een populatie psychisch ernstig beschadigde mensen. Met Brown (1995) vragen wij ons af waarom een serieuze wetenschapper de resultaten van een onderzoek met ‘enge plaatjes’ bij een groep gezonde mensen van toepassing acht bij een groep mensen die niet met ‘enge plaatjes’ werd geconfronteerd, maar met langdurig misbruik, langdurige mishandeling en dito intimidatie. Alleen al het gegeven dat de gemiddelde Amerikaan

dagelijks vier moorden op zijn tv-scherm ziet (Brown, 1995), blijkbaar zonder hierover bijzonder verontrust te geraken, zou een reden moeten zijn om zeer terughoudend te zijn met de 'claim' dat het geheugen van degenen die mentaal tegen zijn dagelijkse vier moorden opgewassen is, ook wel bestand zal zijn tegen jarenlange feitelijke mishandeling. 't Is of men wil zeggen dat wie *Schindler's list* zonder schade heeft bekeken ook wel bestand zal zijn tegen een langdurig verblijf in een concentratiekamp. (Experimenteel psychologen zullen op deze opmerking wel wat af te dingen hebben. Misschien kunnen we hierover nog eens bakkeleien.)

Herinneren en vertellen

De historica Dwork onderzocht de ervaringen van zogeheten 'child survivors' van de nazi-concentratiekampen (Dwork, 1991). Dit onderzoek staat in de traditie van de 'oral history', waarbij de geschiedenis gereconstrueerd wordt op basis van de verhalen van degenen die haar hebben meegemaakt. Bij deze werkwijze wordt een geschiedenis van jaren gecomprimeerd tot een verhaal van uren, waardoor deze geschiedenis noodzakelijkerwijs een speciale, subjectieve kleur krijgt.

De 'child-survivors' over wie Dwork schrijft, hebben emotioneel zeer beladen gebeurtenissen meegemaakt. Men zou kunnen veronderstellen dat deze overlevenden niet in staat kunnen zijn om een accuraat verslag te geven van wat hen is overkomen, maar de resultaten van haar onderzoek spreken deze veronderstelling volledig tegen. In de eerste plaats was de onderlinge overeenstemming in de verhalen van degenen die enkele jaren later opnieuw door haar of haar collega's werden geïnterviewd bijzonder hoog. Ze beschreven dezelfde gebeurtenissen in ongeveer dezelfde bewoordingen. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Wagenaar en Groeneweg (1990), die de herinneringen van de slachtoffers van het concentratiekamp te Ommen inventariseerden. (Interessant is dat deze auteurs vermelden dat sommige geïnterviewden 'vergeten' waren dat zij mishandeld waren, wie de 'torturers' waren (naam en uiterlijk), alsook dat zij getuigen van moord waren geweest. Overigens is het mogelijk dat dergelijke 'vergissingen' mede toegeschreven moeten worden aan de lange periode tussen hun verblijf in het concentratiekamp en de interviews – ongeveer veertig jaar – en wellicht aan leeftijdgebonden 'vergeetachtigheid' van de ex-kampbewoners.)

Dwork (1991) onderscheidt drie aspecten aan de werkelijkheid die de kinderen hebben meegemaakt: het 'objectieve' historische verleden (dus wat er 'echt' gebeurd is), de 'subjectieve' psychologische ervaring (dat wat het kind geloofde of wat de nu volwassen overlevende gelooft dat er gebeurd is), en de fictieve elementen die een verhaal over het verleden compleet maken. Deze aspecten, die ook van belang zijn bij de analyse van traumatische herinneringen, kunnen niet altijd onderscheiden worden. Een voorbeeld van het verschil tussen de historische en psychologische werkelijkheid is het feit dat veel jonge vrouwen in concentratiekampen ervan overtuigd waren dat de nazi's iets in hun voedsel deden waardoor ze niet meer menstrueerden en zij niet meer voor het krijgen van kinderen in aanmerking zouden komen. Binnen het kamp vormde deze interpretatie hun psychologische werkelijkheid. Dat hiermee niets was aangetoond over de samenstelling van het concentratiekampvoedsel, spreekt vanzelf. De narratieve werkelijkheid heeft volgens Dwork (1991), vooral te maken met de vraag wat *herinnerd* wordt. Dwork stelt vast dat de overlevenden bij het beschrijven van hun persoonlijke leven de vraag 'Wat gebeurde er met me?' beantwoorden en niet de vraag 'Wat deed

ik?’ Zij verwijst ook naar de betekenis die dergelijke verhalen krijgen door het soort ‘emplotment’ dat men gebruikt om z’n persoonlijke geschiedenis te vertellen. Dwork (1991, p. 39) citeert White (1987), die het begrip emplotment omschrijft als ‘de teneur die een verhaal krijgt door de presentatie van de gebeurtenissen’. White (1973) onderscheidt vier soorten emplotment: romance, tragedie, komedie en satire. Dworks ‘child-survivors’ gebruikten er drie van: romance, satire en tragedie, in het bijzonder romance and tragedie.

Dworks analyse van de historische, psychologische en narratieve werkelijkheid in de verhalen van de ‘child-survivors’ lijkt ons van belang voor het onderzoek naar de herinneringen aan traumatische jeugdervaringen die andere mensen – speciaal patiënten in psychotherapie – rapporteren. Haar analyse lijkt eigenlijk direct toepasbaar, maar er zijn ten minste twee beperkingen. In de eerste plaats kon de validiteit van de verhalen van veel van Dworks ‘child-survivors’ beter worden vastgelegd dan mogelijk is bij de mededelingen van onze patiënten over – bijvoorbeeld – seksueel misbruik in hun vroege jeugd. Incest speelt zich doorgaans in het geheim af. Het is dan het woord van het slachtoffer tegenover dat van de dader, waarbij de dader doorgaans wint: zolang er onvoldoende juridisch bewijs is geldt de dader immers als onschuldig. (Een andere waardevolle benadering om de validiteit van mededelingen over schokkende gebeurtenissen vast te stellen bieden Crombach et al. (1992), waarnaar we in dit verband ter lering willen verwijzen.) In de tweede plaats is het – hieronder te bespreken – onderscheid tussen traumatische herinneringen en (narratieve) herinneringen aan een trauma een beperkende factor. Dworks ‘child-survivors’ konden vertellen wat hun was overkomen, waardoor de narratieve werkelijkheid van hun verhalen onderzocht kon worden. Patiënten die in psychotherapie geconfronteerd worden met traumatische herinneringen – gedeeltelijk of soms totale herbelevingen van hun trauma’s – kunnen dit vaak niet.

Onderzoeksgegevens over herinneringen aan trauma’s en traumatische herinneringen

Er bestaan aanwijzingen dat fysiek geweld en seksueel misbruik, naast emotionele verwaarlozing, een belangrijke etiologische factor bij uiteenlopende psychiatrische stoornissen vormen. Dit is het duidelijkst aangetoond bij DIS: diverse studies bij grote groepen DIS-patiënten geven aan dat ten minste 90 procent van hen een voorgeschiedenis heeft van fysiek geweld en/of seksueel misbruik (Boon & Draijer, 1993; Putnam et al., 1986; Ross et al., 1989). De validiteit van dit soort rapportages door MPS-patiënten is overigens nog te weinig onderzocht; zie Coons (1994) voor een goed voorbeeld van een studie waarin dit wel is gebeurd.

Over de gevolgen van mishandeling en seksueel misbruik (zoals incest) zijn in ruimer verband wel retrospectieve en longitudinale studies verschenen, die met elkaar wel enig inzicht geven op de validiteit van de gerapporteerde jeugdervaringen, in het bijzonder van seksueel misbruik. De algemene conclusie is dat traumatische jeugdervaringen vaak niet gerapporteerd worden (ook al zullen er zeker hulpverleners zijn die te vaak seksuele en andere trauma’s vermoeden). Deze onderrapportage hangt niet alleen samen met het feit dat sommige beroepsgenoten een afkeer hebben van de gedachte dat hun patiënten misbruikt zijn (‘Ach, ’t is gewoon hysterie’ – conclusie waarvan het mogelijk verhelderende karakter ons ontgaat –), maar ook met het feit

dat een aantal patiënten niet bereid is deze gegevens prijs te geven – motieven: loyaliteit, schaamte, angst om niet geloofd te worden, angst voor wraak door de dader, en dergelijke – of de herinnering aan deze treurige gebeurtenissen kwijt is. (Terzijde zij opgemerkt dat volgens onze ervaring de vraag naar geheugenstoornissen bij het gangbare psychiatrische onderzoek helaas vaak wordt overgeslagen, tenzij een organische aandoening wordt vermoed.)

Voorals seksueel misbruik in de vroege jeugd blijkt regelmatig enige tijd – soms zelfs langdurig – ‘vergeten’ te zijn.

Retrospectieve studies

Herman en Schatzow (1987) rapporteerden dat 28 procent van 53 vrouwelijke patiënten die aan een groepstherapie voor incestslachtoffers deelnamen ‘ernstige geheugentekorten’ hadden over het misbruik; 64 procent rapporteerde ‘some degree of amnesia’ hiervoor te hebben. De auteurs vonden een positief verband tussen de leeftijd waarop het misbruik begon, de duur ervan, de mate van gewelddadigheid van het misbruik en moeilijkheden om zich het misbruik te herinneren; 74 procent van de gehele groep vrouwen slaagde erin het misbruik met behulp van andere bronnen – waaronder de dader zelf, andere gezinsleden en dagboeken – te documenteren. Bij 9 procent werd het zeer waarschijnlijk gevonden dat seksueel misbruik had plaatsgevonden, maar bleef bevestiging via externe bronnen uit.

Draijer stelde (1990) in haar studie bij een representatieve steekproef van vrouwen die in hun jeugd seksueel misbruikt waren een te bescheiden rapportage over ernstige vormen van misbruik vast. Zij schreef deze zwijzaamheid onder meer toe aan de factor amnesie.

Briere en Conte (1993) stelden bij 450 mannen en vrouwen die voor seksueel misbruik in behandeling waren vast dat 59 procent van hen enige tijd voor hun achttiende de herinneringen aan dit misbruik kwijt waren. Dit onderzoek bevestigde het door Herman en Schatzow (1987) geconstateerde verband tussen leeftijd waarop het misbruik begon, de duur ervan, de mate van gewelddadigheid en de mate van amnesie. Beide onderzoeken sluiten aan bij de bevindingen van Terr (1991) dat amnesie zich vooral in reactie op Type-2-trauma's (langdurige en herhaalde traumatisering) voldeet.

In een onderzoek naar honderd vrouwen met een incestachtergrond, stelde Albach (1993) vast dat bij 29 procent van hen de ervaring volkomen ‘vergeten’ was geweest. Dit was met name het geval bij degenen die hoog scoorden op de DES (Dissociative Experiences Scale) (Bernstein & Putnam, 1986). De gemiddelde duur van dit ‘vergeten’ was vijftien jaar (spreiding: vier tot veertig jaar); 59 procent van de gehele groep had moeite zich details van het misbruik te herinneren. Albach noemde de volgende ervaringen die de aanleiding waren geweest voor de terugkeer van de herinneringen: het zien van een tv-film over incest, het besef dat een eigen kind misbruikt was, een verkrachting, het ziek- of sterfbed van de dader, bezoek aan de plek waar het misbruik had plaatsgevonden. Albach concludeerde dat psychotherapeutische interventies een bescheiden rol hadden gespeeld bij het toegankelijk worden van de herinnering.

Naast bovengenoemde studies kunnen nog de vergelijkbare onderzoeken bij incestslachtoffers vermeld worden waarin een percentage van hen het misbruik enige tijd geheel of gedeeltelijk is kwijt geweest (vgl. Van der Hart, 1994; Feldman-Summers & Loftus et al., 1994; Schwartz, 1994). (Brown [1995] noemt de volgende studies waarin 36–56 procent van een heel andere categorie mensen met schokkende ervaringen, nl. moordenaars, enige tijd aan een dergelijke amnesie leden: Gudjohnsson et al., 1989; Schacter, 1986; Taylor & Kopelman, 1984).

De hier samengevatte onderzoeken hebben betrekking op mensen die zich het misbruik voortdurend of sedert een bepaald moment wisten te herinneren. Een belangrijke maar niet beantwoorde vraag is in hoeverre hierbij vertekening en confabulatie een rol zal spelen. Mede op grond van studies die laten zien hoeveel moeite mensen hebben met de confrontatie met het seksueel misbruik in hun verleden (Donaldson & Gardner, 1985; Olio, 1989), verwachtte Draijer (1990) bij retrospectief onderzoek een vertekening in de vorm van *onderrapportage*. Op grond van hun klinische ervaring betwijfelen Briere en Conte (1993) of confabulatie een belangrijk probleem is bij het onderzoek naar misbruik; alleen prospectief onderzoek kan uitwijzen of deze klinische indruk hout snijdt.

Belangrijk is het onderzoek van Vardi (1995). Deze auteur deed als eerste een vergelijkend onderzoek naar het geheugen bij groepen getraumatiseerde en niet-getraumatiseerde vrouwen. Drie groepen goed opgeleide vrouwen werden aan geheugentests onderworpen. De eerste groep bestond uit vrouwen met een incestverleden, de tweede uit vrouwen die als volwassene het slachtoffer van verkrachting waren geweest, de derde uit vrouwen zonder geschiedenis van seksueel misbruik. De eerste groep had acute en chronische symptomen van een posttraumatische stress-stoornis, de tweede had 'alleen' symptomen van acute posttraumatische stress. Alleen de groep van incestslachtoffers vertoonde een belangrijke verarming van het autobiografisch geheugen; zij hadden opmerkelijk veel moeite met het zich herinneren van de namen van leraren, de scholen die zij bezocht hadden en belangrijke gebeurtenissen uit de tijd rond het misbruik.

Een belangrijke vraag is natuurlijk hoe deze 'vergeetachtigheid' verklaard moet worden. Soms zal het zich niet *willen* herinneren een rol spelen, soms schaamte om over het misbruik te vertellen, soms worden pijnlijke herinneringen 'bewaard' door 'alters' ofwel 'afgesplitste identiteiten', speciaal bij patiënten met DIS.

Prospectief (longitudinaal) onderzoek

Robins (1966) deed verslag van een follow-up-studie na dertig jaar bij 71 mensen van wie indertijd was vastgesteld dat zij als kind door hun vader mishandeld waren. Slechts 22 zeiden zich de mishandeling te kunnen herinneren. Of de overigen de mishandeling verzwegen, danwel vergeten waren, werd helaas niet onderzocht.

Della Femina et al. (1990) interviewden 69 jongvolwassen voormalige delinquenten, negen jaar na eerder uitgebreid onderzoek. Zesentwintig van de geïnterviewden gaven informatie over mishandeling die afweek van de gegevens die oorspronkelijk over hen verzameld waren. Achttien ontkenden of bagatelliseerden ernstige mishandeling in hun jeugd, die wel in de oorspronkelijke rapporten gedocumenteerd was. Acht anderen

meldden mishandeling die niet eerder gedocumenteerd was. Van deze 26 personen die de afwijkende informatie hadden gegeven konden er elf teruggevonden worden die bereid waren om nog een interview te geven, waarin de discrepanties nader onderzocht zouden worden. Acht van deze elf personen hadden een goed gedocumenteerde geschiedenis van mishandeling achter de rug. Bij drie van hen was dit niet het geval. Bij deze elf mensen had de ontkenning, op volwassen leeftijd of in de adolescentie, kennelijk niet met amnesie te maken, maar met de pijnlijkheid van het onderwerp, de wens de ouders te beschermen, een gevoel de mishandeling verdiend te hebben, een gebrek aan sympathie voor de interviewer, en de bewuste wens om het verleden te vergeten. Wat dit laatste betreft: één vrouw die tijdens het follow-up-interview niets had verteld van ernstig geweld door haar moeder en seksueel misbruik door haar stiefvader barstte in huilen uit toen ze met deze gegevens uit haar dossier werd geconfronteerd: 'Ik vertelde het niet, omdat ik het wilde vergeten. Ik wilde het voor mezelf houden. Wanneer ik eraan denk, huil ik alleen maar.' Della Femina et al. (1990) concludeerden dat, tenminste in hun studie bij voormalige delinquenten, onnauwkeurigheden in de rapportage door volwassenen over ondergane kindermishandeling uitsluitend tot een te vrolijk beeld van het verleden leiden. (Het gaat hierbij om een teneur; ongetwijfeld wordt er hier of daar iemand gevonden die het ondervonden leed opklopt.)

Draijer (1990) noemt de studie van Bagley en McDonald (1984), die bij een follow-up vaststelden dat drie van de twintig vrouwen van wie als kind bekend was dat ze seksueel misbruikt werden, de vraag hiernaar niet positief konden beantwoorden. Williams (1992, 1993) deed follow-up-onderzoek bij 129 vrouwen (haar eerste rapportage, in 1992, ging over honderd vrouwen) van wie in de jaren zeventig was aangetoond, onder meer via medisch onderzoek in een ziekenhuis, dat zij als kind seksueel misbruikt waren. Zeventien jaar later werden deze vrouwen benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan een belangrijke follow-up-studie naar het leven en de gezondheid van vrouwen die als kind medische zorg in dit ziekenhuis hadden gekregen. De vrouwen kregen geen informatie over het misbruik. Wel bracht een aantal van hen de vraag van de onderzoeker met het misbruik in verband. Allen werden onder meer uitvoerig ondervraagd naar hun jeugdervaringen met seks en eventueel seksueel misbruik. 38 procent van deze vrouwen maakte geen melding van het misbruik. Williams merkt op dat sommige vrouwen mogelijk besloten hadden er niet over te praten. Er waren echter duidelijke aanwijzingen dat de meerderheid van deze 38 procent zich het misbruik niet herinnerde. Eén aanwijzing is dat 68 procent van deze groep wel andere seksuele molestatie in hun jeugd noemde, al kan het feit dat mensen zich recente ingrijpende gebeurtenissen – bijvoorbeeld de laatste pesterijen op school – beter herinneren dan eerdere, hierbij ook een rol spelen.

Een belangrijk gegeven in de studie van Williams is dat 55 procent van de vrouwen bij wie het misbruik voor de leeftijd van vier jaar plaatsvond het misbruik niet rapporteerde, tegenover 62 procent van de vrouwen die vier tot zes jaar waren tijdens het misbruik. Deze gegevens geven aan dat andere factoren dan cognitieve ontwikkeling en taalverwerving (factoren die met de zogenoemde *infantiele amnesie* in verband worden gebracht) van belang waren bij het vergeten. Vijf van de elf vrouwen bij wie misbruik voor hun vierde plaatsvond, konden zich dit herinnerden. (In hoeverre hun daar later over was verteld, is overigens niet onderzocht.) Williams concludeert dat misbruik van heel jonge kinderen door personen met wie zij een nauwe band hebben een grote kans heeft niet ontdekt te worden in retrospectieve studies. Dit sluit aan bij de hierboven

genoemde opvatting van Draijer (1990) en de bevindingen van Della Femina et al. (1990), dat de te verwachten vertekening bij retrospectief onderzoek tot een te optimistisch beeld van de ervaringen leidt.

Williams slotconclusie luidt dat haar gegevens erop wijzen dat het zich niet herinneren van seksueel misbruik in de (vroeg) jeugd een veel voorkomend verschijnsel is bij volwassen vrouwen, dat niet slechts verklaard kan worden uit de leeftijd waarop dit misbruik plaatsvond. Haar prospectieve studie kan (evenals die van Bagley en McDonald) gezien worden als een bevestiging van de hierboven vermelde bevindingen uit retrospectieve studies. Beide soorten studies weerleggen de opvattingen van sommige experimenteel psychologen als zouden 'delayed memories' aan incest per definitie 'false memories' zijn: verzinsels of door therapeuten geïmplanteerde pseudo-herinneringen.

Traumatische herinneringen

Janet (1919/25, p. 593) meende dat tal van 'hysterische' en 'psychasthene' stoornissen – zijn terminologie – veroorzaakt worden door traumatische ervaringen – niet per se seksuele trauma's, zoals Freud een tijd lang heeft gedacht. Om dergelijke stoornissen te begrijpen en te behandelen, moet volgens Janet alle mogelijke moeite gedaan worden om de traumatische herinneringen – als ze bestaan – aan het licht te brengen. Aan de andere kant moet de therapeut ervoor op zijn hoede zijn om geen traumatische herinneringen te 'ontdekken' die niet bestaan. Daarom raadde Janet aan om alle indicaties die de patiënt kan geven over zijn of haar gedachten en herinneringen zorgvuldig te verzamelen. Janet zelf probeerde nauwkeurig te onderzoeken of er een verband bestond tussen een bepaalde traumatische herinnering en een bepaalde klacht of symptoom. Hij ging na of: (a) het ontstaan van het symptoom parallel liep aan het gepreoccupeerd-zijn met een bepaalde herinnering; (b) de ontwikkeling van de symptomen parallel liep met de ontwikkeling van de herinnering; en (c) het mogelijk was de symptomen te veranderen via modificatie van de herinnering. Pas na dergelijke verificaties voelde Janet zich gerechtigd om in bepaalde gevallen te geloven dat een traumatische herinnering aan de stoornis ten grondslag lag. Hier moeten we overigens aan toevoegen dat het succes van de derde interventie zeker niet garandeert dat de oorspronkelijke herinnering 'juist' was (vgl. Kluft, 1995).

We komen terug op het eerder gemaakte onderscheid tussen herinneringen aan een trauma – bijvoorbeeld de watersnood van 1953, die de betrokken personen zich heel goed herinneren – en traumatische herinneringen: wonderlijke ervaringen waarbij een trauma gedeeltelijk of geheel opnieuw wordt beleefd en het besef van de huidige realiteit voor kortere of langere tijd min of meer zoek is. Of dit onderscheid in strikt wetenschappelijk opzicht zinvol zal blijken, weten we niet, maar het heeft een vrij lange geschiedenis (zie Janet, 1889, 1904; Breuer & Freud, 1955). In de psychotherapie kunnen we het voorlopig onmogelijk missen (zomin als een begrip als 'verwerking', waarvan de betekenis ook niet helemaal duidelijk is). Om bij bovengenoemd voorbeeld van de watersnood aan te sluiten: één van ons weet zich deze ramp nog goed te herinneren – de dag, het weer, het water in de tuinen, de dijk die op doorbreken stond, de stem van Drees op de radio, de evacuatie – maar voor één van onze patiënten, afkomstig uit Zeeland, is de herinnering heel anders: hij bevond zich op het dak van zijn woonhuis, samen met zijn moeder. Zijn moeder was oud en ziek, maar hij troostte

haar zo goed mogelijk. Toen de boot kwam om hen op te halen, steunde hij zijn moeder bij het instappen, maar zij gleed uit en verdronk. Deze man wordt door dit voorval achtervolgd in nachtmerries en flashbacks, en van de vele herdenkingsprogramma's en -artikelen, alsmede van de vordering van de Deltawerken, wenste en wenst hij niet op de hoogte gebracht te worden. Ook verbood hij zijn vrouw en kinderen over de watersnood te spreken. Dit is een voorbeeld van wat wij een traumatische herinnering noemen.

Traumatische herinneringen zijn bewustzijnstoestanden waarin schokkende gebeurtenissen geheel of gedeeltelijk opnieuw worden beleefd. Naarmate zo'n herbeleving meer omvat, is degen die dit lot treft, sterker het besef van tijd kwijt (Van der Hart, 1993; Van der Hart & Steele, 1994). Als patiënten partiële herbelevingen hebben, bijvoorbeeld last hebben van 'indringende beelden', kunnen zij wel 'bij de tijd' zijn. Dit is eveneens het geval bij de herbeleving van een bij het trauma behorende lichamelijk gevoel (bijv. pijn in de vagina), emotie (angst, woede of walging), geur, smaak of geluid (bijv. geschreeuw of een opmerking van de dader). Nog een voorbeeld: terwijl mevrouw Van Aerle in gesprek is met haar therapeut, wordt zij geplaagd door pijn in de vagina, eventueel door pijn in de vagina en bijbehorende beelden: oom, nog een oom en nog enkelen die haar vagina, anus en wat dies meer zij bewerken. Zij voelt en ziet deze mensen niet alleen, zij hoort en ruikt hen ook. Soms is zij het contact met de therapeut 'bijna' kwijt, zo lijkt het althans. Op een vraag van de therapeut geeft zij aan zeven jaar te zijn. De hierboven beschreven herbeleving sluit wel aan bij elementen uit de vroegere realiteit, maar is verder niet logisch: men zit met z'n drieën aan haar, wat in werkelijkheid nooit het geval is geweest of kan zijn geweest, en ze weet als zogenaamd zevenjarige dat ze met de therapeut, die haar toen niet kende, praat. In dit voorbeeld blijft het contact met het heden, in casu de therapeut, behouden. Herbeleving zijn geen letterlijke herbelevingen: zó is het immers nooit echt gebeurd. (Hoe het wel ging doet er nu niet toe.) Niet alleen het tijdsbesef is in de ergste gevallen goeddeels verloren gegaan, er is ook een *grove stoornis in de toetsing van de realiteit*, en dit terwijl bij deze patiënt het contact met de behandelaar goeddeels intact blijft.

Elk zintuiglijk aspect van een traumatische ervaring kan worden herbeleefd. Wanneer voor het trauma als gebeurtenis amnesie bestaat, verbaast de patiënt zich over de merkwaardige gewaarwordingen, maar brengt ze niet in verband met hetgeen is voorgevallen. De gebeurtenissen waarvan deze sensaties 'ontkoppeld' zijn, kunnen wel degelijk door 'identiteiten' binnen de persoon – de zogenaamde 'alters' – zijn waargenomen en beleefd.

Traumatische herinneringen worden doorgaans gereactiveerd in speciale omstandigheden, in het bijzonder in situaties die in enig opzicht lijken op of doen denken aan de oorspronkelijke schokkende gebeurtenissen (Gelinas, 1983; Van der Hart et al., 1992; Janet, 1904, 1928; Solomon et al., 1987). Ook eigen gedachten, herinneringen of emoties kunnen dit effect hebben. Dergelijke situaties en ervaringen worden *triggers* of reacterende stimuli genoemd. Kenmerkend hierbij is volgens de documentatie van Janet (1928) dat de traumatische herinnering wordt geproduceerd door een mechanisme dat hij *restitutio ad integrum* noemde; wanneer één element van de traumatische ervaring wordt opgeroepen, volgen de andere elementen vanzelf. Zoals gezegd, hoeven ze echter niet alle 'bewust' ervaren te worden.

Traumatische herinneringen aan niet zelf meegemaakte schokkende gebeurtenissen

Het is bekend dat narratieve herinneringen een goeddeels reconstructief karakter hebben (vgl. Bartlett, 1932; Dwork, 1991; Janet, 1928) en zeker niet te vergelijken zijn met (bijv.) videoregistraties die wanneer ze afgedraaid worden, onveranderlijk dezelfde beelden te zien geven. (Waarom het geheugen niet als een videorecorder werkt wordt goed uitgelegd door Loftus, 1993.) Een aandoenlijk voorbeeld hiervan wordt gegeven door Nico Scheepmaker (1979) in zijn boekje *Het Zweedse wittebrood*. Hij inventariseerde een groot aantal, vaak ontroerende, herinneringen van ooggetuigen aan de voedsel-‘droppings’ boven Nederland aan het eind van de Tweede Wereldoorlog. Vele ooggetuigen meenden zelf waargenomen te hebben hoe, tegelijk met de bevrijding, knapperig gebakken verse wittebroden ‘smakend als cake’ als manna uit de hemel vielen. Het Zweeds wittebrood kwam echter vóór de bevrijding, na 28 januari 1945; het kwam niet uit de lucht, maar per schip, en wel in de vorm van meel en margarine. Dat de ooggetuigen te goeder trouw waren spreekt vanzelf, en een ‘kern van waarheid’ bevat hun verslag zeker, en dat zij de *emplotment* ‘romance’ kozen zal duidelijk zijn.

Sommige onderzoekers (Brown, 1995; Janet, 1928; Van der Kolk & Van der Hart, 1991a,b) menen dat traumatische herinneringen als gevolg van een andere wijze van verwerking door het geheugen minder gevoelig voor vertekening en reconstructie zouden zijn dan narratieve herinneringen. Hoewel het inderdaad waarschijnlijk is dat traumatische herinneringen anders verwerkt worden dan ‘gewone’ (Van der Kolk, 1994), en het ons verbaast hoe gedetailleerd en compleet deze herinneringen gerapporteerd worden, hebben wij geen reden om aan te nemen dat zij wat accuratesse of validiteit betreft altijd superieur zouden zijn aan narratieve herinneringen.

Enkele voorbeelden: Een veertigjarige vrouw wordt al jaren geplaagd door nachtmerries over haar verblijf in een concentratiekamp, waar zij de ergste martelingen ondergaat. Bron van deze traumatische herinnering: de indringende verhalen die haar moeder, zelf kampslachtoffer in de Tweede Wereldoorlog, haar dochter als kind over het leven in de kampen vertelde. Een jongeman, Dennis, wordt ‘s nachts gillend wakker ‘omdat ik in m’n droom word vertrappt in mensenmassa’s. Ik word misselijk wakker met de geur van verschroeid mensenvlees in mijn neus.’ Bron: te indringende verhalen van Dennis’ grootvader over diens leven in Auschwitz (Van Es, 1995). Een 45-jarige vrouw rapporteert met grote regelmaat seksueel belaagd te worden door monsterlijk uitziende beesten, die haar in helder Nederlands onder meer voor ‘hoer’ uitmaken. Ook ziet zij haar overleden vader in de kamer, die haar, met de gulp open, toeroept: ‘Je wilt het zelf! Je wilt het zelf!’ Soms is de kamer helemaal gevuld met beesten en kan zij zich niet meer verroeren. Bij deze patiënte hielp het wanneer de therapeut de beesten en de vader ‘meenam’ naar zijn eigen huis. Later lukte het de therapeut zichzelf in haar nachtmerries te laten optreden om haar te beschermen tegen de beesten. In haar dromen werd zij een klein meisje dat als ze bang werd bij de therapeut mocht zitten om sommen te maken en te leren schrijven. Deze patiënte werd naar alle waarschijnlijkheid seksueel misbruikt door haar vader, ten minste van haar derde tot dertiende jaar – toen vader overleed. Hoewel haar moeder en zusters hiervan geweten moeten hebben – haar zusters herinneren zich dat hun verboden werd zich alleen met vader in een ruimte op te houden – worden de herinneringen aan seksueel misbruik door haar moeder integraal van de hand gewezen.

Deze voorbeelden maken duidelijk dat men door traumatische herinneringen geplaagd kan worden, waarvan eenvoudig aangetoond kan worden dat zij niet op werkelijk eigen ervaringen berusten. Dit geldt zeker voor de eerste twee voorbeelden; dit geldt ten dele voor het derde voorbeeld, een patiënte met DIS, waarin reële herinneringen en hallucinaties door elkaar lopen. Dit brengt ons op de vraag door welke soort psychopathologie de ernstiger beschadigde patiënten – die met DIS – gekenmerkt worden. Zoals Brown (1995) zegt: ‘Het klinisch trauma wordt gedefinieerd in termen van psychopathologische symptomen (...)’ – helaas zonder te vermelden welke symptomen dit zijn.

MPS en het psychiatrisch onderzoek

Wanneer we het klassieke psychiatrische onderzoek gebruiken, vinden we, speciaal bij patiënten met MPS, een opmerkelijke hoeveelheid psychiatrische symptomen. Het beeld dat de FMSF tracht te schetsen van het quasi-slachtoffer van seksueel misbruik – een goed opgeleide jonge vrouw die af en toe een vreetbui heeft of soms onbestemde treurigheid ervaart – komt niet met het beeld van de patiënten die wij kennen overeen. Om dit te illustreren volgen we het psychiatrisch onderzoek zoals beschreven door Vandereycken (1994).

- a *Lichaamshouding, beweging en mimiek.* De lichaamshouding wordt bij nogal wat patiënten beïnvloed door de pijn die zij ervaren, bijvoorbeeld in de onderbuik. Zo is ons een patiënte bekend die het maar even kan volhouden om op een stoel of bank te zitten en al snel op de grond plaatsneemt: dan heeft zij het minste last van de pijn. De zogenaamde conversiestoornissen – in de ICD-10 (WHO, 1992) naar onze mening terecht als dissociatieve stoornissen geclassificeerd – worden *uiteraard* gekenmerkt door stoornissen in houding, beweging en mimiek. Ook deze stoornissen worden regelmatig gevonden bij patiënten met een DIS.
- b *Spraak.* De diverse ‘alters’ bedienen zich van eigen manieren van spreken en beschikken vaak over een eigen idioom. Deze privé-kenmerken van de ‘alters’ zijn overigens lang niet altijd consistent met de leeftijd die zij menen te hebben. Eén van onze patiënten heeft een ‘alter’ die meent drie jaar te zijn, maar ze beschikt over de verbale uitingsmogelijkheden van een volwassene; bovendien kan zij vrijwel foutloos schrijven. Zelf meent deze ‘alter’ in de loop der jaren veel te hebben bijgeleerd.
- c *Bewustzijn.* Het bewustzijn van patiënten met een DIS is weliswaar vaak verlaagd en/of vernauwd, maar ook bij helder bewustzijn kunnen zich hallucinaties voordoen. De vuistregel ‘bij schizofrenie zijn er hallucinaties bij helder bewustzijn, bij “hysterie” is het bewustzijn tijdens hallucinaties verlaagd’ gaat niet op.
- d *Oriëntatiestoornissen* doen zich vaak voor bij patiënten met DIS. De volwassen patiënte meent bijvoorbeeld weer in het ouderlijk huis te zijn, waar zij misbruikt werd. Zij weet dan ook dat haar kalenderleeftijd niet. Wanneer de therapeut haar vraagt hoe oud zij is, krijgt hij vaak verwarde antwoorden, maar de leeftijd die de patiënte zichzelf toedenkt is altijd veel lager dan de kalenderleeftijd. Het wonderlijke is dat tijdens deze bewustzijns- en oriëntatiestoornissen de patiënt meestal goed blijkt te weten wie de therapeut is en wat diens functie is. Dat bij bewustzijnsstoornissen goed neurologisch onderzoek gedaan moet worden voordat tot de diagnose DIS besloten wordt, spreekt voor zichzelf (maar ’t gebeurt lang niet altijd).

- e *Zelfbeleving*. Deze is per definitie gestoord, wanneer men tenminste aanneemt dat een mens maar één 'zelf' heeft of behoort te hebben.
- f *Lichaamsbeleving*. Ook deze kan gestoord zijn. Denk bijvoorbeeld aan de patiënt die als kind gedwongen werd tot seksueel contact met een dier en nu meent dat zij langzamerhand zelf in dit dier zal veranderen.
- g *Waarneming*. Hallucinaties in alle zintuigmodaliteiten komen voor, onder andere stemmen binnen of buiten het hoofd die het gedrag van de patiënt van (negatief) commentaar voorzien. Deze hallucinaties vertonen grote gelijkens met de akoestische hallucinaties van patiënten met schizofrenie, zij het dat zij bij patiënten met DIS eerder optreden – vaak zijn ze er van jongsaf aan – en dat bepaalde stemmen van patiënten met MPS zich gemakkelijk als 'dader–alters' laten interpreteren, waar zij niet ophouden het gedrag van de daders te rechtvaardigen en dat van de patiënt te diskwalificeren. Visuele hallucinaties – waarbij vaak daders 'in actie' worden waargenomen, soms ook combinaties van daders die elkaar in werkelijkheid niet gekend *kunnen* hebben – komen voor, alsook smaak-, reuk- en gevoelshallucinaties – nooit aangenaam van aard en doorgaans direct gerelateerd aan de mishandeling. Soms zijn er visuele hallucinaties van dieren – zie boven. Soms hebben deze hallucinaties een 'alsof'–karakter en/of blijven zij beperkt tot perioden waarin ook een verlaging of vernauwing van het bewustzijn optreedt. Het kan dan helpen de patiënten naar het 'hier–en–nu' terug te leiden. Wanneer de patiënte overtuigd is van het werkelijkheidsgehalte van haar onjuiste waarnemingen en het bewustzijn is helder, dan bieden neuroleptica soms enig soelaas.
- h *Denken en geheugen*. Geheugenstoornissen zijn per definitie inherent aan DIS. Maar ook het denken kan wat inhoud betreft een waanachtig karakter hebben. Denk bijvoorbeeld aan de patiënte die ervan overtuigd was dat zij op enig tijdstip in een dier zou veranderen – een overtuiging die na enig onderzoek te herleiden viel tot bedreigingen van de daders toen patiënt een kleuter was. Het lijkt dat de inhoudelijke denkstoornissen van deze patiënten alsook die van hun 'alters' verband houden met de cognitieve stijl die behoort bij de leeftijd waarop zij misbruikt of mishandeld werden. Zo kan de overtuiging van een patiënte dat zij 'ooit' een dier zal worden, toegeschreven worden aan het letterlijk nemen van wat de daders haar als kleuter hadden toegevoegd (vgl. Fraiberg, 1980). Zowel de 'hoofdpersoon' als de 'alters' lijken er in de loop van de tijd niet in geslaagd te zijn het onlogische van dergelijke intimidaties te onderkennen. Wij hebben niet waargenomen dat toediening van antipsychotische medicatie aan deze denkstoornissen veel vermocht te wijzigen; hoogstens nam de angst af. Cognitieve therapie lijkt hier meer op haar plaats.
- i *Gevoelen en verlangen*. Depressies in engere zin, al of niet met vitale kenmerken, komen naar onze ervaring vaak voor bij patiënten met DIS. Uiten deze patiënten dan ook nog waanachtige denkbeelden met een catastrofale inhoud, bijvoorbeeld over de eigen schuld aan de huidige toestand, dan ligt het voor de hand aan een depressie met psychotische kenmerken (ofwel: een melancholie) te denken. Antidepressiva, zowel de klassieke als de moderne, alsook lithium hebben hun nut bewezen bij patiënten met DIS: de stemming verbetert, de slaapstoornis vermindert, de eetlust neemt toe – maar de kenmerkende symptomen blijven. Dit neemt niet weg dat wanneer zich een depressie in engere zin aandient deze ook adequaat behandeld moet worden. (Wat baat het de patiënt om er nog een ernstige stoornis bij te hebben?) Paniek treedt vaak op en moet dan met angstdempende middelen – waaronder serotonine–heropname–remmers – bestreden worden, zonder dat

overigens de stoornis zelf hiermee beïnvloed wordt. Het is in het licht van bovenstaande geen wonder dat patiënten met DIS vaak grootverbruikers zijn van benzodiazepines, hypnotica en antidepressiva, en dat klinici hun allerhande diagnoses toeschrijven, van 'borderline' tot 'schizofrenie' of 'depressie in engere zin'.

De drang de patiënt met DIS in een andere diagnostische categorie onder te brengen is begrijpelijk maar heeft geen succes. (Dit ligt niet alleen aan deze drang. De DSM-IV-criteria voor de DIS zijn gewoon te mager.) De slotsom dat deze patiënten deze stoornissen vertonen als gevolg van het ingrijpen van opdringerige (hypno)therapeuten moet als prematuur afgewezen worden, want er is wel anekdotisch materiaal over het opdringen van symptomen door therapeuten, maar een mooi, verantwoord onderzoek naar dit verschijnsel is er, ondanks de schijn van het tegendeel, *niet* (Brown, 1995).

De betekenis van suggestie en suggestibiliteit

'Suggestie' wordt door sceptici vaak verantwoordelijk gesteld voor een rijke productie aan traumatische herinneringen bij de patiënt. Volgens Brown (1995) klopt dit niet. (Wij vroegen onszelf ook al af waarom *positieve* suggesties, door ons gegeven, vaak zo krachteloos blijken.) Naar zijn mening is de *suggestibiliteit* of *hypnotiseerbaarheid* van de patiënt verantwoordelijk voor het creëren van pseudo-herinneringen, los van de vraag of deze suggestibiliteit met of zonder formele hypnose gemobiliseerd wordt. Brown veronderstelt zelfs dat therapeuten die geen hypnose gebruiken meer risico lopen de patiënt herinneringen en symptomen op te dringen dan hypnotherapeuten, omdat de laatsten tenminste geacht worden de gevaren van suggestie te onderkennen. Eerlijk gezegd zien wij de laatste redenering meer als een spitsvondigheid, maar zij kan toch haar nut hebben bij het analyseren van de redenen waarom sommige mensen zo gemakkelijk pseudo-traumatische herinneringen produceren of zo kritiekloos misdaden bekennen die zij onmogelijk gepleegd kunnen hebben (Vgl. het onderzoek naar de 'fantasy-prone' persoonlijkheid; zie bijv. Wilson & Barber). Bij weinig suggestibele of moeilijk hypnotiseerbare personen is het niet goed mogelijk pseudo-herinneringen aan te brengen.

De betekenis van onzekerheid en de wijze van ondervragen

Brown (1995) maakt aannemelijk dat suggestibele mensen die zich eigenlijk niet goed herinneren wat er gebeurd is, een grotere kans maken op het creëren van pseudo-herinneringen dan weinig suggestibele personen die vrij zeker zijn van hun zaak. De kans op het ontstaan van pseudo-herinneringen is volgens hem het grootst wanneer de ondervraagde:

- a suggestibel is;
- b onzeker over zijn herinneringen;
- c en ondervraagd wordt onder grote druk. Wanneer moet er van grote druk gesproken worden? Volgens Gudjohnsson (1992) is dit het geval wanneer (onder andere):
 - de ondervraging in afzondering plaatsvindt, dus zonder de mogelijkheid om zich op een ander dan de ondervrager te oriënteren;
 - de context het karakter heeft van 'wederzijds vertrouwen';

- de ondervrager of interviewer duidelijke verwachtingen heeft over wat de juiste antwoorden op zijn vragen zijn;
- de geïnterviewde niet goed weet wat er precies is voorgevallen;
- de interviewer enthousiast of teleurgesteld reageert op de antwoorden;
- de vragen een sterk sturend karakter hebben;
- er een sterke druk op de geïnterviewde staat (bijv. wanneer deze verdacht wordt van een ernstig misdrijf).

Gudjohnsson (1992) deed zijn onderzoek naar dergelijke factoren in een forensisch kader. Helaas is het daarbuiten niet toegepast, maar sommige lezers zullen zo al wel herkennen dat sommige vormen van psychotherapie een opmerkelijke gelijkenis vertonen met de door Gudjohnsson beschreven situatie (vgl. ter lering en vermaak Van der Velden, 1989).

Aanbevelingen

Onze aanbevelingen zijn goed bedoeld, maar zij zijn hier en daar ook naïef. Dit is speciaal het geval bij aanbevelingen die tot doel hebben ‘neutraliteit’ bij de therapeut te bevorderen. In werkelijkheid heeft de therapeut zijn verbale en non-verbale reacties op de uitingen van de patiënt natuurlijk maar zeer ten dele onder controle, en is het goed mogelijk dat de therapeut meent ‘neutraal’ gereageerd te hebben op het woord incest, terwijl de patiënt toch een tevreden glinstering in zijn ogen waarnam, of juist een teleurgestelde blik.

- Verricht een degelijk psychiatrisch diagnostisch onderzoek (zie Steinberg, 1995; Vandereycken, 1994). Wanneer hieruit naar voren komt dat de patiënt slechts enkele klachten heeft, zoals boulimie of een fobie, dan is het niet waarschijnlijk dat uw patiënt seksueel of anderszins mishandeld is.
- Behandel de stoornis(sen) die u na zorgvuldig onderzoek heeft vastgesteld, niet de stoornissen die u eventueel vermoedt.
- Wanneer u aanwijzingen vindt voor seksuele en fysieke mishandeling, hetzij doordat de patiënt ze rapporteert, hetzij door het klachtenpatroon, onderzoek dan tevens de suggestibiliteit van de patiënt.
- Maak bij suggestibele patiënten met amnesie geen gebruik van hypnose om ‘de waarheid’ te achterhalen.
- Vermijd bekrachtiging van uitingen van de patiënt met amnesie die op vroeg misbruik wijzen. Vermijd evenzeer bekrachtiging wanneer de patiënt aangeeft dat er vermoedelijk geen misbruik heeft plaatsgevonden. U moet voorkomen dat de patiënt bij u in een goed blaadje komt te staan, wanneer hij of zij aangeeft wel of niet het slachtoffer van misbruik te zijn.
- Vermijd sturende, gesloten vragen. Stel uw vragen zo dat de patiënt de vrijheid heeft te antwoorden wat hij wil.
- Leg de patiënt uit dat hypnose geen ‘waarheidsserum’ is (vgl. Lynn & Nash, 1994).
- Wanneer de patiënt niet goed weet wat hij moet zeggen – binnen of buiten hypnose – neem deze onzekerheid dan niet met suggesties weg.
- Maak geen haast met het trekken van conclusies over het zich wel of niet voorgedaan hebben van seksuele en andere mishandeling.
- Breng het ‘objectieve,’ psychologische en narratieve verleden in kaart. Accepteer daarbij de ‘emplotment’ van de patiënt (Dwork, 1991) en dring niet de uwe op. (Wel

is het soms mogelijk in de loop van de behandeling samen met de patiënt van een ‘tragedie’ een ‘satire’ te maken.)

- Registreer de informatie die afkomstig is uit andere primaire bronnen.
- Moedig de patiënt niet aan gerechtelijke stappen te ondernemen. Waarschuw de patiënt tegen de risico's hiervan wanneer er onvoldoende juridisch bewijs is.
- Moedig de patiënt niet aan met de daders te praten wanneer dezen zich schuldig gemaakt hebben aan sadistische praktijken en dus vrijwel zeker zullen ontkennen.
- Gun de patiënt vermijding, want niet-succesvolle exposure aan ‘triggers’ leidt slechts tot herbeleving en dus hertraumatisering.
- Houd steeds rekening met de feilbaarheid van het geheugen van de patiënt en dat van uzelf.
- Wanneer de therapeuten twifelen aan het waarheidsgehalte van de mededelingen van de patiënt over seksueel misbruik en mishandeling, is het verstandiger de patiënt te vertrouwen dan dit na te laten. Blijkt de patiënt in werkelijkheid niet misbruikt of mishandeld te zijn, dan heeft de therapeut een kleine fout gemaakt door haar te vertrouwen. Blijkt de patiënt wel misbruikt en mishandeld, dan is het goed haar van meet af aan vertrouwd te hebben.

Abstract

A distinction is made here between memories of traumatic events and traumatic memories. The former are memories that have become part of the autobiographic or ‘narrative’ memory whereas, in the case of the latter, this has not happened. In patients with traumatic memories are found not only the recognised symptoms of post-traumatic stress disorder (particularly in patients with a dissociative identity disorder), but also consciousness disorders, orientation and memory disorders, hallucinations, disorders and, delusions-like disorders and major depressive episodes. It is important for patients who in their childhood have been subjected to ongoing and severe maltreatment – often sexual abuse – without this ever having been legally proved, to be ‘believed’ by the therapist. This does not mean, however, that the therapist should take the patient’s memory to be infallible. A series of recommendations is made to therapists to prevent their imposing traumatic memories of factitious disorders on the patient. The most important of these are: try to determine the suggestibility of the patient, always avoid asking leading questions, accept a lack of clarity about facts or circumstances and ensure that the patient does not come to feel that he is finding favour by recounting traumatic memories.

Noot

- 1 De DIS is de benaming die in DSM-IV gegeven wordt aan de aandoening die in DSM-III nog meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) werd genoemd.

Referenties

- Albach, F. (1993). *Freud's verleidingstheorie: Incest, trauma en hysterie*. Middelburg: Petra.
- Archibald, H.C., & Tuddenham, R.D. (1965). Persistent stress reactions after combat. *Archives of General Psychiatry*, 12, 475–481.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Bagley, C., & McDonald, M. (1984). Adult mental health sequels of child sexual abuse, psychological abuse and neglect in maternally separated children. *Canadian Journal of Community Mental Health, 1*, 15–26.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry, 150*, 489–494.
- Breuer, J., & Freud, S. (1995). On the psychological mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication. In: J. Strachey (red. & vert.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1–181). Londen: Hogarth. (Oorspronkelijke uitgave: 1893/95).
- Briere, J., & Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 21–32.
- Brown, D.P. (1985). Pseudomemories, the standard of science and the standard of care in trauma treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis, 37*, 25–31.
- Coons, P.M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 461–464.
- Coons, P.M., & Milstein, V. (1992). Psychogenic amnesia: A clinical investigation of 23 cases. *Dissociation, 5*, 73–79.
- Crombag, H.F.M., Koppen, P.J. van, & Wagenaar, W.A. (1992). *Dubieuze zaken: de psychologie van strafrechtelijk bewijs*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.
- Della Femina, D., Yeager, C., & Lewis, D.O. (1990). Child abuse: Adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse & Neglect, 14*, 227–231.
- Donaldson, M., & Gardner, R. (1985). Diagnosis and treatment of traumatic stress among women after childhood incest. In: C. Figley (red.), *Trauma and its wake* (vol. 1) (356–377). New York: Brunner/Mazel.
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd: gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten* (academisch proefschrift). Amsterdam: SUA.
- Dwork, D. (1991). *Children with a star: Jewish youth in Nazi Europe*. New Haven/Londen: Yale University Press.
- Es, G. van (1995). 'Bij mij thuis werd alleen maar over het kamp gepraat.' *NRC /Handelsblad*, 26 januari.
- Feldman-Summers, S., & Pope, K. (1994). The experience of 'forgetting' child abuse: A national survey of psychologists. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 62*, 636–639.
- Fraiberg, S.H. (1980). *De magische wereld van het kind* (11e druk). Haarlem: Paul Brand.
- Gelinas, D.J. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry, 46*, 312–332.
- Goldfield, A.E., Mollica, R.F., Pesavento, B.H. et al. (1988). The psychological and psychological sequelae of torture: Symptomatology and diagnosis. *Journal of the American Medical Association, 259*, 2725–2729.
- Grinker, R.R., & Spiegel, J.P. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston; Londen: J. & A. Churchill.
- Gudjonsson, G.H. (1992). *The psychology of interrogations, confessions and testimony*. New York: Wiley.
- Gudjonsson, G.H., Petursson, H., Skulasson, S., & Sigurdardottir, H. (1989). Psychiatric evidence: A study of psychological issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80*, 165–169.
- Hart, O. van der (1993). *Trauma, dissociatie en persoonlijkheid; à la recherche du temps perdu*. Lisse: Swetz & Zeitlinger.
- 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, Boon, S., Friedman, M., & Mierop, V. (1992). De reactivering van traumatische herinneringen. *Directieve therapie, 12*, 12–55.
- Hart, O. van der, & Steele, K. (1994). *Time distortion phenomena in MPD: Concepts and treatment*. (Paper presented at the 11th International Conference on Dissociative States, Chicago, 3 november.)
- Hendin, H., Pollinger Haas, A., Singer, P., Houghton, W., Schwartz, M.F., & Wallen, V. (1985). The reliving experience in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorders. In: W.E. Kelly (red.), *Post-traumatic stress disorder and the war veteran patient* (pp. 72–84). New York: Brunner/ Mazel.
- Herman, J.L., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology, 4*, 1–14.

- Jaffe, R. (1968). Dissociative phenomena in former concentration camp inmates. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 310–312.
- Janet, P. (1904). L'Amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417–453. Ook in: P. Janet (1911), *L'Etat mental des hystériques*, (2e uitgebr. druk) (pp. 506–544). Parijs: Félix Alcan. Herdruk: Lafitte Reprints. Marseille, 1983.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Parijs: Félix Alcan.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 vol.). Parijs: Félix Alcan. Heruitgave: Société Pierre Janet, Parijs, 1986. Engelse uitgave: *Psychological healing* (2 vol.). New York: MacMillan, 1925. Heruitgave: Arno Press, New York, 1976.
- Janet, P. (1928). *L'Evolution de la mémoire et de la notion du temps*. Parijs: A. Chahine.
- Kalman, G. (1977). On combat neurosis: Psychiatric experience during the recent Middle East war. *International Journal of Social Psychiatry*, 23, 195–203.
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Paul Hoeber.
- Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., & Hoyt, I. (1993). Dissociative disorders. In: P.B. Sutker & H.E. Adams (red.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 203–234). New York: Plenum Press.
- Kluft, R.P. (1995). An overview of the treatment of patients alleging that they have suffered ritualized or sadistic abuse. In: G.A. Fraser (red.), *The phenomenon of ritualized abuse*. Washington, DC: American Psychiatric Press. In druk.
- Kolk, B.A. van der (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253–265.
- Kolk, B.A. van der, & Hart, O. van der (1991a). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425–454.
- Kolk, B.A. van der, & Hart, O. van der (1991b). Het binnendringend verleden: De flexibiliteit van het geheugen en de inprenting van trauma's. *ICODO-INFOR*, 8, 4–24.
- Loewenstein, R.J. (1991). Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review. In: A Tasman & S.M. Goldfinger (red.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10) (pp. 189–221). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518–537.
- Loftus, E.F., Polonsky, S., & Fullilove, M.T. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Woman Quarterly*, 18, 67–84.
- Lynn, S.J., & Nash, M.R. (1994). Truth in memory: Ramifications for psychotherapy and hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 194–208.
- Merkelbach, H., & Wessel, I. (1994). Recovered memories. *De Psycholoog*, 29, 85–90.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914–18*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Niederland, W.G. (1968). Clinical observations on the 'survivor syndrome.' *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 313–315.
- Ofshe, R., & Waters, E. (1993). Making monsters. *Society*, maart/april, 4–16.
- Olio, K.A. (1989). Memory retrieval in the treatment of adult survivors of sexual abuse. *Transactional Analysis Journal*, 19, 93–100.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., & Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore: Wilkins. (Geciteerd door Della Femina et al., 1990).
- Ross, C.A., Norton, G.R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413–418.
- Russell, D.E.H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Scheepmaker, N. (1979). *Het Zweedse wittebrood*. Baarn: Erven Thomas Rap.
- Schacter, D.L. (1986). Amnesia and crime: How much do we know? *American Psychologist*, 41, 286–295.
- Schwartz, M. (1994). *Memories of previously forgotten childhood sexual abuse: A descriptive study*. Ongepubliceerd manuscript. (Geciteerd door Brown, 1995.)
- Solomon, Z., Garb, R., Bleich, A., & Grupper, D. (1987). Reactivation of combat-related post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 51–55.
- Sonnenberg, S.M., Blank, A.S., & Talbott, J.A. (1985). *The trauma of war: Stress and recovery in Vietnam veterans*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Taylor, P.J., & Kopelman, M.D. (1984). Amnesia for criminal offenses. *Psychological Medicine*, 14, 581–588.

- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.
- Vandereycken, W. (1994). Psychopathologie: van diagnostiek tot therapie. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, deel 1* (2e druk) (pp. 3–51). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vardi, D.J. (1994). *Memory in women who were raped as adults of sexually molested as children*. Unpublished doctoral dissertation. New York: New York University.
- Velden, K. van der (1989). De les van Charcot. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 3* (pp. 417–432). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wagenaar, W.A. (1995). De therapeut kan en moet de waarheid niet vaststellen. *Directieve therapie*, 15, 138–147.
- Wagenaar, W.A., & Groeneweg, J. (1990). The memory of concentration camp survivors. *Applied Cognitive Psychology*, 4, 77–87.
- Watkins, J.G. (1949). *Hypnotherapy of war neurosis*. New York: Ronald Press.
- Wessel, I., Rijsoort, M. van, Merckelbach, H., & Arntz, A. (1995). Verklaringsmodellen voor psychogene amnesie bij posttraumatische stress–stoornis. *Directieve therapie*, 15, 52–66.
- White, H. (1973). *Metahistory: The historical imagination in nineteenth century Europe*. Baltimore: John Hopkins University Press. (Geciteerd door Dwork, 1991).
- White, H. (1987). *The content of form*. Baltimore: John Hopkins University Press. (Geciteerd door Dwork, 1991)
- Williams, L.M. (1992). Adult memories of childhood abuse: Preliminary findings from a longitudinal study. *The Advisor*, 5, 19–21.
- Williams, L.M. (1993). *Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse* (Paper present at the Annual Meeting of the American Society of Criminology, Phoenix, Arizona, October 27, 1993).
- Wilson, S.C., Barber, T.X. (1982). The fantasy–prone personality: implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. *Psychological Research*, september.