

# Het belaagde zelf

Structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering

Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis en Kathy Steele

Uitgeverij Boom | Amsterdam

© 2010, O. van der Hart, E. Nijenhuis en K. Steele p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam  
Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van de artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission from the publisher.

*Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door GGZ Drenthe, Assen, en het Sinai Centrum, Amstelveen.*

Oorspronkelijke titel: *The haunted self. Structural dissociation of the personality and the treatment of chronic traumatization.*  
(2006. W.W. Norton)

Vertalers: Anja van der Hart, Sonja Kalmijn-Koel en David Kalmijn

Beeld omslag: Chassidische legenden I-2 (Vaders en zonen).  
H.N. Werkman. Stedelijk museum, Amsterdam

Vormgeving omslag: Eelko van Iersel

Verzorging binnenwerk: image realize

Drukwerk: Drukkerij Wilco, Amersfoort

ISBN 978 946 1051 23 3

NUR 777

[www.uitgeverijboom.nl](http://www.uitgeverijboom.nl)

# Inhoud

<b>Woord vooraf</b> .....	xv
<b>Inleiding</b> .....	23
Traumagerelateerde dissociatie.....	24
Structurele dissociatie van de persoonlijkheid.....	24
‘Ogenschijnlijk normale’ en ‘emotionele’ delen van de persoonlijkheid.....	28
Ontwikkelingspaden van structurele dissociatie van de persoonlijkheid.....	31
Structurele dissociatie versus integratieve handelingen.....	32
Hiërarchie van handelingstendenties.....	32
Mentaal niveau.....	33
Plaatsvervangende handelingen.....	35
Integratieve handelingen.....	35
Het in stand houden van structurele dissociatie van de persoonlijkheid.....	37
Fobieën die structurele dissociatie in stand houden.....	38
Fasegerichte behandeling van chronische traumatisering.....	40
Taxatie.....	41
Behandelingsfase 1: stabilisatie en symptoomreductie.....	42
Behandelingsfase 2: behandeling van traumatische herinneringen.....	44
Behandelingsfase 3: integratie en rehabilitatie van de persoonlijkheid.....	45
Samenvatting.....	45
<b>Deel I Structurele dissociatie van de persoonlijkheid</b> .....	47
<b>1 Structurele dissociatie van de persoonlijkheid</b> .....	49
<i>Grondbegrippen</i>	
De traumatische oorsprong van structurele dissociatie.....	49
Kenmerken van potentieel traumatiserende gebeurtenissen.....	50
Individuele kenmerken.....	51
Genomgeving interactie.....	52
Mentale efficiëntie en mentale energie.....	52
Leeftijd.....	53
Peritraumatische dissociatie.....	53
Heftige emoties en ‘hyperarousal’.....	54
‘Hypoarousal’.....	54
Betekenis.....	54
Vorbereiding.....	55

Dissociatieve delen van de persoonlijkheid.....	55
Dissociatie als opdeling van de persoonlijkheid.....	55
Dissociatieve delen van de persoonlijkheid.....	57
Ogenschijnlijk normaal deel en emotioneel deel van de persoonlijkheid.....	58
De invloed van handelingssystemen op dissociatieve delen.....	58
De normale functies van handelingssystemen.....	59
Componenten van handelingssystemen.....	61
Dissociatieve opdeling van handelingssystemen.....	63
Handelingssystemen die ANP beïnvloeden.....	64
Handelingssystemen die EP beïnvloeden.....	66
Traumatische herinneringen versus autobiografische narratieve herinneringen.....	68
Kenmerken van autobiografische narratieve herinneringen.....	70
Kenmerken van traumatische herinneringen.....	71
Samenvatting.....	74
<b>2 Primaire structurele dissociatie.....</b>	<b>77</b>
<i>Prototypes van het ogenschijnlijk normale (ANP) en het emotionele (EP) deel     van de persoonlijkheid</i>	
Kenmerken van het ‘ogenschijnlijk normale’ deel van de persoonlijkheid.....	77
Mentale efficiëntie van ANP.....	78
Negatieve symptomen bij ANP.....	80
Positieve symptomen bij ANP.....	82
Kenmerken van het ‘emotionele’ deel van de persoonlijkheid.....	82
Mentale efficiëntie in EP.....	83
Positieve symptomen bij EP.....	84
Negatieve symptomen bij EP.....	86
De relatie tussen ANP en EP.....	86
Samenvatting.....	93
<b>3 Secundaire structurele dissociatie van de persoonlijkheid.....</b>	<b>95</b>
Kenmerken van secundaire structurele dissociatie.....	96
De complexiteit van secundaire structurele dissociatie.....	97
Veranderingen in ANP bij secundaire structurele dissociatie.....	98
Emotionele delen van de persoonlijkheid en het verdedigingssysteem van zoogdieren met betrekking tot bedreiging of aantasting van de fysieke integriteit.....	99
EP’s en traumagerelateerde pathogene kernen.....	100
EP’s en dubbele emotie.....	100
Verschillende groepen van EP’s.....	101
Gelaagdheid van traumatische herinneringen en EP’s.....	101

Dissociatieve delen van de persoonlijkheid en disfunctionele mentale verdediging.....	103
Parallele en sequentiële dissociatie.....	104
Samenvatting.....	111
<b>4 Tertiaire structurele dissociatie van de persoonlijkheid.....</b>	<b>113</b>
Dissociatieve delen bij dissociatieve identiteitsstoornis.....	114
Emancipatie en differentiatie van dissociatieve delen van de persoonlijkheid.....	117
Emancipatie.....	117
Differentiatie.....	119
Vermenging van ANP en EP.....	120
Verschillende soorten ANP's en EP's.....	121
'Hostpersoonlijkheid'.....	122
Kinddelen van de persoonlijkheid.....	123
Beschermende delen.....	124
De oorsprong van secundaire en tertiaire structurele dissociatie.....	127
De ontwikkeling van de persoonlijkheid bij jonge kinderen en de rol van onvolgroeide integratieve hersenstructuren.....	127
Intensiteit, duur en herhaling van de traumatisering en het ontwikkelingsniveau.....	128
Desorganisatie van gehechtheid bij chronisch getraumatiseerde kinderen.....	129
Het repertoire van gebrekkige mentale en fysieke vaardigheden.....	132
Samenvatting.....	133
<b>5 Traumagerelateerde symptomen en hun relatie tot structurele dissociatie.....</b>	<b>135</b>
Verwarring over dissociatieve symptomen.....	136
Dissociatieve symptomen.....	137
Negatieve psychoforme dissociatieve symptomen.....	139
Negatieve somatoforme dissociatieve symptomen.....	143
Positieve psychoforme dissociatieve symptomen.....	145
Positieve somatoforme dissociatieve symptomen.....	148
De wisselwerking tussen verschillende dissociatieve symptomen.....	149
Veranderingen van bewustzijn.....	150
Het bewustzijnsveld.....	151
Het bewustzijnsniveau.....	152
Normale versus pathologische bewustzijnsveranderingen.....	153
Bewustzijnsveranderingen bij ANP en EP.....	154
Peritraumatische bewustzijnsveranderingen.....	155

Bewustzijnsveranderingen en dissociatieve symptomen:	
onderzoekresultaten.....	156
Depersonalisatie en derealisatie.....	157
Samenvatting.....	159
<b>6 Structurele dissociatie en het spectrum van traumagerelateerde stoornissen.....</b>	<b>161</b>
Traumagerelateerde stoornissen.....	162
Acute stressstoornis.....	162
Posttraumatische stressstoornis.....	163
Complexe PTSS.....	164
Borderline persoonlijkheidsstoornis.....	165
Dissociatieve stoornissen.....	168
Psychose en traumatisering.....	174
Somatoforme stoornissen.....	179
Conversiestoornis/Dissociatieve stoornissen van motoriek en zintuiglijke gewaarwording.....	180
Comorbiditeit of spectra van symptomen en stoornissen bij getraumatiseerde patiënten.....	181
Comorbiditeit, affectdisregulatie en structurele dissociatie.....	182
Samenvatting.....	184
<b>Deel II Chronische traumatisering en een janetiaanse handelingspsychologie.....</b>	<b>185</b>
<b>Inleiding deel II.....</b>	<b>187</b>
<b>7 Synthese en haar beperkingen bij getraumatiseerde mensen.....</b>	<b>189</b>
Het verband tussen mentale en fysieke handelingen.....	191
Integratie en het doel van handelingen.....	193
Moeilijkheden die getraumatiseerde mensen hebben met doelen.....	194
Fasen in het bereiken van doelen.....	196
Vorbereiding.....	197
Begin.....	197
Uitvoering en doorgaande evaluatie van handelingen.....	197
Voltooiing en realisatie.....	199
Integratie in geestelijke gezondheid en traumatisering.....	200
Traumagerelateerde structurele dissociatie als unieke vorm van het falen van integratie.....	201
Synthese.....	202
Samenvatting.....	210

<b>8</b>	<b>Traumatisering als syndroom van non-realisatie</b>	211
	Realisatie	212
	Getraumatiseerde mensen en sociale non-realisatie	213
	Personificatie	214
	Kernpersonificatie	215
	Uitgebreide personificatie	216
	Problemen met personificatie bij getraumatiseerde mensen	216
	Presentificatie	218
	Kernpresentificatie	220
	Uitgebreide presentificatie	221
	Gebrek aan presentificatie en personificatie bij getraumatiseerde mensen	222
	Realisatie en gevoel van tijd en realiteit	224
	Het verslag van de ervaren werkelijkheid te hoog of te laag plaatsen	227
	Samenvatting	230
<b>9</b>	<b>De hiërarchie van handelingstendenties</b>	233
	Handelingstendenties en handelingen	234
	Niveaus en complexiteit van handelingstendenties	236
	Lagere handelingstendenties	238
	Gedesorganiseerde, ongerichte bewegingen	238
	Basisreflexen	238
	Presymbolische regulerende handelingstendenties	241
	Presymbolische sociopersonlijke handelingstendenties	244
	Basale symbolische handelingstendenties	246
	Tusseliggende handelingstendenties	247
	Prereflectieve symbolische handelingstendenties	247
	Reflectieve handelingstendenties	249
	Hogere handelingstendenties	251
	Langdurige reflectieve handelingstendenties	252
	Experimentele handelingstendenties	252
	Progressieve handelingstendenties	253
	Mentale energie en mentale efficiëntie	254
	Verschuivingen binnen de hiërarchie van handelingstendenties	255
	Integratie van handelingstendenties en handelingssystemen	259
	Samenvatting	260
<b>10</b>	<b>Fobieën die structurele dissociatie in stand houden</b>	261
	Handelingsfobie	261
	De oorsprong van traumagerelateerde fobieën	263
	Traumagerelateerde fobieën en klassieke conditionering	263

Klassiek geconditioneerde stimuli.....	264
Klassieke conditionering en interoceptieve stimuli.....	266
Variabele reacties op klassieke geconditioneerde stimuli.....	268
Fobieën en operante conditionering.....	269
Vermijding van en vlucht voor waargenomen gevaar.....	271
Contextevaluatie en generalisatie-leren.....	272
Evaluatieve conditionering.....	273
Fobieën voor traumagerelateerde stimuli en handelingen.....	275
Fobie voor traumatische herinneringen.....	275
Fobie voor traumagerelateerde mentale handelingen.....	276
Fobie voor dissociatieve delen van de persoonlijkheid.....	276
Fobieën voor gehechtheid, verlies van gehechtheid en intimiteit.....	279
Fobie voor het gewone leven.....	280
Fobie voor verandering en normale risico's.....	281
De kosten van het in stand houden van structurele dissociatie en de baten van het overwinnen hiervan.....	282
Samenvatting.....	284
<b>Deel III Behandeling van chronisch getraumatiseerde patiënten.....</b>	<b>287</b>
<b>Inleiding deel III.....</b>	<b>289</b>
<b>11    Taxatie van de getraumatiseerde patiënt.....</b>	<b>293</b>
Stadium 1: de standaard klinische taxatie.....	294
Impact van de taxatie op de patiënt.....	295
De wijze waarop de patiënt zich tijdens de taxatie presenteert.....	296
De ervaring van de therapeut tijdens de taxatie.....	297
De behandelingsgeschiedenis van de patiënt.....	298
Diagnoses.....	299
Verwijzing voor medicatie of (neuro)psychologische evaluatie.....	299
Stadium 2: taxatie van traumagerelateerde symptomen en stoornissen.....	300
Taxatie van de traumageschiedenis.....	300
Instrumenten om dissociatieve symptomen in kaart te brengen.....	302
Systematisch doorvragen naar structurele dissociatie.....	303
Het delen van de diagnose met de patiënt.....	305
Stadium 3: systematische analyse van de persoonlijkheidsstructuur, het functioneren en de geschiedenis van de patiënt.....	306
Analyse van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt.....	306
Mentaal niveau.....	306
Vaardigheden.....	307
Analyse van het functioneren van de persoonlijkheid van de patiënt.....	308



Analyse van de levensgeschiedenis van de patiënt .....	309
Analyse van traumagerelateerde fobieën.....	311
Analyse van het sociale milieu van de patiënt.....	312
Prognostische factoren en behandeltraject.....	313
Samenvatting.....	315
<b>12    Het bevorderen van efficiënte handelingen.....</b>	<b>317</b>
<i>Algemene principes voor de behandeling</i>	
Algemene principes voor de behandeling in termen van mentale economie.....	318
Het ontwikkelen van een veilige therapeutische relatie en een veilig kader voor de behandeling.....	319
De mentale energie verhogen.....	322
Het inkomen verhogen.....	322
Uitgaven verminderen.....	323
‘Schulden’ afbetalen.....	326
Het verbeteren van de mentale efficiëntie.....	327
Therapeutische stimulering.....	328
Psycho-educatie.....	328
‘Weerstand’ onderzoeken.....	330
Het ontwikkelen van vaardigheden.....	332
Plaatsvervangende handelingen omvormen tot efficiënter handelingen.....	336
Efficiënte handelingen voltooien.....	341
Het bevorderen van realisatie.....	343
Samenvatting.....	344
<b>13    Fase 1-behandeling en daarna.....</b>	<b>347</b>
<i>Het overwinnen van de fobie voor gehechtheid aan de therapeut en     voor verlies van deze gehechtheid</i>	
De rol van gehechtheid in de behandeling.....	348
Fobieën voor gehechtheid in alle fasen van de behandeling.....	351
Fobie voor het eerste contact met de therapeut.....	352
Gehechtheid en de therapeut.....	354
Fobie voor gehechtheid en voor verlies van gehechtheid aan de therapeut.....	356
Het overwinnen van de fobie voor gehechtheid.....	357
Het overwinnen van de fobie voor verlies van gehechtheid.....	361
Samenvatting.....	366
<b>14    Fase 1-behandeling en daarna.....</b>	<b>369</b>
<i>Het overwinnen van de fobie voor traumagerelateerde mentale handelingen</i>	
Het werken aan traumagerelateerde mentale handelingen gedurende alle fasen van de behandeling.....	372

Analyse van de fobie voor traumagerelateerde handelingen.....	373
Plaatsvervangende overtuigingen en disfunctionele cognities.....	374
Remming en activering van traumagerelateerde mentale handelingen.....	375
Het vermijden van positieve mentale handelingen.....	377
Hoe de patiënt traumagerelateerde mentale handelingen ervaart.....	377
Technieken om de fobie voor traumagerelateerde mentale handelingen te overwinnen.....	378
Psycho-educatie en het ontwikkelen van vaardigheden.....	378
Het gebruik van symbolen.....	379
Gerichte aandacht voor lichamelijke gewaarwordingen.....	379
Werken aan de fobie voor emotie.....	381
Samenvatting.....	392
<b>15    Fase 1-behandeling en daarna.....</b>	<b>393</b>
<i>Het overwinnen van de fobie voor dissociatieve delen</i>	
Functionele analyse van de fobie voor dissociatieve delen.....	394
Werken op verschillende niveaus van structurele dissociatie.....	396
Primaire structurele dissociatie.....	397
Secundaire structurele dissociatie.....	398
Tertiaire structurele dissociatie.....	400
Interventies voor het overwinnen van de fobie voor dissociatieve delen.....	403
Psycho-educatie over dissociatieve delen.....	405
Herkadering met positief etiketteren.....	405
Interventies bij specifieke soorten delen.....	406
Het stimuleren van fusies.....	412
Het gebruik van hogere-orde mentale handelingen: de ‘innerlijke bron van wijsheid’.....	413
Samenvatting.....	416
<b>16    Fase 2-behandeling.....</b>	<b>417</b>
<i>Het overwinnen van de fobie voor traumatische herinneringen</i>	
Het overwinnen van fobieën die betrekking hebben op onveilige gehechtheid aan de dader(s).....	418
Interventies in het begin van fase 2 bij EP's die vastzitten in traumatische herinneringen.....	419
Het overwinnen van de fobie voor traumatische herinneringen.....	420
Vorbereiding.....	422
Geleide synthese van traumatische herinneringen.....	424
Geleide realisatie.....	432
Martha: een casus van geleide synthese.....	435

Froukje: een casus van gefractioneerde geleide synthese.....	437
Samenvatting.....	439
<b>17 Fase 3-behandeling.....</b>	<b>441</b>
<i>(Re-)integratie van de persoonlijkheid en het overwinnen van     de fobieën voor het gewone leven</i>	
Fusie van dissociatieve delen van de persoonlijkheid.....	442
Het overwinnen van de fobieën voor het gewone leven.....	445
Het overwinnen van verzet tegen deelname aan het gewone leven.....	445
Effectieve rouw.....	447
Het overwinnen van de fobie voor het nemen van weloverwogen risico's en voor verandering.....	449
Het overwinnen van de fobie voor intimiteit.....	452
Het bevorderen van handelingstendenties van een hoog niveau.....	458
De beëindiging van de behandeling.....	462
Samenvatting.....	463
<b>Epiloog.....</b>	<b>465</b>
Het ontwikkelingskarakter van de theorie en het behandelingsmodel.....	466
De therapeut.....	470
<b>Woord van dank.....</b>	<b>475</b>
<b>Referenties.....</b>	<b>477</b>
<b>Register.....</b>	<b>515</b>
<b>Personalia.....</b>	<b>535</b>

# Woord vooraf

Voor mensen die chronisch zijn getraumatiseerd is het leven dikwijls een worsteling waar geen eind aan lijkt te komen. Hun lijden houdt ten diepste verband met een zeer pijnlijk en afschuwelijk verleden dat hen blijft achtervolgen. Velen van hen hebben grote moeite om zich staande te houden in het dagelijkse leven en relaties aan te gaan of te onderhouden, gaan gebukt onder ernstige intrapsychische problemen en komen vooral wanneer zij onder druk staan in moeilijkheden. Vaak hebben zij last van sterk uiteenlopende symptomen, die veelal horen bij verschillende combinaties van psychische stoornissen. Hierdoor kan het diagnosticeren, taxeren en behandelen van deze patiënten voor therapeuten een gecompliceerde en verwarrende opgave zijn. De diagnose wordt dan maar al te vaak bepaald door de voorkeur van de therapeut voor bepaalde diagnostische categorieën ten koste van andere die mogelijk meer recht aan de problematiek doen. Ook al doen getraumatiseerde mensen hun best om hun intense leed achter een façade van normaliteit te verbergen – een veelgebruikte strategie – toch kunnen hun therapeuten zich dikwijls door de veelheid van hun symptomen en door hun intense pijn overweldigd voelen. Het gevolg kan zijn dat klinici hun toevlucht nemen tot een louter medicamenteuze behandeling of tot een behandelprotocol dat niet aansluit bij de problematiek van chronische traumatisering. Het wekt dan ook geen verbazing dat veel getraumatiseerde patiënten hier geen baat bij hebben en dat velen van hen te horen krijgen dat zij onbehandelbaar zijn of dat zij een te grote weerstand jegens verandering hebben.

Dit boek bevat een neerslag van hetgeen wij in de loop der jaren – bij elkaar opgeteld werken wij inmiddels meer dan zeventig jaar met chronisch getraumatiseerde patiënten – geleerd hebben van en tijdens het behandelen van onze patiënten. Wij hebben getracht zorgvuldig naar hen te luisteren en wij hebben ons best gedaan om hun complexe en soms schokkende innerlijke ervaringen te begrijpen en daarin te delen. Vaak waren patiënten bang om deze ervaringen te verwoorden en vonden zij het uitermate moeilijk om zich over hun aarzeling heen te zetten. Veel kennis hebben wij vergaard door eigen wetenschappelijk onderzoek en dat van anderen, alsook door klinische en

theoretische reflecties. De uitgebreide literatuur over psychisch trauma uit de negentiende eeuw en de eerste decennia van de twintigste eeuw, evenals literatuur van meer recente datum, was hierbij voor ons een bron van inspiratie. Ook bleken uiteenlopende begrippen afkomstig van psychologische theorieën, zoals leertheoretische, systemische, cognitieve, emotie-, gehechtheids-, psychodynamische en object-relatietheorieën, voor onze studie zeer waardevol. Recente ontwikkelingen op het gebied van de evolutionaire psychologie en psychobiologie, in het bijzonder de neurowetenschap van emoties en het psychobiologisch traumaonderzoek, hebben ons zeer geïnspireerd. Al deze bronnen hebben ons in onze mening gesterkt dat *structurele dissociatie van de persoonlijkheid* de kern van psychisch trauma vormt.

### ***Structurele dissociatie van de persoonlijkheid***

Wij gebruiken het begrip ‘structurele dissociatie van de persoonlijkheid’ om de oorspronkelijke betekenis van de term ‘dissociatie’ zoals Pierre Janet (1859–1947) deze heeft geformuleerd in ere te herstellen. De Fransman Pierre Janet was filosoof, psychiater en psycholoog en wordt beschouwd als ‘een van de meest innovatieve klinici en denkers van de afgelopen twee eeuwen op het gebied van de psychiatrie’ (Nemiah, 1989, p. 1527). Voor een goed begrip van traumagerelateerde stoornissen en voor de behandeling van deze stoornissen is zijn werk van wezenlijk belang. Structurele dissociatie is een specifieke organisatievorm waarbinnen zich verschillende psychobiologische subsystemen van de persoonlijkheid bevinden die niet alleen te sterk voor elkaar afgesloten, maar ook buitengewoon rigide zijn. Het gevolg hiervan is een tekort aan cohesie en coördinatie in de gehele persoonlijkheid van de patiënt.

Ons voorstel om de term ‘structurele dissociatie (van de persoonlijkheid)’ te gebruiken komt voort uit een dringende noodzaak. Er zijn momenteel veel verwarrende en dikwijls tegenstrijdige definities van dissociatie in omloop en dat maakt het tot een problematisch begrip. De term wordt gebruikt voor symptomen, een bewuste of onbewuste mentale activiteit of ‘proces’, en ook voor een verdedigings‘mechanisme’ en vele andere zaken. De reeks symptomen die tegenwoordig als dissociatief wordt omschreven loopt zozeer uiteen dat deze categorie haar specificiteit heeft verloren. Een aantal auteurs is van mening dat behalve uitingvormen van structurele dissociatie van de persoonlijkheid ook tal van gewone en andere pathologische bewustzijnsveranderingen dissociatieve symptomen zijn. Wij zetten in dit boek uiteen waarom wij van mening zijn dat deze uitbreiding van het begrip ‘dissociatie’ een ernstige misvatting is.

Wij behandelen in dit boek de theorie van structurele dissociatie en verbinden deze met een janetiaanse handelingspsychologie. Deze psycho-

logie van handelingen, die haar oorsprong in het pionierswerk van heeft, beschrijft de aard van efficiënte en derhalve van integratieve handelingen die wij mensen moeten ondernemen om optimaal te functioneren. Dergelijke handelingen moeten niet alleen bij onze patiënten worden gestimuleerd, maar ook bij onszelf in ons werk als therapeut en in ons eigen dagelijkse leven. Het is zelfs zo, ontdekten wij, dat ieder mens baat heeft bij de toepassing van deze handelingspsychologie. Wij gaan in dit boek in op de wijze waarop de persoonlijkheid van getraumatiseerde mensen is georganiseerd en op de vraag waarom zo veel van hun mentale en fysieke handelingen disfunctioneel zijn. In de theorie over structurele dissociatie en de jantiaanse handelingspsychologie die wij hier presenteren beschrijven wij in detail welke integratieve handelingen getraumatiseerde mensen moeten uitvoeren om het verleden dat hen achtervolgt tot rust te brengen, opdat hun dagelijkse leven leefbaar wordt en meer voldoening schenkt.

### ***Voor wie is dit boek bestemd***

Dit boek is in de eerste plaats geschreven voor klinici, maar het is tevens van belang voor arts-assistenten in de psychiatrie en studenten in de klinische psychologie, alsmede voor wetenschappers die zich bezighouden met traumatisering. Therapeuten die volwassen patiënten behandelen die als kind chronisch mishandeld en misbruikt zijn, zullen er waardevolle inzichten en instrumenten aan ontlene met als gevolg dat hun behandeling aan effectiviteit en efficiëntie wint en dat de getraumatiseerde patiënt de behandeling beter kan verdragen. Wellicht herontdekken deze therapeuten, net zoals wij deden, de waarheid van het oude gezegde dat een goede theorie soms het meest praktisch is. Wij zijn van mening dat de theorie en het behandelingsmodel die wij in dit boek beschrijven ook relevant zijn voor collega's die met getraumatiseerde vluchtelingen, slachtoffers van marteling en oorlogsveteranen werken, alsook voor collega's die zich hebben toegelegd op therapie aan volwassenen die door een eenmalige gebeurtenis getraumatiseerd zijn geraakt, zoals verkrachting, een terroristische aanslag, een verkeersongeval of een natuurramp.

Het boek geeft studenten in de klinische psychologie en verwante disciplines handvatten voor het leren taxeren en het behandelen van ernstig getraumatiseerde patiënten en voor wetenschappelijk onderzoek naar deze doelgroep. Het zal wetenschappers opvallen dat de theorie van structurele dissociatie een uitgesproken heuristische theorie is: men kan er immers tal van toetsbare en weerlegbare hypothesen uit afleiden. Zo laat de theorie zien hoe mentale en fysieke handelingen van getraumatiseerde mensen veranderen wanneer een ander type dissociatief deel van de persoonlijkheid de controle over het handelen overneemt – een gegeven waaraan degenen die

onderzoek op het gebied van traumatische stress verrichten nauwelijks of geen aandacht besteed hebben.

### **Behandelmodellen**

De vakliteratuur beveelt voor traumatisering die door een eenmalig incident veroorzaakt is en voor posttraumatische stressstoornis (PTSS; APA, 1994) betrekkelijk kortdurende behandelingsmodellen aan, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009; Foa & Rothbaum, 1998; Follette, Ruzek & Abueg, 1998; Resick & Schnicke, 1993; Shapiro, 2001). Er bestaat echter geen onderzoek dat aantoont dat deze therapieën een geschikte vorm van behandeling zijn voor chronisch getraumatiseerde patiënten wanneer zij niet binnen het kader van een fasegerichte behandeling, zoals wij die in dit boek aanbevelen, toegepast worden. Ernstige comorbide psychopathologie, waar getraumatiseerde mensen doorgaans aan lijden, bleek zelfs de voornaamste reden te zijn om hen als deelnemers aan onderzoeken naar de doeltreffendheid van een behandeling van PTSS uit te sluiten (Spinazzola, Blaustein & Van der Kolk, 2005). Bovendien komt het vaak voor dat een opzichzelfstaande traumatiserende gebeurtenis bij volwassenen onopgeloste, traumatische ervaringen uit hun kindertijd activeert. Sommige chronisch getraumatiseerde mensen slagen erin om zich staande te houden in hun leven, hoewel hen dit zeer veel moeite kost en ondanks het feit dat hun integratieve vermogen aangetast is. Echter, als zij met gebeurtenissen geconfronteerd worden die hen zo overweldigden dat zij deze niet kunnen integreren in hun persoonlijkheid, dan ontwikkelen zij een traumagerelateerde stoornis. Deze patiënten hebben meestal onvoldoende baat bij een tamelijk eenvoudige, gestructureerde en kortdurende behandeling. Patiënten met cumulatieve traumatisering hebben juist een complexere en langerdurende behandeling nodig. Dit boek richt zich vooral op de behandeling van chronisch getraumatiseerde patiënten.

Wij hebben een *fasegericht behandelmodel* ontwikkeld dat gebaseerd is op de theorie van structurele dissociatie die wij met een janetiaanse handelingspsychologie combineren. Dit behandelmodel richt zich in het bijzonder op het vaststellen en behandelen van structurele dissociatie en de daaraan gerelateerde disfunctionele mentale en fysieke handelingen. Het voornaamste uitgangspunt van dit model is dat patiënten aangemoedigd en geholpen worden om meer effectieve mentale en fysieke handelingen te leren. Dit stelt hen in staat om efficiënter met het dagelijkse leven om te gaan en hun structurele dissociatie op te lossen. Dit principe houdt een overkoepelend therapeutisch doel in, namelijk het verhogen van het integratieve vermogen, of datgene wat wij het *mentale niveau* van de patiënt noemen, zodat

patiënten eerst beter met de dagelijkse opgaven leren omgaan en vervolgens kunnen afrekenen met wat hen uit het verleden achtervolgt en hun ‘onopgeloste problematiek’, in het bijzonder traumatische herinneringen, kunnen oplossen.

### ***Bij de Nederlandse uitgave***

In vergelijking met tal van andere landen wordt Nederland gekenmerkt door het bestaan van een sterke klinische en onderzoekstraditie op het terrein van de psychotraumatologie, waaronder de diagnostiek en behandeling van complexe traumagerelateerde stoornissen waarover dit boek in het bijzonder gaat. Een bijzondere ontwikkeling in Nederland is de stichting, in 2006, van een Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (LCVT), waaraan inmiddels veertien zogeheten Top Referente Trauma Centra zijn verbonden, die alle de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van het LCVT volgen: acht centra voor volwassenen en zes voor kinderen en jeugdigen met een dergelijke achtergrond. Wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de diagnostiek en behandeling is een integraal onderdeel van de gemeenschappelijke werkwijze van deze centra. Voor dit unieke model bestaat inmiddels internationaal veel belangstelling en waardering. De Top Referente Trauma Centra verkeren anno 2010 in een stadium van ontwikkeling en bovendien kunnen zij bij lange na niet voldoen aan de vraag naar deskundige hulp bij deze complexe problematiek. Wij hopen dat de uitgave van *Het belaagde zelf* een bijdrage zal leveren aan meer expertise op dit terrein binnen de geestelijke gezondheidszorg.

De publicaties van de oorspronkelijke Engelstalige editie en een aantal andere vertalingen heeft veel lezers die als kind chronisch getraumatiseerd werden herkenning en houvast gegeven. Hun waardering heeft ons nog meer geraakt dan de positieve reacties die collega's hebben gegeven met betrekking tot het belang en de bruikbaarheid van het boek. Een aantal mensen met een geschiedenis van chronische traumatisering schreef ons dat zij zich bij het lezen begrepen voelden in ons werk, soms voor de eerste keer in hun leven en dat na vele jaren therapie. Het boek heeft hun veel meer zicht gegeven op hun ervaringen en op impasses in hun behandeling, en het bood hun specifieke handvatten om te veranderen en daarmee minder te lijden. Sommigen hadden hun therapeut ervan kunnen overtuigen het boek te lezen en de behandeling op deze leest te schoeien. Dergelijke reacties wijzen erop dat mensen met een trauma-achtergrond de essentie van het boek, ondanks de complexiteit van de theorie, uitstekend begrijpen.



## **Opbouw van het boek**

Het introductiehoofdstuk geeft een beknopt overzicht van het begrip ‘dissociatie’, van de fasegerichte behandeling en van de elementaire begrippen van een janetiaanse handelingspsychologie. Deze onderwerpen komen verder in het boek uitvoerig aan de orde. In de eerste vijf hoofdstukken van deel I worden klinische uitingsvormen van de verschillende niveaus van structurele dissociatie beschreven. Daarmee is de basis gelegd voor een uiteenzetting over de theorie van structurele dissociatie. Hoofdstuk 1 beschrijft de meest elementaire vorm van structurele dissociatie, primaire structurele dissociatie. Bij deze vorm van dissociatie is de persoonlijkheid van de patiënt opgedeeld in een meest omvattend dissociatief deel dat zich met opgaven van het dagelijkse leven en het vermijden van traumatische herinneringen bezighoudt en in een minder complex dissociatief deel dat zich concentreert op de verdediging tegen bedreiging en de traumatische herinneringen bewaart. In dit hoofdstuk worden ook de verschillen tussen narratieve autobiografische herinneringen en traumatische herinneringen beschreven. Hoofdstuk 2 bevat een grondige analyse van de verschillen tussen de twee prototypische dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Hoofdstuk 3 is gewijd aan secundaire structurele dissociatie. Hierbij hebben getraumatiseerde mensen één dissociatief deel dat op het dagelijkse leven gericht is en meer dan één dissociatief deel dat zich op de verdediging tegen bedreiging richt. Dit niveau van structurele dissociatie is kenmerkend voor chronisch getraumatiseerde patiënten die aan complexe traumagerelateerde stoornissen lijden. Hoofdstuk 4 beschrijft tertiaire structurele dissociatie. Dit houdt in dat meer dan één dissociatief deel in de betreffende patiënt zich met het dagelijkse leven bezighoudt en meer dan één deel zich op de verdediging tegen bedreiging richt. Wij menen dat deze structuur uitsluitend bij dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) voorkomt. In hoofdstuk 5 geven wij suggesties voor het oplossen van de verwarring die heerst op het terrein van trauma onder degenen die zich met traumatisering bezighouden over welke symptomen wel en welke niet dissociatief van aard zijn. Ten slotte bevat hoofdstuk 6 een analyse van de wijze waarop de theorie van structurele dissociatie aan diverse traumagerelateerde stoornissen – zowel DSM-IV (APA, 1994) als ICD-10 (WHO, 1992) dissociatieve stoornissen – en aan de vele comorbide stoornissen waaraan chronisch getraumatiseerde mensen zo dikwijls lijden, gekoppeld is. De zo verkregen inzichten verschaffen essentiële aanknopingspunten voor de behandeling van deze stoornissen.

Deel II is gewijd aan de relatie tussen een janetiaanse *handelingspsychologie* en structurele dissociatie. Wij analyseren de disfunctionele mentale en fysieke handelingen, dat wil zeggen het tekort aan efficiënte handelingen, van chronisch getraumatiseerde patiënten. Deze disfunctionele handelin-

gen houden structurele dissociatie als deze eenmaal ontstaan is in stand, komen tot uiting in diverse symptomen en vormen doelen waaraan in therapie gewerkt wordt. Ook bespreken wij handelingen die efficiënter en integratiever zijn. In hoofdstuk 7 laten we zien welke rol bepaalde mentale en fysieke handelingen spelen. Deze handelingen zijn niet alleen noodzakelijk voor de ontwikkeling en het in stand houden van een geïntegreerde persoonlijkheid, maar ook een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Dit hoofdstuk gaat specifiek in op synthese, het meest basale integratieniveau. In hoofdstuk 8 wordt het begrip ‘realisatie’ met de bijbehorende componenten *personificatie* en *presentificatie* besproken. Het gaat hierbij om een hoog ontwikkeld en complex integratieniveau. In dit hoofdstuk gaan we ook in op de moeilijkheden die getraumatiseerde mensen ervaren bij hun perceptie van de werkelijkheid. Zij beseffen bijvoorbeeld niet dat het verleden niet het heden is en de toekomst geen herhaling van hun rampzalige verleden: deze verwarring komt tot uiting in hun handelen. Het verwarrende beeld dat getraumatiseerde mensen van de werkelijkheid hebben belet niet alleen de integratie van traumatische herinneringen, maar belemmert ook hun omgang met de opgaven van het dagelijkse leven. In hoofdstuk 9 wordt een hiërarchie van handelingstendenties beschreven. Er bestaan diverse niveaus van steeds complexere handelingen die nodig zijn om goed om te gaan met de opgaven van het dagelijkse leven, hetgeen getraumatiseerde mensen dikwijls erg zwaar valt. Deze hiërarchie is een waardevol instrument bij het taxeren, in termen van mentale en fysieke handelingen, van het huidige niveau van functioneren van de patiënt. Ook behandelt dit hoofdstuk disfunctionele handelingen waar patiënten op terugvallen als hun mentale niveau onder het benodigde niveau voor efficiënte handelingen blijft; voorts beschrijft het handelingen die noodzakelijk zijn om gezonde veranderingen tot stand te brengen. Hoofdstuk 10 geeft een overzicht van diverse fobieën die voor chronisch getraumatiseerde patiënten kenmerkend zijn en die hun structurele dissociatie in stand houden. In dit hoofdstuk worden tevens de leerprincipes beschreven die betrekking hebben op het in stand houden van structurele dissociatie.

Hoofdstuk 11 in deel III is gewijd aan de systematische toepassing van de theorie van structurele dissociatie en de handelingspsychologie bij het taxeren van het functioneringsvermogen van de patiënt. In de volgende hoofdstukken wordt de fasegerichte behandeling uitgebreid beschreven. In hoofdstuk 12 komen algemene principes voor de behandeling aan de orde die gedurende het gehele beloop van de therapie toegepast moeten worden. Het overkoepelende doel van de behandeling is het verhogen van het mentale niveau van patiënten en de toename van hun mentale en relationele vaardigheden. In de volgende serie hoofdstukken wordt uitvoerig

aandacht besteed aan de doelstellingen van de drie fasen van de behandeling. Een groot deel is gewijd aan hoe patiënten specifieke fobieën kunnen overwinnen die structurele dissociatie in stand houden en die adequaat functioneren belemmeren. In hoofdstuk 13, een van de twee hoofdstukken waarin de doelstellingen van de eerste fase van de behandeling worden uiteengezet, komt aan de orde hoe een begin gemaakt kan worden met het helpen van de patiënt om niet alleen de fobie voor gehechtheid aan de therapeut maar ook voor het verlies van deze gehechtheid te overwinnen. Dit hoofdstuk besteedt derhalve veel aandacht aan het tot stand brengen van een therapeutische relatie met patiënten die gehechtheid zoeken en deze gehechtheid tegelijk vrezen en daarom tegengaan. Hoofdstuk 14 behandelt het overwinnen van de fobie voor traumagerelateerde mentale handelingen (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens, herinneringen en verlangens) en hoofdstuk 15 is gewijd aan het overwinnen van de fobie voor dissociatieve delen. Hoofdstuk 16 beschrijft de tweede fase van de behandeling, waarbij vooral aandacht wordt besteed aan het overwinnen van de fobie voor traumatische herinneringen en daaraan gerelateerde thema's. Hoofdstuk 17, dat over de derde fase van de behandeling gaat, beschrijft ten slotte hoe de patiënt de fobie voor het normale leven en aanverwante fobieën kan overwinnen. Het boek eindigt met een epiloog.