



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

Tocht door de psychotherapeutische wildernis: een casus over MPS en iatrogenese

Hans Crombag en Harald Merckelbach*

Samenvatting

Dit is het verhaal van een jonge vrouw, Diane¹, en de dwaaltocht die zij in 1994 en 1995 maakte door de psychiatrie. In 1993, vijftien jaar oud, meldt zij zich met psychische klachten, waarover straks meer, bij haar huisarts. Die verwijst haar door naar de RIAGG, waar men haar weer doorstuurt naar het psychiatrisch centrum De Ruyghorst². Daar wordt zij, enige tijd na opname, gediagnosticeerd als lijdend aan een meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) of, zoals men sinds kort zegt, een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Aldus gediagnosticeerd gaat het met Diane van kwaad tot erger. Hoe dat zo kwam wordt hierna beschreven. Na een verblijf van ruim negen maanden in De Ruyghorst weten haar therapeuten ten slotte geen raad meer met haar. Zij wordt uit de inrichting ontslagen, maar blijft nog een jaar in ambulante behandeling bij diezelfde therapeuten. Dan breekt zij plotseling met haar therapeuten en slaagt er vervolgens binnen verrassend korte tijd in om de symptomen van de haar toegedichte psychische stoornis achter zich te laten en haar normale leven te hervatten.

Inleiding: Over het nut van gevalsstudies in het algemeen en deze in het bijzonder

Het verhaal dat volgt is een gevalsstudie. Waarom wij deze casus uit de doeken doen en wat wij daarmee willen aantonen, behoeft om te beginnen enige uitleg.

Ons standpunt luidt dat het niet onmogelijk en zelfs waarschijnlijk is dat de meervoudige persoonlijkheidsstoornis langs iatrogene weg veroorzaakt wordt. Dat standpunt moet naar ons oordeel op zijn minst serieus worden genomen. Wij hebben ons al eerder in die zin uitgelaten (Crombag & Merckelbach, 1996; Merckelbach, Crombag & Ten Broeke, 1996; Merckelbach & Crombag, 1997). De diagnostische criteria voor MPS zijn dermate onduidelijk en poly-interpretabel, dat ernstig rekening moet worden gehouden met iatrogene creatie van het syndroom. Het kan, met andere woorden, niet worden uitgesloten dat MPS een vorm is die een patiënt, met hulp en op aanwijzingen van therapeuten, media en/of medepatiënten, leert geven aan op zichzelf reële psychische klachten, een vorm die deze klachten eerder verergert dan verhelpt. Tevens bekritiseerden wij de stelligheid waarmee sommige deskundigen beweren dat de oorzaken van MPS te vinden zijn in seksuele trauma's uit de vroege jeugd.

Onze sceptische houding ten aanzien van MPS baseerden wij niet op gevalsstudies als die van Diane, maar op de epidemiologische literatuur (o.a. North, Ryall, Ricci & Wetzell,

* DR. H.F.M. CROMBAG is als hoogleraar Rechtspsychologie verbonden aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Maastricht.

DR. H.L.G.J. MERCKELBACH is als hoogleraar Psychologische functieleer verbonden aan de Faculteit Psychologie van de Universiteit Maastricht.

1993) en omvangrijk experimenteel onderzoek van vooral Spanos en medewerkers. Niet zo lang geleden vatte Spanos de resultaten van zijn vele studies nog eens samen in *Multiple identities & false memories* (Spanos, 1996). Met eenvoudige middelen slaagden Spanos en zijn collega's erin om normale proefpersonen de MPS-rol te leren spelen: 'The available experimental data indicate that multiple identities are social creations that can be elicited easily from many normal people and that are determined by the understandings that subjects develop about multiple identities from the information to which they are exposed' (p. 140).

Deze conclusie is niettemin controversieel. Zij wordt door therapeuten die zich in het diagnosticeren en behandelen van patiënten met MPS gespecialiseerd hebben, tegengesproken op grond van hun klinische ervaringen, dat wil zeggen gevallen die zij in hun praktijk tegenkomen (zie o.a. Boon & Van der Hart, 1994, en Draijer, Van der Hart & Boon, 1996).

Men zou onze beschrijving van het geval Diane kunnen zien als een poging om zulke klinici met hun eigen wapen, de gevalstudie, te bestrijden. Dat is ook zo. Maar dat betekent niet dat ook wij gevalstudies zien als concurrenten of zelfs plaatsvervangers van experimenteel onderzoek, zoals Ensink (1994, p. 149) leek te denken toen zij schreef dat 'als er discrepanties zijn tussen klinische observaties en resultaten van experimenteel onderzoek, (...) het voorbarig (is) de conclusie te trekken dat de klinische observaties wel niet zullen kloppen'. Dat vinden wij geenszins voorbarig: gevalstudies en 'klinische ervaring', die bestaat uit op een reeks van gevallen gebaseerde generalisaties, zijn bronnen van 'superstitious learning' (Blackman, 1974), waarbij toevallige associaties gemakkelijk worden aangezien voor causale verbanden. Gevalstudies zijn geen valide bron van gegeneraliseerde wetenschappelijke kennis. In het beste geval levert een gevalstudie een (bijdrage aan het) existentiebewijs voor een verschijnsel: 'Het is een keer voorgekomen dat...' (zie in dit verband Wagenaar & Schooler, 1997; maar ook Jansen & Merckelbach, 1988).

Moet de casus van Diane er dan voor dienen om aan te tonen, dat het 'een keer is voorgekomen' dat een patiënte met hulp van haar therapeuten in een korte tijdspanne een zeer groot aantal 'alters' ontwikkelde, die zij, nadat zij het contact met haar therapeuten verbrak, even snel weer kwijtraakte? Zelfs die bescheiden claim denken wij met behulp van het geval Diane niet te kunnen waarmaken. Anekdotische informatie is door haar aard nu eenmaal vaak ondergespecificeerd en daarom gemakkelijk te ontcrachten.

Waarom presenteren wij dan toch deze casus? Wij doen dat omdat wij dit geval uitzonderlijk goed kunnen documenteren: wij kunnen ons bij onze beschrijving niet alleen baseren op retrospectieve, zowel mondelinge als op schrift gestelde, verslagen van wat Diane overkomen is, maar ook op het door haar diagnostici en therapeuten samengestelde dossier en op de door haar tijdens de behandeling geschreven dagboeken, waarin zij bijna dagelijks en dikwijls meermalen per dag schreef. Wij weten uit de eerste hand wat haar overkwam en wel op het moment dat zij zelf nog heilig in haar illusies geloofde. Onze beschrijving kan dienen om aan wat wij uit gecontroleerd onderzoek (denken te) weten, levensechtheid en dramatiek te geven. Ons doel is derhalve slechts levendig te illustreren wat wij uit andere bron al menen te weten.

De voorgeschiedenis

Diane maakt deel uit van een uitzonderlijk vroom protestants gezin, dat behalve uit haar zelf en haar ouders bestaat uit haar drie jaar oudere broer Peter³ en haar twee jaar jongere broer Charlie⁴. Haar jongste broer is sinds zijn geboorte zwakbegaafd.

Wanneer Diane in de puberteit komt, ontstaan er problemen. Zij ervaart een toenemende spanning tussen het wel zeer ingetogen gedrag dat haar milieu van haar eist en de tegendraadse en opstandige gedachten die zij in toenemende mate koestert, maar zorgvuldig voor zich houdt. Een incident kan dit verduidelijken. Op zekere dag krijgt zij ruzie met haar oudere broer over welk televisieprogramma men zal bekijken. Die ruzie loopt zo uit de hand dat haar broer haar op zeker moment slaat en daarbij haar neus breekt. Diane is dan ruim dertien jaar oud. Zij is razend over het gebeurde. Maar van haar wordt geëist dat zij haar broer stante pede vergeeft, zoals een vroom christen betaamt. 'Diezelfde avond heb ik hem vergeven', schrijft zij in haar dagboek. Maar die vergiffenis is louter uiterlijk vertoon: wanneer zij ons enkele jaren later over dit incident vertelt, is intense woede nog steeds van haar gezicht te lezen. Dit incident heeft bovendien nog een verderstrekkend gevolg, zoals zo dadelijk zal blijken.

Het incident speelde zich af in een gezin dat ook nog om een geheel andere en waarschijnlijk belangrijkere reden onder grote spanning stond. Toen Diane dertien jaar was werd zowel bij haar moeder als bij haar jongere broer een ongeneeslijke, congenitale spierziekte gediagnosticeerd. Die uitzichtloze diagnose is een schok voor het hele gezin en leidt tot grote beroering. Bij het verwerken daarvan ontvangt de familie geen enkele hulp. Bovendien weet Diane hoe het met haar moeder en broer zal aflopen: toen zij negen jaar was heeft zij haar grootmoeder thuis aan die ziekte zien sterven.

De bij haar moeder en broer gestelde diagnose leidt bij Diane tot diepe neerslachtigheid. In die stemming doet zij, wat zij noemt, 'een suïcidepoging' door twintig tabletten paracetamol tegelijk in te nemen. Het is niet helemaal duidelijk hoe serieus die suïcidepoging genomen moet worden. Om te beginnen is het onwaarschijnlijk dat twintig van zulke tabletten tot de dood leiden⁵. Bovendien vertelt zij de volgende ochtend aan haar moeder wat zij gedaan heeft, waarna moeder de huisarts te hulp roept. Dit incident vormt er de eerste aanwijzing voor dat Diane de ziekte van haar moeder en broer zwaar opneemt.

Er is echter meer. De door haar oudere broer gebroken neus maakt het enige tijd later nodig dat zij een kleine operatie ondergaat. Haar dokter vindt dat voordien met behulp van genetisch onderzoek moet worden vastgesteld of niet ook Diane de spierziekte in aanleg heeft. De uitslag van dit onderzoek laat enkele maanden op zich wachten, maanden die zij in martelende onzekerheid doorbrengt. Dat meldt zij achteraf, want haar gewoonlijk bijna dagelijks bijgehouden dagboek vertoont voor die periode een gat van enkele maanden. Als ten slotte de uitslag komt en blijkt dat Diane de spierziekte niet zal krijgen, voelt zij weliswaar grote opluchting, maar die slaat spoedig om in een intens schuldgevoel: waarom haar moeder en broertje wel en zij niet? 'Ik begon mezelf te haten', schrijft zij in een terugblik.

Rond die tijd doen zich ook de eerste tekenen voor van een eetstoornis. Zij is dan veertien jaar en ontwikkelt een obsessieve preoccupatie met haar lichaamsgewicht en

voedsel. Met een gewicht van ± 54 kg en een lengte van ± 170 cm is haar gewicht niet abnormaal (Body Mass Index, BMI = 18,7). Bijna een jaar later, als haar gewicht is gedaald tot 50 kg, zal dat wel het geval zijn, zij het niet in ernstige mate (BMI = 16,8).

Zij begint laxeerpillen te slikken, steeds meer, tot zij er een jaar later volgens haar dagboek rond honderd per week wil innemen. Maar lang voor dat aantal bereikt wordt, ontdekt haar moeder haar voorraad laxeerpillen en raadpleegt opnieuw de huisarts. Die verwijst Diane naar de RIAGG, waar zij een gesprek heeft met een psychiater. Diane probeert uit te leggen wat het probleem is: innerlijke verscheurdheid. Terwijl zij zich in het milieu van haar ouders ingetogen dient te gedragen en dat ook doet, leeft zij innerlijk in een uitbundige fantasiewereld, waar zij net zo losbandig en populair is als de zangeressen wier muziek zij op de altijd aanwezige 'walkman' beluistert. Terwijl zij volgens het geloof van haar ouders de ziekte van haar moeder en haar broer gelaten moet aanvaarden als de wil van God, voelt zij innerlijk een verzengende woede tegen de God die dit toelaat.

Als zij dit aan de psychiater probeert uit te leggen, krijgt zij de indruk dat die haar niet goed begrijpt en daarom haar probleem niet ernstig genoeg neemt. Men kan zich voorstellen dat de psychiater gedacht heeft dat haar klachten voor een meisje in de puberteit niet uitzonderlijk zijn. De psychiater heeft waarschijnlijk onderschat hoezeer Diane leed onder de ziekte van haar moeder en broertje. In een finale poging om de psychiater haar probleem uit te leggen, bedenkt Diane dan, geheel op eigen kracht, een fatale metafoor: 'Het is of er in mij twee Dianes zijn, Diane-1 en Diane-2. Diane-1 is gelovig, oppassend en meegaand, Diane-2 lichtzinnig, opstandig en vooral woedend' (dit is geen echt citaat, maar een parafrase van wat zij ons achteraf vertelde). Het is die metafoor, die de psychiater alarmeert: zij verwijst Diane naar het psychiatrisch centrum De Ruyghorst.

De eetstoornis

Haar eetprobleem is op dat moment al verergerd: niet alleen slikt zij met grote regelmaat laxeermiddelen en paracetamol, maar op gezette tijden heeft zij ook vreetbuien. Op 2 september '93 meldt zij bijvoorbeeld in haar dagboek 'twee moorkoppen, 250 gram Engelse drop, 200 gram tum-tum, twee Lions-repen en 200 gram vruchtenmix' achter elkaar verorberd te hebben. Zo'n vreetbui vervult haar met diepe neerslachtigheid en een intens schuldgevoel. In haar dagboek schrijft zij die avond: 'Ik wil dood, ik wil dood. Ik haat mezelf. Ik ben dik.' Zij neemt zich voor te gaan vermageren: 'Ik ga door tot 40 kg', een voornemen dat zij gelukkig zelfs niet bij benadering waarmaakt. Zij ontwikkelt een vast gedragspatroon: weerzin tegen haar vermeende overgewicht, vreetbuien, gevolgd door overmatig gebruik van laxeermiddelen en paracetamol, schuldgevoel en suïcidefantasieën.

De kennismaking met De Ruyghorst

Op 5 januari '94 vindt een eerste gesprek plaats tussen Diane en de psychotherapeuten van het psychiatrisch centrum De Ruyghorst. De RIAGG-psychiater is daarbij aanwezig. Men besluit Diane om te beginnen op te nemen voor observatie. Dat gebeurt op 15 februari '94. Van meet af aan vermoedt men dat Diane een langdurige behandeling zal

behoeven. Enige maanden later wordt zij dan ook geplaatst in een 'unit' voor langdurig te behandelen patiënten, waaronder nogal wat patiënten met een eetstoornis.

Spoedig na aankomst worden Diane de huisregels uitgelegd. Daartoe behoort de regel: 'Krassen en bonken zijn verboden'. Zij begrijpt die regel niet, omdat zij niet weet wat 'krassen' en 'bonken' is. Het duurt niet lang voor haar medepatiënten haar duidelijk hebben gemaakt dat met 'krassen' automutilatie bedoeld wordt, wat erop neerkomt dat je jezelf verwondt met een mesje van een puntenslijper, en dat 'bonken' staat voor met je hoofd tegen de muur slaan; zo blijkt uit haar dagboek op 18 februari. Het 'krassen' wordt haar zelfs door haar medepatiënten voorgedaan. Precies tien dagen na opname (op 25 februari), zo weten wij uit haar dagboek, begint Diane zelf met krassen, eerst af en toe en voorzichtig, maar daarna steeds vaker en driester. Op 2 maart schrijft zij: 'Ga zo weer krassen. Als straf voor mijn vreetbuien.' De (nimmer uitgevoerde) vermageringsplannen volgen elkaar daarna met grote regelmaat op. Zo ook de vreetbuien, gevolgd door krassen, het slikken van laxemiddelen en paracetamol. Het patroon wordt steeds radicaler.

De diagnose

De therapeuten van De Ruyghorst stellen zich de voor de hand liggende vraag wat er met deze patiënte aan de hand is. Een psycholoog en een psychiater belasten zich met het beantwoorden daarvan en bijna twee maanden na de opname (in april '94) rapporteren zij daarover. Dat de hypothese van een meervoudige persoonlijkheidsstoornis van meet af aan werd onderhouden – en dat haar behandelaars MPS voor een reëel syndroom houden – blijkt uit de rapportage van de psycholoog. Zijn conclusie is dat Diane daar niet aan lijdt. Wel constateert hij een zekere 'gespletenheid', die hij toeschrijft aan een 'loyaliteitsprobleem ten aanzien van de ziekte van haar moeder en haar broer'. Voorts constateert hij 'suïcidale kenmerken', een eetprobleem en automutilatie, maar laat bij dit laatste na te vermelden dat het gaat om een symptoom dat zich pas na haar opname gemanifesteerd heeft. Hij wijst bovendien op haar 'bovengemiddelde intelligentie.'

De psychiater diagnosticeert 'anorexia én boulimia', waarbij hij eraan voorbijgaat dat Diane's lichaamsgewicht voor anorexia niet laag genoeg is. Tevens signaleert hij 'hysterieforme angsttoestanden' die 'bijna psychotisch' zijn.

Inmiddels

Op het moment waarop de psycholoog en de psychiater de resultaten van hun diagnostisch onderzoek rapporteren, ongeveer twee maanden na haar opname, heeft de metafoor van de twee Dianes in haar eigen hoofd vaste vorm aangenomen. Op 4 maart schrijft zij: 'Ik hoor steeds een stem, die geeft beelden. (...) Ik moet mijn polsen doorsnijden...' En op 8 maart schrijft zij: 'Ik heb gezegd dat ik in m'n hoofd een ladekast heb met alles daarin wat erg, niet leuk, verdrietig, vervelend, dom (is), kortom alles waaraan ik niet denken wil, verleden en heden. Zij, Diane-2, hoort bij de ladekast, ze haalt er dingen uit en zegt die op momenten dat ik er kwetsbaar voor ben.'

Een dag later doet zij met behulp van 21 tabletten paracetamol een nieuwe 'suicidepoging', die haar in het ziekenhuis doet belanden. Daar wordt haar maag leeggepompt en de volgende dag mag zij het ziekenhuis al weer verlaten.

De dagboekcitataten in het voorgaande demonstreren dat Diane geverseerd is in zelfanalyse. Voor haar opname heeft zij dan ook al heel wat gelezen 'over eetstoornissen, dromen en stress', waarover zij boeken leende uit de bibliotheek. 'Ik zou niet meer weten welke boeken', liet zij ons veel later per brief weten. Maar ook De Ruyghorst blijkt een goede leerschool. Zo schrijft zij op 21 maart in haar dagboek: 'Hier leer ik veel over psychologie. Bepaalde dingen van anderen.'

De eerste tekenen

Op het moment waarop haar behandelaars nog concluderen dat Diane niet aan MPS lijdt, heeft zij in haar dagboek (23-3-'94) al ten minste één alter: 'Godverdomme, ga weg uit mijn hoofd. 't Is net alsof iemand anders in me zit. Dan bedoel ik een echt persoon.' De zaak is dan echter al veel gecompliceerder. Op 28-3-'94 legt zij in haar dagboek uit dat zij nu voor zichzelf vier werelden heeft gemaakt: 1 'de ik zoals men me ziet' en die 'probeert te presteren', 2 de Diane van 'mijn dagdromen', die de naam Melissa draagt, 3 'de kast' die alles bevat 'wat weggeduwd is door Diane', en 4 'de dingen die niet kloppen, de stem, de vreemde.' En zij vervolgt:

'Ik heb in principe twee kanten: een slechte en een goede. (...) M'n droomwereld hoort eigenlijk bij wereld 3 en 4. *Ik heb daar verschillende persoonlijkheden.* (...) Voor Diane zijn er drie namen: Melissa, Evi en Diane. (...) Diane (wereld 1?) is de basis, ze heeft veel pijn en nare dingen meegemaakt. Ze werd Evi en Melissa (wereld 2?) en dan komt alles goed. (...) Toch merk ik dat als problemen te moeilijk zijn, ik ze zelfs niet in deze wereld kan verwerken. Dan is er wereld 3 en 4, daar stop ik alles in. Dit is een gedeelte waarover ik zelfs nu niet kan praten of schrijven. *Miep⁶ zei tijdens het gesprek dat ik vast en zeker nog weinig had gezegd.* Eigenlijk is dat wel zo.'

De cursiveringen in dit citaat en de tussen haakjes geplaatste (verduidelijkende) woorden zijn door ons toegevoegd. Het citaat maakt twee dingen duidelijk. Ten eerste, terwijl de diagnose door haar behandelaars nog niet gesteld is, beschrijft Diane in haar dagboek al toonzuiver de MPS-rol. In de tweede plaats suggereert het citaat dat Diane die rol niet geheel op eigen kracht geleerd heeft, maar daarbij hulp heeft gekregen van ene Miep. Miep Rijziger⁷ is maatschappelijke werkster bij De Ruyghorst. Zij wordt Diane's belangrijkste therapeute nadat de diagnose MPS uiteindelijk is gesteld, maar had voordien al regelmatig contact met Diane. Daarbij is overigens niet duidelijk wat het doel van die eerste contacten was. Het citaat laat zien dat de therapeute in een vroeg stadium van mening is dat er veel meer achter Diane's problemen verborgen zit en dat Diane daarover tot nu toe nauwelijks iets heeft willen of kunnen vertellen.

Dat vermoeden van de therapeute wordt spoedig bevestigd. Op 11 april schrijft Diane: 'Ik ga zo (...) de verschillende personen oproepen in mij, dan laat ik ze in m'n dagboek schrijven. Ik ben benieuwd hoe het zal gaan.' Dat 'zo' blijkt pas de volgende dag (12 april) te zijn: dan schrijven (kennelijk) vier verschillende persoonlijkheden in vier verschillende kleuren en in vier verschillende handschriften allerlei verwensingen in

haar dagboek. Die handelwijze is eerder in de literatuur beschreven (Simpson, 1995) en vormt derhalve geen uitvinding van Diane. Dit alles speelt zich af nog voordat de diagnostici eind april tot de conclusie komen dat zij *geen* MPS heeft.

Speuren naar de oorzaak

MPS krijg je niet zomaar, zo heet het onder MPS-specialisten. MPS is een afweerreactie tegen een ernstig trauma uit de vroege jeugd, waarvan de patiënt geen weet heeft, want MPS is nu juist een manier om zulk een trauma te 'vergeten'. Eveneens nog voordat haar behandelaars tot de conclusie komen dat zij niet aan MPS lijdt, heeft Diane haar eerste 'flits' omtrent het trauma dat van haar ziekte de oorzaak zou kunnen zijn. Die krijgt zij na op 11 april naar een televisieprogramma over incest gekeken te hebben en houdt in: 'Ik vlucht voor een man die me steeds lastig valt en ik heb net m'n vriend en kind begraven. Ik zit ergens vreselijk mee, maar kan niet zeggen wat. Heb ik weggeduwd.' Diane kent blijkbaar de MPS-theorie, maar het is niet geheel duidelijk hoe zij aan die kennis is gekomen. In haar eerste herbeleving blijft de dader nog anoniem: zijn identiteit heeft ze 'verdrongen'. Dat er met het realiteitsgehalte van deze herbeleving iets mis is, blijkt eruit dat zij 'net (haar) vriend en kind begraven' zou hebben. Om ieder misverstand te voorkomen melden wij dat Diane nooit een kind gehad heeft.

Twee dagen later komt Diane met een nieuwe kandidaat voor de oorzaak van haar MPS. Vlak voor haar opname heeft zij met haar ouders een reis gemaakt en op de heenweg heeft zij in het vliegtuig een jongen ontmoet; een groot deel van de reis heeft zij naast hem gezeten. In een later geschreven terugblik meldt zij daarover: 'Die jongen in het vliegtuig, die heeft me ook gevingerd, (...) ik heb hem toen afgetrokken. Terwijl m'n ouders schuin achter ons zaten.' Dat daarvan echter geen sprake kan zijn, blijkt eruit dat zij op 15 april in haar dagboek schrijft: 'Ik ben nog nooit misbruikt, wel in m'n droomwereld.'

Inmiddels verslechtert haar toestand in hoog tempo. Zij krast en snijdt zo erg, dat zij enige tijd in 'de separeer' moet doorbrengen. Naar aanleiding daarvan noteert zij: 'Ik haat mezelf omdat *ik* gezond ben en *jij* die klote, domme, rot, te gek voor woorden spierziekte hebt' (accentuering in het origineel). Deze en talloze andere notities uit die periode laten zien dat Diane nog steeds zeer bezig is met haar oorspronkelijke probleem, ook al voldoet dat volgens de MPS-theorie niet als oorzaak van haar ziekte.

De vraag welk trauma haar ziekte veroorzaakt heeft, is nog steeds niet bevredigend beantwoord. Een medepatiënte, Petra⁸, komt haar te hulp. Die vertelt, nadat zij gezamenlijk naar een televisie-uitzending over 'Jolanda uit Epe' hebben gekeken, dat ook zij seksueel misbruikt is – zoals later zal blijken, op prille leeftijd en langdurig. Na Petra's verhaal gehoord te hebben, schrijft Diane op 22 april: 'Ik ga zo acteren, geloof ik. Petra zal wel vreemd opkijken. (...) Aan tafel werd ik ineens iemand anders.' Diane heeft het 'switchen' blijkbaar onder de knie gekregen, maar zij ziet dat (aanvankelijk) zelf als 'acteren'. Diezelfde dag komt zij in haar dagboek terug op het incident in het vliegtuig: 'Ik denk dat ik toch op de een of andere manier ben aangerand door die jongen in het vliegtuig, zo voel ik het nu toch. Petra is meerdere malen verkracht. (...) Ik begin te begrijpen dat ik in het vliegtuig mezelf niet was.' De grens tussen de werkelijkheid en 'acteren' begint te vervagen.

De behandeling

Zo is de toestand als de staf van De Ruyghorst op 19 mei '94 een 'behandelplan' voor Diane opstelt. De psychiater die haar eerder onderzocht meldt, blijkens het verslag van deze bespreking: 'Hoewel er soms enigszins bizar aandoende verschijnselen zijn (zoals de obsessieve manier waarop Diane twee keer een suïcidepoging gedaan heeft en het ervaren van verschillende Dianes als gevolg van een zwakke integratie) is ervoor gekozen te spreken van een karakterneurotische ontwikkeling en niet van een psychotische stoornis, dissociatieve stoornis of ernstige persoonlijkheidsstoornis.'

De al genoemde therapeute Miep Rijziger krijgt opdracht om de individuele gesprekstherapie te richten 'op de zwakke integratie van de persoonlijkheid'. Voorts zal Diane 'psychomotorische therapie' krijgen van Patricia de Boer⁹. Karakterneurotische ontwikkeling of niet, de twee therapeuten Miep en Patricia stevenen regelrecht af op 'full blown' MPS. Op 6 juli meldt Patricia tijdens een 'behandelingsbespreking' aan haar collega's dat 'de twee Dianes in de therapie (...) heel herkenbaar' zijn. En Miep meldt in haar therapieverslag over de periode 6 juli tot 27 september: 'Af en toe mag ik even contact hebben met Diane-2. Ze realiseert zich geleidelijk dat die samenhangt met woede. Ze vindt het heel angstig dat de 'nuchtere Diane' daar helemaal geen grip op heeft.' Tevens meldt Miep in dit verslag dat Diane 'zienderogen achteruitgaat' en dat 'steeds weer herinneringen aan vroeger (worden) getriggerd.'

Diane's aantekeningen in het dagboek gaan in die tijd echter overwegend over haar eetprobleem. Zij meldt steeds meer vreetbuien, steeds meer laxepillen en steeds erger krassen. Op een helder moment (15-5-'94) schrijft zij: 'Vind mezelf te dik, terwijl ik ook wel weet dat ik niet overdreven dik ben.' Maar dat heldere moment duurt niet lang. Op 28 mei schrijft zij: 'Ik zit in een dilemma. Ik wil geen chips, maar ook weer wel. Dus ga ik krassen, zodat ik mezelf weer (onder) controle krijg. (...) Toch ga ik me morgen gigantisch laten gaan. Ik voel de vreetbui komen. (...) Nee, niets eten, krassen. Krassen wil ik niet! Shit. Morgen vreetdag. Shit!'

Ook het probleem van de oorzaak van de MPS is nog steeds niet opgelost. Na opnieuw vermeld te hebben dat Petra veelvuldig seksueel misbruikt is en dat ook Jeannine¹⁰, een andere mede-patiënte, drie keer is aangerand, schrijft zij (op 30-5-'94): 'Ik ben nooit seksueel misbruikt.'

De 'echte alters'

Op 23 juni meldt het dagboek dat therapeute Miep haar tijdens de gesprekstherapie voor het eerst vraagt om te 'switchen' tussen de 'alters': 'Miep wil graag met Diane-2 praten over de waaroms. Ze vraagt Diane-2 waarom ze bepaalde dingen zegt. Ik vind het heel moeilijk allemaal.'

Maar oefening baart blijkaar kunst: op advies van Miep begint Diane haar 'alters' in kaart te brengen. Voor wie de MPS-literatuur kent is dat geen vreemd advies. Zo geeft Huber (1997, p. 233) in haar leerboek de volgende richtlijn: 'De therapeute verzoekt de cliënte om met hulp van haar alters eens op te schrijven wie er allemaal zijn.' Diane lukt dat goed, zo goed dat zij het nodig vindt om er een complex kaartsysteem van aan

te leggen. Op de eerste kaart daarvan schrijft zij waar het kaartstelsel voor moet dienen:

‘duidelijkheid over wie bij wie hoort;
 z
 e allemaal te leren kennen;
 ze moeten zichzelf indelen in een groep, dus zich herenigen;
 naam, leeftijd en een zin die bij de persoon hoort;
 duidelijkheid over hoeveel personen er in mij zijn;
 zodat Miep op kaart 1 kan zien wie bij de categorieën horen.’

In het kaartstelsel blijken er 137 ‘alters’ te zijn, verdeeld over 27 soorten en vier leeftijdscategorieën. Tabel 1

Tabel 1 Aantallen van Diane’s alters.

soort alter	1-4 jaar	4-8 jaar	>7/8 jaar	leeftijdloos
mishandelden	8	6		
verwarden	3	4		
wil leven	1			
volhouders	2			
de pijn	5			
verdrietigen	6	5		
gevoellozen	3	7	3	
depressieven		3	3	3
kop op		7		
gepijnigden		5		
gepesten				1
afgewezenen			2	
vriendinlozen			1	
niemand is te vertrouwen			5	
bangen			6	
duivelsen			3	
spierziekteslachtoffers			4	
de boosheid			3	2
gelovigen			4	
krassenden/pillen				11
neurotischen				4
op voedsel gericht				2
wraakberustenden				6
de 1 doel = dood				3
de 1 doel = leven				5
de ‘flash-back’-beelden opa vertelt				1

SD = standaarddeviatie, E = exposure, RP = responspreventie.

geeft daarvan een overzicht. Vrijwel al deze 'alters' hebben namen, zowel meisjes- als jongensnamen en een korte karakterisering van hun 'functie'. Zo vinden wij bijvoorbeeld bij 'de verdrietigen' in de leeftijd van vier tot acht jaar 'Anon: het riddertje dat vecht; Marissa: die veel verdriet heeft; Anouk: huilt veel, is geplaagd op school, niemand houdt van haar', enzovoort. Wij weten niet precies wanneer dit kaartsysteem is samengesteld. In ieder geval na 13 oktober '94, want op die dag somt zij in haar dagboek nog maar zes 'alters' op. Daarover zegt zij: 'Ik kan ze oproepen en dan heb ik vriendjes. 't Is net een toneelschool. Elke figuur die ik speel leer ik kennen.' Op 27 december moet het (grotendeels) gereed zijn want dan schrijft zij: 'Eerst dacht ik alle namen van de alters op te willen schrijven. Ik was toen bij 127¹¹. Toen stopte ik. Mijn gevoellozen zeggen mij dat er ongeveer driehonderd zijn. Allemaal kleine afdelingen.' Het eindproduct zoals wij dat kennen is in ieder geval niet voltooid, zoals blijkt uit het feit dat er een nog lege categorie is: die van 'de flashback-beelden'.

Het trauma

Inderdaad, die 'flashbacks' – of 'flitsen', zoals Diane ze eerder noemde – moeten nog komen. Nog steeds is er geen (voor haar therapeute?) bevredigende verklaring voor de MPS. Volgens de 'theorie' (o.a. Boon & Draijer, 1993) vindt MPS haar oorzaak in traumatische jeugdervaringen en dan vooral ernstig seksueel misbruik. Het incident met de jongen in het vliegtuig voldoet niet aan de voorwaarden die de 'theorie' stelt: het heeft niet lang genoeg geleden plaatsgevonden en is niet ernstig genoeg geweest.

Op 15 oktober '94 komt ook op dit punt de doorbraak. Bij het kijken naar een televisieprogramma komt Diane – of volgens haar dagboek eigenlijk haar 'alter' Brigitte – tot het inzicht 'dat opa haar pijn heeft gedaan'. Zij laat daar echter meteen op volgen:

'Maar dat kan niet. (...) De vader van m'n vader. Dit verzin ik, dat moet wel. Dat beeld, ik wil het niet. Dit is nep, dat is niet met me gebeurd. Ik huilde op z'n begrafenis toen ik acht was, laat staan dat hij dat deed. Nee, nee, nee. Wat verzint die Brigitte domme dingen. Rot toch op, dit wil ik niet. Niemand doet zoiets bij een baby. (...) Ga weg, ga weg, laat me alleen, ga weg...'

Enkele weken later (op 6 november) is haar weerzin echter gebroken en schrijft zij nogal laconiek: 'Vroeger ben ik mishandeld door opa K. Het doet veel pijn. Maar ja.' En een dag later: 'Dingen komen terug. (...) Ik zit op dit moment in een heel diep dal. Ik heb nog nooit zo gekrast als gisteravond.'

Naar huis

In december '94 lijkt de cirkel rond: de diagnose MPS is nu door iedereen, zowel door Diane zelf als door haar behandelaars, aanvaard en ook de oorzaak ervan is duidelijk. Dat blijkt uit een brief van de psychiater van De Ruyghorst aan de RIAGG-psychiater, die Diane een jaar eerder naar De Ruyghorst verwees. Die brief is gedateerd 31 januari '95. Wij citeren eruit:

‘Aan de hand van Diane’s uitingen werd geleidelijk duidelijk dat we bij Diane te maken hebben met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis. (...) Het wordt zaak om een oorzaak van het ontstaan (...) te zoeken. Bij een (meervoudige persoonlijkheidsstoornis ¹² is er vrijwel altijd sprake van vroege, dat wil zeggen voor het vijfde jaar plaatsgevonden, traumatische ervaringen. Diane kwam met verklaringen die wezen naar haar inmiddels overleden grootvader (...). Deze grootvader zou haar seksueel misbruikt hebben vanaf haar babytijd tot ongeveer haar zevende jaar.’

Deze brief wordt geschreven omdat ... Diane op 12 december ‘94 de inrichting verlaten heeft. De brief geeft daarvoor ook de redenen:

‘Haar therapeuten meldden dat Diane dagelijks veel triggers kreeg aangeboden, die tot plotselinge dissociaties en zelfbeschadigend gedrag leidden. Diane zou beter af zijn tussen gezondere mensen, die gezondere appèls op haar zouden kunnen doen.’

Hier wordt omfloerst gezegd dat Diane geheel onhandelbaar is geworden. Zij heeft regelmatig ‘psychotische’ aanvallen, waarbij zij geheel buiten zichzelf raakt, en het krassen heeft onhoudbare vormen aangenomen. Uit de brief spreekt tevens het doorbrekende besef dat het de omgeving is – de medepatiënten en de therapie – die bij Diane van kwaad tot erger hebben geleid. Toch moet volgens de brief de therapie worden voortgezet in ambulante vorm: tweemaal per week gesprekstherapie en eenmaal per week psychomotorische therapie. Aldus gebeurt gedurende het grootste deel van 1995. Het contact met de therapeuten Miep en Patricia blijft derhalve in stand.

De terugkeer naar huis blijkt een positief effect te hebben. Op 3 januari ‘95 meldt Diane in haar dagboek: ‘Ik ben al een maand thuis. ’t Bevalt me prima.’ Maar haar problemen zijn nog lang niet over: ‘Moeder zeikt zo over eten’ en ‘Ik ben zo bang voor opa.’ De beschuldigingen tegen opa verergeren zelfs; zo is er nu sprake van dat hij haar met een mes bedreigd heeft. Ook de MPS is er nog steeds: ‘Het is druk in m’n hoofd. De hele dag wissel ik continu.’

De breuk

Dan komt er geleidelijk een kentering. In de zomer van ‘94 heeft Diane haar eindexamen mavo gehaald en het lag in de bedoeling dat zij daarna naar de havo zou gaan. Daar komt niets van terecht. Omdat zij, na haar terugkeer thuis, iets om handen moet hebben neemt zij een deeltijdbaan bij een supermarkt aan. In die tijd krijgt zij ook een vriend.

Op 13 mei schrijft zij: ‘Ik ben nog steeds veel met voedsel bezig. (...)’t Ligt aan dat knopje in m’n hoofd. Ik moet het uitschakelen, want ik weet dat ik normaal eet. (...) Verder gaat (de) therapie goed. ’t Is moeilijk. Dat wel. Opa heeft me zoveel pijn gedaan.’ Een maand later meldt zij: ‘Ik voel me goed, echt zeventien jaar. Er is rust in m’n hoofd.’ Blijkbaar heeft het verblijf onder ‘gezondere mensen’ een heilzaam effect. Maar de therapie, volgens een op 7 november 1995 gedateerd verslag van haar therapeute, gericht op het ‘verwerken van traumatische ervaringen’, gaat door. De therapeute

rapporteert: 'In gesprekken, waar zo nodig delen van haar die daar mee te maken hadden, door haar naar voren worden gehaald, lukte het haar om daar toch wat meer grip op te krijgen. Het had alles te maken met trauma's uit het verleden.' De therapeute is derhalve doende met het tot leven wekken van alters en het graven naar trauma's, zoals een goed MPS-therapeute betaamt. De therapeute schrijft echter in de verleden tijd, want op het moment dat zij schrijft heeft Diane ook de ambulante therapie verbroken. Dat gebeurde in december '95. 'Ze heeft zich nooit beklaagd over de therapie,' schrijft de therapeute, 'tot de laatste keer.' Diane ontkent dat tegenover ons: zij was wel degelijk ontevreden met de therapie en ronduit verbijsterd toen desgevraagd bleek dat haar therapeute zelfs niet over een 'behandelplan' beschikte. Wat de passage in de brief aantoonde, is dat de therapeute het einde van de psychotherapeutische relatie niet heeft zien aankomen. Dat sterkt ons in het vermoeden dat het niet de therapie is geweest, maar de sanerende werking van het verblijf in de wereld van de gewone mensen, die Diane's terugkeer naar de realiteit mogelijk heeft gemaakt.

Misschien was er nog een andere reden voor het verbreken van de therapeutische relatie. Naar zij ons vertelt, diende zich tijdens het laatste gesprek met de therapeute een 'opa-alter' aan, die vertelde waarom opa haar seksueel misbruikt had. Wat volgde was een omslachtig verhaal waarin opa's verblijf in een Duits werkkamp tijdens de oorlogsjaren een belangrijke rol speelde. Wellicht was dit nieuwste 'alter' voor Diane een brug te ver.

Niet onvermeld mag blijven dat Diane's ouders van meet af aan sceptisch zijn geweest over Diane's diagnose en de behandeling op De Ruyghorst, scepsis die zij niet voor hun dochter verborgen hebben gehouden. Op 13 oktober '95 schrijft Diane's vader een brief aan een van ons (H.C.), waarin hij Diane's ziektegeschiedenis in grote lijnen beschrijft en vraagt of hij de diagnose MPS en het bijbehorende seksuele misbruik door opa wel serieus moet nemen. Het antwoord sterkt vader in zijn kritische houding: 'Dat uw dochter ernstige psychische problemen had en waarschijnlijk nog heeft, lijdt weinig twijfel. Dat zij ooit door een inmiddels overleden familielid¹³ seksueel is misbruikt, kan niet geheel worden uitgesloten, maar haar in therapeutische sessies 'doorgegeven flitsen' vormen daarvoor geen voldoende bewijs.'

Eind 1995 verbreekt Diane het contact met De Ruyghorst. Sindsdien consulteert zij op gezette tijden een niet met De Ruyghorst verbonden psycholoog. Om die relatie, waarover Diane zich tevreden toont, niet te verstoren hebben wij over de inhoud van haar gesprekken met de psycholoog geen vragen gesteld. Enige maanden na de breuk met De Ruyghorst liet Diane, die van haar vader vernomen had dat hij contact met ons had gezocht, weten ons zelf haar verhaal te willen vertellen. Aldus geschiedde. Vervolgens droeg zij het inmiddels door haar bij De Ruyghorst opgevraagde medische dossier aan ons over, alsook haar dagboeken en andere notities, waaronder het hiervoor genoemde kaartsysteem van haar 'alters'.

Weer een jaar later

Nadat wij de ons verstrekte documenten bestudeerd hadden, spraken wij in mei 1997 opnieuw met Diane om enkele onduidelijkheden op te helderen. Bij die gelegenheid konden wij met eigen ogen constateren dat zij een lichamelijk gezonde en geestelijk stabiele indruk maakt. Zij kan helder en zakelijk spreken over haar ervaringen en over

haar toestand nu. Zij zei niet meer geplaagd te worden door ‘alters’ en de diagnose MPS niet langer serieus te nemen. Ook zei zij niet langer te geloven ooit door haar grootvader seksueel gemolesteerd te zijn. Zij volgt inmiddels een MBO-opleiding, waarvoor zij nog een jaar heeft te gaan, en smeedt allerlei toekomstplannen.

En hoe zit het dan met haar eetstoornis? Wij citeren uit een brief die zij ons kort na dit gesprek stuurde: ‘Ik slik geen medicijnen meer en heb een normaal goed eetpatroon. Ik ben een gelukkig mens, al heb ik nog steeds problemen.’ Dat had zij ons ook al tijdens dat gesprek gezegd, bij welke gelegenheid wij enige scepsis toonden. Haar snelle en volledige herstel van een ernstige eetstoornis leek ons eigenlijk te mooi om waar te zijn. Zij bleef echter bij haar bewering. Wij raadpleegden een specialist op het gebied van eetstoornissen. Die deelde onze verrassing over het spontaan verdwijnen van de eetstoornis, maar hield het ook niet voor onmogelijk.

‘Waarom praat je dan nog steeds met een psycholoog?’ vroegen wij. ‘Omdat ik nog steeds zit met de spierziekte van mijn moeder en mijn broer’, luidde het antwoord.¹⁴ Natuurlijk, dat probleem is niet over en zal nooit over gaan. Ironisch is het wel: na een dwaaltocht van twee jaar door de psychotherapeutische wildernis van De Ruyghorst, is Diane terug bij waar het allemaal mee begon: het treurige feit dat haar moeder en haar broer aan een ongeneeslijke ziekte lijdten en dat zij machteloos moet toezien hoe hun toestand alsmaar slechter wordt.

Reprise

In de aflevering van mei 1996 van het damesblad *Marie-Claire* lezen wij het verhaal van een zekere Manon (26):

‘Een jaar of drie geleden meldde ik me met depressieve klachten bij een RIAGG (...). De therapeute (...) nam me heel serieus en stelde me voor om een aantal dingen te testen. Onder andere op dissociatieve stoornissen (...). We zijn begonnen met die tests en hebben er wel een half jaar over gedaan om het af te ronden, omdat ik steeds wilde stoppen. Telkens dacht ik: dit is niet mogelijk, zo erg is het ook weer niet (...). Ik kreeg een therapeute die gespecialiseerd is in dit soort aandoeningen en door haar aanpak werd duidelijker dat ik aan MPS leed (...). Ik ben vanaf heel jonge leeftijd door verschillende mensen, onder wie mijn vader, seksueel misbruikt (...). Moet ik ze aanklagen? (...) Ik ga ook af en toe bij mijn ouders langs. Zij weten niets van de diagnose en ik doe alsof er niets aan de hand is.’

Zulke verhalen kan men in de populaire pers met grote regelmaat aantreffen. Daarom hadden wij bij het kennismaken van Diane’s geschiedenis een déjà-vu-ervaring. Waren het ook niet bij Diane het voorbeeld van medepatiënten en de jacht op ‘alters’ van haar therapeute, die haar in de MPS-rol deden groeien? Want zodra Diane zich wist los te maken van deze twee beïnvloedingsbronnen verdween het beeld in rap tempo. Dat alles neemt niet weg dat Diane ook serieuze problemen had: tegenstrijdige gevoelens over de in haar familie heersende ziekte, depressiviteit en een eetstoornis. Dat zij de combinatie van deze problemen niet op eigen kracht aankon en daarvoor hulp zocht bij een therapeut, is nauwelijks verbazingwekkend. Dat die therapeut gespecialiseerd bleek in de behandeling van MPS was een ongelukkig toeval. In relatief korte tijd leerde

Diane de MPS-rol spelen. Maar daarbij past de kanttekening van Spanos (1994, p. 155):

‘This analysis does not imply that MPD patients are typically faking their multiplicity. Instead, it suggests that patients come to adopt a view of themselves that is congruent with the view conveyed to them by their therapist. Adoption of this view involves clients coming to construe their various “symptoms” (e.g. mood swings, shameful or unrepresentative behaviors, ambivalent feelings, hostile fantasies, forgetfulness, guilt-inducing sexual feelings, and bad habits) as the result of personified alterselves.’

Wat is er dan tegen om MPS te gebruiken als een handzame metafoor voor een tegenstrijdig gevoelsleven en co-morbide stoornissen? Daar is tegen dat deze metafoor haar eigen dynamiek krijgt en de aandacht afleidt van redelijk tot zelfs goed te behandelen problemen van de patiënt. Bij Diane kreeg het systeem van ‘alters’ zulk een omvang dat de therapeutische gesprekken goeddeels werden besteed aan de exploratie daarvan. Haar eetproblemen en vooral het probleem van de ziekte in haar familie, in haar dagboekantekeningen prominent aanwezig, kwamen uiteindelijk in de therapeutische gesprekken nauwelijks meer aan de orde. Aldus vormt Diane een treffende illustratie van Mersky’s opmerking dat ‘the diagnosis of MPD need not exclude other diagnoses, but it is likely to distract attention away from them’ (Mersky, 1992, p. 338).

Een ander bezwaar heeft te maken met de onder MPS-specialisten wijdverbreide opvatting dat de etiologie van MPS is gelegen in jeugdtrauma’s van seksuele aard. Op grond van die opvatting gaat men op zoek naar misbruikervaringen waar de patiënt geen weet van heeft. De patiënt wordt geacht te lijden aan dissociatieve amnesie, die in de loop van de behandeling moet opklaren. Wanneer de patiënt eenmaal en niet zelden met zoveel woorden is ingewijd in deze theorie, kan het gemakkelijk gebeuren dat fantasieën voor feiten worden aangezien. Zo ging het ook, zij het aanvankelijk wat moeizaam, bij Diane: haar acht jaar tevoren overleden grootvader zou haar seksueel misbruikt hebben. Daar kwam zij later op terug, hetgeen haar in het jargon tot een ‘retractor’ maakt. Zij voldoet ook in alle opzichten aan het profiel van de ‘retractor’, zoals wij dat uit de literatuur kennen (Nelson & Simpson, 1994; Lief & Fetkewicz, 1995): patiënten gaan in therapie vanwege depressie, een eetstoornis, angstklachten, familiale problemen of een combinatie daarvan, komen terecht in een therapeutisch circuit met sterke sympathieën voor de een of andere variant van de dissociatie-theorie, worden afhankelijk van dit therapeutische netwerk en hervinden in die context traumatische herinneringen, die het ziektebeeld verder compliceren. ‘A generalization that applies to all these patients is that the patient, even though ill before, have been made much worse by this form of treatment’ merken Lief en Fetkewicz (1995, p. 426) daarover op. Ontworstelen zulke patiënten zich aan dit therapeutisch milieu, dan gaan zij twijfelen aan de authenticiteit van hun hervonden herinneringen en gaat het beter met hen.

Ook Diane’s therapeute verklaarde het omvangrijke systeem van ‘alters’ in termen van dissociatie. Wie de MPS-literatuur kent en die serieus neemt, vraagt zich af of Diane’s trauma, herhaald seksueel misbruik door haar grootvader, wel ernstig genoeg was om haar uitzonderlijk grote aantal ‘alters’ te verklaren. Zo schrijft Van der Hart (1993): ‘De meest uitgebreide systemen van (...) alters worden aangetroffen bij MPS-patiënten

die het slachtoffer zijn van satanische sekten.' In een recent artikel (Van der Hart, Boon & Heijtmajer Jansen, 1997, p. 150) voegt deze auteur daaraan toe dat ook eetstoornissen, suïcidepogingen en periodieke angstaanvallen in dit beeld passen. Diane's fantasieën hadden dus nog veel erger kunnen worden voordat zij door MPS-specialisten op grond van plausibiliteitsoverwegingen in twijfel zouden zijn getrokken.

'Voor de iatrogene schepping van MPS (...), zoals wel eens naïef wordt verondersteld, zijn (...) geen aanwijzingen gevonden,' zo schreven Boon en Van der Hart in 1994 (p. 425). Wij vragen ons af welke 'aanwijzingen' deze auteurs zouden willen hebben voor zij bereid zijn de hypothese van de iatrogene etiologie van MPS serieus te nemen, als noch de experimenten van Spanos (1996), noch een goed gedocumenteerde casus als die van Diane hen tenminste aan het eigen standpunt doen twijfelen.

Abstract

This article describes the case of a 15 year old girl with a diagnosis of Multiple Personality Disorder (MPS). On the basis of medical records and diaries, an attempt is made to reconstruct the developments that contributed to this diagnosis. Basically, conflicting thoughts, a particular inpatient setting, and therapists who are sympathetic to the concept of mps preceded the full-blown manifestation of a MPS encompassing 136 alter personalities. Once this full-blown MPS occurred, the patient recovered child sexual abuse 'memories'. Severe self-injurious behaviour led to discharge from the psychiatric hospital and eventually to the disappearance of mps and its associated characteristics.

Noten

- 1 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 2 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 3 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 4 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 5 Een door ons geraadpleegde hoogleraar in de huisartsgeneeskunde schrijft ons hierover: 'Paracetamol heeft een relatief geringe therapeutische breedte, dat wil zeggen overdosering is snel bereikt. De inname van excessieve doseringen (al bij 30 gram, al snel te bereiken met enkele tientallen tabletten) in een keer kan acute levernecrose (ernstige onherstelbare leverbeschadiging) veroorzaken en tot de dood leiden. Suïcide(pogingen) hiermee zijn bekend. Je kunt er letterlijk doodziek van worden. Het lijkt mij niet onwaarschijnlijk dat dit bekend kan zijn aan een suïcidaal iemand.' Dat paracetamol tot beschadiging van de lever kan leiden, wist Diane inderdaad. Het innemen van grote hoeveelheden paracetamol moest naar haar eigen zeggen inderdaad leiden tot leverproblemen, waaraan haar grootmoeder, zoals de familie lange tijd volhield, zou zijn overleden. Zij wilde zichzelf net zo ziek maken als haar moeder en broer.
- 6 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 7 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 8 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.

- 9 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 10 Alle met een * gemarkeerde namen en aanduidingen zijn gefingeerd met het oog op de privacy van betrokkenen.
- 11 Wij telden er 137. Telfoutje van Diane, of werkte ze daarna nog even door?
- 12 In de brief staat hier 'psychomotorische therapie'. Wij nemen aan dat dit een schrijffout is. Uit de context maken wij op dat 'meervoudige persoonlijkheidsstoornis' bedoeld is.
- 13 Dat de beweerde dader de grootvader zou zijn, vermeldde de vader niet in deze brief.
- 14 Geen letterlijke citaten, maar door ons uit onze herinnering opgetekend.

Referenties

- Blackman, D. (1994). *Operant conditioning: An experimental analysis of behavior*. Londen: Methuen.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489–493.
- Boon, S., & Hart, O. van der (1994). De meervoudige persoonlijkheidsstoornis: Diagnostiek en behandeling. *De Psycholoog*, 29, 423–428.
- Crombag, H.F.M., & Merckelbach, H.L.G.J. (1996). *Hervonden Herinneringen en andere misverstanden*. Amsterdam: Contact.
- Draijer, N., Hart, O. van der, & Boon, S. (1996). De validiteit van de diagnose MPS: Commentaar op 'kritische' kanttekeningen. *De Psycholoog*, 31, 322–327.
- Ensink, B.J. (1994). Reactie op 'Recovered memories'. *De Psycholoog*, 29, 148–149.
- Hart, O. van der (1993). *Trauma, dissociatie en persoonlijkheid: A la Recherche du Temps Perdu*. Lisse: Zwets & Zeitlinger (inaugurele rede).
- Hart, O. van der, Boon, S., & Heijtmajer Jansen, O. (1997). Ritual abuse in European countries: A clinician's perspective. In: G.A. Fraser (Ed.), *The dilemma of ritual abuse: Cautions and guides for therapists*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 137–163.
- Huber, M. (1997). *Meervoudige persoonlijkheden: Een handboek voor overlevenden van extreem geweld*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Jansen, A., & Merckelbach, H. (1988). De wens is de vader van de gedachte: Drie beroemde gevalsbeschrijvingen geanalyseerd. *De Psycholoog*, 23, 432–437.
- Lief, H.I., & Fetkewicz J. (1995). Retractors of false memories: The evolution of pseudomemories. *Journal of Psychiatry and Law*, 23, 411–436.
- Merckelbach, H., Crombag, H. & Broeke, E. ten (1996). De meervoudige persoonlijkheidsstoornis: Kritische kanttekeningen. *De Psycholoog*, 31, 189–193.
- Merckelbach, H., & Crombag, H. (1997). De meervoudige persoonlijkheidsstoornis: Kritische kanttekeningen II. *De Psycholoog*, 32, 247–250.
- Mersky, H. (1992). The manufacture of personalities: The production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 327–340.
- Nelson, E.L., & Simpson, P. (1994). First glimpse: An initial examination of subjects who have rejected their recovered visualizations of false memories. *Issues in Child Abuse and Neglect*, 6, 123–133.
- North, C.S., Ryall, J.M., Ricci, D.A., & Wetzel, R.D. (1993). *Multiple personalities, multiple disorders: Psychiatric classification and media influence*. Oxford: Oxford University Press.
- Simpson, M.A. (1995). Gullible's travels or the importance of being multiple. In L. Cohen, J. Berzoff & M. Elin (Eds.), *Dissociative identity disorder*. Northvale NJ: Jason Aronson.
- Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactment and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143–165.
- Spanos, N.P. (1996). *Multiple identities & false memories*; Washington DC: American Psychological Association.
- Wagenaar, W.A., & Schooler, J. (1997). *The anchoring of recovered memories* (in voorbereiding).