

DE PSYCHOLOOG

Huntjens, R., Rijkeboer, M. M., & van den Hout, M. A. (2005). Ogenschijnlijke amnesie bij de dissociatieve identiteitsstoornis. *De Psycholoog*, 40, 66-70.

In de behandeling van mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) neemt het 'integreren' van gedissocieerde oftewel afgesplitste herinneringen een belangrijke plaats in. Experimenteel geheugenonderzoek suggereert echter dat er geen sprake is van aparte herinneringen voor de onderscheiden identiteiten. In dit artikel worden de mogelijke implicaties van deze bevindingen voor het begrip van de stoornis en de therapie van deze patiënten beschreven.

Ogenschijnlijke amnesie in de dissociatieve identiteitsstoornis

De idee dat de mens in staat is om gedachten aan traumatische gebeurtenissen uit zijn bewustzijn te bannen, is niet nieuw. Terwijl onder invloed van het Freudiaanse gedachtegoed de opvatting domineerde dat het daarbij gaat om 'repressie', lijkt heden ten dage 'dissociatie' die plaats te hebben ingenomen. Ter illustratie: in de periode 1960 tot 1980 komt de term repressie, in vergelijking met dissociatie, bijna twee keer zoveel voor in titels van tijdschriftartikelen en hoofdstukken van boeken. In de hierop volgende twee decennia is deze rangorde echter omgedraaid en komt het begrip dissociatie meer dan vier keer zoveel voor, met een frequentie van maar liefst 1352 keer (bron: psychinfo). De term wordt niet alleen in de wetenschappelijke literatuur en de klinische praktijk regelmatig gehanteerd, ook in het dagelijks leven is het begrip dissociatie doorgedrongen. In het dagblad Trouw van 29 juni 2002, bijvoorbeeld, schrijft Martin van der Laan over dissociatie als het trauma dat 'afgesplitst' wordt 'van de rest van het individu', waardoor men 'geen toegang meer heeft tot dit stukje van zijn persoon'.

In de DSM-IV (APA, 1994) wordt dissociatie omschreven als 'een verstoring van de normaal geïntegreerde functies van bewustzijn, geheugen, identiteit, of perceptie van de omgeving' (p. 477). Bij de verstoring of dissociatie van het geheugen zou het gaan om het afsplitsen of fragmenteren van herinneringen aan traumatische ervaringen. Bij repressie wordt aangenomen dat conflicterende gevoelens en gedachten naar het ontoegankelijke onderbewuste worden geduwd. Bij dissociatie wordt verondersteld dat het afgesplitste wel toegankelijk blijft voor de persoon. Voorwaarde voor toegang is echter dat deze persoon in een andere bewustzijnstoestand verkeert. Verder kan dat wat gedissocieerd wordt zich ook

blijven ‘ontwikkelen’. In het geval van de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), de meest ernstige vorm van dissociatie, wordt aangenomen dat dit heeft geleid tot het ontstaan van een of meer nieuwe identiteiten binnen de persoon, waarbij het zelfbeeld van die identiteiten is gebaseerd op herinneringen die specifiek zijn voor de identiteit.

Dissociatieve fenomenen zoals derealisatie en depersonalisatie zijn geen zeldzaamheid en komen bijvoorbeeld veel voor bij de paniekstoornis, de meest voorkomende angststoornis in de GGZ. Sommige klinici suggereren dat 20% tot 50% van de psychiatrische patiënten aan een dissociatieve stoornis lijdt (van der Kolk & van der Hart, 1991 in McNally, 2003) en er gaan stemmen op om ook de posttraumatische stress stoornis, in de DSM-IV (APA, 1994) behorend tot de categorie angststoornissen, als dissociatieve stoornis te beschouwen (van der Hart, 1995). De dissociatieve *identiteitsstoornis*, waarbij dus een persoon zou bestaan uit verschillende identiteiten, wordt aanzienlijk minder vaak gediagnosticeerd, maar de diagnose kan niet worden afgedaan als modegril van een lokaal groepje gelovigen: van een door Sno en Schalken (1998) onderzochte groep Nederlandse psychiaters rapporteerde 42% de diagnose ooit gesteld te hebben. De behandeling van deze patiënten wordt in Nederland vervolgens door een relatief kleine groep psychiaters en psychologen gegeven.

Bijna alle DIS patiënten (95 -100%) rapporteren episodes van amnesie oftewel geheugenverlies. Een DIS patiënte (het merendeel is vrouw) kan zich vaak hele periodes, met een variabele duur van uren, dagen, tot zelfs jaren, niet herinneren. Dit worden doorgaans ‘gaten’ in de herinnering genoemd, of het ‘kwijt’ zijn van stukken tijd. Deze onbereikbare herinneringen betreffen vaak ernstige traumatische ervaringen uit het verleden. Maar DIS patiënten melden ook in het heden blokken tijd kwijt te zijn. De patiënt heeft bijvoorbeeld boodschappen gedaan, vrienden en vriendinnen bezocht, correspondentie bijgewerkt, een winkeldiefstal gepleegd, zichzelf verwondingen toegebracht, of is naar school geweest, zonder dat ze zich dat herinnert. Zelfs de sporen van het gedrag zeggen de cliënt niets. De boodschappen op het aanrecht, de snijwonden of de briefjes die ze geschreven moet hebben zijn vreemd en daardoor vaak beangstigend voor de patiënte. Naast autobiografisch materiaal, kan ook algemeen verworven kennis verdwenen zijn. Zo weet een patiënte niet meer hoe het vermenigvuldigen volgens tafels verloopt of hoe ze bijvoorbeeld de magnetron moet aanzetten, terwijl zij deze al twee jaar in huis heeft (Lijnse & Collé, 1997). Indien het zo is dat de persoon uit meerdere identiteiten bestaat met aparte geheugens, dan zouden deze klinische observaties niet verbazen. De ervaringen van een identiteit a worden weggeschreven in diens geheugen. Op een zeker moment neemt identiteit b het roer over. Dan zijn de herinneringen

van a ontoegankelijk en de sporen van het gedrag van a wel te observeren maar niet te begrijpen.

De hypothese dat een persoon bestaat uit meerdere ‘identiteiten’ die gescheiden geheugens hebben is gezien vanuit de geheugenpsychologie weinig plausibel. Plausibiliteit beslist echter evenmin over de juistheid van een hypothese als de overtuiging van patiënten en klinici dat het om een robuust fenomeen gaat. De hypothese is door-en-door empirisch. Twee omstandigheden maken het mogelijk de hypothese scherp te toetsen. In de eerste plaats is een subgroep van DIS patiënten naar eigen zeggen in staat om op verzoek te wisselen van identiteit a naar identiteit b. In de tweede plaats is het geheugenonderzoek ver ontwikkeld en zijn er allerhande objectieve leer-en-geheugentests die het mogelijk te maken na te gaan of er overdracht is van de gememoriseerde ervaringen van a naar het geheugen van b. Door één van ons (RH) werd het bestaan van interidentiteitsamnesie in DIS onderzocht in een reeks van samenhangende experimenten, waarop we nu nader zullen ingaan.

Geheugenexperimenten bij DIS patiënten

In het onderzoek (Huntjens et al., 2003a; zie ook Rassin, 2004) is een groep patiënten getest die volgens hun behandelaars voldeden aan de criteria voor DIS. Patiënten werden verzocht om zelf twee identiteiten te selecteren. Tenminste één van deze identiteiten rapporteerde voorafgaand aan het experiment “interidentiteit amnesie” te hebben, ofwel geen toegang te hebben tot het geheugen van de andere deelnemende identiteit. De procedure was zo gekozen dat het niet mogelijk was de geheugenprestaties opzettelijk te beïnvloeden, bijvoorbeeld door voor te wenden dat men zich iets niet herinnert terwijl dat wel zo was. De opzet was in grote lijnen als volgt: allereerst werd de patiënte gevraagd om in identiteit a een lijst met emotioneel neutrale woorden zoals namen van dieren en groenten te leren. Deze identiteit werd hierna verzocht zoveel mogelijk woorden uit de lijst vanuit het geheugen op te noemen. Als volgende stap van het experiment werd de patiënte gevraagd om te wisselen van identiteit, meestal onder begeleiding van hun therapeut. Na de wisseling of zogeheten ‘switch’ leerde identiteit b (en dat was degene die vooraf amnesie rapporteerde) een lijst woorden die leken op die van de eerste lijst (maar in letterlijke zin niet hetzelfde waren). Ook aan deze identiteit werd vervolgens gevraagd om zoveel mogelijk woorden van de lijst uit het geheugen op te noemen.

Als de hypothese van onderlinge amnesie van identiteiten klopt, moeten de woorden uit beide lijsten voor mensen met DIS makkelijker uit elkaar te houden zijn dan voor

controleproefpersonen die ook beide lijsten bestudeerd hebben. Immers, DIS patiënten zouden zich in een bepaalde identiteit alleen die woorden kunnen herinneren, die ze ook in diezelfde identiteit geleerd hebben. Bij het leren en opnoemen van woorden van de tweede lijst zouden ze geen last moeten hebben van interferentie van woorden uit de eerste lijst. DIS patiënten blijken echter evenveel moeite te hebben als de andere proefpersonen met het leren van de tweede lijst en het uit elkaar houden van woorden van de beide lijsten. Met andere woorden, de deelnemende patiënten hadden wel weet van de woorden die ze in de andere identiteit geleerd hadden.

Een tegenwerping kan zijn dat het stimulusmateriaal ongeschikt was. Amnesie bij DIS patiënten zou alleen optreden voor informatie die verwijst naar vroegere trauma's. Het is niet evident wat bijvoorbeeld de tafels van vermenigvuldiging of de bediening van een magnetron te maken hebben met trauma. Mogelijk is die tegenwerping niet overtuigend. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de gebruikte stimuli wel *indirect* naar een trauma verwijzen. Ook rapporteren patiënten zelf wel amnesie voor het beschreven materiaal. Zekerheidshalve is het experiment herhaald met stimuluswoorden die eenduidig en direct naar seksuele traumatisering verwijzen, zoals de woorden 'incest' en 'verkrachting'. Patiënten is ook gevraagd om de stimuli zelf te beoordelen (Huntjens et al., 2003b). De uitkomsten waren identiek. Er was transfer van identiteit a naar b en die transfer was even groot als de transfer van informatie bij de gezonde controleproefpersonen. Opnieuw bleken patiënten dus weet te hebben van wat ze in de andere identiteit hadden geleerd. Ze bleken niet in staat zich 'af te schermen' tegen traumagerelateerde informatie.

Een tweede tegenwerping betreft de tijdspanne van amnesie. In het onderzoek werden de geheugentests direct na de leerfase afgenomen. Dat is snel. Zou het kunnen dat een identiteit wel toegang heeft tot het geheugen van een andere identiteit vlak na de switch, en dat interidentiteit amnesie pas na verloop van tijd optreedt? Dit werd onderzocht (Huntjens et al., 2002, 2003a, b). De tweede identiteit werd een aantal uren later opnieuw getest. Nu werd niet gevraagd om de woorden actief uit het geheugen op te halen. In plaats daarvan werden patiënten getest op recognitie, ofwel het meer passief herkennen van geleerde woorden uit een grote lijst, die was samengesteld uit woorden geleerd in dezelfde identiteit, de andere identiteit, en nieuwe woorden. Voor een niet-DIS patiënt is zoiets lastig: qua betekenis lijken de woorden uit de twee lijsten en de nieuwe woorden op elkaar en het gaat al snel door elkaar lopen, met zo'n recognitietaak. Als de hypothese van amnesie tussen identiteiten klopt, zou het voor patiënten relatief makkelijk moeten zijn om in de tweede, amnestische identiteit b alleen woorden te herkennen die in dezelfde identiteit a geleerd zijn. Patiënten bleken in deze

amnestische identiteit ook woorden te herkennen die ze geleerd hadden in de andere identiteit. Die interferentie was even groot als bij de controleproefpersonen. Geconcludeerd kan worden dat mensen met DIS in staat blijken om, zowel op korte als op meer langere termijn en zowel actief als passief, informatie geleerd in een andere identiteit op te halen uit het geheugen. Het maakt daarbij niet uit of de informatie wel of niet traumagerelateerd is.

Een laatste tegenwerping zou kunnen zijn dat, hoewel er geen sprake was van interidentiteit amnesie in de strikte zin van het woord, patiënten geen herinnering meer hebben aan de specifieke leerepisode. Daarmee bedoelen we dat ze nog wel weten dat ze bijvoorbeeld het woord ‘incest’ geleerd hebben, maar dat ze zich niet kunnen herinneren in welke context (plaats en tijd) ze dat woord geleerd hebben. Ze hebben dan geen beeld van zichzelf als degene die het woord leerde, en ze weten niet meer welke associaties ze hadden of welke beelden het woord bij hen oproep. Ook dit aspect is in het onderzoek bekeken (Huntjens et al. 2003a, b). Patiënten werden bij elk woord gevraagd om aan te geven of ze zich nog aspecten van de leersituatie konden herinneren (patiënten hoefden geen beschrijving van de aspecten van de leersituatie te geven; er werd alleen gevraagd of ze zich die konden herinneren). Ook nu weer maakte het niet uit: patiënten verschilden niet van de controleproefpersonen.

Patiënten meldden desgevraagd tijdens het experiment dat identiteit b geen herinnering had aan wat identiteit a had geleerd. Toch bleek het geheugen zich anders te gedragen dan patiënten ervoeren. De bevindingen suggereren dat herinneringen van verschillende ‘identiteiten’ zijn opgeslagen in één geheugen en laten geen spoor zien van ‘interidentiteit amnesie’. De resultaten staan niet op zich, maar zijn de afgelopen jaren telkens weer gevonden in goed opgezette studies met relatief grote aantallen patiënten (Allen & Movius, 2000; Eich et al., 1997; Elzinga et al., 2003; Huntjens et al., 2002; Huntjens et al., in druk). Hoewel patiënten zelf gaten rapporteren in hun geheugen voor periodes waarin andere identiteiten ‘hun gedrag bepalen’, blijkt dat ze kennis hebben van wat ze leerden in een gedissocieerde toestand en kunnen ze zich deze kennis voor de geest halen. Die kennis is even groot als de kennis die gezonde controlepersonen hebben. De opgeslagen ervaringen van identiteit a bereiken zonder haperen het bewustzijn van identiteit b.

Implicaties voor de diagnose DIS

Ernstige identiteitsfragmentatie en terugkerende episoden van amnesie worden als belangrijkste criteria voor het onderscheiden van DIS en aangrenzende stoornissen gezien

(Draijer & Boon, 1999). Lijnse en Collé stelden in 1997 dat interidentiteit amnesie een definiërend kenmerk is van DIS. Wat zijn de implicaties van bovengenoemde bevindingen?

De afwezigheid van objectief bewijs voor amnesie tussen identiteiten in DIS duidt niet noodzakelijkerwijs op de afwezigheid van elke vorm van geheugenproblemen. Zo kwam in het onderzoek van Huntjens en collega's naar voren dat over het geheel gezien de prestatie van patiënten lager was dan die van controles; ze herinnerden zich bijvoorbeeld in beide identiteiten minder van een geleerde lijst woorden. Deze (licht) verminderde geheugenprestatie alsook het 'kwijt zijn' van alledaagse gebeurtenissen is echter niet diagnostisch specifiek: ze treedt ook op bij bijvoorbeeld depressies en angststoornissen, mogelijk als gevolg van concentratiemoeilijkheden en vergeetachtigheid (McNally, 2003). Merk op dat verklaringen in termen van concentratieproblemen en vergeetachtigheid het voordeel hebben dat het niet nodig is de halve geheugenpsychologie te herschrijven.

Uiteraard geldt de afwezigheid van interidentiteit amnesie niet als aanwijzing dat het wel meevalt met de gerapporteerde verwaarlozing of seksueel of lichamelijk misbruik in de kindertijd. Er zijn sterke aanwijzingen dat (seksueel) misbruik in de jeugd vaker voorkomt bij psychiatrische patiënten dan bij anderen en dan vooral vaak bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis of DIS (Ogawa et al., 1997; Zanarini et al., 1997). Ook zwijgen de bevindingen over voorkomen, aard, en betekenis van derealisatie, depersonalisatie, en identiteitsverwarring- niet te verwarren met identiteitsfragmentatie- tijdens het trauma en daarna. Wel roept het onderzoek serieuze vragen op over de validiteit van de diagnose DIS. Als DIS wordt *gedefinieerd* in termen van interidentiteit amnesie, dan is het probleem fors. Noch in het hier besproken onderzoek, noch in ander gecontroleerd onderzoek werd een spoor van de geclaimde amnesie gevonden. Het geheugenpsychologisch onderzoek pleit dan ook tegen de validiteit van de diagnose DIS. Men kan er ook voor kiezen DIS niet te definiëren in termen van amnesie, maar dan vervagen de grenzen met de posttraumatische stress stoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Geheugen en metageheugen

Hoe valt de afwezigheid van objectief bewijs voor amnesie tussen identiteiten dan te rijmen met de verhalen van geheugenverlies van DIS patiënten zelf? Patiënten zeggen geheugenproblemen te ervaren. Die ervaring zou kunnen betekenen dat er iets mis is met het geheugen, maar ook dat er iets mis is met hoe DIS patiënten het functioneren van hun geheugen beleven. Gegeven de onderzoeksresultaten lijkt het vruchtbaar de problemen van DIS patiënten precies daar te lokaliseren, op het niveau van het *metageheugen*. Patiënten

menen dat ze uit twee of meer identiteiten bestaan en dat herinneringen van identiteit a het bewustzijn van identiteit b niet kunnen bereiken. Dat bleek echter probleemloos wel te gebeuren. Wanneer herinneringen die naar de overtuiging van de patiënt geen herinneringen kunnen zijn, worden geactiveerd zal, zo nemen we aan, de informatie worden afgedaan als niet behorend bij het zelf en de autobiografie. De overtuiging amnestisch te zijn zou reëel zijn. De aanwezigheid van amnesie niet. Ook bleken in een ander onderzoek herinneringen aan aversieve stimuli niet méér gefragmenteerd te zijn in een subklinische groep dan in een controlegroep. Dit terwijl de proefpersonen in de subklinische groep aangaven subjectief wel te denken dat hun herinneringen gefragmenteerd waren (Kindt & van den Hout, 2003). Merk op dat er meer psychische stoornissen zijn waarbij patiënten belevingen hebben die in het oog van buitenstaanders erg onnavolgbaar zijn. Broodmagere anorexia patiënten ervaren zichzelf als dik, angstpatiënten ervaren dreiging en patiënten met conversies ervaren een onvermogen om bijvoorbeeld een arm te bewegen. Uit de *beleving* dik te zijn, in gevaar te verkeren of niet te kunnen bewegen, volgt niet noodzakelijk dat betrokkene echt dik is, in gevaar verkeert of een neurologische aandoening heeft. Evenmin volgt uit de beleving van interidentiteit amnesie dat de persoon gescheiden geheugens heeft.

Over of en hoe het metageheugen probleem van de ervaren interidentiteit amnesie samenhangt met verwaarlozing, mishandeling of misbruik kan gespeculeerd worden. Betroffen kinderen kunnen proberen de pijn en het onbegrip van het misbruik het hoofd te bieden door de gedachte te koesteren dat het eigenlijk toch niet gebeurd is of dat het een ander overkomen is omdat de volledige realisatie van en confrontatie met wat er gebeurd is, te pijnlijk is. De ervaringen worden onvermijdelijk opgeslagen in het geheugen, maar als de herinneringen in het bewustzijn komen, worden ze beoordeeld als niet horend bij de eigen geschiedenis. De patiënte heeft de *overtuiging* niet te kunnen weten wat er gebeurt is. Ook kinderen die geen misbruik ervaren kunnen vrij ver gaan in de fantasie dat ze eigenlijk een prinsesje zijn enzovoorts. Onder gewone omstandigheden hebben dat soort kinderlijke gedachtespinsels geen belangrijke functie en worden ze snel verlaten. In het geval van misbruik kan de opvatting dat groepen van ervaringen niet bij de eigen geschiedenis horen wel een belangrijke, beschermende, functie hebben. Bij het vormen van een identiteit, laten we zeggen, bij het schrijven van een zelf-verhaal, ontstaat dan een probleem. Er is de grote groep van herinneringen die op een vanzelfsprekende manier bij de eigen geschiedenis en identiteit horen, maar er is ook een groep van herinneringen die is beoordeeld als niet horende bij het zelf. Betrokkene kan op de gedachte komen dat de groep vreemde herinneringen wellicht horen bij iemand anders en dat zij uit meer dan één persoon bestaat.

Het komt voor dat patiënten bij aanvang van therapie al melden te menen uit twee of meer identiteiten te bestaan. Ook kan het voorkomen dat ‘therapeuten’ patiënten op het DIS spoor zetten en dat patiënten pas tijdens therapie ‘ontdekken’ dat ze uit meerdere identiteiten bestaan. Wanneer de opvatting is gevestigd dat men meerdere identiteiten heeft, zal een herinnering die niet naar boven ‘kan’ komen vanwege de veronderstelde amnesie, als niet-eigen herinnering worden opgevat.

Klinische implicaties

Wij hebben niet de pretentie uit de onderzoeksgegevens een omvattende therapie te kunnen destilleren. Toch zijn de gegevens van belang voor de klinische praktijk. Patiënten ervaren dat ze bestaan uit onderling amnestische identiteiten. Veelal gaan therapeuten mee in deze zelfinterpretatie (Merckelbach, Devilly, & Rassin, 2002). Indien het probleem niet bestaat uit amnesie in de gebruikelijke zin, maar indien het om een metageheugen probleem gaat dan is zo’n meegaande houding misschien minder verstandig. Het advies is natuurlijk niet om de patiënte uit te gaan leggen dat haar amnesie onzin is, maar om de beleving van amnesie, die als regel reëel is, onderwerp te maken van de behandeling. Een parallel kan getrokken worden met de behandeling van anorexia nervosa. De anorectische patiënt schiet er niets mee op wanneer de therapeut, net als familie en vrienden, vertelt dat de patiënt niet dik, maar juist mager is. Maar de patiënt schiet er zeker ook niets mee op wanneer de therapeut impliciet of expliciet meegaat in de overtuiging dat het goed zou zijn wanneer er nog enkele pondjes van af zouden gaan. De beleving te dik te zijn kan serieus genomen worden, zonder dat daarmee wordt onderschreven dat de patiënt te dik is. Evenzo kan de beleving van amnesie serieus genomen worden, zonder dat daarmee wordt geïmpliceerd dat de patiënt lijdt aan ‘objectieve’ amnesie. Wellicht dat de metacognitieve overtuiging amnestisch te zijn zich leent voor een cognitieve therapie waarvan de aard niet veel anders is dan cognitieve therapie voor dwang of anorexia. Vanzelfsprekend zou het de patiënte daarbij kunnen helpen in te zien wat de oorspronkelijke functie was van de constructie van identiteiten met ieder hun eigen herinneringen en dat dat ooit hielp toen ze als hulpeloos meisje het hoofd moest bieden aan de overweldiging. Maar om dit te bereiken zijn bestaande cognitief-gedragstherapeutische technieken toereikend.

Literatuur

- 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, 21-41.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Auteur.
- Draijer, N. & Boon, S. (1999). The limitations of dissociative identity disorder: patients at risk, therapists at risk. *Journal of psychiatry and Law*, 27, 423-458.
- Eich, E., Macaulay, D., Loewenstein, R. J. & Dohle, P. H. (1997). Implicit memory, interpersonality amnesia, and dissociative identity disorder: comparing patients with simulators. In J. D. Read & D. S. Lindsay (Eds.), *Recollections of trauma: scientific research and clinical practice* (p. 469-474). New York: Plenum Press.
- Elzinga, B. M., Phaf, R. H., Ardon, A. M. & Van Dyck, R. (2003). Directed forgetting between, but not within, dissociative personality states. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 237-243.
- Hart, O. van der (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose: handboek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Peters, M., Hamaker, E.L., Woertman, L. & Van der Hart, O. (2002). Perceptual and conceptual priming in patients with dissociative identity disorder. *Memory & Cognition*, 30, 1033-1043.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Peters, M., Woertman, L. & Van der Hart, O. (2003a). Interidentity amnesia for neutral, episodic information in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 290-297.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Peters, M. L., Woertman, L. & Van der Hart, O. (2003b). *Memory transfer for trauma-related words between identities in dissociative identity disorder*. Manuscript ingediend ter publicatie.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Peters, M. L., Woertman, L., Effting, M. & Van der Hart, O. (in druk). Transfer of newly acquired stimulus valence between identities in dissociative identity disorder. *Behaviour Research and Therapy*.
- Kindt, M. & van den Hout, M. (2003). Dissociation and memory fragmentation: experimental effects on meta-memory but not on actual memory performance. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 167-178.

- Kolk, B. A. van der & Hart, O. van der (1991). The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- Lijnse, J. & Collé, T. (1997). *Ik in meervoud : over de dissociatieve identiteitsstoornis (voorheen MPS), handboek voor hulpverleners, patiënten en hun omgeving*. Baarn: Nelissen.
- McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, EN: Belknap.
- Merckelbach, H., Devilly, G. J. & Rassin, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder: metaphors or genuine entities? *Clinical Psychology Review*, 22, 481-497.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Rassin, E. (2004). Wie ben ik? *De Psycholoog*, 39, 72-73.
- Sno, H. N. & Schalken, H. F. A. (1998). Dissociatieve identiteitsstoornis in Nederland: diagnostiek en behandeling door psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 602-614.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S.C, Marino, M. F., Levin, A., Yong, L. & Frankenburg, FR. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.