



Universiteit Gent  
Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen  
Academiejaar 2011-2012  
1e examenperiode

DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS: EEN  
CONCEPTUELE ANALYSE VAN DE GESCHIEDENIS VAN EEN  
SCEPTISCH ONTHAALDE DIAGNOSTISCHE TERM

Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van master in de  
psychologie, afstudeerrichting klinische psychologie door  
Hélène Soete

Promotor en Begeleider: Dr. Mattias Desmet

## **Dankwoord**

Een boeiende studie kan enkel tot stand komen met de hulp van anderen. Bij deze wil ik iedereen die een bijdrage geleverd heeft tot dit werk voor hun hulp en inzet bedanken.

Eerst en vooral is er mijn promotor en begeleider Dr. Mattias Desmet. Ik bedank hem graag voor zijn hulp bij het uitdenken van mijn onderzoeksvraag, zijn geduld hierbij omdat ik even heb moeten zoeken voordat ik wist welke richting ik uitwilde. Zijn ideeën en opbouwende kritiek liggen aan de basis van deze masterproef.

Daarnaast zijn er de auteurs wiens werk en gedachtegoed ik bestudeerd heb, hen ben ik dankbaar voor hun interessante inzichten en de mogelijkheid om hiernaar te kunnen refereren.

Ten slotte wil ik mijn papa bedanken voor het corrigeren van enkele spellingsfouten in een tekst die hij nauwelijks begreep en mijn nicht voor haar grammaticale opmerkingen en aanpassingen. Katrien, Tine en Inge ben ik dankbaar voor hun interesse in mijn thesis: door er met hen over te kunnen praten, geraakte ik terug op gang toen ik vastzat. Mijn ouders, broer en zus wil ik ook bedanken voor hun blijvende steun en geloof in mij.

## Inhoudstafel

<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>Inleiding</b> .....	<b>2</b>
<b>DID als effect van bewuste identificatie</b> .....	<b>10</b>
verschillende motivaties bij bewuste identificatie.....	10
nagebootste stoornis .....	10
simulatie.....	11
pathologisch liegen.....	12
evidentie.....	13
implicaties voor diagnostiek en behandeling .....	14
<b>DID als effect van onbewuste hysterische identificatie</b> .....	<b>16</b>
het sociocognitieve model .....	17
verschillende soorten invloeden .....	19
zelfconcept.....	22
evidentie voor DID als sociaal construct .....	26
indicaties tegen intrapsychische DID symptomen .....	26
gegevens die steun bieden aan het sociocognitieve model .....	27
twijfels bij de link met trauma.....	31
geheugenfunctioneren en –disfunctioneren.....	33
evidentie tegen DID als sociaal construct.....	36
massahysterie, suggestibele hysterici en meesterdiscours.....	38
massapsychologie.....	38

onderwerping van hystericus aan meesterfiguur en diens discours .....	40
<b>DID als effect van hysterische symptoomvorming .....</b>	<b>42</b>
het posttraumatische model .....	42
etiologie .....	44
de link tussen DID en hysterische symptoomvorming .....	46
interne verdeeldheid .....	48
verdringing en terugkeer van het verdrongene .....	49
verdringing van seksuele en agressieve impulsen .....	53
Ik-ideaal .....	56
statuut van de alters .....	57
wetenschappelijk onderzoek omtrent het statuut van alters .....	57
psychoanalytische visie op het statuut van alters .....	58
<b>Implicaties van de verschillende conceptualisaties voor DID .....</b>	<b>62</b>
implicaties voor diagnostiek en behandeling .....	63
<b>Algemene conclusie .....</b>	<b>65</b>
<b>Referenties .....</b>	<b>67</b>

## Abstract

De dissociatieve identiteitsstoornis (vroeger: meervoudige of multipele persoonlijkheidsstoornis) is een diagnostische categorie waar heel wat controverse rond heerst. In de literatuur komen erg verschillende meningen aan bod omtrent de onderliggende mechanismen van deze stoornis.

Vanuit de psychoanalyse kunnen we de bestaande verklaringen voor DID in drie categorieën opdelen: 1) bewuste identificatie, 2) onbewuste identificatie en 3) effect van verdringing en terugkeer van het verdrongene.

Het eerste verklaringsmodel conceptualiseert DID als een bewuste identificatie met een ziekelijk rollenpatroon. We kunnen hier drie varianten onderscheiden: de nagebootste stoornis, simulatie en pathologisch liegen. Het tweede mechanisme dat we herhaaldelijk in de literatuur teruggevonden hebben, beschouwt DID als een onbewuste identificatie met een diagnostische term. Dit proces komt tot stand via suggestieve invloeden van oa. machtsfiguren, media, maatschappij en door groepsvorming. Hier komt bij dat vooral hysterische personen kwetsbaar zijn voor dit suggestieve discours.

Ten derde komt in de literatuur ook een cluster van verklaringen voor waarbij DID gezien wordt als een 'echt' symptoom. Hier veronderstelt men een traumatische gebeurtenis of inhoud die verdrongen wordt, de verdringing mislukt echter en resulteert in hysterische symptomen: de alterpersoonlijkheden.

Enkel de gevallen in de derde categorie kunnen beschouwd worden als echte gevallen van DID. Gevallen die onder de twee andere categorieën vallen, moeten als andere stoornissen beschouwd worden.

We concluderen dat er verschillende verklaringen zijn voor DID die we in drie categorieën kunnen groeperen. Alle drie de categorieën hebben hun waarde in de verklaring van DID: ze zijn -afzonderlijk of gecombineerd- van toepassing op verschillende DID gevallen.

De dissociatieve identiteitsstoornis (Dissociative Identity Disorder, DID) wordt door de DSM-IV-TR (APA, 2000) gedefinieerd als de aanwezigheid van twee of meer van elkaar te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden. Elk van deze persoonlijkheidstoestanden bezit een eigen betrekkelijk langdurig patroon van het waarnemen van, het omgaan met en het denken over de omgeving en zichzelf. Ten minste twee van deze persoonlijkheden nemen herhaaldelijk de volledige controle over het gedrag van de persoon. Een essentieel kenmerk van deze stoornissen is een gebrek aan integratie in de processen van bewustzijn, geheugen, identiteit en perceptie van de omgeving.

De ICD-10 (World Health Organization, 1992) voegt hier nog aan toe dat elke persoonlijkheid volledig is, met zijn eigen herinneringen, gedrag en voorkeuren (deze kunnen in schril contrast staan met de alleenstaande premorbide persoonlijkheid). De verschillende persoonlijkheden zijn zich bijna niet bewust van elkaars bestaan. Verandering van de ene in de andere persoonlijkheid is plots en sterk gerelateerd aan trauma.

Deze definitie van de dissociatieve identiteitsstoornis wordt door verschillende theoretici en klinici in vraag gesteld. Zij hebben verschillende meningen over de afbakening van de stoornis en diens symptomen en kenmerken, waardoor ze geen consensus bereiken over wat er nu precies onder deze stoornis verstaan kan worden.

Ross (1997) vindt bijvoorbeeld dat er naast de DSM-IV criteria nog andere kenmerken zijn die specifiek zijn voor DID zoals oa. het over zichzelf spreken als “wij” en “ons”, trance-toestanden (momenten waarbij de patiënt niet responsief is), slaapwandelen, denkbeeldige vrienden, paranormale ervaringen en veranderingen in identiteit (zoals bv. gereflecteerd in een verschillend handschrift).

Volgens Dell (2006) zijn de criteria en kenmerken van DID in de DSM-IV-TR evenmin voldoende uitgebreid. Hij heeft empirisch aangetoond dat volgende dissociatieve symptomen door patiënten met DID ook gerapporteerd worden: conversie en andere somatoforme symptomen, het horen van stemmen, depersonalisatie, trance-toestanden, de subjectieve ervaring van het ondergaan van een plotse en onverklaarbare verandering in het zelfgevoel, derealisatie, bewustzijn van de aanwezigheid van alters, identiteitsconfusie, flashbacks, auditieve hallucinaties, visuele hallucinaties en Schneideriaanse

symptomen van de eerste orde. Deze laatste symptomen omvatten verschillende fenomenen zoals verzonnen acties, gevoelens en impulsen, stemmen die ruzie maken, stemmen die commentaar geven en het loskoppelen en invoegen van gedachten.

Verskillende auteurs vinden dus de voorgestelde DSM-criteria te beperkt en willen deze uitbreiden. Er zijn ook onderzoekers die de DSM-criteria zelf in twijfel trekken.

Het meest controversiële discussiepunt met betrekking tot de dissociatieve identiteitsstoornis en diens criteria is de amnesie tussen de alters. De DSM heeft pas in zijn 4<sup>e</sup> editie (APA, 1994) amnesie ‘te uitgebreid om verklaard te worden door ordinaire vergeetachtigheid’ als vereiste criterium voor DID opgenomen. Vandaag de dag wordt een functionele verstoring van het geheugen inderdaad als cruciaal onderdeel van de dissociatieve identiteitsstoornis gezien, maar de onderzoeken hieromtrent geven tegenstrijdige bevindingen aan.

Patiënten rapporteren namelijk frequent episodes van geheugenverlies tussen hun verschillende alters. Maar uit objectieve tests blijkt dit niet altijd te kloppen: er kan wel informatieoverdracht tussen verschillende alters plaatsvinden (oa. Kong, Allen & Glisky 2008; Allen & Movius, 2000). Huntjens, Peters, Postma, Woertman, Efting & van der Hart (2005a) voegen hier nog aan toe dat er zelfs informatietransfer is van traumatisch beladen inhoud van de ene naar de andere identiteit. Dit gaat in tegen de veronderstelling dat indien er amnesie is tussen bepaalde alters, dit voornamelijk tot uiting zal komen bij traumatisch materiaal. Het geheugenfunctioneren bij de dissociatieve identiteitsstoornis is echter -in tegenstelling tot wat DSM criteria en DID patiënten vermelden- intact.

Informatieoverdracht kan dus plaatsvinden tussen de alters, maar verschillende onderzoekers bewezen het tegendeel met bepaalde taken. In een poging tot het samenvatten van deze tegenstrijdige bevindingen omtrent DID en geheugenfunctioneren heeft Dorahy (2001) in zijn overzichtsstudie de evidentie voor en tegen informatietransfer tussen alters en de aard van de geheugentaken die hierbij gebruikt werden, bestudeerd. Hij besluit dat de literatuur tot nu toe suggereert dat er amnesie tussen persoonlijkheden bestaat voor expliciet en (conceptueel gedreven) impliciet

materiaal. Voor materiaal waar geen specifieke kennis of interpretatie vereist is, kan er wel een impliciete overdracht van informatie zijn tussen verschillende alters.

Volgens het overzicht van Dorahy (2001) zijn ook gaten in het autobiografisch geheugen van DID patiënten bewezen. Daarnaast is er enige evidentie dat pseudo-herinneringen en het vergeten van de informatiebron ook voorkomt bij DID.

Het feit dat men weinig informatieoverdracht tussen alters terugvindt als men die met expliciete methoden gaat onderzoeken, kan ook te wijten zijn aan een proces dat ook in de normale populatie speelt: het gemoedsafhankelijk herinneren.

Bower (1994) spreekt over stemmingsafhankelijk ophalen van herinneringen, waarbij het bewuste herinneringsproces deels afhankelijk is van de gemoedsgesteltheid op het moment van leren en ophalen.

De verschillende theorieën benaderen dit cruciale aspect van DID elk op een andere manier. En de bevinding dat amnesie vooral aan bod komt in subjectieve rapportages van de patiënt zal elke theorie op aparte wijze verklaren.

Waarom menen patiënten zich niets of niet veel te herinneren van wat er zich bij hun andere alters afspeelt, terwijl deze amnesie minder duidelijk naar voren komt via objectieve tests? DID patiënten lijken dus toch meer te weten dan ze denken. Of willen ze deze herinneringen niet toegeven? Gaat het om bewuste veinzing? Of speelt hier een proces van verdringing van bepaald materiaal mee? Of is amnesie een gevolg van een onbewuste overtuiging of verwachting dat men als DID patiënt geheugenverlies moet lijden?

Het blijft dus onduidelijk wat het statuut van amnesie is in de dissociatieve identiteitsstoornis. En aangezien geheugenverlies een noodzakelijk criterium is voor de diagnose van DID, kunnen we daardoor ook twijfelen aan de definitie en het statuut van de dissociatieve identiteitsstoornis.

Deze twijfels omtrent de validiteit van DID komen effectief veelvuldig voor in het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Slechts 1/3 van de bevroegde psychiaters in het onderzoek van Pope, Oliva, Hudson, Bodkin & Gruber (1999) vindt dat het vaststaat dat DID een diagnostische categorie is in de DSM-IV. De meerderheid vindt echter dat



hieromtrent nog geen consensus bereikt is. Een klein percentage (zo'n 25% van de ondervraagden) stelt dat DID een valide concept is dat voldoende wetenschappelijk onderbouwd is. De onzekerheid met betrekking tot deze diagnose komt ook tot uiting in de veranderingen die de DID criteria in de DSM heeft ondergaan over de jaren heen en het recente sluiten van een aantal voorname afdelingen die zich gespecialiseerd hadden in de behandeling van DID.

Het scepticisme omtrent DID lijkt volgens het onderzoek van Hayes & Mitchell (1994) echter niet zo extreem te zijn en hangt samen met de kennis die men heeft over de stoornis. De terughoudendheid ten aanzien van de prevalentie, aard en etiologie van de diagnose komt vooral voor bij klinici die niet voldoende geïnformeerd zijn over dit fenomeen. Bij het beoordelen van een DID gevallenstudie zijn zij meer geneigd een werkelijke diagnose van DID over het hoofd te zien of af te wijzen.

In de literatuur komt het scepticisme vooral aan bod wanneer men het heeft over gevallenstudies van patiënten die DID simuleren (Brick & Chu, 1991; Thigpen & Cleckley, 1984) en wanneer men sociale en iatrogene invloeden bestudeert die tot een dissociatieve identiteitsstoornis/multiële persoonlijkheidsstoornis kunnen leiden (Spanos, 1994 en Hacking, 2007). Beide onderwerpen doen twijfels reizen omtrent de validiteit van DID als klinisch fenomeen.

Over de prevalentie van de dissociatieve identiteitsstoornis is er evenmin éénsgezindheid onder professionelen. Ross, Anderson, Fleischer & Norton (1991) schatten de prevalentie op 3.3% in een intramurale instelling. Bij een studie met 166 psychiatrische patiënten (Tutkun et al., 1998) in een universiteitskliniek werd echter een prevalentie van 5.4% waargenomen.

Akyuz, Dogan, Sar, Yargıç & Tutkun (1999) stellen dat de minimum prevalentie van DID in de algemene populatie 0.4% is. Ellason, Ross & Fuchs (1996) schatten het voorkomen van DID in de algemene populatie op 1%.

Dit gebrek aan consensus over de prevalentie heeft waarschijnlijk te maken met het moeilijk diagnosticeerbaar karakter van DID. Dit omwille van de verborgen vorm van de ziekte, het gebrek aan training bij klinici om deze stoornis te diagnosticeren, de grote fenomenologische overlap met andere stoornissen en de vele verschillende symptomen

waarmee DID patiënten zich aanbieden (Putnam, 1991; Kluft, 1991). Patiënten bieden zich meestal met secundaire kenmerken aan in plaats van openlijke tekenen van onderscheiden persoonlijkheden, hetgeen de diagnose bemoeilijkt (Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986). Deze secundaire kenmerken kunnen bijvoorbeeld volgende zijn: psychologische klachten (bijvoorbeeld depressie), gemoedsschommelingen, suïcidaliteit, insomnia, psychogene amnesie, seksuele disfunctie, verschillende vroegere diagnoses en een geschiedenis van behandelingen of opnames.

Ook Coons, Bowman & Milstein (1988) merkten op dat DID patiënten zich vaak aanbieden met symptomen die niet specifiek zijn voor de dissociatieve identiteitsstoornis. Hij bestudeerde 50 DID patiënten en merkte op dat zij zich vaak presenteerden met depressie, eetstoornissen en middelenafhankelijkheid- of misbruik.

In het onderzoek van Scropo, Drob, Weinberger & Eagle (1998) kenmerkte de groep van DID patiënten zich door een hoge rapportage van zelfmoordpogingen, niet-dissociatieve psychiatrische diagnoses en een comorbide BPD diagnose.

Rosenbaum (1980) merkte op dat ook een comorbiditeit van DID met schizofrenie vaak voorkomt, soms vanuit een misdiagnose van één van beide stoornissen door de grote fenomenologische overlap.

Daarnaast komen nog enkele andere comorbide diagnoses voor zoals de post-traumatische stress stoornis (Sugar & Ford, 2012), somatisatiestoornis (Yargıç, Sar, Tutkun & Alyanak, 1998) en de obsessief compulsieve stoornis (Lochner et al., 2004).

We kunnen dus besluiten dat de dissociatieve identiteitsstoornis een diagnose is waarbij er geen consensus bestaat over de symptomen, kenmerken en prevalentie. De literatuur toont aan dat ook de visie op etiologische mechanismen van DID zeer uiteenlopend is en dat men niet overeenkomt om één verklaringsmodel als *het* model van DID te aanvaarden. Daarom leek het ons interessant om een grondige analyse te maken van de literatuur om na te gaan op welke verschillende manieren DID geconceptualiseerd kan worden. Vanuit een psychoanalytische invalshoek zullen we dan de verschillende verklaringsmodellen verduidelijken en nagaan hoe er meer consistentie bereikt kan worden aan de hand van een structurele diagnostiek. Alvorens gedetailleerd de hedendaagse DID modellen te bestuderen, zullen we eerst onderzoeken hoe dit begrip

vroeger geconceptualiseerd werd en we stellen ons de vraag of het toen ook al een sceptische bijklank had. Daarnaast is de situering van de dissociatieve identiteitsstoornis in diens historisch en cultureel kader ook cruciaal om dit concept en de invloeden hierop te kunnen begrijpen.

Vóór de 19<sup>e</sup> eeuw werden dissociatieve fenomenen begrepen in termen van bezetenheid. Dit paste binnen het toenmalige religieus-mystieke vertoog (Ross, 1997).

Daarna werd dissociatie vooral bestudeerd in de context van hysterische symptomen, men sprak toen over 'double consciousness' (Gullestad, 2005). In de 19<sup>e</sup> eeuw werden slechts enkele tientallen gevallen gediagnosticeerd, waaronder de zeer bekende en belangrijke casus van Anna O. door Freud en Breuer (1895). Op het einde van deze eeuw ontstond een grote focus op traumatische voorgeschiedenis en diens effecten, door de courante problemen omtrent kindermisbruik en door onderzoek bij Vietnam veteranen. De link tussen dissociatieve fenomenen en trauma zou niet lang meer op zich laten wachten.

Eind 19<sup>e</sup> en begin 20<sup>e</sup> eeuw kreeg de medische wereld interesse in het begrip 'dissociatie' en in die tijdsperiode heeft de Franse psychiater Pierre Janet zijn theorie omtrent dissociatie en de link met histerie ontwikkelt (Gullestad, 2005). Hij was de eerste die het bestaan van meerdere persoonlijkheden in de medische wereld erkende. Dit verband kwam ook aan bod in DSM-II (APA, 1968) waar men sprak over een dissociatief type van de hysterische neurose.

Janet ziet het optreden van een traumatische gebeurtenis als voornaamste oorzaak van latere dissociatieve pathologie (Gullestad, 2005). Hij benadert dissociatie als een hysterisch symptoom en plaatst de oorsprong van hysterische symptomen in ofwel een genetische zwakte ofwel toevallige factoren (meestal traumatische ervaringen) of door de interactie van beiden. In zijn visie produceert een trauma psychische effecten afhankelijk van de intensiteit, duur en repetitie van de trauma's, maar ongeacht de particuliere betekenis hiervan voor het subject. Deze effecten bestaan uit het vernauwen van het bewustzijn en een mislukking van synthese en integratie van mentale processen waardoor de cognitieve verwerking verstoord wordt. Dit resulteert in het uiteenvallen van de geest, een segregatie van de primaire mentale vaardigheden (bv. perceptie,

geheugen en denkvermogen) en inhouden (bv. beelden en herinneringen) in gescheiden en autonome organisaties of clusters. Los van de aan-of afwezigheid van trauma schrijft hij hysterische personen een verminderde vaardigheid tot synthetisering toe. Dit is een aangeboren zwakte die hen tot psychische dissociatie aanzet. Ze kunnen verscheidene voorstellingen of zintuiglijke waarnemingen niet zo gemakkelijk tot een complex beeld samenvoegen. Hij spreekt over een splitsing van de persoonlijkheid in verschillende gedissocieerde proto-identiteiten. Deze proto-identiteiten vertonen een uiteenlopende mate aan zelfbewustzijn en kunnen controle door de hoofdentiteit ontlopen.

De ideeën van Janet hebben Freud geïnspireerd in zijn theorievorming over histerie en dissociatie. Zijn gedachtegoed heeft ook nu nog een impact op onze hedendaagse visie op dissociatie. Dit komt bijvoorbeeld aan bod in de DSM-IV-TR (APA, 2000), die dissociatie omschrijft als een verstoring in de normaal geïntegreerde processen van bewustzijn, geheugen, identiteit en perceptie van de omgeving.

Midden 20<sup>e</sup> eeuw leek men dit fenomeen vergeten te zijn. In de literatuur werd er amper nog gerefereerd naar dissociatie en er werden veel minder gevallen gerapporteerd (Yargiç et al., 1998). Sommige auteurs (oa. Rosenbaum, 1980) beweren dat de introductie van het begrip schizofrenie door Bleuler en de populariteit van deze diagnose, de interesse in de dissociatiefenomenen heeft doen afnemen. Het scepticisme omtrent dissociatie en de twijfel in de echtheid van hysterische symptomen zou hiertoe ook kunnen bijgedragen hebben (Ross, 1997).

Rond 1970 kreeg het begrip opnieuw aandacht zowel bij professionelen als bij het ruimere publiek. Dit kwam oa. door de publicatie van de boeken 'The three faces of Eve' (Thighen & Cleckley, 1957) en 'Sybil' (Schreiber, 1973), die enkele jaren later ook verfilmd werden. Daaropvolgend werden verschillende dissociatiefenomenen als stoornissen in de DSM-III (APA, 1980) opgenomen, wat tot een verdere legitimering van de diagnose leidde. In eenzelfde beweging verdween het concept histerie uit de DSM, waardoor de link met histerie niet meer in de aandacht kwam.

Door de heropleving in media, maatschappij en medische circuits nam de interesse voor de multiële persoonlijkheidsstoornis en diens traumatische etiologie opnieuw toe en werd deze stoornis frequent gediagnosticeerd (Hacking, 2007). Elzinga, van Dyck & Spinhoven (1998) schrijven over een stijging van 79 gerapporteerde gevallen in 1970

naar ongeveer 6000 in 1986. Deze stijging wordt door voor- en tegenstanders van de diagnose gretig aangegrepen om hun eigen theorie te bewijzen. Clinici die voor de diagnose pleiten menen dat deze stijging te wijten is aan de ontwikkeling van duidelijke diagnostische criteria, accurate assessment instrumenten en een verhoogd bewustzijn voor dissociatieve fenomenen (Kluft, 1984). Sceptici (oa. Spanos, 1994) zijn er echter van overtuigd dat deze stijging een gevolg is van de toenemende bekendheid van de meervoudige persoonlijkheidsstoornis in de maatschappij, de aandacht van de media hieromtrent, publicaties van boeken en tv shows rond dit thema, ...

Eind jaren 1980 was de populariteit van de multiële persoonlijkheidsstoornis over haar hoogtepunt heen en stak het scepticisme steeds meer en meer de kop op (Hacking, 2007). In 1994 werd de multiële persoonlijkheidsstoornis omgedoopt tot de dissociatieve identiteitsstoornis in de DSM-IV (1994). Dit was niet louter een aanpassing van de naam, maar weerspiegelde een verandering in symptomen bij DID patiënten. De klemtoon ligt nu op transformaties in bewustzijn en identiteit (Hacking, 2007). Hacking blijft zelfs na deze naamsverandering over de multiële persoonlijkheidsstoornis spreken. Verderop in mijn uiteenzetting wordt altijd de term DID gebruikt, tenzij de ideeën van Hacking besproken worden. In dat geval wordt de keuze van Hacking gerespecteerd om de term multiële persoonlijkheidsstoornis (of MPD) te blijven gebruiken.

## **DID als Effect van Bewuste Identificatie**

Bij het bestuderen van de literatuur over de verschillende verklaringsmodellen voor DID komen herhaaldelijk dezelfde verklaringen naar voren. Deze kunnen we vanuit de psychoanalyse in drie groepen opdelen. De eerste categorie die we hier bespreken is de bewuste identificatie met een rollenpatroon.

Mensen zien hoe DID patiënten erkend worden in hun problemen en moeilijkheden en willen op dezelfde manier aanvaard en begrepen worden in hun lijden. Daarom kan men deels bewust verschillende alters gaan creëren en op dezelfde manier vindt men een traumatische voorgeschiedenis uit omdat dit bij deze stoornis lijkt te horen. Of men gaat zodanig zoeken naar overeenkomsten met fenomenologische kenmerken van DID zodat men op den duur veel karakteristieken van deze stoornis bij zichzelf begint te herkennen.

Deze bewuste simulatie kan omwille van verschillende motivaties tot stand komen: om in de hulpverlening terecht te komen, om verantwoordelijkheid voor bepaalde feiten van zich af te schuiven of ontoerekeningsvatbaar verklaard te worden in rechtzaken, om de eigen problemen te kunnen benoemen, om aanvaard te worden als iemand met een stoornis, of omdat men een bepaald genot ervaart in het liegen...

Op basis van deze verschillende motivaties kunnen we een onderscheid maken tussen nagebootste stoornis, simulatie en pathologisch liegen. In de hiernavolgende paragrafen zullen we deze drie licht verschillende variaties van bewuste identificatie met een ziekelijk rollenpatroon nader bekijken.

### **Verschillende Motivaties bij Bewuste Identificatie**

#### **Nagebootste stoornis.**

De dissociatieve identiteitsstoornis kan een gevolg zijn van het bewust veinzen van de stoornis door de patiënt. Indien het gaat om het opzettelijk voorwenden van symptomen door een intrapsychische nood om de ziekerol op zich te nemen in afwezigheid van externe bekrachtiging, valt dit onder de nagebootste stoornis binnen de DSM-IV-TR (APA, 2000).

In de literatuur zijn enkele gevallen van DID patiënten bekend die hun symptomen intentioneel veinsden. De gevallenstudie van Brick & Chu (1991) bijvoorbeeld over hun patiënte S. documenteert zo'n situatie. Zij rapporteren dat de patiënte loog, manipuleerde en alterpersoonlijkheden simuleerde om aandacht, fysiek contact en betrokkenheid te verkrijgen. Omwille van haar psychologische nood om de ziekterol op zich te nemen werd zij gediagnosticeerd met een nagebootste stoornis met psychologische symptomen.

Het motief voor een nagebootste stoornis is een nood aan het opnemen van de ziekterol, maar het gaat meestal om een onbewuste nood. Verschillende speculaties omtrent de motivatie voor deze onbewust nood worden geponereerd.

Carney (1980) bijvoorbeeld, beweert dat één van de motieven voor een nagebootste stoornis te maken heeft met de familiestructuur en gezondheidszorgvoorzieningen en de recente evoluties hierin. Deze evoluties zorgen ervoor dat kwetsbare individuen zich gemakkelijker psychologisch afhankelijk kunnen opstellen. Ze zoeken aandacht en ondersteuning en bereiken dit via het voorwenden van een ziekte. In dit licht is het onderscheid tussen intrapsychische en externe bekrachtiging niet meer duidelijk. De DSM acht dit wel een belangrijk onderscheid, want baseert hierop het verschil tussen de nagebootste stoornis en simulatie.

### **Simulatie.**

De intrapsychische nood om de ziekterol op zich te nemen kan toch een zekere externe bekrachtiging weerspiegelen (zoals het verkrijgen van medelijden en sympathie uit de omgeving, medische aandacht en zorg...). De DSM sluit externe bekrachtiging echter uit in zijn criteria voor de nagebootste stoornis. In de literatuur gebruikt men de term 'simulatie' als men het heeft over het vrijwillig voorwenden of overdrijven van (lichamelijke of psychische) symptomen met het oog op externe bekrachtiging (APA, 2000). Onder de externe motivaties vallen bijvoorbeeld het krijgen van geld of drugs of het vermijden van straf, legerdienst, gerechtelijke vervolging of dwangarbeid. Dit kan een adaptief proces zijn: er is een duidelijk doel en men stopt het simuleren wanneer dit

niet meer voordelig of te riskant is. De nagebootste stoornis daarentegen vertrekt vanuit psychopathologische motieven.

Indien men wil nagaan of een patiënt werkelijk een dissociatieve identiteitsstoornis heeft of dit simuleert, moet men extra op zijn hoede zijn in situaties van medisch-juridische aard en bij opvallende verschillen tussen de gerapporteerde stresstoestand en objectieve bevindingen. Ook de aanwezigheid van een antisociale gedragsstoornis en een gebrek aan medewerking tijdens het diagnostisch onderzoek of weerstand bij het opvolgen van medische voorschriften, kunnen indicatoren zijn van een gesimuleerde stoornis (APA, 2000).

Kluft (1987) wees op een aantal aanwijzingen die kunnen helpen om een echte en een gesimuleerde dissociatieve identiteitsstoornis van elkaar te onderscheiden. De simulanten brengen geen verdeeldheid ter sprake en ze hebben geen geschiedenis van vorig onsuccesvolle behandelingen. Hun verschillende alterpersoonlijkheden vertonen over de tijd heen minder consistentie in geheugenfunctioneren, gevoelens en gedragspatronen. Daarbij komt dat de simulanten tenderen om slechts een opsplitsing te maken in goede en slechte alters, terwijl echte DID patiënten gewoonlijk een uitgebreidere alterconfiguratie hebben. De simulanten maken misbruik van hun symptomen en vertonen deze graag in het openbaar, terwijl echte DID patiënten dit zelden doen.

### **Pathologisch liegen.**

Een derde variant van de bewuste identificatie met een stoornis is het pathologisch liegen. Dit is een psychiatrisch symptoom dat mogelijk bij sommige individuen met DID meespeelt. Het kenmerkende bij deze patiënten is de disproportionaliteit van het liegen, wat anders een normale sociale vaardigheid is. Het liegen is een manier om hun fantasie ten tonele te voeren. Deze bevinding komt overeen met de uiteenzetting van Scropo et al. (1998) over de cognitieve stijl van DID patiënten en hun voorkeur voor fantasie. Het is echter niet duidelijk of er in zijn onderzoek patiënten waren die hun stoornis simuleerden of erover logen.



Voorheen werd reeds aangehaald dat het onderscheiden van echte en onechte DID patiënten niet gemakkelijk is. Dit is extra moeilijk in het geval van pathologische leugenaars want zij presenteren hun verhaal op een zodanige manier dat het lijkt alsof ze het zelf geloven (Sims, 1988).

Motivaties die meespelen bij het pathologisch liegen kunnen volgens Newmark, Adityanjee & Jerald (1999) volgende zijn: zelfverheerlijking of economische, seksuele of politieke motieven.

Bovenstaande uiteenzetting wees op de verschillende varianten van een bewuste identificatie met een stoornis. We menen dat het interessant is te bestuderen wat het wetenschappelijk onderzoek hierover zegt en te onderzoeken of er evidentie is voor DID als een bewuste identificatie.

### **Evidentie**

Onderzoek heeft bevestigd dat er inderdaad patiënten zijn die zich aanbieden voor behandeling van hun DID symptomatologie maar hun symptomen blijken te simuleren of een nagebootste stoornis blijken te hebben. Volgens Coons & Milstein (1994) is dit zo'n 10% van de patiënten die zich op een DID gespecialiseerde behandelingsafdeling aanmelden.

Patiënten die simuleren presenteren zich met zeer gelijkaardige symptomen en soortgelijke karakteristieken van de alter persoonlijkheden als de patiënten met een echte dissociatieve identiteitsstoornis. De twee groepen patiënten zijn wel te onderscheiden wat betreft de aan- of afwezigheid van symptomen of gedragingen die typisch zijn voor de nagebootste stoornis, simulatie en pathologisch liegen (Coons & Milstein, 1994). Zo vertonen patiënten die simuleren meer pseudologia fantastica, juridische problemen, emotionele onverschilligheid ten aanzien van aangrijpende gebeurtenissen, aanhoudend liegen, dramatische presentatie en overdrijving.

Kong et al. (2008) merkte op dat er in zijn onderzoek bepaalde DID patiënten hun gedrag en geheugen leken te simuleren. De test bestond uit het aanleren van stimuli door een eerste alter en de vraag naar herkenning van deze stimuli vanuit een tweede

alter. 28% van de deelnemers vermeden -vanuit hun tweede alter- systematisch het materiaal dat het eerste alter geleerd had. Daardoor bedacht Kong dat sommige alters toch kennis hadden van wat in andere identiteiten gezien werd, ondanks hun ontkenningen. Indien ze dit materiaal bewust vermeden, dan was er volgens hem sprake van simulatie.

Sommige studies proberen het simuleren van DID uit te sluiten en nemen daarom een groep in hun onderzoek op die DID moet simuleren. In de studie van Huntjens et al. (2005a) kregen deze proefpersonen een documentaire over een DID patiënt te zien samen met andere geschreven informatie over DID. Daarna moesten ze een denkbeeldige, amnestische identiteit bedenken met gedetailleerde karakteristieken. Ze werden gevraagd dit voldoende uit te werken en de week voor het experiment te oefenen om van identiteit te veranderen en diens gemoedstoestand over te nemen. De resultaten van deze deelnemers op de testen omtrent geheugenfunctioneren bleken uiteindelijk hetzelfde patroon te vertonen als de echte DID patiënten.

Door de gelijkaardige resultaten en fenomenologische patronen van de simulatie- en DID groep kan men concluderen dat het mogelijk is om DID bewust te simuleren. Individuen zonder DID kunnen gemakkelijk openlijke kenmerken van DID vertonen door aanwijzingen van anderen. Hiermee is echter nog niet bewezen dat DID altijd gesimuleerd wordt, het is mogelijk, maar soms ontstaat een dissociatieve identiteitsstoornis vanuit een ander proces.

In de redenering van de onderzoekers om onechte DID op te sporen via het zoeken naar gevallen van bewuste simulatie, ontbreekt -volgens ons- het inzicht dat onechte DID ook onbewust tot stand kan komen. Hierbij sluit aan dat suggestieve invloeden vanuit de omgeving subjecten onbewust tot een identificatie met een stoornis kunnen aanzetten. Dit idee wordt in het volgende deel over een tweede verklaringsmodel verder uitgewerkt.

### **Implicaties voor Diagnostiek en Behandeling**

Hoe kunnen we DID nu het best benaderen indien het proces hierachter een bewuste identificatie met een rollenpatroon dat samenhangt met een stoornis betreft?

Eerst en vooral dient opgemerkt te worden dat men voorzichtig moet zijn deze individuen als psychiatrische patiënten te benaderen. McCullumsmith & Ford (2011) wezen hier ook op toen zij stelden dat het gevaarlijk is om de nagebootste stoornis als een valide psychiatrische diagnose goed te keuren. Op deze manier ontslaat men namelijk de patiënt van zijn verantwoordelijkheid. En hierbij lijkt men te vergeten dat de patiënt bewust kiest de ziekterol op zich te nemen om zo medische zorg en aandacht te krijgen. Hieraan willen we toevoegen dat het bewust op zich nemen van een ziekterol vanuit externe motivatie of omwille van het liegen op zich evenmin ten prooi mag vallen aan een deresponsabilisering van het subject. Het gaat om een bewuste keuze en deze mag in vraag gesteld worden. Waarom men precies de positie van zieke op zich wil nemen, kan wel onbewust gemotiveerd zijn. En het lijkt ons interessant om tijdens de behandeling aan te kaarten welke overtuigingen, verlangens en wensen er hierachter schuilgaan.

Daarnaast hebben we al eerder opgemerkt dat het herkennen van DID als nagebootste stoornis, simulatie of pathologische leugen geen eenvoudige opgave is. Zowel de assessment van echte DID symptomen als de gesimuleerde versies berusten grotendeels op subjectieve tekenen. Dit bemoeilijkt de diagnostiek en ontnemt ons de mogelijkheid om onbetwifelbare uitspraken te doen (McCullumsmith & Ford, 2011).

Vanuit het idee van DID als manifestatie van een nagebootste stoornis, simulatie of pathologische leugen moet dus met enige voorzichtigheid gehandeld worden. Als er vermoedens zijn van één van deze processen, blijft het toch belangrijk andere mogelijkheden af te wegen en onder de loep te nemen.

Het is echter belangrijk om zich als clinicus niet blind te staren op de fenomenologie. Want vanuit deze invalshoek ziet men patiënten die doen alsof, die bedriegen en het risico bestaat dat clinici hen daardoor aan de deur zetten. Bij deze patiënten gaat het echter ook om het uitdrukken van een persoonlijk lijden, maar dan via de omweg van een geveinsde stoornis. Daarom zou het interessanter zijn om de vraag te stellen naar het waarom van de nood om een stoornis voor te wenden. De patiënt richt zich tot de hulpverlening, dus hij/zij moet samen met zijn hulpvraag (die weliswaar gecamoufleerd wordt door geveinsde DID symptomen) serieus genomen worden. Waar situeert zich de echte vraag, het tekort en het verlangen?

## **DID als Effect van Onbewuste Hysterische Identificatie**

Bij onze zoektocht doorheen de literatuur stoten we op een tweede type verklaringsmodellen. Deze modellen vatten DID op als een vorm van onbewuste identificatie met een maatschappelijk courante en aanvaarde diagnostische term.

In dit proces proberen subjecten zich vanuit hun identiteitsverwarring, hun psychologische distress en moeilijkheden te stabiliseren door hun lijden te concretiseren in een stoornis. Men wil erkenning en begrip voor hun problematiek door het vinden van een houvast of zekerheden bij professionals. Via verschillende kanalen (zoals de suggestieve invloeden van de therapeut, cultureel gebaseerde rolpatronen en maatschappelijke verwachtingen) wordt mensen een manier aangereikt om hun problemen te legitimeren. Hier gaan sommigen op in door symptomen, voorgeschiedenis en identiteitsbeeld van DID patiënten over te nemen. Ze identificeren zich met een constructie die gangbaar is in het hedendaags klinisch-psychologische en medische discours.

Op deze manier kunnen ze hun problemen en tegenstrijdige verlangens achter de diagnose van DID verstoppen, ze vinden in deze stoornis een uitleg dat hun leven en lijden past. Ze creëren meerdere persoonlijkheden om hun eigen verdeeldheid en subjectiviteit niet aan bod te hoeven laten komen. Het zijn vaak hysterische subjecten die deze weg kiezen om hun interne conflicten te ontvluchten. Op deze manier verkrijgen ze ook de gewenste aandacht en zorg vanuit hun directe omgeving en/of het hulpverleningscircuit.

Dit is een tijds- en cultuurgebonden trend, die momenten van opflakking kent als er plots veel aandacht aan wordt besteed in de media, in medische milieu's... Zo zijn ook andere modediagnosen bekend die door de aandacht die eraan gegeven wordt in onze maatschappij plots veelvuldig voorkomen, waarschijnlijk met een behoorlijke proportie overdiagnose (zoals de adhd-hype, de borderline problematiek, autisme spectrum stoornissen...).

Het verschil met de bewuste identificatie besproken in vorig hoofdstuk bestaat eruit dat ons tweede verklaringmodel een onbewust proces beschrijft dat zonder planning of bewuste inspanning van de patiënt plaatsvindt. Ook de therapeut en andere invloeden uit de omgeving kunnen volledig onbedoeld en/of onbewust hun invloed hebben.

Het onderscheid met DID als hysterisch symptoom dat later aan bod komt, is het gebrek aan een intern uitgewerkt psychisch proces bij onbewuste identificatie. Beide DID mechanismen vermijden de confrontatie met hun interne verdeeldheid en onderliggende conflicten, waardoor we eigenlijk beide mechanismen onder hysterische symptoomvorming kunnen klasseren. Maar bij de ene manifesteert deze oplossingspoging zich via het reguliere hysterische verdringingsproces, bij het andere mechanisme gaat het om de hysterische identificatie met een label dat in de buitenwereld aangeboden en waargenomen wordt.

Verderop zullen we uitgebreid het proces van onbewuste hysterische identificatie vanuit een psychanalytische invalshoek uiteenzetten. Maar eerst willen we dit proces bestuderen vanuit de wetenschappelijke literatuur waar het aan bod komt in het sociocognitieve model.

### **Het Sociocognitieve Model**

De multipale persoonlijkheidsstoornis wordt door Hacking (2007) geconceptualiseerd als een sociohistorisch product. Hij poneert dat indien men mensen in bepaalde groepen classificeert, dit de geclassificeerde personen verandert of zelfs een nieuw soort persoon creëert die voorheen niet bestond. Deze verandering bij de personen leidt dan opnieuw tot een aanpassing van hun classificatiecriteria... Op deze manier zal het uitwerken van het MPD label de fenomenologische uitingsvormen kleuren van de mensen die deze stoornis (lijken te) hebben.

Spanos (1994) koestert een soortgelijke kijk op het categoriseren van mensen en hij heeft zijn visie uitgewerkt in het sociocognitieve model. Dit model twijfelt niet aan het bestaan van DID. Want er zijn inderdaad bepaalde individuen die zich consistent presenteren met klinische kenmerken die men bundelt in een diagnose van de dissociatieve identiteitsstoornis. En deze kenmerken kunnen een onderscheid maken tussen DID en andere stoornissen.

Waar Spanos (1994) wel aan twijfelt is het statuut en het ontstaan van de stoornis. Hij ziet de verschillende alterpersoonlijkheden niet in termen van echt verschillende entiteiten met een essentieel verschillend functioneren van bewustzijn en geheugen,

maar eerder als een geconstrueerde metafoor die patiënten gebruiken om bepaalde subjectieve ervaringen te begrijpen en te verklaren. Het ontstaan van de stoornis denkt hij niet in termen van de manifestatie van verschillende alters vanuit een psychologisch proces, maar vanuit externe invloeden. Deze externe factoren zijn oa. de suggestieve invloed van therapeuten, gedrukte media (zoals bv. publicaties van DID gevallenstudies), radio, films, tv-shows en het maatschappelijke beeld over DID. Het cruciale punt is dat DID via deze verschillende informatiebronnen gunstig afgebeeld wordt waardoor het aantrekkelijk is voor anderen om dit beeld als levensmodus over te nemen. Men krijgt DID patiënten voorgespiegeld die hun psychologische distress kunnen kanaliseren via dramatische symptomen. Ze krijgen op deze manier ondersteuning vanuit de hulpverlening en lijken hun geluk en gezondheid teruggevonden te hebben. Ook vanuit hun eigen omgeving krijgen ze empathie en aandacht, ze lijken zich beter te voelen en terug respect voor zichzelf te hebben.

Op deze manier is het niet verwonderlijk dat patiënten DID symptomen rapporteren die niet via een diepgaand psychologisch mechanisme ontstaan zijn, maar gedreven zijn door verwachtingen en vraagkarakteristieken van verschillende sociale contexten. Men adopteert deze sociale rollen en gedraagt zich hiernaar. Daarna kunnen de symptomen in stand gehouden worden via de blijvende aandacht van anderen voor hun dissociatieve symptomen. De therapeut speelt opnieuw een rol in dit proces, evenals andere DID patiënten waarmee men zich kan identificeren...

We kunnen hier nog aan toevoegen dat de patiënt geen passieve ontvanger is van al deze invloeden, maar er in meer of mindere mate kwetsbaar voor is. Pica, Beere, Lovinger & Dush (2001) spraken over de mogelijke wisselwerking tussen afhankelijke patiënten, die op zoek zijn naar een oplossing voor hun psychologische distress en therapeuten die op zoek zijn naar tekenen van de dissociatieve identiteitsstoornis.

In de studie van Scropo et al. (1998) beargumenteren de auteurs dat DID patiënten kwetsbaar zijn om onder invloed van sociale suggesties in hun fantasieën te gaan geloven. DID patiënten vertonen over het algemeen een sterke neiging om te fantaseren en vanuit deze erg creatieve imaginaire wereld creëren ze alters. Vandaag de dag worden alterpersoonlijkheden door therapeuten, in de media, in boeken, ... voorgesteld alsof het aparte personen zijn. Op deze manier kunnen vatbare individuen het zicht op

de realiteit verliezen en ervan overtuigd zijn dat hun alters gescheiden persoonlijkheden zijn in plaats van hun eigen fantasieën.

We kunnen dus besluiten dat -volgens het sociocognitieve model- een wisselwerking tussen externe invloeden en interne processen tot de constructie van DID leidt. De externe invloeden zijn talrijk en komen voor in verschillende modaliteiten.

### **Verschillende Soorten Invloeden**

Spanos (1994) wijst erop dat het vormen van een complexe DID persoonlijkheidsstructuur op vele bronnen beroep doet. De voornaamste informatiebron die men kan gebruiken om zijn DID identiteit op de juiste manier kleur te geven -namelijk met de gepaste voorgeschiedenis en symptomen- is de therapeut. Vooral de therapeuten die erg achter de diagnose staan, beïnvloeden hun patiënten het meest. Deze suggesties verlopen niet noodzakelijk intentioneel.

Clinici kunnen hun patiënten zowel tijdens het diagnostisch onderzoek als tijdens de therapie aan suggestieve invloeden onderwerpen. Ze informeren hun patiënten bijvoorbeeld over het typische functioneren van een DID patiënt, ze vertellen hun patiënten geregeld dat ze zich moeten voorstellen alsof ze meerdere identiteiten hebben, ze bevestigen officieel de alters die tijdens de therapie opduiken, ...

Daarnaast kunnen ook tv shows, historische romans, films, ... een invloed uitoefenen (Spanos, 1994). Deze bronnen worden steeds invloedrijker aangezien de DID hype zich ook daar grondig nestelt. Dit leidt tot het vormen van socioculturele verwachtingen en opvattingen in de maatschappij, bij het individuele subject en bij medici omtrent de verondersteld klinische kenmerken van DID.

Hacking (2007) voegt hier nog aan toe dat ook de concurrentie tussen de voor- en tegenstanders van de multipele persoonlijkheidsstoornis bijdraagt tot een verdere fenomenologische uitwerking van het MPD type.

Wat de mogelijke invloeden op de vorming van DID betreft, kunnen we ook de studie van Merskey (1992) aanhalen. Hij invalideert het concept dissociatieve identiteits-

stoornis en gaat na op welke verschillende manieren dit fenomeen tot stand kan komen. Hij stelt dat DID een artificiële productie is die ofwel ontstaat door misinterpretatie van organische of bipolaire ziekten of als product van bewuste of onbewuste fantasieën of wensen van de patiënt. In het laatste geval biedt de productie van een dissociatieve identiteitsstoornis een oplossing voor emotionele problemen. Een andere mogelijkheid is dat de patiënt door de manifestatie van een hysterische amnesie, verschillende vaardigheden, gewoonten, denkwijzen... opnieuw moet aanleren waarbij een andere persoonlijkheid aangebracht of gesuggereerd kan worden. Als laatste haalt hij ook de sterk leidende en suggestieve procedures aan (eventueel onder hypnose) die gedurende lange tijd gebruikt werden in de assessment van DID.

Betreffende de assessment van DID kan er een suggestieve invloed uitgaan van bijvoorbeeld expliciete geheugentaken (Kong et al., 2008). Deze zijn mogelijk onderhevig aan vraagkarakteristieken, omdat ze een uitdrukkelijke beoordeling van het geheugen omvatten. Proefpersonen zijn zich bewust dat hun geheugen getest wordt en kunnen daardoor onbewust handelen in overeenstemming met wat zij denken dat de proefleiders verwachten.

Het is mogelijk dat vele DID patiënten dus amnesie tussen verschillende identiteiten rapporteren, omdat ze ervan overtuigd zijn dat dit bij hun -veronderstelde- stoornis hoort. Impliciete taken kunnen het geheugenfunctioneren minder opvallend testen, waardoor er minder kans op simulatie is. Uit deze testen blijkt geregeld dat er toch informatietransfer is tussen verschillende alters (oa. Huntjens et al., 2005a, 2005b).

Hierbij sluit aan dat in de assessment procedure van DID vaak gebruik wordt gemaakt van vragenlijsten en screeningsinstrumenten die expliciet bevragen of men de aanwezigheid van 2 of meer verscheiden identiteiten of persoonlijkheden in zichzelf herkent. Deze vraagstelling kunnen we opvatten als een verdoken vorm van suggestie.

Een andere factor die potentiële DID patiënten kan beïnvloeden in hun gedrag en functioneren is de observatie van andere DID patiënten. Bijvoorbeeld op een afdeling die gespecialiseerd is in de behandeling van DID, zien patiënten hoe andere DID patiënten zich gedragen, ze observeren hen en nemen deel in dit behandelingsmilieu. Zo leren ze hoe ze dissociatief moeten zijn en dit kan de manifestatie van hun dissociatieve



identiteitsstoornis bevorderen. Op deze manier kunnen zij verhalen construeren over hun verschillende alters en eventueel ook over een trauma in de kindertijd.

We zullen nu ingaan op de visie van Hacking (2007) in verband met de invloed dat het wetenschappelijk onderzoek op de vormgeving van MPD kan hebben. Menswetenschappen leiden tot ontdekkingen, maar door het geven van namen en het poneren van zogezegde waarheden, kunnen tegelijkertijd nieuwe dingen uitgevonden worden. Waar is de grens tussen ontdekken en creëren?

Hacking (2007) stelt dat verschillende factoren interageren in het proces van labelling en vorming van nieuwe soorten mensen. Ten eerste is er het label met haar bijbehorende karakteristieken, zoals bijvoorbeeld de diagnose van multipele persoonlijkheidsstoornis met bijbehorende kenmerken en symptomen. Daarnaast zijn er de geclassificeerde mensen, in het geval van MDP beschrijft Hacking hen als ongelukkige personen die moeilijk een manier vinden om met hun distress en lijden om te gaan. Er zijn ook de organisaties zoals ziekenhuizen, groepen die zich bezighouden met het bestuderen van MPD, therapie-opleidingen, tv-shows die hier aandacht aan besteden... Hier gaat een zekere autoriteit van uit en binnen de setting van de gezondheidszorg staan patiënt en clinicus in een continue wisselwerking. Een psychiatrisch centrum die bijvoorbeeld een specifieke afdeling heeft voor de behandeling van MPD patiënten zal zowel op patiënt als therapeut een invloed hebben, wat ook weerspiegeld wordt in de relatie tussen hen beide. Ten vierde is er de kennis over de nieuwe diagnose, zowel de vakkundige kennis als de kennis die bekend is bij het algemene publiek. Dit betreft niet alleen feitelijkheden, maar ook controversiële opvattingen en vermoedens. Met betrekking tot MPD kunnen dit bijvoorbeeld de gedeelde (maar nog niet ontegensprekelijk bewezen) opvattingen zijn omtrent een voorgeschiedenis van misbruik als voornaamste oorzaak van de stoornis. Tot slot zijn er ook de experten die mensen bestuderen, classificaties maken, kennis produceren en legitimeren en deze gebruiken in hun praktijk.

Al deze factoren staan in een onderlinge wisselwerking en kunnen bijdragen tot het creëren en in stand houden van een diagnostische categorie.

Aansluitend bij dit proces van naamgeving aan categorieën van mensen, dat ook een suggestieve invloed kan hebben, bespreken we tot slot het fenomeen van de mis-

diagnose. Het verkeerd diagnosticeren van DID past ook in het kader van de DID conceptualisatie als het onbewust overnemen van een diagnose. Misdiagnose is een courant verschijnsel bij DID, oa. omwille van de grote fenomenologische overlap met andere symptomen en stoornissen.

Andere stoornissen kunnen verkeerdelijk gezien worden als een dissociatieve identiteitsstoornis. Daardoor kan een expliciete suggestieve invloed van de clinicus uitgaan die ervan overtuigd is dat hij te maken heeft met een DID patiënt. Het lijkt me niet onoverkomelijk dat ook via dit proces een patiënt de woorden en verwachtingen van zijn therapeut kan overnemen en zo gepaste DID symptomen gaat produceren of deze extra tot uiting brengt.

Verschillende onderzoekers vatten de dissociatieve identiteitsstoornis dus op als een begrip dat vanuit een veelheid aan invloeden geconstrueerd kan worden. Het idee van een sociale constructie legt de nadruk op invloeden vanuit de omgeving, maatschappij, media... Om deze invloeden en hun effecten ten volle te begrijpen is het belangrijk een zicht te hebben op het beeld dat er in de maatschappij heerst omtrent de verschillende aspecten die een rol spelen bij DID. Dit betreft oa. identiteit, geheugenfunctioneren, onafhankelijkheid, persoonlijkheid en zelfbeeld. Het maatschappelijke idee omtrent deze aspecten zal voor een groot deel meebepalen wat normaal en afwijkend is, hoe een stoornis eruitziet en hoe die vormgegeven wordt. We zullen in het hiernavolgende specifiek ingaan op de manier waarop de maatschappij het zelfbeeld conceptualiseert. Daarnaast menen wij dat het noodzakelijk is een goed zicht te hebben op de particuliere vormgeving van het zelfconcept op basis van de identiteitsontwikkeling. Dit laatste proces biedt ons een zicht op bepaalde fenomenen die dissociatief lijken maar eigenlijk normale processen zijn in de identiteitsontwikkeling van elk individu.

### **Zelfconcept**

Vandaag de dag betreft het gangbare zelfbeeld in de maatschappij een unitair zelf, dit is echter niet onveranderlijk. Sociale processen kunnen dit beeld over een unitair zelf veranderen in een alternatief beeld waar een zelf met meerdere identiteiten naar voor geschoven wordt. Spanos (1994) meent dat dit in de laatste 20 jaar inderdaad het geval

is: het concept van meervoudige persoonlijkheden is een gangbaar fenomeen in de Noord-Amerikaanse cultuur. Het is maatschappelijk bekend hoe een DID patiënt zich gedraagt, wat zijn kenmerken en symptomen zijn, hoe zijn voorgeschiedenis eruit ziet, hoe psychiaters hierop reageren... De maatschappij stelt het idee van meervoudige persoonlijkheden voor als een aanvaarde manier om zich te gedragen. En aangezien het zelfconcept een sociaal construct is (gevormd via de mening, woorden en invloeden van anderen en maatschappelijke opvattingen), zullen sommige mensen zichzelf vormgeven als een DID patiënt.

Onderzoeken van Akyuz et al. (1999) wezen op de gelijkaardige DID prevalentiecijfers in het Westen met deze in Noord-Amerika. Daardoor kunnen we vermoeden dat deze diagnose ook bekend is in onze maatschappij en eveneens haar invloed op de vorming van het zelfbeeld doet gelden.

Ian Hacking (2007) deelt de visie van Spanos en zegt dat er pas sprake kan zijn van het voorkomen van multiële persoonlijkheidsstoornis (MPD) als dit geaccepteerd wordt als een gangbare manier van zijn, een aanvaarde stijl om zichzelf vorm en identiteit te geven in de maatschappij. De MPD patiënt wordt vandaag de dag beschouwd als een bepaald type persoon met specifieke gedragingen en herinneringen.

De ander heeft dus op maatschappelijk niveau heel wat invloed op het individu. Verhaeghe (2011) argumenteert in dit verband dat elke cultuur bepaalde maatschappelijke regels en richtlijnen heeft die onze innerlijke verdeeldheid tussen verlangen en genot pogen aan banden te leggen, regels die voorschrijven hoe een man-vrouw verhouding er moet uitzien en hoe sociale banden functioneren. In analogie hiermee, willen we toevoegen dat ook de individuele vormgeving en invulling van het zelfconcept aan dezelfde maatschappij onderhevig is. Het symbolische systeem en de woorden die de maatschappij aanbiedt, bepaalt wat er mogelijk is in de manier waarop een individueel subject zich een identiteit aanmeet. Er blijft nog altijd ruimte voor een bepaalde mate van persoonlijke invulling maar de grenzen waarbinnen men creatief kan zijn worden bepaald door de maatschappij.

Naast maatschappelijke tendensen, is ook de individuele ontwikkeling belangrijk en bepalend in de vormgeving van het zelfconcept. Om hier een goed zicht op te krijgen, lijkt een kleine uitwijking naar het subjectiveringsproces verduidelijkend en noodzakelijk.

Lacan heeft ons een mooi conceptenkader aangereikt om dit proces te begrijpen (Verhaeghe, 2002). Elk subject vertrekt vanuit een leegte, een zekere tabula rasa en wordt geconfronteerd met een onlustvolle excitatie, iets van de orde van het reële: een impuls vanuit het lichaam, een bepaalde angst... Om hieraan betekenis te kunnen geven richt men zich tot de Ander. De Ander als concrete ander en als symbolisch systeem. De Ander reikt woorden aan, betekenaars die het subject internaliseert. Tegelijkertijd houdt de Ander ook een spiegel voor. Beide simultane processen zorgen ervoor dat we onze angst en drift deels kunnen hanteren en dat we een stuk identiteit van de Ander overnemen. Daarna volgt de eindeloze zoektocht naar betekenaars, het eindeloze overnemen van stukjes identificatie van de Ander... Zo construeren we onze eigen identiteit: *onze* identiteit is dus gelaagd en bestaande uit stukjes van verschillende *anderen*. Ons zelfconcept is verweven met betekenaars van de Ander. En dit aspect lijkt uitvergroet aan bod te komen bij de dissociatieve identiteitsstoornis: de verschillende alters reflecteren andere gedragingen, gewoonten, persoonlijkheidskenmerken... Het is dan ook een misvatting deze aspecten als onderscheiden entiteiten te zien. Als we in het achterhoofd blijven houden dat onze identiteit opgebouwd werd vanuit verschillende invloeden en anderen, kunnen we de alters beschouwen als verschillende onderdelen van één zelfconcept. Deze onderdelen zijn bij DID patiënten wel meer uitgesproken en lijken meer onafhankelijk te kunnen handelen dan bij andere mensen.

De normale identiteitsontwikkeling resulteert dus in een zelfconcept dat verschillende aspecten bevat, die gegrond zijn op betekenaars van de Ander, maar het vormt één coherent geheel. Sommige individuen bereiken echter dit eindstadium van één geünificeerd zelf niet. Verschillende persoonlijkheidsaspecten blijven onafhankelijk bestaan en lijken zelfs autonoom te functioneren, wat in extremis kan leiden tot de perceptie van meervoudige persoonlijkheden. Daarnaast biedt de normale identiteitsontwikkeling nog een aantal ervaringen die lijken op dissociatieve fenomenen.

Steinberg & Steinberg (1995) halen in dit verband enkele verschijnselen aan die niet abnormaal zijn tijdens de adolescentieperiode, maar die lijken op dissociatieve fenomenen en in dit licht verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden. Ze hebben het over stemmingswisselingen, het veranderen van vrienden of het innemen van een andere sociale positie, het feit dat adolescenten experimenteren met verschillende kledingsstijlen en kapsels.... Deze kenmerken zijn eigen aan de adolescentie waar subjecten op zoek gaan naar een eigen identiteit, maar kunnen tot misinterpretaties leiden indien men deze gedragingen opvat als manifestaties van verschillende alters. Daarbovenop kan ook de verschillende snelheid waarmee subjecten zich op diverse persoonlijkheidsdomeinen ontwikkelen, lijken op DID. Het niveau van hun intellectuele ontwikkeling komt bijvoorbeeld niet overeen met die van hun sociale ontwikkeling en dit kan overkomen alsof er sprake is van verschillende persoonlijkheden of alters.

Vanuit de woelige adolescentieperiode waar DID symptomen in beperkte mate voorkomen als onderdeel van een normale ontwikkeling, is het mogelijk dat een flinke portie suggestie, media-aandacht, ... omtrent DID op een aantal individuen een zodanige invloed kan hebben, dat zij zich in een DID rol gaan nestelen.

In het licht van de identiteitsontwikkeling is het interessant de ideeën van Verhaeghe (2011) over de veranderingen in het maatschappelijke discours er even bij te nemen. Hij stelt dat er vandaag de dag een overaanbod is aan figuren waarmee men zich kan identificeren en een gebrek aan een krachtige vaderfiguur die autoriteit uitstraalt en de wet stelt. Vanuit dit gemis aan een concrete invulling om de eigen identiteit vorm te geven en het gemis aan een duidelijke regelgeving omtrent de positie van man en vrouw, is een grote identiteitsverwarring niet verwonderlijk. De keuzemogelijkheden zijn tegenwoordig enorm en we hebben het hier -met onze inherente innerlijke verdeeldheid- soms moeilijk mee. Verwarring, onzekerheid en innerlijke conflicten ontstaan die zich uiteten in verschillende persoonlijkheidsaspecten die tegenstrijdig en onafhankelijk lijken.

Laten we besluiten met de stelling dat ons zelfconcept weerspiegelt hoe we -via een conceptenkader van de Ander- over onszelf denken. Indien de maatschappij een conceptenkader aanbiedt waarin meerdere persoonlijkheden mogelijk zijn, kan men

zichzelf op deze manier vormgeven. We hebben daarnaast besproken dat ook elementen uit de normale identiteitsontwikkeling die lijken op DID fenomenen, meer kans bieden om -via suggestie- DID te ontwikkelen.

Na deze kleine uitwijking betreffende het zelfconcept en de identiteitsontwikkeling, keren we terug naar het sociocognitieve model. We zullen een overzicht geven van elementen die voor het sociocognitieve model pleiten (en tegen echte DID symptomen die gevormd worden via een psychologisch proces). Daarna vermelden we ook een aantal gegevens die tegen het sociocognitieve model betogen.

### **Evidentie voor DID als Sociaal Construct**

#### **Indicaties tegen intrapsychische DID symptomen.**

Een eerste aanwijzing die pleit tegen het bestaan van intrapsychische DID symptomen, is de onmogelijkheid om deze symptomen objectief vast te stellen. De meeste pathologische fenomenen waarop men DID diagnosticeert, worden subjectief door de patiënt gerapporteerd (Dell, 2006). Onze bedenking is nu dat observaties zoals bijvoorbeeld het vaststellen van een alterwisseling evenmin betrouwbaar te objectiveren gegevens zijn. Want men baseert zich hierbij op gedragsmaten die vrijwillig te controleren zijn. Het kan overkomen alsof een persoon naar een andere alter verandert door het wisselen van kledij, stemintonatie, handschrift, taalgebruik en/of leeftijd, maar zijn dit wel betrouwbare indicatoren voor de werkelijke aanwezigheid van verschillende alters? Of stelt de patiënt gewoon bepaald gedrag omdat dit overeenkomt met het beeld dat hij/zij over DID heeft?

De rapportage door de patiënt en observaties door de therapeut zijn dus twee processen in de diagnostiek van DID die niet tot onbetwifelbare gegevens leiden. Dit omdat de DID karakteristieken gesimuleerd kunnen worden. Bestaat de dissociatieve identiteitsstoornis dan uit geen enkel symptoom dat we duidelijk kunnen definiëren, afgrenzen, objectiveren en meten? Hoe kunnen we dan zeker zijn dat de stoornis ‘echt’ bestaat?

Met deze vraag komen we opnieuw bij de filosofische discussie van Hacking (2007) terecht die zich afvroeg wat MPD is. Hacking twijfelt niet aan het voorkomen van dit fenomeen, maar vraagt zich af wat het voorstelt. De multiple persoonlijkheidsstoornis is geen objectieve werkelijkheid, enkel een naam die gegeven wordt aan een gemeenschappelijk patroon van kenmerken en gedragingen van bepaalde patiënten. Door de aandacht en het onderzoek van klinici voor MPD werd dit fenomeen een stoornis, het werd iets dat iemand kan hebben. Maar het plakken van een naam op dit syndroom, levert nog geen bewijs voor dit syndroom als een valide entiteit, een echte psychiatrische diagnose.

Ook de amnesie tussen de alters valt moeilijk te bewijzen. Dit is één van de belangrijkste kenmerken van DID. In de DSM-IV-TR (APA, 2000) is dit zelfs een noodzakelijke voorwaarde voor de diagnose. Onderzoek wijst echter aan dat DID patiënten wel vaak informatie tussen hun alters overdragen. Silberman, Putnam, Weingartner, Braun & Post (1985) toonden bijvoorbeeld in hun studie aan dat de veronderstelde splitsing tussen verschillende alters in het geheugen niet zo volledig is. Amnesie tussen identiteiten is essentieel als criterium voor het diagnosticeren van DID, maar lijkt niet altijd aanwezig als symptoom van de stoornis. Dit doet de validiteit van het DID begrip wankelen.

### **Gegevens die steun bieden aan het sociocognitieve model.**

Er zijn verschillende bevindingen die een externe invloed in de etiologie van DID bevestigen, daarbij moet wel opgemerkt worden dat het sociocognitieve model niet veronderstelt dat dit de enige oorzakelijke factor is.

Vanuit het korte historische overzicht dat we eerder geschetst hebben, valt op dat het voorkomen van de dissociatieve identiteitsstoornis hevige fluctuaties heeft gekend. Bepaalde auteurs zien dit feit als een bevestiging voor de sociohistorische invloeden op DID. Acocella (1999) bijvoorbeeld, ziet DID enkel als een sociale constructie en meent dat therapeuten die de diagnose van DID verdedigen de laatste 30 jaar hier een soort

hype van gemaakt hebben, met uitgebreide media-aandacht en wetenschappelijke belangstelling. Dit verklaart volgens haar de hoge prevalentiecijfers van de laatste jaren. Spanos (1996) koestert dezelfde overtuiging dat de recente prevalentiestijging te danken is aan de overvloedige aanwezigheid van DID in media en cultuur. Hij voegt hier nog enkele andere eigenaardigheden aan toe die het bestaan van DID als sociaal construct ondersteunen. Het gaat over het feit dat bepaalde clinici dit verschijnsel frequent rapporteren en andere clinici helemaal niet. De prevalentie is anders in verschillende gebieden en er zijn proportionele prevalentieverschillen tussen mannen en vrouwen. Al deze gegevens pleiten voor DID als sociaal construct waarbij de prevalentiecijfers over tijd, streek en geslachten heen schommelen, omdat ze mee veranderen met de verwachtingen over DID die in de sociale omgeving gelden.

Naast de toename in DID prevalentie van afgelopen jaren is er nog een andere vaststelling die de invloed van het maatschappelijk beeld op de vorming van de stoornis aantoont. Ross (1997) vermeldt dat DID patiënten over de tijd heen meer alters rapporteren. Hij spreekt over een gemiddelde van 3 alterpersoonlijkheden in het verleden, terwijl hedendaagse patiënten een 15-tal alters rapporteren.

Ook binnen eenzelfde patiënt kan het aantal alters met de tijd toenemen. Spanos (1994) wijt dit aan de veranderde verwachtingen van de therapeuten (en de ruimere sociale omgeving) waardoor patiënten het aantal alters aanpassen om hieraan tegemoet te komen.

De bevindingen van Gee, Allen & Powell (2003) sluiten hierbij aan. Zij stelden in hun onderzoek vast dat in zo'n 10% van de gevallen geen sprake is van identiteitsveranderingen voordat men DID bij deze patiënten diagnosticeerde. Dit is echter een cruciaal kenmerk van de stoornis, waardoor we ons de vraag kunnen stellen waarop men zich dan baseert om tot een diagnose te komen. En spelen verwachtingen van de therapeuten hier misschien in mee?

Therapeuten zijn zich de laatste jaren steeds meer bewust van de dissociatieve identiteitsstoornis en bijbehorende kenmerken. Zelfvervullende voorspellingen door de therapeuten zouden voorgaande vaststellingen daarom kunnen verklaren.



Op maatschappelijk niveau valt eenzelfde tendens te bespeuren: DID krijgt steeds meer aandacht oa. met de publicatie van boeken over DID zoals 'Sybil' (Schreiber, 1973) en 'The three faces of Eve' (Thighen & Cleckley, 1957) en via het lanceren van films en tv-shows. Kort na het publiek verschijnen van deze DID portretten werd de stoornis frequenter gediagnosticeerd en voorstanders van het sociocognitieve model verklaren luid en duidelijk dat dit onmogelijk toeval kan zijn (oa. Dell, 2006).

Een ander argument dat pleit in het voordeel van het sociocognitieve model is het gegeven dat slechts een kleine groep therapeuten het merendeel van de diagnoses van DID maakt (Mai, 1995). En clinici die zich interesseren in het DID fenomeen, lijken vaker een geval van DID te diagnosticeren. Dit gegeven verraadt de grote impact die een therapeut heeft bij het diagnosticeren van DID.

De bevinding van Merskey (1992) dat vooral onderzoekers die geloven in de diagnose van DID deze gevallen rapporteren, sluit hierbij aan. Maar we kunnen ons hierbij de vraag stellen of dit dan om echte DID symptomen en stoornissen gaat of indien er sprake is van een zelfvervullende voorspelling. Het is immers mogelijk dat therapeuten die voorstander zijn van de diagnose van DID symptomen gemakkelijker in lijn met deze diagnose zullen interpreteren, een ander perspectief hebben tijdens het observeren van hun patiënten en eventueel ook impliciet hun patiënten in die richting suggereren. Therapeuten kunnen dus een aanzienlijke invloed hebben in het diagnosticeren en creëren van DID. Om deze invloed te illustreren, zullen we even verwijzen naar de gevalstudie van Stickley & Nickeas (2006). Hun patiënt rapporteerde frequenter dat ze dissocieerde nadat ze een diagnose van DID gekregen had. Voordien beschreef ze deze toestanden in termen die normale acties aanduiden: dagdromen, slapen en ergens anders wakker worden... Mogelijks werd ze beïnvloed door de overtuigingen van de therapeut en heeft ze zich hieraan aangepast.

Ook tijdens de behandeling kunnen therapeuten hun patiënten helpen in het vormen en onderhouden van hun DID symptomen, alters, herinneringen... De studie van Klufft (1991) documenteert deze veronderstelling, hij vond dat er bij ongeveer 80% van de patiënten geen duidelijke presentatie van een DID profiel was voor de behandeling van DID. De patiënten rapporteerden slechts af en toe periodes van klassieke DID tekenen.

Het is pas tijdens de behandeling dat de essentiële DID kenmerken (zoals de afwisselende verschijning van meerdere alters) duidelijker op de voorgrond kwamen.

Enkele gelijkaardige bevindingen komen in de studie Gee et al. (2003) aan bod. Zij bestudeerden DID patiënten in hun behandelingsproces en merkten op dat vele patiënten meer symptomatisch lijken te worden nadat de therapie gestart is. Tijdens de behandeling komen plots identiteitsveranderingen en andere dissociatieve symptomen voor die voorheen niet aanwezig waren. Patiënten vermelden tijdens de behandeling ook geregeld amnesie waarvan voorheen geen sprake was en ze falen om dit te bevestigen via andere bronnen -dan hun zelfrapportages-.

Deze vaststelling lijkt het iatrogene effect van de behandeling te reflecteren. Een courante behandeling voor de dissociatieve identiteitsstoornis steunt inderdaad op suggestieve technieken zoals het in kaart brengen van verschillende alters en het leggen van contacten tussen de alters (oa. Ross, 1997; Turkus & Kahler, 2006.) Ook psycho-educatie is vaak een essentieel onderdeel van de behandeling: men legt uit dat de ervaringen van de patiënt gezien kunnen worden als een normale reactie op trauma, men beschrijft de vele kenmerken en symptomen van de stoornis... Tijdens de behandeling is het ook mogelijk dat de therapeut expliciet alle alters aanspreekt en hen aanmoedigt om deel te nemen aan het behandelproces. Er zijn dus duidelijk suggestieve elementen aanwezig tijdens de behandeling, die onvermijdelijk een effect zullen hebben op hoe de patiënt zichzelf en zijn stoornis bekijkt.

Tot slot zullen we nog even ingaan op de controversie omtrent amnesie als evidentie voor het sociocognitieve model. De gerapporteerde amnesie van DID patiënten lijkt vaak niet in overeenstemming met objectieve resultaten van geheugentests die aantonen dat er wel transfer is tussen de alters (oa. Huntjens et al., 2005a, 2005b). Waarom menen DID patiënten dan toch dat ze zich bepaalde inhouden van een andere alter niet meer herinneren?

Een studie van Allen & Movius (2000) toont aan dat deze gerapporteerde amnesie (deels) het gevolg kan zijn van verwachtingen geïnduceerd door de ander. De onderzoekers informeerden hun DID deelnemers namelijk tussen de 1<sup>e</sup> en de 2<sup>e</sup> testingsfase expliciet over geheugenverlies als karakteristiek kenmerk voor DID en ze stelden dat ze hierin geïnteresseerd waren en dit wilden testen. Ongeacht het aangeven of niet van

amnesie vóór het onderzoek, kan deze suggestie van de onderzoekers een grote invloed gehad hebben op de patiënten. Daardoor rapporteerden de patiënten geen herinnering voor de geleerde woordenlijsten van hun andere alter. Via objectieve maten (ERP's) kon wel informatieoverdracht tussen de alters aangetoond worden.

Een studie van Kong et al. (2008) omtrent de -verwachte maar afwezige- amnesie tussen identiteiten pleit eveneens in het voordeel van het sociocognitieve model. Indien er amnesie tussen de verschillende alters zou bestaan, verwacht men dat DID patiënten gemakkelijker distractorwoorden -geleerd door een andere alter- zouden kunnen negeren. Dit leek echter niet het geval. De patiënten konden geen bewuste herinnering rapporteren aan de voorheen geleerde woorden door een andere identiteit, maar deze kennis leek onbewust hun geheugentaak te bemoeilijken. Bij een aantal patiënten (28%) werden deze distractorwoorden -die geleerd waren door een andere alter- zelfs systematisch vermeden. Deze systematiek doet ons vermoeden dat men wel kennis had van deze stimuli en dat sommige patiënten dus -bewust of onbewust- de amnesie simuleerden. Deze bevinding is consistent met het sociocognitieve idee dat alterpersoonlijkheden geen echt onderscheiden entiteiten zijn met aparte herinneringen en geheugenfunctioneren.

Een volgend punt van evidentie voor DID als sociaal construct betreft de invalidering van de vaak veronderstelde etiologische link tussen trauma en DID. Deze link stelt de kenmerken van DID voor als echte symptomen, resulterend uit een specifiek psychologisch proces dat kan volgen op een trauma. Onderzoekers die DID opvatten als een sociaal construct, trekken voorgaande redenering -met gegronde argumenten- in twijfel.

### **Twijfels bij de link met trauma.**

Voor de ontwikkeling en legitimering van DID meent Spanos (1994) dat vroege trauma's geen noodzakelijke criteria zijn.

Toch wordt in de literatuur veelvuldig geschreven over het verband tussen DID en trauma (oa. Gleaves, 1996). Specifiek gaat het vaak over misbruiktrauma's. De sociocognitieve theorie ontkracht deze link vanuit hun twijfels in verband met de

echtheid van het trauma. De misbruikgegevens worden in de meeste studies immers niet bevestigd door onafhankelijke bronnen, maar steunen enkel op de subjectieve rapportage door de patiënten zelf (Coons et al., 1988). Daar komt bij dat de link tussen de frequente rapportages van kindermisbruik en DID slechts een correlationele relatie betreft (Spanos, 1994). Daardoor is nog niet bewezen dat misbruik de onbetwifelbare oorzaak is van de dissociatieve identiteitsstoornis.

Daarnaast voegt Spanos nog twee elementen toe die mogelijks ook van invloed zijn op het verband tussen trauma en DID. Het gaat over het feit dat een behoorlijke proportie van chronisch verstoorde psychiatrische patiënten waarschijnlijk kindermisbruik rapporteren. Als tweede element vermeldt Spanos de publieke aandacht voor kindermisbruik. Deze aandacht was namelijk groot rond 1970. In diezelfde periode werden DID gevallen gepubliceerd waar patiënten een misbruikgeschiedenis vermeldden. Vanaf dan werd de link tussen kindermisbruik en DID steeds frequenter gerapporteerd.

Hoe kunnen we de link tussen DID en trauma -vanuit het sociocognitieve model- verklaren?

Hacking (2007) verklaart deze link vanuit de behoefte van clinici om een oorzaak voor MPD te vinden. Hij meent dat de clinici zogezegd geïnspireerd werden door Freud en zo een theorie ontwierpen over seksueel misbruik in de kindertijd als voorloper van MPD. Op basis van deze verwachtingen omtrent de etiologie van MPD, doken er bij hun patiënten vervolgens herinneringen aan kindertrauma op tijdens de behandeling. Er zijn niet enkel de impliciete opvattingen van patiënten omtrent DID en diens etiologie die een invloed kunnen hebben op hun geheugen en het (her)vormen van herinneringen. Ook een fantasiegedreven cognitieve stijl van de patiënt, suggestieve therapeuten, media, ... kunnen misbruikherinneringen fabriceren (Scroppo et al., 1998).

Verschillende onderzoekers stellen zich dus vragen bij het waarheidsgehalte van de gerapporteerde trauma's bij DID patiënten. Zij gaan ervan uit dat herinneringen via suggestie gecreëerd kunnen worden. Om na te gaan hoe dit precies mogelijk is, zullen we even stilstaan bij de werking van het geheugen.

## **Geheugenfunctioneren en -disfunctioneren.**

De status van herinneringen omtrent misbruik is een belangrijk topic in het socio-cognitieve model. Het loont de moeite even stil te staan bij het functioneren van het geheugen, het vormen of hervormen van herinneringen en misvattingen hieromtrent.

Het geheugen werkt niet zoals wij verwachten, we kunnen ons bijvoorbeeld dingen ‘herinneren’ die niet hebben plaatsgevonden. Volgens Elzinga et al. (1998) werd reeds in wetenschappelijk onderzoek en in de klinische praktijk bewezen dat valse herinneringen gevormd kunnen worden. Dit komt vooral voor bij sterk suggestibele individuen. Vandierendonck (2006) spreekt in dit verband over geheugenillusies wanneer proefpersonen zich menen iets te herinneren dat in werkelijkheid niet aanwezig was. Deze incorrecte herinneringen kunnen bijvoorbeeld ontstaan in een situatie waar verschillende woorden worden aangeboden die sterk geassocieerd zijn met het doelwoord. Door deze associaties wordt ook het doelwoord geactiveerd, waardoor het kan lijken dat deze ook aangeboden werd. Passen we dit nu toe op herinneringen aan trauma die plots opduiken tijdens de behandeling, dan kunnen we veronderstellen dat verhalen, vermoedens en verwachtingen die geassocieerd zijn met misbruik herinneringen kunnen vormen. In het bijzonder zou een therapeut die zijn patiënt suggestief bevraagt over de mogelijkheid van misbruik in het verleden, hier expliciete voorbeelden bij aanhaalt... zijn patiënt kunnen aanzetten tot het foutief herinneren van misbruik. Verhalen, gevallenstudies en getuigenissen in de media of uit de omgeving kunnen ook bijdragen tot de creatie van misbruikherinneringen.

Misbruikgegevens zijn altijd retroactieve data en doordat ons geheugen niet perfect is, zijn deze gegevens betwifelbaar. We kunnen ons verkeerdelijk dingen herinneren en we kunnen ook falen ons dingen te herinneren. Het normale geheugen vertoont namelijk gaten in vroegere herinneringen, het is normaal dat we bepaalde herinneringen helemaal niet meer terug kunnen ophalen...

Het geheugen wordt ook sterk beïnvloed door huidige overtuigingen en verwachtingen en bevat bijgevolg reconstructieve elementen. Daardoor is het niet altijd te bepalen wat juist en wat incorrect herinnerd wordt. Meestal bevatten herinneringen zowel feitelijke

als reconstructieve elementen. Via reconstructie kan men werkelijk gebeurde situaties vervormen, ambigue voorvallen herinterpreteren in lijn met zijn/haar courante verwachtingen of een nieuwe gebeurtenis uitvinden. Op deze manier kan men dus zelf misbruikherinneringen genereren. Spanos (1994) verklaart dit als volgt: patiënten die tijdens de therapie erachter komen dat ze een dissociatieve identiteitsstoornis hebben, zullen zelf misbruiksituaties vanuit hun fantasie produceren en als echte herinneringen opwerpen. Deze ontstaan dan op basis van hun -door sociale invloeden geïnduceerde- overtuiging dat hun stoornis samengaat met een voorgeschiedenis van misbruik. Indien dus in het verloop van een behandeling herinneringen teruggewonnen worden, moeten we ons vragen stellen bij de historische authenticiteit hiervan.

Daar komt bij dat ook de context bepalend is voor het verhaal van het subject (Siegel, 2003). Er bestaat namelijk geen geschiedenis of collectie van feiten over het leven van de patiënt onafhankelijk van de context waarin dit verteld wordt. Dus de persoon tegen wie men iets vertelt, is bepalend voor de aard van het verhaal dat zal gecreëerd worden. Daarnaast moet ook opgemerkt worden dat men steeds vertelt vanuit het heden: op dit moment construeren we een beeld over ons verleden. We kunnen ons dus terecht de vraag stellen of de herinneringen niet meer het effect zijn van interacties tussen patiënt en therapeut en de verwachtingen van beide, dan van de voorgeschiedenis van de patiënt.

Ook Loftus (1993) bestudeerde de mogelijkheid van het geheugen om herinneringen te creëren. Hij meende dat valse herinneringen konden voorkomen die te wijten zijn aan fantasie of illusie. Deze valse herinneringen bieden bescherming tegen herinneringen die meer verdeeldheid zaaien en daarom best afgedekt blijven. Daarnaast kunnen ook externe invloeden aanleiding geven tot het zich verkeerdelijk voor de geest halen van vroegere herinneringen. Dit kunnen bijvoorbeeld populaire geschriften, therapeuten of zelfhulpgroepen zijn die op basis van een aantal vage symptomen suggereren dat men misbruikt kan zijn, zelfs indien men hier geen herinneringen aan heeft. Ons geheugen is dus niet te vertrouwen omdat we -zelf of via de suggesties van anderen- vervormende processen in gang kunnen zetten die onbewust verlopen.

Loftus (1993) besluit dat herinneringen over seksueel misbruik die tijdens de therapie opduiken niet noodzakelijk vals zijn, maar dat men zeer voorzichtig moet zijn met de

geloofwaardigheid hiervan. De herinneringen kunnen namelijk gevormd worden door een kleine suggestie van een vertrouwenspersoon uit de familie, door een leugen van iemand anders, door suggestie van een psycholoog of via de incorporatie van ervaringen van anderen in zijn eigen autobiografie.

Wanneer we dus de retroactieve rapportages omtrent trauma's in de kindertijd van DID patiënten moeten beoordelen, mogen we niet vergeten dat ons geheugen feilbaar is en dat verschillende bronnen een suggestieve invloed op ons kneedbaar geheugen kunnen hebben.

Naast deze individuele invloeden waaraan het particuliere geheugen van ieder subject onderhevig is, zijn er ook sociohistorische factoren die effecten kunnen sorteren. Hacking (1995) stelde dat gedeelde opvattingen over oorzaken van gebeurtenissen in het verleden voortdurend veranderen, afhankelijk van het tijds kader en bijbehorende culturele en maatschappelijke opvattingen. Deze opvattingen geven vorm aan onze herinneringen, waardoor het moeilijk is na te gaan wat effectief gebeurd is in het verleden. Op deze manier kan de opvatting dat kindermisbruik voorafgaat aan DID bij (potentiële) DID patiënten traumatische herinneringen oproepen. Daar komt bij dat amnesie typisch is voor DID, waardoor patiënten het niet meer abnormaal vinden dat ze deze gebeurtenissen voor de aanvang van de therapie nog niet konden herinneren.

Naar aanleiding van deze korte uitwijking over de plasticiteit van het geheugen en herinneringen, moeten we nog even aanstippen dat het rapporteren van een geschiedenis van DID symptomen eveneens aan vervorming en suggestie onderhevig kan zijn. Een geschiedenis van DID kenmerken en symptomen reflecteert dus niet noodzakelijk een historische waarheid. Daardoor moeten we ook bij het evalueren van DID symptomen uit het verleden op onze hoede zijn voor mogelijke maatschappelijke, therapeutische en andere suggestieve invloeden.

Bovenstaande vaststellingen bieden steun aan het sociocognitieve model. Nu zullen we enkele aanwijzingen overlopen die het sociocognitieve model tegenspreken.

## **Evidentie tegen DID als Sociaal Construct**

Omtrent de validiteit van de hypothese van DID als sociohistorisch product lijkt het me een zeer moeilijke onderneming om deze hypothese te bewijzen of ontegensprekelijk te verwerpen. Want is het geen moeilijke (of onmogelijke) onderneming om na te gaan wat het individu op onbewust niveau weet over DID en door welke specifieke invloeden hij/zij beïnvloed werd in de ontwikkeling van zijn 'stoornis'?

Aangezien de beïnvloeding onbewust verloopt, heeft het geen nut de patiënten hierover te bevragen. Nagaan welke invloeden er in de omgeving en het behandelklimaat van de patiënt aanwezig zijn, zal nooit de volledige range aan invloeden dekken. Het is evenmin mogelijk om alle sociale en suggestieve invloeden te gaan uitschakelen om te testen indien er dan nog sprake zou zijn van DID of niet.

Een aantal auteurs pleiten tegen een volledig iatrogene etiologie van de dissociatieve identiteitsstoornis (Putnam et al., 1986). Zij argumenteren dat de ernstige en langdurige psychologische beperking -die soms zelfs al aanwezig was voordat men DID bij deze patiënten diagnosticeerde- dit tegenspreekt.

De aanwezigheid van een aanzienlijke psychologische schade verhindert volgens ons echter niet dat de weg van psychologische distress naar het ontwikkelen van DID iatrogeen geïnduceerd kan worden. Ook Scropo et al. (1998) maakten de bedenking dat hoewel een zekere set van karakteristieken en ervaringen een groep van individuen kan predisponeren tot dissociatieve psychopathologie, de eindmanifestatie van de stoornis geschapen kan zijn door externe krachten.

Akyuz et al. (1999) geloven dan ook weer niet in de exclusiviteit van iatrogenese in de etiologie van DID. Zij beweerden in hun onderzoek dat de Turkse populatie praktisch geen publiek bewustzijn van DID heeft en niet blootgesteld werd aan systematische psychotherapie. Maar ze konden bij een Turkse steekproef een prevalentie van DID aantonen die vergelijkbaar is met deze in Noord-Amerikaanse en West-Europese steekproeven. Daardoor menen zij te kunnen besluiten dat DID niet gezien kan worden als louter een iatrogeen artefact, een cultuurgebonden syndroom of een fenomeen geïnduceerd door media invloeden.



Dell (2006) beroept zich op een soortgelijke redenering om het sociocognitieve model op DID te invalideren. Hij argumenteert dat de klassieke visie van de DSM niet volledig is en hij pleit voor een uitgebreider model die een aantal dissociatieve fenomenen erbij opneemt. Deze nieuwe kenmerken zijn quasi-onzichtbaar en zijn onbekend bij het grote publiek, noch in de media, maatschappij of in de geestelijke gezondheidszorg. Aangezien Dell de definitie voor DID op een meerderheid van verdoken kenmerken baseert, pleit dit tegen de externe invloeden die het sociocognitieve model hoog in het vaandel draagt.

Brand, Armstrong, Loewenstein & McNary (2009) menen ook het sociocognitieve model te kunnen ontkrachten. In hun vragenlijstonderzoek vonden zij dat DID patiënten en hun therapeuten minder dissociatieve symptomen op het einde van de behandeling rapporteerden. Er lijkt dus geen suggestieve invloed van therapeuten uit te gaan waardoor patiënten na hun behandeling nog meer DID symptomen rapporteren.

We kunnen ons echter vragen stellen bij de waarde van deze studie, want het onderzoek bestond uit het bevragen van therapeuten. De therapeuten werden aangeschreven met het verzoek om mee te doen met een behandelingsuitkomst onderzoek rond DID. We kunnen ons voorstellen dat therapeuten die op dit gebied geen goede resultaten boeken, misschien niet op deze uitnodiging ingaan. Daar komt bij dat de therapeuten zelf één van hun DID patiënten mogen aanspreken om ook deel te nemen aan het onderzoek. Waarop zouden zij hun keuze van patiënt dan baseren? Misschien nemen ze de best geëvolueerde patiënten eruit, want het onderzoek is uiteindelijk geïnteresseerd in de behandelingsuitkomst. Selectiebiases kunnen dus voor een vertekend resultaat geleid hebben in dit onderzoek. Daar komt bij dat er niet werd gewerkt met een controlegroep, waardoor niet uitgesloten kan worden dat de patiënten de evolutie ook zonder behandeling zouden gemaakt hebben.

Nu we een goed zicht hebben op de manier waarop ons tweede type verklaringsmodellen aan bod komt in de wetenschappelijk literatuur, zullen we ditzelfde verklaringsmodel vanuit de psychoanalyse benaderen. We vertrekken bij het hysterische- en meesterdiscours om zo de invloed van autoritaire figuren en groepsprocessen op kwetsbare individuen uit te leggen.

## **Massahysterie, Suggestibele Hysterici en Meesterdiscours**

### **Massapsychologie.**

Een subject wordt altijd beïnvloed door de ander. Voorheen werd al uiteengezet hoe de ontwikkeling tot een eigen zelfbeeld en identiteit verloopt en welke grote rol de ander daarbij speelt. De ander is zo cruciaal aanwezig dat soms bijna onmogelijk wordt een duidelijke grens te trekken tussen ik en ander (buiten het fysieke om), tussen geïncorporeerde inhouden van de ander en eigen inhouden... Naast deze altijd aanwezige invloed van de ander, is er ook een specifieke invloed van de ander als groep mogelijk op het moment dat subjecten zich verenigen.

Freud (1921) heeft reeds over deze processen geschreven in zijn essay over massapsychologie. Hij heeft hierin uiteengezet hoe een subject beïnvloed kan worden door een groep subjecten waarmee hij/zij iets deelt of lijkt te delen. Hij heeft het over een soort van sociale drift die zich in een gezins- of familiestructuur manifesteert of mensen tot het zich organiseren in een groep drijft. Eénmaal een subject deel is van zo'n psychologische massa kunnen zijn gedrag, gevoelens en gedachten sterk verschillen van deze die hij op individuele basis zou vertonen.

In het geval van de dissociatieve identiteitsstoornis en de tijds- en cultuurgebonden hype die hierrond heerst, zijn er subjecten die willen deel uitmaken van de groep patiënten met deze stoornis. Daarom stellen ze zich op een zodanige manier op zodat ze ook trots de status van DID patiënt op zich kunnen nemen en sommigen sluiten zich zelfs aan bij zelfhulpgroepen of therapiegroepen voor DID patiënten.

De kans bestaat dat deze subjecten zich tot een groep richten omwille van herkenbare moeilijkheden, ambivalenties, gevoelens of omwille van herkenbare verlangens (zoals het zich aanvaard, begrepen en gesteund voelen door anderen en door gezondheidsprofessionals). Op basis van deze herkenning en de voortdurende invloed die de groepsleden op het subject hebben, kan een meer doorgedreven identificatieproces ontstaan waarbij ook andere kenmerken -dan de initieel herkenbare- van de groepsleden worden overgenomen (zoals bijvoorbeeld de manifestatie van alters, geheugen-disfunctioneren of een traumatische voorgeschiedenis). Freud (1921, pg 53) schetste dit

als volgt: “het ene Ik heeft op een bepaald punt een belangrijke analogie waargenomen bij het andere Ik... vervolgens ontwikkelt zich op dit punt een identificatie, en onder invloed van de pathogene situatie verschuift deze identificatie naar het symptoom dat het ene Ik heeft geproduceerd.”

De patiënt die zich dus aan DID patiënten spiegelt, zal daardoor dezelfde ziektesymptomen als zijn/haar ‘voorbeelden’ produceren. Daarnaast kan een patiënt binnen een gelijkaardig proces uiting geven aan het beeld over de dissociatieve identiteitsstoornis die de media, maatschappij en therapeuten voorhouden.

In dit proces speelt suggestie als belangrijke factor mee: het subject kan in groep functioneren alsof hij zijn bewuste persoonlijkheid verloren is en zich volledig onderwerpen aan de suggesties van de andere groepsleden, de therapeut of de ruimere gangbare ideeën, opvattingen en verwachtingen omtrent DID en diens kenmerken.

Dit mechanisme van herkenning, identificatie, suggestie en het overnemen van gedragskenmerken en persoonlijkheidstrekken van andere groepsleden (met wie men een overeenkomst veronderstelt) verloopt kenmerkend volledig onbewust.

Misschien kunnen we ook de groepering van DID patiënten in zelfhulp- en therapiegroepen in dit licht bestuderen. Ze verzamelen zich en identificeren zich met elkaar via hun gemeenschappelijke symptomen. Op deze manier vormen ze een groep, die hun DID label met grote gebaren tentoon spreidt. En ze weten zich gesteund door toegewijde clinici die hun stoornis legitimeren.

Vanuit deze massaprocessen kunnen we nu begrijpen waarom de psychische problemen van hysterische patiënten in verschillende cultuurhistorische perioden zich via een andere fenomenologie laten zien. In de geschiedenis van de histerie zijn oa. volgende uitingsvormen van de conditie aan bod gekomen: conversiestoornis, somatoforme stoornissen en de dissociatieve identiteitsstoornis (Veith, 1965). Op momenten dat de media en maatschappij hun aandacht op één van deze diagnoses richt, valt er vaak een opvallende prevalentiestijging waar te nemen. Bij DID zijn er twee pieken in media-aandacht en gelijktijdige prevalentiestijging te situeren: de eerste rond het einde van de 19<sup>e</sup> en het begin van de 20<sup>e</sup> eeuw en de tweede piek rond 1980. De opvattingen omtrent

de etiologie en behandelingswijzen van stoornissen veranderen en individuen nemen deze verwachtingen over en lijken hun ziektebeeld hieraan aan te passen.

### **Onderwerping van hystericus aan meesterfiguur en diens discours.**

Een belangrijk element in het sociocognitieve model van Spanos (1994) is de invloed van een suggestieve therapeut en de onderwerping hieraan van een kwetsbare patiënt.

De patiënten verlenen -vanuit hun eigen onzekere positie- een zekere status van competentie aan hun therapeuten en nemen hen serieus. Ze streven naar aanvaarding en zorg van hun therapeuten en handelen daar ook naar.

Hierbij valt een zekere parallel op met het psychoanalytische concept van het meesterdiscours. Het subject kijkt op naar een meesterfiguur die een weten incarneert en wil dat deze figuur hem/haar van antwoord dient (Verhaeghe, 2002). Dit antwoord wordt onbedachtzaam overgenomen en gevolgd.

De patiënten lijken zich dus in een hysterische positie te bevinden, waar ze zich afhankelijk van de therapeut opstellen en ontvankelijk zijn voor diens woorden, diagnoses, aanwijzingen en behandelsuggesties. Zo kan een patiënt zich welwillend in het rollenpatroon van een DID patiënt nestelen. Het subject verkiest fantasie -de illusie dat het tekort kan opgevuld worden- boven de realiteit.

Vanwaar nu deze hunkering naar antwoorden, oa. in de vorm van een afgebakende diagnose? Verhaeghe (2002) stelt dat het subject dit vanuit zijn verdeeldheid doet, waarbij hij/zij zich ongemakkelijk voelt. Het subject eist een meesterbetekenaar om zich hiermee te identificeren en zo te ontsnappen aan zijn/haar intern conflict.

Het is alsof het subject zich vanuit een ondergeschikte positie aan de meester onderwerpt, overtuigd dat de meester weet en *de* oplossing kan bieden. Maar er is ook een interactie: niet enkel het subject streeft de goedkeuring van de therapeut na, er is ook de therapeut die vanuit zijn weten gevoelig is voor het detecteren van bepaalde symptomen bij de patiënt.

Deze hysterische positie ten aanzien van de suggesties van de therapeut sluit aan bij Freuds (1921) opvatting omtrent de positie van het subject in een massa. Het massa-

individue ontvangt namelijk de suggesties van de ander (zowel van de leider als van de andere groepsindividuen) om geliefd te worden door de ander, zoals de hystericus ook wil voldoen aan het verlangen van de ander. Deze dubbele libidineuze binding van het massa-individue kan tot een beperking van de eigen persoonlijkheid leiden en het vervormen van de persoonlijkheid naar het beeld dat de therapeut en andere DID patiënten voorhouden.

Waarom blijken subjecten met een hysterische structuur vatbaarder te zijn voor suggestie?

Freud & Breuer (1895) hebben dit gedetailleerd uitgewerkt in hun 'Studies over hysterie'. Zij schrijven deze neiging van hysterici toe aan hun doorgedreven splitsing van de psyche waardoor ze intellectueel minder capaciteit hebben. Hun onbewuste houdt zich bezig met een behoorlijke hoeveelheid psychische excitatie en daardoor beschikt het bewuste denken over minder energie. Door deze reductie aan psychische energie is men sterker geneigd een kritiekloze houding tegenover voorstellingen en oordelen van zichzelf en anderen aan te nemen. Kritiek steunt immers op het opwekken van associatief verbonden voorstellingen, inclusief voorstellingen die niet verenigbaar zijn met de aangebrachte opvattingen. Deze onverenigbare voorstellingen worden bij hysterici in mindere mate opgewekt door de verlaagde psychische energie, waardoor er amper weerstand is tegen de geponeerde opvattingen. Suggestie door anderen en auto-suggestie is daarom een veelvoorkomend fenomeen bij hysterische subjecten.

Freud (1921) komt hier later nog op terug en voegt hieraan toe dat suggestie resulteert in overtuigingen die niet op observaties noch op cognitieve processen gebaseerd zijn, maar op een libidineuze binding. En de suggesties van de therapeut krijgen in een groep meer bijstand aangezien men in een groep sterker de neiging heeft te gehoorzamen aan een meesterfiguur. De groep zelf kan ook een suggestieve invloed uitoefenen waardoor het individu sneller geneigd is de andere groepsleden te gaan imiteren.

## **DID als Effect van Hysterische Symptoomvorming**

Bij het doorzoeken van de literatuur naar opvattingen omtrent DID zijn we op een derde type verklaringsmodellen gebotst. Anders dan onze eerste en tweede conceptualisatie van DID die te maken hadden met bewuste en onbewuste identificatie, gaat het hier over echte symptoomvorming.

De dissociatieve identiteitsstoornis komt binnen onze derde conceptualisatie aan bod als een posttraumatische ontwikkelingspathologie dat sterk gerelateerd is aan kindermisbruik. In de literatuur spreekt men over het posttraumatische model. Verderop zullen we dit model vanuit de psychoanalytische theorie benaderen. Hier komt de link met histerie aan bod en we zullen voorp stellen dat verdringing en terugkeer van het verdrongene de cruciale mechanismen in dit proces vormen.

### **Het Posttraumatische Model**

Het posttraumatische model is een ziektemodel en vertrekt bij dissociatie als een soort natuurlijke, spontane bescherming in de kindertijd op traumatische gebeurtenissen. Putnam (1985) stelt dat de patiënt werd blootgesteld aan ernstig, herhaaldelijk misbruik of trauma in de kindertijd en dat het kind dissocieert om hiermee om te gaan. Dissociatie kunnen we zien als een defensief copingmechanisme dat gebruikt wordt om om te gaan met de emotionele pijn van trauma. Er vindt een soort mentale splitsing plaats: bepaalde gedachten, gevoelens en ervaringen zijn niet normaal geïntegreerd in het bewustzijn en geheugen. Als deze splitsing zich verder ontwikkelt kunnen verschillende alters of persoonlijkheden ontstaan. Op volwassen leeftijd kunnen deze alters af en toe blijven voorkomen, bijvoorbeeld op stressvolle momenten of om met gevoelens om te gaan die het subject anders niet erkend.

Young (1988) onderschrijft ook de functie van DID als bescherming tegen of een manier om om te gaan met traumatisch materiaal. Hij poneert de hypothese dat kinderen een fysiologisch defensiemechanisme hebben die hun sensorische drempel verhoogt bij blootstelling aan pijnlijke stimuli, door naar een andere bewustzijnstoestand over te gaan. Deze patronen van dissociatie vragen steeds meer een systematische en georganiseerde structuur om met het volgende trauma te kunnen omgaan. Verschillende

persoonlijkheidstoestanden worden zo gecreëerd en nemen controle over het gedrag van het individu waarbij een onmogelijkheid ontstaat om belangrijke persoonlijke informatie vanuit een andere toestand te herinneren.

In de studie van Forrest (2001) komt ditzelfde perspectief aan bod, maar hij ziet de etiologie van DID ruimer dan misbruik. Hij meent dat een discontinuïteit in de gevoelsrelatie tussen kind en hechtingsfiguur kan zorgen voor een gelijkaardige discontinuïteit in de organisatie van het zelf bij het kind. Dit komt tot uiting in een gebrek aan een coherent zelfgevoel, wat mogelijks evolueert naar het ontstaan van gesegregerde of gedissocieerde zelden.

De mogelijkheid om te dissociëren kan dus gezien worden als een aspect van veerkracht (Armstrong, 1994). Dissociatie biedt het individu namelijk bescherming tegen chronisch gevaar en emoties waardoor men anders verlamd zou worden. Door hun dissociatieve amnesie denken DID patiënten niet voortdurend terug aan situaties waarin anderen hun vertrouwen breken en daardoor kunnen ze -tenminste in sommige persoonlijkheidstoestanden- anderen blijven vertrouwen.

Naast de visie op dissociatie als spontane reactie op trauma, zijn er andere auteurs die menen dat trauma een normale ontwikkeling -van verschillende zelfaspecten naar een geïntegreerd zelfbeeld- verhindert. Bromberg (1993) bijvoorbeeld, benadert dissociatie vanuit zo'n fout gelopen ontwikkelingsproces. Hij gaat ervan uit dat de psyche in oorsprong geen geïntegreerd geheel vormt. In de normale ontwikkeling start de mentale structuur namelijk als een veelheid van 'self-states', die in meerdere of mindere mate als continu of discontinu met wie of wat we geloven die we zijn, worden ervaren. Dit proces gaat ontwikkelingsgewijs verder om uiteindelijk een gevoel te bereiken van coherentie die het bewustzijn van discontinuïteit overstijgt. Dit leidt tot de ervaring van een cohesief gevoel van persoonlijke identiteit en de noodzakelijke illusie van 'one self' te zijn (die een eigenlijke veelvoudigheid overdekt). Dit gezond ontwikkelingsproces naar een cohesief gevoel van persoonlijke identiteit werd traumatisch onderbroken bij personen met DID. Trauma en misbruik kunnen interfereren met de ontwikkeling van een basisvertrouwen en een cohesief zelfgevoel, en in plaats daarvan het behoud van gedissocieerde persoonlijkheidstoestanden promoten.

Freud (1921) was dezelfde mening toegedaan: hij sprak over een ontwikkelende integratie van de persoonlijkheid. Tijdens de normale ontwikkeling van kind tot rijpe volwassene zouden de verschillende autonoom van elkaar ontwikkelde driftimpulsen en wensen zich verenigen tot een geünificeerd Ik.

In het normale ontwikkelingsproces is het ook een gegeven dat we een innerlijk beeld van onszelf en van de ander gaan vormen. Dit komt tot stand via interacties met significante anderen en via het incorporatie- en separatieproces (Verhaeghe, 2002). We nemen voortdurend dingen van de ander over, waardoor de ander niet ontbreekt in het innerlijke beeld dat we over onszelf hebben. Bij DID lijken in verschillende alters ook aspecten van de ander voor te komen. Opvallend hierbij is dat het niet opgaat dat we enkel het goede zouden incorporeren en het slechte buitenhouden. Bij misbruik kan bv. de misbruikende maar belangrijke ander ook geïnternaliseerd worden (vanuit het innerlijke conflict loyaal te willen blijven ten aanzien van die ander en hem/haar toch op afstand te willen houden).

Binnen het posttraumatische model wordt DID dus gezien als reactie op een traumatische gebeurtenis. Laten we nu de prevalentie, het statuut en de aard van het trauma bestuderen.

### **Etiologie**

Ondanks de vele discussiepunten omtrent de diagnose van dissociatieve identiteitsstoornis, zijn vele psychologen die 'geloven' in de diagnose het eens over de oorzaak. Vele empirische studies rapporteren misbruik als voorafgaande factor in de ontwikkeling van een dissociatieve identiteitsstoornis. De studie van Coons & Milstein (1994) bijvoorbeeld demonstreert dat bij 95% van de kinderen en volwassenen met DID een trauma teruggevonden kan worden. Het gaat vaak over misbruik in de kindertijd. Deze gegevens ondersteunen het posttraumatische model dat DID beschouwt als een natuurlijke respons op een vroeg trauma.

We kunnen echter een paar kritische vragen plaatsen bij de hypothese dat een trauma de oorzaak zou zijn van DID. Deze kritiek hebben we reeds besproken bij 'twijfels bij de



link met trauma' in het tweede hoofdstuk over DID als effect van onbewuste identificatie. Ter recapitulatie zullen we kort de elementen oplijsten die aangehaald werden als tegenevidentie voor de hypothese van trauma als oorzaak van DID. Het ging over het correlatieve karakter van de link tussen trauma en DID, de retroactieve wijze van gegevensverzameling over trauma, het gebrek aan onafhankelijke verificatiebronnen voor de traumatische gebeurtenis, het non-verbale karakter van trauma en de niet specifiek aard van trauma bij DID.

Bij Freud kunnen we reeds dezelfde twijfel omtrent de noodzakelijkheid van vroeger trauma terugvinden. In zijn oorspronkelijke visie op hysterische symptomen (Verhaeghe, 1996) poneerde hij ook een trauma in het reële als etiologische factor. Maar hij heeft deze theorie in vraag gesteld en aangepast. Freud ging toen uit van een fantasmatisch trauma -in de zin van een tekort in het symbolische- als onderliggende factor voor hysterische symptomen.

Gullestad (2005) is er ook van overtuigd dat het trauma niet enkel in het reële te situeren valt: ze stelt dat de traumatische ervaring van buiten komt, maar ook van binnen. Het trauma is niet enkel een objectieve, overweldigende gebeurtenis, maar is ook gerelateerd aan de psychische realiteit van het subject: wat wordt subjectief als traumatisch ervaren? Dit is afhankelijk van persoonlijke interpretatie en wordt gekleurd door onbewuste fantasieën en interne conflicten. Hier voegt Gullestad nog aan toe dat vooral de seksuele confrontatie voor interne conflicten zorgt. Op deze specificering zullen we later nog dieper ingaan.

We kunnen dus besluiten dat een reëel trauma geen *conditio sine qua non* voor DID is. Wel noodzakelijk in de voorgeschiedenis van een dissociatieve identiteitsstoornis zijn niet-assumeerbare impulsen en de specifiek hysterische verwerking hiervan. We gaan er namelijk van uit dat DID vooral bij hysterische subjecten voorkomt. Deze subjecten worden gekenmerkt door een overmatige verdringingsneiging. Daardoor komt een proces op gang van verdringing en terugkeer van het verdrongene. We zullen hieronder uiteenzetten hoe dit proces een cruciale rol speelt in de totstandkoming van DID.

## **De Link tussen DID en Hysterische Symptoomvorming**

De link tussen DID en histerie werd reeds vroeg geponeerd: DID werd als subtype van de histerie in de DSM-II (APA, 1968) opgenomen. Met de verdwijning van het construct histerie uit de DSM verdween ook geleidelijk het denken over dissociatieve stoornissen als hysterische symptomen.

Nu gaan we deze theorie terug van dichtbij bekijken om ons begrip over de dissociatieve identiteitsstoornis uit te breiden.

Freud en Breuer (1895) gingen ervan uit dat er bij normale mensen een opsplitsing is tussen bewuste en onbewuste voorstellingsinhouden, die af en toe door elkaar kunnen vloeien (onbewuste elementen kunnen bijvoorbeeld aan bod komen in humor, dromen...). Bij hysterici is er een meer doorgedreven splitsing van de psyche in twee relatief onafhankelijke delen. Freud en Breuer spreken over de neiging tot een tijdelijke dissociatie van de bewustzijnsinhoud. Het betreft een scheiding van psychische processen die normaliter geïntegreerd zijn in verschillende associatief niet met elkaar verbonden voorstellingscomplexen. Deze splitsing zorgt ervoor dat bepaald materiaal niet meer voor het bewustzijn toegankelijk is, maar enkel als verdrongen inhoud in het onbewustzijn opereert. Deze voorstellingen behouden door hun gebrek aan bewuste verwerking en koppeling aan andere bewuste inhouden, hun levendigheid en kunnen lang bewaard blijven. Ze verschijnen niet meer in het bewuste leven van het subject maar hebben er wel een blijvende invloed op. De verdrongen voorstellingen beïnvloeden het bewustzijn oa. in de vorm van hysterische symptomen.

Deze hysterische symptomen kunnen verschillende functies hebben (Freud & Breuer, 1895): het kunnen vervormde manifestaties zijn van verdrongen impulsen, het kan het Ik beveiligen tegen de terugkeer van het verdrongene of een soort tussenoplossing representeren tussen verdrongen materiaal en de verdringende krachten.

Freud en Breuer (1895) menen dat sommige individuen gepredisponeerd zijn tot histerie, omwille van hun reeds aanwezige hypnoïde bewustzijnstoestanden. Voorstellingen hebben in deze staat een zeer grote intensiteit, maar zijn van het associatieve circuit met de bewuste psychische inhouden afgesloten. Deze abnormale

bewustzijnstoestanden, die een neiging tot auto-hypnose reflecteren, vinden waarschijnlijk hun oorsprong in het dagdromen en fantaseren van bepaalde individuen.

De hypnoïde toestand op zich doet denken aan de alters die een DID patiënt beschrijft. In het geval van Anna O. (Freud & Breuer, 1895) werd bijvoorbeeld gesteld dat zij zich tijdelijk in hypnoïde toestanden bevond, die zich afwisselden met de normale toestand. In zo'n hypnoïde toestand was haar persoonlijkheid en functioneren volledig verschillend dan in haar normale doen. Dit doet inderdaad denken aan verschillende alter-persoonlijkheden. Hierbij sluit aan dat Anna O. zelf verkondigde twee Ikken te hebben.

Daarnaast zijn er personen die deze dispositie tot hypnoïde toestanden niet vertonen, maar die wel hysterie ontwikkelen (Freud & Breuer, 1895). Zij kunnen dissociëren naar aanleiding van een zwaar trauma of een voorstelling die fel botst met de resterende persoonlijkheid en waarop moeilijk kan gereageerd worden, zoals deze verbonden met de seksuele driften. Indien een gepast afreageren van de erotische energie ontbreekt, zal deze excitatie voor pathologische fenomenen aangewend worden met hysterische symptomen als gevolg.

Dus zowel gedisponeerde als niet-gedisponeerde hysterici vertonen een afsplitsing van een deel van hun psychische activiteit als cruciale factor in hun ziekte.

Uit het discours van Freud en Breuer omtrent dissociatie en hypnoïde toestanden kunnen we destilleren dat ze de alternering van bewuste en onbewuste voorstellingscomplexen bij hysterische figuren poneerden (Freud & Breuer, 1895). Hysterische personen kunnen zich tijdelijk in een hypnoïde toestand bevinden waarin de mogelijkheid zich stelt dat het onbewuste volledig de controle overneemt over het individu en zijn handelen. Dit gebeurt op momenten van uitputting, dromen, fantaseren of bij het ervaren van overweldigende affecten. Bewuste denkprocessen verslappen, het onbewuste neemt over en geeft richting aan de waarneming, denkprocessen en handelingen van het individu. Freud en Breuer geven hier reeds aan dat deze toestanden de idee kunnen wekken dat men beheerst wordt door een andere geest, die niet herkend wordt door het eigen bewustzijn. Het gaat hier echter om het deel van de psyche dat afgesplitst werd, maar uiteindelijk nog altijd een deel van de eigen geest is. Dit vertoont

een opvallende link met de alters bij een patiënt met een dissociatieve identiteitsstoornis.

In de volgende paragrafen zullen we ingaan op een aantal typisch hysterische kenmerken en de manier waarop deze aan bod komen in de dissociatieve identiteitsstoornis. Zo kunnen we de link tussen DID en histerie verder verduidelijken.

### **Interne verdeeldheid.**

Turkus & Kahler (2006) wezen op de pertinente aanwezigheid van interne conflicten bij DID patiënten. Zij merken op dat de verschillende alters elk aan hun noden willen voldoen, maar dit mislukt en op deze manier werken ze elkaar tegen. De patiënten ervaren soms dit interne gevecht voor macht en controle. Dit kan uitmonden in chaotisch disfunctioneren en gevaarlijke crisissituaties.

Ook Ira Brenner (1999) beargumenteert de aanwezigheid van interne conflicten in de etiologie van DID. Ze meent dat de creatie van alterpersoonlijkheden ontstaat vanuit de verpersoonlijking van interne conflicten. Zo ontstaat de illusie van persoonlijkheden die losstaan van zichzelf, bestaande uit verstoten ervaringen, fantasieën en gevoelens.

Freud (1923) meende dat deze conflicten zich stelden vanuit een innerlijke verdeeldheid. Hij heeft het oa. over de verdeeldheid tussen het bewuste Ik, de onbewuste driften (het Es) en het gewetensvolle Ik-ideaal. Binnen het bewuste Ik kan er ook sprake zijn van verdeeldheid, want het Ik en diens karakter worden gevormd en vervormd via identificaties. Zo kunnen tegenstrijdige identificaties ook resulteren in een verdeeldheid. Dit zal ook zijn neerslag hebben op het karakter van het Ik.

Onze verdeeldheid en innerlijke conflicten worden dus oa. gevoed door tegenstrijdige verlangens van onze identificatiefiguren. Verhaeghe (2011) stelt dat deze identificatiefiguren veel talrijker zijn dan vroeger (oa. door een groter sociaal netwerk, de opkomst van de virtuele wereld, het grotere belang van leeftijdsgenoten en andere rolmodellen naast de impact van de ouders...). Daardoor worden we met meer tegenstelde verlangens geconfronteerd waardoor onze verdeeldheid nu veel uitgebreider is dan vroeger.

Freud (1923) stelde reeds dat innerlijke verdeeldheid ontstaat in een poging te willen voldoen aan het verlangen van de liefdesobjecten met wie we ons identificeren. Indien het Ik een overvloed heeft aan identificatiefiguren, dan kunnen deze onderling met elkaar in strijd komen. De verschillende identificaties vertonen weerstand ten opzichte van elkaar en handelen onafhankelijk. Dit kan uitmonden in een verbrokkeling van het Ik. In pathologische vorm resulteert dit in onderscheiden identificaties die afwisselend het bewustzijn controleren bij subjecten met een dissociatieve identiteitsstoornis.

Tijdens de identiteitsontwikkeling is er niet enkel het proces van identificatie met het object: het is ook mogelijk dat het Ik het object verdringt (Freud, 1923; Verhaeghe, 2011). Er is materiaal dat van de ander komt dat men niet wil behouden, oa. omdat dit voor een verdere uitbreiding van de interne verdeeldheid zou leiden. Dit materiaal wordt dan door het Ik naar het Es verdrongen en blijft nog enkel op een onbewust niveau opereren.

In dit licht kunnen we alterpersoonlijkheden dus zien als uitgesproken voorbeelden van verdeelde verlangens die verdrongen werden naar aanleiding van tegengestelde loyaliteiten naar verschillende identificatiefiguren toe.

Om beter het verdringsproces en het conflict tussen het Ik en de daarvan afgesplitste verdrongen inhoud te verstaan, zullen we in de volgende paragrafen hier dieper op ingaan.

### **Verdringing en terugkeer van het verdrongene.**

In bovenstaande uiteenzetting werd naar voren gebracht dat een psychische splitsing, een uiteenvallen van de persoonlijkheid centraal staat in de histerie. Het pathogene mechanisme die hiervoor zorgt is de verdringing en het is Freud (1982) die ons dit begrip heeft aangereikt. Hij heeft het over vergeten materiaal dat een zekere weerstand vertoont om terug bewust te worden. Dit materiaal kan niet bewust herinnerd worden, het blijft psychisch ontoegankelijk. Maar tegelijkertijd blijft dit materiaal bewaard en kan het wel actief een invloed blijven uitoefenen op het leven van het subject, weliswaar via een onbewuste weg. Freud spreekt hier over de terugkeer van het verdrongene.

Waarom wordt bepaald materiaal nu verdrongen?

In Freud zijn eerste theorie over hysterische symptomen vertrekt hij van trauma als een ervaring die door een sterk affect beladen is (Verhaeghe, 1996). Traumatische herinneringen die kunnen resulteren in hysterische fenomenen zijn herinneringen aan gebeurtenissen die zich niet op normale wijze motorisch hebben kunnen afreageren noch kunnen aansluiten in de gebruikelijke associatieketting (Freud & Breuer, 1895). Dit komt voor omdat geen reactie gegeven kon worden door de aard van het trauma (bijvoorbeeld omdat de sociale verhoudingen een reactie uitsloten) of omdat het voorstellingen betrof die de patiënt opzettelijk afwees en wilde vergeten. In het laatste geval gaat het over voorstellingen die onverenigbaar zijn met de overige voorstellingen van het subject en diens morele voorkeuren. Een tweede mogelijkheid in verband met het gebrek aan voldoende afreageren betreft de psychische toestand waarin men zich bevond ten tijde van de gebeurtenissen, zoals een toestand van overweldigend affect, extase of autohypnose (dit laatste zouden we vandaag benoemen als dissociatie). Daardoor zijn deze voorstellingen met hun volle intensiteit en affect bewaard gebleven in het onbewuste van het subject (terwijl ze ontbreken in het bewuste geheugen). Met als gevolg dat de traumatische ervaringen een graad van excitatie behouden (die te hoog is om via normale weg gecompenseerd te worden). Dit affect blijft op de achtergrond aanwezig en de herinneringen die hier associatief mee verbonden zijn, worden uit het bewustzijn geweerd. Er ontstaat dus een bewustzijnssplitsing: een dissociatie tussen twee toestanden waarbij één voorstellingsgroep associatief ontoegankelijk is voor een andere.

In de context van personen met een dissociatieve identiteitsstoornis kunnen we de psychische dissociaties (en de daarmee gepaard gaande amnesie) als hysterische symptomen opvatten, die handelen in functie van interne weerstanden. De dissociaties zijn namelijk ontstaan door een intern conflict, in verband met de -met affect bezette- herinnering van het trauma. Het vergeten van bepaalde voorstellingsinhouden (de amnesie) vatten we beter door te spreken over een *niet willen weten* dan over een *vergeten*. Het gaat over inhouden die men onbewust wil houden in de gewone psychische toestand (omdat de herinneringen corresponderen met trauma's die onvoldoende zijn afgereageerd) maar die men zich in een andere 'self-state' wel kan herinneren.

In een latere beweging heeft Freud zijn oorspronkelijke verleidingstheorie opgegeven en bijgewerkt (Verhaeghe, 1996). Hij ging nog altijd uit van een vroegkinderlijk trauma, maar het ging niet enkel meer over misbruik. Daarnaast voegde hij hier nog een recente etiologie aan toe. Het eerste trauma betrof een onlustvolle excitatie waaraan men passief onderworpen werd en waarvoor men een antwoord bij de ander zoekt. Met als gevolg een eerste intern conflict. De retroactief werkende herinnering aan dit trauma levert later een pathogene verdringing op. Naast de primaire ervaring waarop het psychisme geen antwoord weet, volgt er namelijk in de puberteit een tweede met een bijbehorend intern conflict. Op deze manier kunnen kleine actuele krenkingen hevige reacties uitlokken omdat er hierachter onbewuste herinneringen aan een aantal heviger krenkingen verborgen zitten. En hierachter schuilt nog een herinnering aan een zware krenking in de kinderjaren waarvan het subject het geassocieerde affect nooit heeft kunnen loslaten. De tweede confrontatie met een traumatisch reële in verhouding tot het tekortschietende symbolische, levert een nieuwe verdringing op.

De verdrongen herinneringen kunnen terugkeren in hysterische symptomen (Freud & Breuer, 1895). Deze onbewuste herinneringen representeren het psychische trauma die de histerie veroorzaakt heeft. De verdringing hiervan is dus mislukt, want het materiaal zoekt en vindt een gelegenheid om terug bewust te worden. In het symptoom komt een vervorming van het verdrongen materiaal aan bod, die toch deels herkenbaar blijft.

Passen we dit nu toe op de link tussen DID en hysterische subjecten dan kunnen we de hypothese vooropstellen dat in de verschillende alters bij DID de terugkeer van het verdrongene doorbreekt. Bij hysterische subjecten is er sprake van een meer uitgesproken intern conflict tussen verschillende stukken identiteit waardoor die steeds meer afgeweerd worden. Uiteindelijk wordt die groep voorstellingen helemaal verdrongen uit het bewustzijn en het daarmee gepaard gaande associatieve verkeer. De verdringing is bij het hysterische subject excessief en werkt daardoor pathologisch. Dit resulteert in verschillende stukken identiteit die dan gelokaliseerd worden in een andere 'self-state'.

Een aantal hedendaagse auteurs lijken zich in hun conceptualisatie van DID te beroepen op Freud zijn theorie omtrent verdringing en terugkeer van het verdrongene bij de hysterie.

Gullestad (2005) heeft het bijvoorbeeld over het vermijden van gevoelens en ervaringen bij dissociatie terwijl men deze niet vergeet. In de verschillende alters zijn herinneringen, gevoelens en ervaringen slechts deels toegankelijk tot het bewustzijn afhankelijk van de specifieke geestestoestand waarin men zich bevindt. De gedissocieerde ervaringen zijn tegelijkertijd geweten en niet geweten. We hebben te maken met een 'zelf' die zichzelf verandert om voorstellingen die botsen met het zelfbeeld en de begeleidende affecten af te splitsen. Zo vermijdt men deze affecten te ervaren als zijnde van zichzelf.

Deze beschrijving lijkt sterk op de verdringing bij de hysterie. Het lijkt of er een stuk van de identiteit, bepaalde gevoelens... niet opgenomen kan of mag worden als deel van de persoonlijkheid. Dit materiaal wordt dus verdrongen en keert eventueel terug in één of meerdere alters.

Ira Brenner (1999) ziet dissociatie eveneens als een vorm van complexe afweer. Het is een bescherming tegen angst door -via autohypnose- de verdringing van pijn of extern trauma te verhogen. Het kan ook dienen als een bescherming tegen gepercipieerd intern gevaar of onverdraagbare affecten en interne doelen. Turkus & Kahler (2006) hebben het in deze context over dissociatie als een levenslange verdediging tegen pijnlijk materiaal en intens bijbehorend affect.

Ook bij de DID omschrijving van Zomer & Zomer (1997) valt een link te leggen met Freuds opvatting over verdringing. Zomer & Zomer zien de dissociatieve identiteitsstoornis als een mentaal proces waarbij een persoon af en toe dissocieert. Dit leidt tot een gebrek aan continuïteit in de gedachten, acties, emoties, het geheugen of het zelfgevoel van de persoon. Tijdens het dissociëren wordt bepaalde informatie niet geassocieerd met andere informatie zoals normaal zou zijn.

De opvatting van Freud (1982) omtrent het mentale functioneren bij hysterici strookt met deze DID omschrijving. Freud vatte namelijk gedachten op als geassocieerde voorstellingscomplexen en hysterische personen vertonen een verhoogde neiging om



bepaalde inhouden te verdringen. Daardoor ontstaat een splitsing in twee relatief onafhankelijke gedachtenreeksen, die elk apart een associatief systeem vormen.

Het verdringingsproces werd duidelijk uitgelegd en we weten nu ook dat dit fenomeen actueel nog leeft in de theorieën over DID. Dan zouden we nu graag ingaan op de specifieke inhouden die een grote kans hebben om verdrongen te worden.

### **Verdringing van seksuele en agressieve impulsen.**

Elk subject is continue onderhevig aan driften, dit zijn behoeften die zich tussen het psychische en het somatische situeren (Freud, 1915). Doordat driften intern psychische prikkels zijn, kan men deze niet zo gemakkelijk afreageren. Maar het subject streeft wel naar een zo laag mogelijk spanningsniveau, waardoor hiervoor een oplossing dient gezocht te worden. Eén manier om met dit onlustvolle spanningsniveau om te gaan is de verdringing. Verderop zal ook duidelijk worden dat het Ik-ideaal een belangrijke rol speelt in het bedwingen van de driften van het Es (Freud, 1923).

Het reeds besproken verdringingsproces wordt geacht sterk aanwezig te zijn bij de symptomvorming in de hysterie en heeft vaak betrekking op het seksuele deel van het driftleven. Het psychoseksuele conflict aan de basis van elke hysterie betreft immers de seksuele identiteit (Verhaeghe, 1996).

De seksuele driften zijn de krachtigste bron van excitatieverhogingen (Freud & Breuer, 1895). Daarbij komt dat de seksuele ontwikkeling de prikkelgevoeligheid verhoogt die zowieso bij hysterici in rust reeds hoger is dan bij normale mensen. Erotische voorstellingen hangen samen met gevoelens waarvan de ontladingen niet altijd kunnen plaatsvinden. Dit wordt ook bemoeilijkt door schaamte, walging, medelijden, moraal en autoriteit (Freud, 1905). De afvloeiing van de seksueel getinte excitatieverhogingen is echter noodzakelijk. Is dit niet mogelijk dan zullen de seksuele voorstellingen verdrongen worden (Freud & Breuer, 1895).

De verdringing kan ook plaatsvinden naar aanleiding van een conflict tussen het Ik en de erotische voorstellingen (Freud, 1923). De seksuele driften worstelen namelijk met de Ik-driften, omdat het Ik zich bedreigd voelt in zijn streven naar zelfbehoud door de

eisen van de seksuele drift. Dit conflict komt aan bod in de overenigbare voorstellingen omtrent seksualiteit en het Ik, met als gevolg dat het Ik de seksuele inhouden gaat verdringen. Zo kunnen bijvoorbeeld liefdesherinneringen aan een bepaald subject of object uit de kindertijd verdrongen zijn waardoor een algehele weerstand tegen erotiek bestaat in het volwassen leven.

De seksuele driften spelen dus bij de histerie op twee plaatsen een rol: in een verhoging van de excitatie (die zowieso bij prikkelgevoelige hysterici al hoog ligt) en in de voornamelijk seksueel gekleurde voorstellingen die men afweert. Beide processen kunnen door het afweren van de seksualiteit tot conflicten of het niet voldoende afreageren van energie leiden waardoor hysterische symptomen ontstaan.

Een opmerking van Gullestad (2005) leert ons echter dat elke seksuele confrontatie voor interne conflicten zorgt. Deze confrontatie is een normaal proces, waarmee ieder subject op een bepaald moment in zijn ontwikkeling wordt geconfronteerd, de vraag is dan in welke situatie dit leidt tot hysterische symtroomontwikkeling? Hier kunnen we de neiging tot excessieve verdringing plaatsen van hysterische subjecten: ze hebben een overmatige neiging om intern conflict met betrekking tot psychoseksuele voorstellingen te vermijden.

Nu zullen we even terugkeren op de theorievorming van Freud omtrent hysterische symtroomvorming en verdringing die we reeds eerder besproken hebben om de rol van seksualiteit hierin te belichten.

In Freud zijn oorspronkelijke traumatheorie gaat hij uit van de noodzakelijke aanwezigheid van misbruik in de kindertijd (Verhaeghe, 1996). Later verlaat Freud deze theorie en bekijkt de etiologie vanuit een breder perspectief: hij gaat nu uit van een -traumatische- confrontatie met seksuele driften (in plaats van seksuele ervaringen of misbruik). Zo hoeft er niet noodzakelijkerwijze een misbruikervaring in de kindertijd gevonden te worden om van dissociatie te kunnen spreken. De erotische confrontatie zorgt voor interne conflicten en onbewuste fantasieën. Deze wil men echter uit het bewustzijn weren, dus men verdringt deze gedachten naar een andere persoonlijkheid, een ander alter. De dissociatie als symtroom werkt als een oplossingspoging om de gedachten uit het bewuste Ik te houden en zo het intern conflict -met de gepaard gaande

angsten- uit de weg te gaan. Freud heeft zijn theorie omtrent het mechanisme van hysterische symptomen later opnieuw gewijzigd. Verhaeghe (1996) claimt dat Freud in deze aangepaste theorie de Ander, het tekort en het daaruit resulterende verlangen centraal stelde. Het tekort dient niet gezocht te worden in de werkelijkheid, de realiteit, maar in de verhouding tot het reële. Zoals reeds gezegd betreft de basis van elke histerie het psychoseksuele conflict omtrent de seksuele identiteit. Het hysterisch subject zoekt haar seksuele identiteit te betekenen in verhouding tot de Ander. Maar het symbolische biedt geen betekenaar voor de vrouw. Bij een seksueel-genitale confrontatie barst de histerie dan los omwille van het ontbrekende antwoord op zijn vraag, de vraag naar een seksuele identiteit.

Naast de seksuele driften zijn het Ik en het Es ook onderhevig aan de doodsdrift (Freud, 1923). De taak van deze drift -die door Freud ook wel Thanatos wordt genoemd- is om het levende te laten terugkeren naar diens levensloze toestand. Dit kan zich vertalen in een neiging tot destructie tegen de buitenwereld en haat naar andere mensen toe.

De Eros en Thanatos driften zijn elkaar tegenpolen, maar leunen sterk bij elkaar aan (Freud, 1923). Ze kunnen samen voorkomen en de ene drift kan gemakkelijk in de andere omslaan, zoals haat kan veranderen in liefde en omgekeerd. Haat en liefde zijn trouwens representanten van de seksuele en destructiedriften. Nu staat vast dat de erotische drift meer kans heeft op bevrediging dan de destructiedrift. Vandaar onze hypothese dat de destructiedrift en diens agressieve neigingen meer aan verdringing onderhevig zijn. En omdat destructie, haat en agressie vaak verdrongen worden, komen deze veelvuldig aan bod in hysterische symptomen, zoals bijvoorbeeld in alterpersoonlijkheden.

Naast de besproken interne verdeeldheid, verdringing en terugkeer van het verdrongene is het Ik-ideaal en de functie hiervan bij hysterici een interessant aspect om DID als hysterische symptoomvorming beter te begrijpen.

## **Ik-ideaal.**

Uit bovenstaande vertoog werd reeds duidelijk dat de dissociatieve identiteitsstoornis een proces van verdringing omvat: het verdringen van (vaak seksueel of agressief) materiaal dan niet kon geassumeerd worden. Het materiaal kon niet aanvaard worden als deel van zijn/haar identiteit omdat dit niet strookt met bv. ouderlijke verlangens hieromtrent, taboe's die in het verleden werden opgelegd of vanuit de maatschappij hun invloed doen gelden. Dit verdrongen materiaal is nooit echter helemaal weg of vergeten, maar blijft vanuit het onbewuste nazinderen. Totdat dit terugkomt als symptoom en in het geval van DID gaat dit om het opsplitsen van het bewustzijn in relatief onafhankelijke geheugensystemen. Van daaruit kunnen de verdrongen inhouden functioneren, terwijl ze voor een deel nog altijd worden buitengehouden, in een andere 'alter'. Het gaat dus om een innerlijk conflict, een doorgedreven neurotische verdeeldheid die niet op normale wijze kan afvloeien, maar radicaal wordt buitengehouden op een onbewust niveau tot het uiteindelijk terugkeert in verschillende alters. Een interessante vraag in deze optiek: welke instantie oordeelt over de congruentie of incongruentie van bepaalde voorstellingen met het Ik?

Met betrekking tot deze vraag, is het interessant om de functie van het Ik-ideaal even te situeren (Freud, 1923). Het Ik-ideaal incarneert de eerste en belangrijkste identificaties van het subject: namelijk deze met de ouders. Niet enkel de verlangens van deze allereerste liefdesobjecten, maar ook de reactie hiertegen worden in het Ik-ideaal gerepresenteerd. Later in de ontwikkeling zullen ook invloeden van andere figuren en gezagdragers meespelen in dit Ik-ideaal. De taak van deze instantie is het toepassen van de morele censuur en gewetensvol handelen. Daardoor kan het Ik-ideaal zich tegen het Ik keren en deze intomen. Dit uit zich bijvoorbeeld in het verdringen van inhouden die botsen met het Ik-ideaal.

Het Ik onderwerpt zich aan het Ik-ideaal en voert verdringingen uit in dienst en opdracht van het Ik-ideaal (Freud, 1923). Daarnaast kan het Ik ook verdringing gebruiken om zich tegen het Ik-ideaal te beschermen. In dit laatste geval verweert het Ik zich -door verdringing- tegen de netelige voorstelling waarop het Ik-ideaal kritiek heeft

of tegen een onverdraaglijke objectbezetting. Zo worden innerlijke conflicten en schuldgevoelens uit de weg gegaan.

We zijn ondertussen ingegaan op het hysterische verdringingsmechanisme waardoor DID symptomen tot stand kunnen komen. Dit past binnen ons derde verklaringsmodel waar we DID beschouwen als een ‘echt’ symptoom. De alters worden binnen deze visie opgevat als toestanden waarin verdrongen materiaal aan bod komt. In de volgende paragrafen zullen we dieper ingaan op de conceptualisatie van deze alters en zullen we specifiek nagaan wat enerzijds het wetenschappelijk onderzoek en anderzijds de psychoanalytische theorie te zeggen heeft over alterpersoonlijkheden.

### **Statuut van de Alters**

#### **Wetenschappelijk onderzoek omtrent het statuut van alters.**

Verschillende onderzoekers hebben zich bezig gehouden met de vraag of alters metaforen zijn voor onderscheiden emotionele toestanden. Of zijn het echte entiteiten die autonoom kunnen handelen?

Sommige auteurs onderzochten het fysiologische profiel van de verschillende alterpersoonlijkheden bij DID patiënten om een uitspraak te kunnen doen omtrent het statuut van deze alters. In het onderzoek van Ludwig, Brandsma, Wilbur, Bendfeldt & Jameson (1972) kon bijvoorbeeld aangetoond worden dat veranderingen in ademhalingsnelheid en in galvanische huidreacties samenhangen met veranderingen in persoonlijkheden. Vanuit deze bevindingen valideren de auteurs het bestaan van afzonderlijke alters. Reinders et al. (2003) komen tot gelijkaardige besluiten, wanneer ze in hun studie vaststellen dat veranderingen in mentale bewustzijnstoestanden samenhangen met verschillen in de regionale hersendoorbloedingspatronen. Deze auteurs beroepen zich dus op experimentele evidentie over het verschillende fysiologische profiel van de alters om de stelling van alters als autonome eenheden te bewijzen.

Niet alle onderzoekers zijn het echter eens met deze manier van redeneren. In het artikel van Allen en Movius (2000) pleiten de auteurs tegen het zien van psychofysiologische veranderingen als evidentie voor het bestaan van alters. De fysiologische veranderingen kunnen namelijk een normale verandering weerspiegelen die samenhangt met veranderingen in emotionele en cognitieve toestand. Om dit uit te sluiten zouden degelijke controlecondities moeten opgenomen worden. Allen en Movius menen dat dit tot nu toe niet het geval is.

Een andere lijn van evidentie voor het bestaan van alters, vinden sommige auteurs in het verschillende geheugenfunctioneren bij DID patiënten en hun alters (oa. Allen, Console & Lewis, 1999). Andere onderzoeken spreken deze stelling tegen en menen dat DID patiënten geen inherent geheugendisfunctioneren vertonen (oa. Huntjens et al. 2005a). Omwille van dit problematische gebrek aan consistente onderzoeksresultaten is nog niet bewezen dat er altijd amnesie bestaat tussen alters, waardoor het bestaan van alters als onafhankelijke entiteiten ook op deze manier nog niet bewezen werd.

Samen met Merckelbach, Devilly & Rassin (2002) kunnen we besluiten dat experimentele studies nog niet onbetwistbaar hebben kunnen bewijzen dat alters bij DID patiënten werkelijk bestaan. De resultaten van studies omtrent het geheugenfunctioneren en de psychofysiologie kunnen we op verschillende manieren interpreteren. Alters kunnen metaforen zijn voor verschillende emotionele toestanden. Of het kunnen echte symptomen zijn die als autonome entiteiten kunnen handelen. Hier voegen wij nog aan toe: misschien kunnen alters ook geconceptualiseerd worden binnen de context van bewuste of onbewuste identificatie met een label.

### **Psychoanalytische visie op het statuut van alters.**

Indien we de dissociatieve identiteitsstoornis bestuderen in de context van hysterische symptomatologie dan kunnen we vooropstellen dat DID patiënten een neiging vertonen om bepaald materiaal te verdringen. Dit verdrongen, onbewust geworden materiaal komt niet meer aan bod in de bewuste persoonlijkheid, het heeft er enkel bepaalde effecten op. De inhoud die afgeweerd worden zijn vaak identiteitsaspecten die niet

geassumeerd konden worden, omdat ze strijdig zijn met de andere voorstellingen van het Ik. Het Ik-ideaal wijst aan welke inhoud en botsen met de persoonlijkheid van het Ik en het geeft opdracht tot verdringing. Hierbij gaat het vaak om seksuele of agressieve driftimpulsen. Typisch voor DID patiënten is nu het doorwerken van dit verdrongen materiaal via een terugkeer van deze inhoud in alterpersoonlijkheden.

In de literatuur hebben we een aantal gegevens gevonden die de hypothese omtrent de aanwezigheid van verdrongen materiaal in verschillende alters, lijken te ondersteunen. Somer en Somer (1997) bijvoorbeeld, beschrijven in hun gevallenstudie verschillende kinderalters bij hun patiënte Yael. De alters van Yael bevatten de nog ontoegankelijk informatie over het seksuele misbruik in de kindertijd. Er speelde zich bij Yael een intern en moeilijk conflict af tussen de wens om het misbruik bloot te leggen en de neiging om haar kwellende verleden te ontkennen. Eén van haar alters, representeerde de vijand, haar vader die haar misbruikt had. Zo kon ze haar ambivalentie en woede ten aanzien van hem buitenhouden. Ze externaliseerde deze gevoelens als het ware in een alterpersoonlijkheid. Op deze manier kon ze haar vader blijven zien als een goede ouder. Door de behandeling kwam de ambivalentie ten aanzien van haar vader en de misbruiksituatie echter terug aan bod.

Bovenstaande gevallenstudie illustreert hoe de alters van een DID patiënt bepaalde aspecten naar voren kunnen brengen die voor het subject bizar en eigenvreemd lijken, aspecten die niet in de lijn liggen van de bewuste persoonlijkheid. Deze elementen zijn wel begrijpbaar indien we ze bestuderen in het licht van het onbewuste van het subject.

Ook de bevindingen met betrekking tot amnesie lijken de hypothese omtrent de aanwezigheid van verdrongen inhoud in de alterpersoonlijkheden te ondersteunen. Patiënten rapporteren namelijk een expliciet geheugenverlies tussen de verschillende alters (oa. Huntjens et al., 2005a). Dit lijkt overeen te komen met de onbekendheid in het bewustzijn van verdrongen materiaal. Aan de hand van meer verfijnde en objectieve tests kan men toch een kennisoverdracht tussen de verschillende alters vaststellen. Dit gegeven is compatibel met het impliciet doorwerken van onbewust materiaal in het bewuste.

De alterpersoonlijkheden zijn dus representanten van onbewuste inhouden, ze maken onderling wel deel uit van een complex associatief voorstellingscomplex maar gaan geen associaties aan met bewuste psychische inhouden. Vandaar dat de hoofdpersoonlijkheid bij DID patiënten vaak geen kennis van zijn alters en hun functioneren rapporteert, maar hen onbewust wel lijkt te kennen.

Maar de situatie is niet zo eenvoudig. De opsplitsing tussen de hoofdpersoonlijkheid als het bewuste associatieve netwerk en de alters die enkel bestaan uit onbewust materiaal is vermoedelijk niet zo rigoureuus. In de alters kunnen ook bewuste voorstellingen aan bod komen, aangezien alterpersoonlijkheden ook soms kennis over de hoofdpersoonlijkheid, diens handelen en bewuste voorstellingscomplex rapporteren. Toch lijkt het een tendens dat verdrongen materiaal vooral via alters aan bod komt en slechts weinig toegankelijk is voor de hoofdpersoonlijkheid.

Met betrekking tot dit verdrongen materiaal, zullen we nog een aantal opmerkingen maken omtrent de afkomst van de persoonlijkheidsaspecten of personen die zij reflecteren. Het materiaal dat in verschillende alters naar voren lijkt te kunnen komen, kan namelijk voortkomen uit de ambivalente gevoelens die wij koesteren ten aanzien van belangrijke anderen. Freud (1921) wees op het feit dat iedere innige gevoelsband tussen subject en ander gekenmerkt wordt door tegelijkertijd liefde- en haatgevoelens. Deze laatste komen slechts als een schaduw van de echte haatgevoelens aan bod, want de intens vijandige gevoelens worden verdrongen (zodat een relatie met de ander mogelijk wordt en blijft). Verdrongen afwijzende gevoelens ten aanzien van verschillende anderen kunnen dan eventueel wel -zoals andere processen van terugkeer van het verdrongene- opnieuw aan bod komen in de alterpersoonlijkheden van het subject. Naar aanleiding van Freuds opdeling omtrent identificatiemechanismen, maken we hierbij een onderscheid tussen verschillende manieren hoe dit aan bod kan komen. Het subject kan zich identificeren met de ander waarmee hij/zij een sterke maar ambivalente gevoelsbinding heeft en het alter representeert dan de negatieve kant van het liefdesobject waarvoor men haatgevoelens koestert. Een andere mogelijkheid is dat het alter een toestand of leeftijdsperiode van het subject voorstelt waarin men uiting gaf aan de negatieve of ambivalente gevoelens ten aanzien van het liefdesobject. Het is echter niet zo dat men zich enkel met afwijzende gevoelens ten aanzien van personen



identificeert in verschillende alters. Een identificatie kan ook plaatsvinden ten aanzien van personen op wie men jaloers is (bijvoorbeeld omdat deze persoon geliefd wordt door het liefdesobject van het subject), men wil de plaats van die ander innemen. Men vervult deze wens op imaginair niveau door zich in een andere alterpersoonlijkheid in de positie van de ander te zetten. Nog een andere mogelijkheid is dat men zich identificeert met zijn liefdesobject. In plaats dat er een relatie mee wordt aangegaan, zal men het liefdesobject in het Ik introjecteren waardoor eveneens een libidineuze band behouden blijft. Op deze manier kunnen we sommige alters beschouwen als een soort opnieuw veruitwendigen van oorspronkelijk geïntrojecteerde liefdesobjecten.

We hebben nu de drie verklaringsmodellen die we herhaaldelijk terugvinden in de literatuur uiteengelegd. Het ging over bewuste en onbewuste identificatie en over hysterische symptoomvorming ter verklaring van DID. Hieronder zullen we tot slot uiteenzetten wat ons onderzoek kan bijdragen aan de praktijk.

## Implicaties van de Verschillende Conceptualisaties voor DID

Hieronder zullen we ingaan op de praktische consequenties van de verschillende processen achter DID. Moeten we één model verkiezen, dit model tot *het* model voor DID bekronen en hiernaar (be)handelen?

Eerst en vooral lijkt het me niet eenvoudig elk van de 3 voorgestelde modellen te operationaliseren en te bewijzen dat het betreffende model opgaat voor alle DID patiënten.

Lilienfeld et al. (1999) hebben dit ook opgemerkt voor het posttraumatische en sociocognitieve model. Zij schreven dit toe aan de moeilijkheid om de etiologische factoren die cruciaal zijn binnen elk model (namelijk: trauma in de kindertijd en socio-culturele verwachtingen) te operationaliseren en objectief vast te stellen. Daarnaast is het ook onmogelijk om deze factoren rechtstreeks te manipuleren. Dit is onuitvoerbaar omwille van ethische en praktische moeilijkheden.

We kunnen dus geen enkel model helemaal bewijzen of verwerpen. Wel kunnen we -zoals we hierboven hebben pogen te doen- verschillende elementen voor en tegen elk van de drie verklaringsmodellen aanbrengen. En hopelijk is duidelijk uit bovenstaande uiteenzetting dat elk van de drie modellen valide verklaringen zijn voor verschillende DID gevallen.

De drie processen achter DID kunnen echter niet alleen naast elkaar gelden, ze kunnen ook perfect gecombineerd voorkomen. Zo gaf Freud (1980) bijvoorbeeld reeds aan dat hysterici bewust een verlangen kunnen koesteren om ziek te blijven of om voordelen te halen uit hun symptomen of hun ziek zijn. Dit is zijn concept van de secundaire ziekte winst. De patiënt heeft een drang zijn ziekte te bewijzen tegenover zichzelf en anderen en kan op deze manier bv. bepaalde elementen overdrijven of veinzen. Dit wijst erop dat er bij hysterische symptoomvorming ook sprake kan zijn van een bewust proces. De opsplitsing in enerzijds bewuste simulatie en anderzijds onbewuste symptoomvorming is dus misschien niet zo scherp als op het eerste gezicht leek. Bewuste en onbewuste processen lijken gecombineerd te kunnen voorkomen en zelfs bij één en dezelfde patiënt.

Een andere mogelijkheid waarbij twee DID processen samen werkzaam zijn, is de volgende. Het dissociëren op zich zou een adaptieve vaardigheid kunnen zijn, een beschermingsstrategie via een verdringingsproces. Het is echter mogelijk dat deze initieel psychologisch functionele vaardigheid tijdens een behandelingsprocedure als het ware uitgebuit wordt door de therapeut die erop aandringt de alters te identificeren, benoemen... waardoor één of meerdere alters door suggestie gecreëerd worden. Dit betreft dus een intrapsychische symptoomvorming in combinatie met suggestieve factoren.

Ook Lilienfeld et al. (1999) merkten deze mogelijkheid op, al verwoordden ze het op een andere manier. Ze beargumenteerden dat het posttraumatische en het socio-cognitieve model niet volledig in strijd zijn met elkaar. Het is bijvoorbeeld niet onverenigbaar met het sociocognitieve model dat kindertrauma een predispositie voor bepaalde psychologische kenmerken kan teweeg brengen (zoals een verhoogde neiging tot fantasie) waardoor het individu ontvankelijker is voor suggestie van de therapeut.

Het lijkt dus het meest aangewezen om voor alle drie de werkhypothesen in verband met de vorming van DID open te staan. Met deze verschillende modellen in het achterhoofd kan dan bij elke individuele patiënt het achterliggende mechanisme gezocht worden waarbij we een integratie van twee of drie modellen zeker niet mogen uitsluiten.

### **Implicaties voor Diagnostiek en Behandeling**

Vanuit de potentiële invloed van verschillende factoren in de vorming van DID is het belangrijk om voorzichtig te zijn bij het stellen van een diagnose. Doet men dit bv. via zelfrapportages of via een gestructureerd interview, dan moet men opletten voor bewuste simulatie door de patiënt, suggestieve invloeden van vraagprocedures en de houding van de therapeut, verwachtingen en wensen van de patiënt en diens omgeving... Deze elementen kunnen allemaal meespelen, zelfs als er sprake is van DID symptomen vanuit een intern psychologisch mechanisme en een hysterische structuur.

Misschien is een structurele diagnostiek meer bruikbaar, aangezien men zich kan blindstaren op de fenomenologie maar daar niet wijzer van wordt. Fenomenologisch

kan DID zich bij verschillende patiënten onder eenzelfde vorm voordoen, terwijl er verschillende processen achter schuilen. Naar de behandeling toe is het zeer belangrijk te weten via welk mechanisme DID bij deze particuliere patiënt tot stand gekomen is. Daarom kan een descriptieve diagnostiek misleidend zijn en lijkt het mij voorzichtiger een aanpak te overwegen die de structuur en logica van het subject ondervraagt.

## Algemene Conclusie

Onze lectuur van de literatuur omtrent DID is uitgemond in drie types verklaringsmodellen. Als eerste hebben we de bewuste identificatie met een label omwille van interne of externe motieven besproken. De twee andere verklaringsmodellen vertonen een duidelijke link met de hysterie: de onbewuste identificatie met een stoornis en de hysterische symptoomvorming.

De onbewuste identificatie met een stoornis betreft de hysterische zoektocht van het subject naar een meesterbetekenaar die de zekerheden en het tekort in het symbolische kan dichtgooien. Bij het ander hysterische proces (dat aan bod kwam in ons derde verklaringsmodel voor DID) beschouwen we symptomen als representanten van de terugkeer van verdrongen materiaal.

Beide hysterische processen vertrekken vanuit een ondraaglijke innerlijke verdeeldheid van het subject. Het verschilpunt is dat bij het proces van identificatie het subject zich vereenzelvigd met een stoornis die reeds een extern gegeven was. Hierbij spelen sociale en cultuurhistorische invloeden een enorme rol: zij schetsen een beeld over DID en samen met specifieke anderen kunnen zij een enorme impact hebben op de concrete vormgeving en invulling van deze diagnostische categorie. Bij het andere hysterische proces is er sprake van een intern psychologisch proces: de verdringing en terugkeer van het verdrongene.

We kunnen besluiten dat alle drie de conceptualisaties die we hier gestaafd hebben, mogelijk zijn en ze kunnen zowel naast elkaar bestaan als gecombineerd voorkomen. In één specifieke casus van DID kunnen processen van bewuste en/of onbewuste identificatie en/of echte hysterische symptoomvorming aanwezig zijn. De dissociatieve identiteitsstoornis kan bijvoorbeeld bij een subject volgen op trauma en daarnaast kunnen er iatrogen tijdens de therapie meerdere alters gevormd worden omwille van suggestieve invloeden en verwachtingen waaraan de patiënt wil voldoen. Of de suggestie door de therapeut zorgt ervoor dat de barrière van weerstand die het verdrongen materiaal onbewust houdt, breekt en dit materiaal in verschillende alters aan bod komt. De vorming van de alters werd in dit laatste geval onbewust van de therapeut

overgenomen, maar naast dit iatrogene proces was ook een psychologische symptoomvorming in het spel met een terugkeer van bepaald verdrongen materiaal.

Dus er is niet slechts 1 model 'waar'. En we kunnen niet uitsluiten dat de ander eigenlijk altijd een invloed heeft op het subject. Vooral de ander uit de medische en klinische sector doet zijn invloed gelden: geloven de psychiaters, dokters of psychologen bv. niet in de notie van het onbewuste, dan zullen ze niet aan histerie denken; geloven ze niet in DID dan zullen zij dit niet diagnosticeren, geven zij prioriteit aan het onderhouden van een goeie relatie met hun patiënten dan zullen zij de diagnose van een nagebootste stoornis niet eens overwegen... Op dezelfde manier spelen ook zowieso de verwachtingen en overtuigingen van de ruimere omgeving, het maatschappelijke beeld van de stoornis, de media-aandacht... een grote rol. Deze factoren hebben allen hun invloed op het subject die vanuit zijn eigen psychische structuur een particulier antwoord op deze invloeden formuleert.

## Referenties

- Acocella, J. (1999). *Creating Hysteria: Women and Multiple Personality Disorder*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Akyuz, G., Dogan, O., Sar, V., Yargiç, L. I. & Tutkun, H. (1999). Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 40 (2), 151-159.
- Allen, J. G., Console, D. A. & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failures? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160-171.
- Allen, J. J. B. & Movius, H. L. (2000). The objective assessment of amnesia in dissociative identity disorder using event-related potentials. *International Journal of Psychophysiology*, 38 (1), 21-41.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed., text revision*). Washington, DC: Author.
- Armstrong J. G. (1994). Reflections on multiple personality disorder as a developmentally complex adaptation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 349-364.
- Bower, G. (1994). Temporary emotional states act like multiple personality. In: R. M. Klein & B. K. Douane (Eds.), *Psychological concepts and dissociative disorders*, 207-234. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brand, B. L., Armstrong, J. G., Loewenstein, R. J. & McNary, S. W. (2009). Personality Differences on the Rorschach of Dissociative Identity Disorder, Borderline Personality Disorder, and Psychotic Inpatients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1 (3), 188-205.
- Brenner, I. (1999). Deconstructing DID. *American Journal of Psychotherapy*, 53, 344-360.

- Brick, S. S. & Chu, J. A. (1991). The simulation of multiple personalities: A case report. *Psychotherapy*, 28, 267-272.
- Bromberg, P.M. (1993). Shadow and substance: A relational perspective on clinical process. *Psychoanalytic Psychology*, 10, 162.
- Carney, M. W. (1980). Artefactual Illness to attract Medical Attention. *British Journal of Psychiatry*, 136, 542-547.
- Coons, P. M., Bowman, E. S. & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental disease*, 176, 519-527.
- Coons, P. M. & Milstein, V. (1994). Factitious or malingered multiple personality disorder: eleven cases. *Dissociation*, 7 (2), 81-85.
- Dell, P. F. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29 (1), 1-26.
- Dorahy, M. J. (2001). Dissociative Identity Disorder and Memory Disfunction: The Current State of Experimental Research and its Future Directions. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), 771-795.
- Ellason, J. W., Ross, C. A. & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59(3), 255-267.
- Elzinga, B. M., van Dyck R. & Spinhoven, P. (1998). Three controversies about dissociative identity disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 13-23.
- Fahy, T. A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder: A critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.
- Forrest, K. A. (2001). Toward an Etiology of Dissociative Identity Disorder: A Neurodevelopmental Approach. *Consciousness and Cognition*, 10 (3), 259-293.
- Freud, S. (1905). *Drie verhandelingen over de theorie der seksualiteit*. Klinische beschouwingen 1 (pp. 47-201). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Freud, S. (1915). *Driften en hun lotgevallen*. Psychoanalytische theorie, 2 (pp. 30-65). Boom Meppel: Amsterdam.
- Freud, S. (1921). *Massapsychologie en Ik-analyse*. Cultuur en Religie 5 (pp. 9-94). Meppel/Amsterdam: Boom.



- Freud, S. (1923). *Het Ik en het Es*. Psychoanalytische Theorie 3 (pp. 9-82). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Freud, S. (1980). *Fragment van de analyse van een geval van hysterie ('Dora')*. Ziektegeschiedenissen 2 (pp.17-157). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Freud, S. (1982). *De waan en de dromen in Gradiva van W. Jensen*. Cultuur en religie 1 (pp. 29-127).
- Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studies over hysterie*. Klinische beschouwingen 5. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Gee, T., Allen, K. & Powell R. A. (2003). Questioning Premorbid Dissociative Symptomatology in Dissociative Identity Disorder: Comment on Gleaves, Hernandez, and Warner (1999). *Professional Psychology: Research and Practise*, 34 (1), 114-116.
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59.
- Gullestad, S. E. (2005). Who is 'who' in dissociation? A plea for psychodynamics in a time of trauma. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 639-656.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: multiple personality & the sciences of memory*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hacking, I. (2007). Kinds of People: Moving Targets. *Proceedings of the British Academy*, 151, 285-318.
- Hayes, J. A. & Mitchell J. C. (1994). Mental Health Professionals Skepticism About Multiple Personality Disorder. *Professional Psychology: Research and Practise*, 25 (4), 410-415.
- Huntjens, R. J. C., Peters, M. L., Postma, A., Woertman, L., Effting, M. & van der Hart, O. (2005). Transfer of newly acquired stimulus valence between identities in dissociative identity disorder (DID). *Behaviour Research and Therapy*, 43 (2), 243-255.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Woertman, L., van der Hart, O. & Peters, M. L. (2005). Procedural memory in dissociative identity disorder: When can inter-identity amnesia be truly established? *Consciousness and Cognition*, 14 (2), 377-389.
- Kluft, R. P. (1984). Multiple personality in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 121-134.

- Kluft, R. P. (1987). The simulation and dissimulation of Multiple Personality Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30 (2), 104-118.
- Kluft, R. P. (1991). Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics North America*, 14, 605-629.
- Kong, L. L., Allen, J. J. B. & Glisky, E. L. (2008). Interidentity Memory Transfer in Dissociative Identity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (3), 686-692.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Kirsch, I., Chaves, J. F., Sarbin, T. R., Ganaway, G. K. & Powell, R. A. (1999). Dissociative Identity Disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. *Psychological bulletin*, 125 (5), 507-523.
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Corfield, V. A., Niehaus, D. J. H., Moolman-Smook, J. C. & Stein, D. J. (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 384-391.
- Loftus, E. F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537.
- Ludwig, A. M., Brandsma, J. M., Wilbur, C. B., Bendfeldt, F. & Jameson, D. H. (1972). The objective study of a multiple personality: or, are four heads better than one? *Archives of General Psychiatry*, 26, 298-310.
- Mai, F. M. (1995). Psychiatrists' attitudes to multiple personality disorder: A questionnaire study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 154-157.
- McCullumsmith, C. B. & Ford, C. V. (2011). Simulated Illness: The Factitious Disorders and Malingering. *Psychiatric Clinics of North America*, 34 (3), 621-641.
- Merckelbach, H., Devilly, G. J. & Rassin, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder. Metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review*, 22(4), 481-497.
- Merskey, H. (1992). The Manufacture of Personalities. The Production of Multiple Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 327-340.
- Newmark, N., Adityanjee & Jerald K. (1999). Pseudologia Fantastica and Factitious Disorder: Review of the Literature and a Case Report. *Comprehensive Psychiatry*, 40, (2), 89-95.

- Pica, M., Beere, D., Lovinger, S. & Dush, D. (2001). The responses of dissociative patients on the thematic apperception test. *Journal of clinical psychology, 57* (7), 847-864.
- Pope, H. G. & Hudson J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry, 149*, 455-463.
- Pope H. G., Oliva P. S., Hudson J. I., Bodkin J. A. & Gruber A. J. (1999). Attitudes Toward DSM-IV Dissociative Disorders Diagnoses Among Board-Certified American Psychiatrists. *American Journal of Psychiatry, 156*, 321-323.
- Putnam, F. W. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In R. P. Kluft (Eds.). *Childhood antecedents of multiple personality, 65-97*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinic North America, 14*, 519-531.
- Putnam, F. W., Guroff, J., Silberman, E., Barban, L. & Post, R. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 47*, 285-293.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Paans, A. M. J., Korf, J., Willemsen, A. T. M. & den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage, 20* (4), 2119-2125.
- Rosenbaum, M. (1980). The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality. *Archives of General Psychiatry, 37*, 1383-1385.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality*. New York: John Wiley and Sons.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fleischer, W. P. & Norton, G. R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1717-1720.
- Schreiber, F. R. (1973). *Sybil*. New York: Warner Books.
- Scropo, J. C., Drob, S. L., Weinberger, J. L. & Eagle, P. (1998). Identifying dissociative identity disorder: a self-report and projective study. *Journal of Abnormal Psychology, 107* (2), 272-284.
- Siegel, P. F. (2003). Dissociation and the question of history: "What, Precisely, Are the Facts?" *Psychoanalytic Psychology, 20* (1), 67-83.

- Silberman, E. K., Putnam, F. W., Weingartner, H., Braun, B. G. & Post, R. M. (1985). Dissociative states in multiple personality disorder: a quantitative study. *Psychiatry Research* 15, 253-260.
- Sims, A. (1988). *Symptoms in the Mind*. London: Saunders.
- Somer, L. & Somer, E. (1997). Phenomenological and psychoanalytic perspectives on a spontaneous artistic process during psychotherapy for dissociative identity. *The Arts in Psychotherapy*, 24 (5), 419-430.
- Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143-165.
- Spanos, N. P. (1996). *Multiple identities and false memories: a sociocognitive perspective*. Washington: American Psychological Association.
- Steinberg, M. & Steinberg, A. (1995). Using the SCID-D to assess dissociative identity disorder in adolescents: Three case studies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59 (2), 221-231.
- Stickley, T. & Nickeas, R. (2006). Becoming one person: living with dissociative identity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 180-187.
- Sugar, J. & Ford, J. D. (2012). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress disorder in psychiatrically impaired youth. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (1), 41-49.
- Thigpen, C. H. & Cleckley, H. M. (1957). *The three faces of Eve*. New York: Fawcett.
- Thigpen, C. H. & Cleckley, H. M. (1984). On the incidence of multiple personality: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 63-66.
- Turkus, J. A. & Kahler, J. A. (2006). Therapeutic Interventions in the Treatment of Dissociative Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 29 (1), 245-262.
- Tutkun, H., Sar, V., Yargiç, L. I., Ozpulat, T., Yanik, M. & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.
- Vandierendonck, A. (2006). Interacties in het langetermijngeheugen. *Aandacht en geheugen*. Gent: Academia Press.
- Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of a disease*. Chicago: University of Chicago Press.

- Verhaeghe, P. (1996). *Tussen hysterie en vrouw. Van Freud tot Lacan: een weg door honderd jaar psychoanalyse*. Leuven: Acco.
- Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven: Acco.
- Verhaeghe, P. (2011). *Liefde in tijden van eenzaamheid. Over drift en verlangen*. Amsterdam: De bezige bij.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental & behavioral disorder: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*. Geneva World Health Organization.
- Yargıç, L. I., Sar, V., Tutkun, H. & Alyanak, B. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structural interview in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (6), 345-351.
- Young, W. C. (1988). Psychodynamics and dissociation: All that switches is not split. *Dissociation*, 1, 33-38.
- Zomer, E. & Zomer, L. (1997). Dissociative disorder psychodynamic dimensions in art therapy. *Sihot*, 11 (3), 183-195.