



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De reactivering van traumatische herinneringen¹

Onno van der Hart, Suzette Boon, Barbara Friedman en Vera Mierop*

Samenvatting

Traumatische herinneringen zijn gedissocieerde, emotioneel beladen ervaringstoestanden waarin de herbeleving van een schokkende gebeurtenis centraal staat. Ze kunnen bij mensen met uiteenlopende vormen van posttraumatische stress voorkomen. In dit artikel gaat het vooral om het voorkomen en behandelen van traumatische herinneringen bij patiënten die aan een multipele persoonlijkheidsstoornis (MPS) lijden. Dergelijke partiële of volledige herbelevingen kunnen op hun beurt verwante dissociatieve reacties, zoals een kortdurende reactieve dissociatieve stoornis, het 'switchen' naar een alterpersoonlijk, en het snel en herhaaldelijk wisselen van alters, uitlokken. Een voor de praktijk handige indeling van stimuli die dergelijke dissociatieve verschijnselen uitlokken luidt als volgt: (1) aan de tijd gerelateerde stimuli, (2) gebeurtenissen in het dagelijkse leven, (3) de eigen gemoedstoestand van de patiënt, (4) specifieke fysiologische toestanden, (5) stimuli die intimidaties reactiveren, en (6) actuele trauma's. De assimilatie en integratie van de traumatische herinnering is de meest grondige en radicale therapeutische procedure, maar kan niet altijd worden toegepast en kost in de regel veel tijd. In dit artikel worden technieken en procedures beschreven die in ieder geval aangewezen kunnen zijn: (1) het identificeren van de reacterende stimulus en deze eventueel in verband brengen met het oorspronkelijk trauma, (2) de stimulus verwijderen, (3) het neutraliseren van de stimulus, (4) het beklemtonen van het veilige heden, (5) het suggereren van amnesie of meer mentale afstand jegens de traumatische herinnering, (6) het aanleren van een teken om de patiënt te helpen terug te keren naar het hier en nu, (7) het aanbieden van veilige manieren van communiceren over het trauma, (8) het afschermen van getraumatiseerde alters van de buitenwereld, (9) het introduceren van een co-therapeut of waarnemer, en (10) medicatie en opname als crisisinterventie. Onder meer wordt betoogd dat de diagnose MPS niet meteen tot een explorerende aanpak aanleiding mag geven, en dat het vóórkomen van traumatische herinneringen evenmin direct de bespreking van het oorspronkelijke trauma tot gevolg mag hebben.

[Trauma] stopt de chronologische klok en legt het moment permanent in het geheugen en de verbeelding, immuun voor de afwisseling van de tijd. Het zich ontvouwend verhaal brengt opluchting, terwijl de zich ontvouwend plot pijn teweeg brengt (Langer, 1991, p. 175).

* ONNO VAN DER HART, psycholoog–psychotherapeut, is als coördinator van het Trauma en Dissociatie–Team verbonden aan de RIAGG Zuid/Nieuw West te Amsterdam. Correspondentieadres: Onno van der Hart, RIAGG Zuid/Nieuw West, Postbus 71505, 1008 DA Amsterdam.

SUZETTE BOON, klinisch psycholoog–psychotherapeut, is verbonden aan het Trauma en Dissociatie–Team van de RIAGG Zuid/Nieuw West te Amsterdam, en als wetenschappelijk onderzoeker aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

BARBARA FRIEDMAN, klinisch psycholoog–psychotherapeut, is directeur van het Dissociative Disorders Institute te Los Angeles, Californië.

VERA MIEROP, sociaal–psychiatrisch verpleegkundige, maakt deel uit van het Trauma en Dissociatie–Team en van de afdeling Sociale Psychiatrie van de RIAGG Zuid/Nieuw West te Amsterdam.

In de beschrijving van de posttraumatische stress–stoornis (PTSS) vermeldt de DSM–III–R (APA 1987) dat symptomen die kenmerkend zijn voor PTSS vaak heftiger worden wanneer de patiënt wordt blootgesteld aan situaties of activiteiten die op het oorspronkelijke trauma lijken of dit symboliseren (p. 248). De symptomen vloeien dus goeddeels voort uit de gereactiveerde herbelevingen van het trauma.

Traumatische herinneringen zijn geen exclusief kenmerk van PTSS. Zij kunnen zich voordoen bij iedere stoornis die gerelateerd is aan traumatische ervaringen, zoals de multiële persoonlijkheidsstoornis (MPS) (vgl. Putnam et al., 1986; Ross et al., 1989; Schultz et al., 1989) en de zogenaamde borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) (Herman et al., 1989; Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990). Bovendien vormen traumatische herinneringen niet het enige verschijnsel dat gereactiveerd kan worden. Tal van patiënten tonen in reactie op herbelevingen van traumatische ervaringen dissociatieve symptomen, zoals depersonalisatie, derealisatie of (bij MPS) zelfs overgangen ('switches') naar andere persoonlijkheidstoestanden.

Getraumatiseerde patiënten kunnen aan hun therapeut gereactiveerde herinneringen uit het dagelijks leven rapporteren; ze kunnen deze ook tijdens de behandeling, bij de therapeut in de kamer, ervaren. Als zij door de herbeleving van een trauma in een psychische crisis terechtkomen, bestaat de kans dat ze met de 'rijdende psychiater' of de afdeling acute psychiatrie van een RIAGG in aanraking komen. De kans is dan groot dat het gedrag van de patiënt gezien wordt als een abnormale reactie op een normale stimulus. Voor de patiënt die zich, zoals vaak voorkomt, wel van zijn heftige reactie op de traumatische herinnering bewust is, maar voor het trauma zelf amnesie heeft, is de situatie buitengewoon verwarrend en beangstigend. Verwarring kan zich ook meester maken van hulpverleners die niet op de hoogte zijn van de traumatische herinneringen en die niet gewend zijn te denken aan een mogelijke reactivering van dergelijke herinneringen.

Dit artikel heeft tot doel de lezer vertrouwd te maken met het verschijnsel van de gereactiveerde traumatische herinneringen en andere dissociatieve reacties. Aansluitend bij publikaties van Albach (1991) en Van der Hart & Op den Velde (1991a), wil het een bijdrage leveren aan een betere herkenning van deze verschijnselen in de klinische praktijk en aan een doeltreffende manier om ermee om te gaan. We gaan er daarbij van uit dat de lezer vertrouwd is met een aantal basisbegrippen zoals 'psychotrauma' en 'dissociatie' en op de hoogte is van de multiële persoonlijkheidsstoornis. Voor een uitvoerige verhandeling over deze onderwerpen verwijzen we naar Putnam (1989) en Van der Hart (1991).

De hier gepresenteerde casuïstiek is grotendeels afkomstig uit onze ambulante behandelingen van patiënten met MPS. Wij menen dat deze voorbeelden alsmede de beschreven verschijnselen en therapeutische technieken ook in meerdere of mindere mate van belang kunnen zijn voor de behandeling van patiënten met andere vormen van posttraumatische stress. Mensen die aan MPS lijden zijn in hun vroege jeugd herhaaldelijk en langdurig getraumatiseerd, vaak in uiteenlopende situaties. De ruime meerderheid van hen is slachtoffer geweest van zowel seksueel als fysiek geweld. Terr (1991) noemt een dergelijke chronische traumatisering het 'type–2–trauma'. Mensen met dit type trauma lopen een veel grotere kans met situaties geconfronteerd te worden die traumatische herinneringen en eventueel andere dissociatieve reacties oproepen

dan mensen die eenmalig getraumatiseerd zijn (en die in de termen van Terr, aan 'type-1-trauma' lijden).

De vraag doet zich meteen voor of een stoornis als MPS wel een uitvoerig artikel als het onderhavige rechtvaardigt. Gaat het niet om een uiterst zeldzaam verschijnsel in de psychiatrie, waarvoor louter op modieuze gronden belangstelling is ontstaan? Niet alleen de indruk van een groeiend aantal therapeuten maar vooral ook klinisch onderzoek wijst op het tegendeel. Graves (1989) vond onder 125 patiënten van de afdeling psychiatrie van een 'Community Mental Health Center' opvallende dissociatieve symptomatic bij 27 patiënten. Acht van hen leden aan een dissociatieve stoornis NAO (DSNAO) en drie (ongeveer 2%) aan MPS. Bij psychiatrisch opgenomen patiënten is meer onderzoek gedaan. Putname et al. (1984) diagnostiseerden MPS bij drie van 225 patiënten. In een overigens sterk bekritiseerde studie constateerden Bliss & Jensen (1985) MPS bij 16% van 50 patiënten. Ross (1987) diagnostiseerde MPS bij 4,4% van 68 patiënten; Saxe et al. (1990) bij twee (3,3%), en DSNAO bij tien, van 60 patiënten. Ross et al. (1991) ten slotte stelden MPS vast bij 16 patiënten (5,4%) van een groep van 299. Om verschillende redenen concludeerden deze onderzoekers dat er van uit kan worden gegaan dat ten minste 5% van de psychiatrisch opgenomen patiënten aan MPS lijdt. Dat deze diagnose in de regel over het hoofd wordt gezien, heeft vooral te maken met het feit dat de meeste klinici niet gewend zijn om bij diagnostisch onderzoek stelselmatig naar de typische symptoomclusters van MPS te informeren (vgl. Boon & Draijer, 1991; Boon & Van der Hart, 1991a; Loewenstein, 1991).

Het stellen van de diagnose MPS houdt overigens niet in dat direct met een daarbij aansluitende intensieve behandeling moet worden gestart; wellicht is een dergelijke aanpak zelfs gecontraïndiceerd (vgl. Boon & Van der Hart, 1991b). Evenmin moeten manifestaties van traumatische herinneringen bij patiënten met MPS meteen worden aangegrepen om over vroeger trauma te gaan spreken. Terughoudendheid in dit opzicht getuigt vaak van de meeste wijsheid.

Gereactiveerde dissociatieve verschijnselen

Traumatische herinneringen zijn die gedissocieerde, emotioneel beladen ervaringstoestanden, die bij patiënten met PTSS worden gereactiveerd. Bij sommige mensen kan het reactiveren van dergelijke herinneringen snel andere dissociatieve verschijnselen oproepen. Een aantal hiervan is recent onder de noemer 'kortdurende reactieve dissociatieve stoornis' in kaart gebracht (DSM-IV, in voorbereiding; vgl. Van der Hart & Op den Velde, 1991b). Bij patiënten met MPS kan zich als reactie op een herbeleving ook het 'switchen' voordoen van de ene alter naar de andere. Hieronder bespreken wij de onderscheiden dissociatieve reacties.

1 Traumatische herinneringen

Als mensen een traumatische ervaring opdoen, staan zij voor de opgave deze gebeurtenis te integreren, een plaats te geven in hun levensgeschiedenis (Janet, 1919). Zolang dit niet gebeurd is, blijft de traumatische herinnering op een zintuiglijk-motorisch niveau bestaan. Het is dus geen herinnering in de gebruikelijke zin van het woord, maar bij reactivering een emotioneel beladen ervaringstoestand, in de vorm van angstaanjagende

beelden die op alle zintuiglijke dimensies betrekking hebben, tezamen met bijbehorende gedachten, emotionele en gedragsmatige reacties (Brett & Ostroff, 1985; Janet, 1904, 1919, 1928).

De produktie van een herinnering aan traumatische ervaringen wordt gekenmerkt door het principe *restitutio ad integrum* (Janet, 1928): als één element wordt gereactiveerd treedt ook de rest in werking. De reactivering van dit ene element geschiedt niet willekeurig, maar vindt plaats wanneer de patiënt zich in speciale omstandigheden bevindt waarin een bepaald aspect wordt waargenomen als een aspect van de oorspronkelijke traumatische situatie (Janet, 1928). Er is hierbij sprake van gezichtsbedrog, aldus Janet. Hij noemt het voorbeeld van zijn patiënte Irene, die steeds als ze zich voor een bed bevond het sterfbed van haar moeder zag en de dramatische scène van moeders dood meemaakte. De traumatische herinnering is niet nuttig en wordt steeds op dezelfde, rigide manier herhaald (Janet, 1928).

Wat ook de vorm van de traumatische herbeleving is, zij houdt steeds in dat patiënten een korte tijd – variërend van een minuut tot enkele uren – reageren alsof zij zich opnieuw in de oorspronkelijke traumatische situatie bevinden. Wanneer zij vervolgens over het trauma vertellen is het nog steeds niet als iets dat hun persoonlijk is overkomen, maar krijgt het verhaal opnieuw het karakter van een herbeleving. Slagen zij er wel in het verhaal 'objectief' te vertellen, dan is het alsof het iemand anders betreft (Van der Hart et al., 1991). Op zo'n moment is het belevingsaspect van de herinnering gedissocieerd van het feitelijk aspect.

We onderscheiden twee categorieën van gereactiveerde traumatische herinneringen, namelijk partiële herbelevingen en volledige herbelevingen.

(a) *Partiële herbelevingen*. Het meest bekende voorbeeld van een partiële herbeleving is de *flashback*. Tijdens een flashback wordt een trauma opnieuw beleefd; tegelijkertijd is de patiënt zich in enige mate bewust van zijn huidige omgeving en situatie. Bovendien herinnert hij zich doorgaans na afloop de inhoud van de flashback. Vaak overheersen visuele beelden van het trauma. In de loop der tijd leren velen hun flashbacks beter te herkennen en te plaatsen. De eerste flashback kan echter een crisis teweegbrengen (vgl. Albach, 1991). Er bestaan ook andere vormen van partiële herbeleving, waarbij men zich er niet of veel minder van bewust is om welke gebeurtenis het gaat. Men beleeft slechts één bepaalde zintuiglijke dimensie van het trauma opnieuw, ontkoppeld of gedissocieerd van de andere. Zoals Janet (1898) uitvoerig beschreven heeft, kan het gaan om het louter horen van bepaalde geluiden (gillen, een stem die 'houd je mond' zegt), het gewaar worden van bepaalde lichamelijke sensaties, zoals pijn, of emoties als angst of woede, zonder dat men deze merkwaardige belevissen kan plaatsen.

In het volgende voorbeeld wordt zo'n partiële herbeleving beschreven.

Een veertigjarige man had enige ervaring als spreker voor groepen van wisselende grootte. Vooraf was hij wel eens zenuwachtig maar doorgaans verdween dat gevoel spoedig tijdens zijn optreden. Op een gegeven moment zou hij een lezing geven voor een groot gezelschap. Voor het eerst moest hij daarbij achter een kathedraal staan en in een vaste microfoon spreken. Tijdens het spreken werd hij steeds angstiger. Hij kon nauwelijks de neiging bedwingen om weg te rennen. Hij kreeg een droge mond en kon nauwelijks meer uit zijn woorden komen.

Wanneer hij de zaal in keek, leken de toehoorders hem alleen maar afkeurend aan te kijken, waardoor hij zich nog beroerder begon te voelen. Met veel moeite wist hij zijn lezing tot een einde te brengen. Toen hij later nog eens een lezing achter een kathedor gaf, deed hij dezelfde ervaring op. Zat hij tijdens zijn betoog achter een tafel of liep hij rond, dan had hij nergens last van.

Hypnotische exploratie van dit verschijnsel leverde de volgende informatie op: het kathedor, de microfoon waarin hij moest praten en de toehoorders die naar hem keken, hadden op een onderbewust niveau de herinnering opgeroepen aan een gebeurtenis in een operatiekamer. Op zijn vierde waren zijn neusamandelen zonder voorbereiding en zonder verdoving geknipt. Deze ervaring was er debet aan dat hij in moeilijkheden raakte op zijn vijfde toen zijn keelamandelen moesten worden gepeld. Toen men hem op de operatiestoel wilde vastbinden, raakte hij in paniek en begon hij zich tot het uiterste te verzetten. Hij werd ten slotte door een haastig toegesnelde overmacht overmand en vastgebonden. Daarna kwam de narcotiseur met een narcosekapje dreigend (althans zo beleefde hij dat) op hem af. Achter en om de narcotiseur heen stonden de verpleegkundigen en artsen die hem van achter hun maskers afkeurend aankeken.

Het was deze scène die de spreker, zonder dat hij zich dat bewust was, achter zijn kathedor opnieuw beleefde. Daarbij symboliseerde de microfoon het narcosekapje en het publiek de toekijkende artsen en verpleegkundigen.

Ook als de persoon de visuele beelden van het trauma gewaar wordt in de vorm van een flashback, betekent dat nog niet altijd dat de betekenis van die beelden voor hem of haar duidelijk is. Met name wanneer er sprake is van amnesie voor de oorspronkelijke traumata, iets wat bij patiënten met MPS in de regel ten minste voor een deel van de alterpersoonlijkheden het geval is, kunnen de beelden of flitsen die iemand ziet onbegrijpelijk of totaal niet te plaatsen zijn. Tal van incestslachtoffers beschrijven bijvoorbeeld beelden die zij van dit misbruik hebben gezien. Omdat deze beelden zo op zichzelf staan – zo zonder gevoel, lichamelijke gewaarwordingen en een besef van de context – zijn zij aanvankelijk vaak geneigd te denken dat ze over een te levendige fantasie beschikken. In het verleden dachten vele therapeuten er helaas ook zo over, in navolging van Freuds merkwaardige volte-face jegens zijn verleidingstheorie.

(b) *Vrijwel volledige herbelevingen of 'aanvallen'*. Deze gaan in de regel gepaard met de bijbehorende lichaamsbewegingen; vandaar de Engelse benaming *behavioral re-enactment*. Men is als het ware 'terug in de tijd' en heeft na afloop amnesie voor het beleefde (Jaffe, 1968, Janet, 1889, 1907). Men kan het contact met de huidige omgeving helemaal kwijt zijn. Het is ook mogelijk dat personen of objecten die deel uitmaken van de huidige situatie opgenomen worden in de herbeleving. Een dramatisch voorbeeld hiervan biedt een 52-jarige MPS-patiënte, die tijdens een hypnosezitting beschreef wat zij voor zich zag.

Zij zag hoe ze als zeventienjarig meisje met een mes een jongen stak die haar probeerde te verkrachten. Terwijl zij deze beelden beschreef ging de telefoon. De therapeut nam op en reageerde heel kort. Toen hij zich omdraaide en weer plaats wilde nemen in zijn stoel, staarde de patiënte hem met angstaanjagende ogen aan. Ze stond op en kwam langzaam en bedreigend op hem af. De therapeut was voor haar die jongen geworden, en hem ging ze aanvallen. De therapeut zag maar één oplossing. Hij bood zijn verontschuldiging voor het gebeurde aan, zei dat hij beter even weg kon gaan, en verliet de kamer. Toen hij na twee minuten terugkwam,

stond de patiënte bij zijn bureau. Ze schreef een briefje waarop stond dat ze een uur op hem had gewacht en besloten had weer naar huis te gaan.

2 Kortdurende reactieve dissociatieve stoornis

Het herbeleven van een trauma is, in meerdere of mindere mate, zelf ook een traumatische ervaring. Net als bij een acuut trauma bijvoorbeeld, kan daarop met dissociatieve symptomen gereageerd worden. Depersonalisatie komt bijvoorbeeld vaak voor tijdens of direct na verkeersongevallen (Noyes et al., 1977), maar ook tijdens of na een traumatische herbeleving. De dissociatieve reactie op een actuele schokkende gebeurtenis is soms zo sterk dat aan een ernstige psychiatrische stoornis gedacht wordt. Er is in dit verband voorgesteld om in de DMS-IV de *kortdurende reactieve dissociatieve stoornis* op te nemen (vgl. Van der Hart & Op den Velde, 1991b). Om aan de criteria voor deze stoornis te voldoen, met men tijdens of direct na de schokkende gebeurtenis één of meer van de volgende symptomen vertonen: (1) stupor; (2) derealisatie; (3) depersonalisatie; (4) een subjectief gevoel van vervlakking, de afwezigheid van emotionele responsiviteit of een gemis van emotioneel contact met anderen; (5) amnesie.

Wil van een dergelijke stoornis gesproken kunnen worden, dan moet zij volgens het voorstel voor de DSM-IV een reactie zijn op een gebeurtenis die voor bijna iedereen beangstigend zou zijn. [Zie voor een kritiek hierop Van der Hart & Op den Velde, 1991b.] Het enige onderscheid met iemand die zo op een traumatische herbeleving reageert is het feit dat de gebeurtenis zich in het beleven van de patiënt afspeelt. Dat dissociatieve symptomen in reactie op een dergelijke ervaring optreden, zullen veel patiënten niet direct aan hun hulpverlener kunnen vertellen. Therapeuten doen er goed aan om aan deze mogelijkheid te denken en zo mogelijk na te gaan door welke factoren de traumatische herinnering is gereactiveerd. Het is hierbij de kunst de juiste vragen te stellen.

3 'Switchen' naar alters

Bij patiënten met MPS is de herbeleving van een trauma doorgaans een ervaring van één of meer alterpersoonlijkheden – niet van allemaal. In reactie op die herbeleving kan de patiënt 'switchen' naar een alterpersoonlijkheid die wel weet heeft van het trauma, maar het zelf niet heeft ondergaan. Zo'n alter kan bijvoorbeeld met heftige woede reageren, alsof het trauma zojuist heeft plaatsgevonden. Er kan ook een alter naar voren geschoven worden die helemaal niet op de hoogte is of die eventueel amnesie voor het trauma en de herbeleving heeft (vgl. Boon & Van der Hart, 1991a).

Mevrouw Y, een patiënte met MPS, vertelde haar therapeute over een vervelend voorval. Zij was erg bang voor brandnetels, overigens zonder te weten waarom. Daarom was een vriendin haar komen helpen bij het weghalen van de brandnetels uit de tuin. Op een gegeven moment vroeg de vriendin haar een vuilniszak open te houden, waar die vriendin de verzamelde brandnetels in zou doen. Er moet zich toen bij mevrouw Y een black-out hebben voorgedaan. Het volgende wat ze zich herinnerde was dat ze alleen thuis was. Zij belde haar vriendin op

om te weten te komen wat er gebeurd was. Die reageerde woedend. Nooit zou ze meer bij mevrouw Y over de vloer komen!

In de zitting was een behulpzame alter in staat de therapeute te vertellen wat er had plaatsgevonden. Toen mevrouw Y de zak wilde vasthouden, kwam een panische kind-alter naar voren die traumatische herinneringen aan brandnetels had: haar vader had haar vele malen naakt in de brandnetels gegooid. Dit kind was het contact met het heden kwijt en nam de vriendin waar als haar vader. In reactie op de paniek van deze kind-alter nam een oudere alter het over, die met veel verbaal geweld de enorm geschrokken vriendin de deur uitzette. Vervolgens raakte weer een andere alter overstuurd, omdat ze haar vriendin nu dreigde kwijt te raken. Ten slotte was mevrouw Y zelf weer aanwezig.

(Uiteraard heeft de therapeute later met mevrouw Y besproken hoe ze het contact met haar vriendin weer zou kunnen herstellen en welke uitleg ze daarbij zou kunnen geven.)

4 Snel en herhaaldelijk wisselen van alters

Het kan bij MPS-patiënten voorkomen dat in reactie op een herbeleving in hoog tempo de ene alter voor de andere plaats maakt. Vaak blijken al deze elkaar opvolgende alters geagiteerd te zijn. Vooral kind-alters reageren heftig. Als er één angstig wordt, slaat de angst gauw over op de anderen. Het lijkt erop dat het wisselen als defensieve reactie op de traumatische herbeleving niet goed werkt. Dissociëren heeft immers als voornaamste functie te voorkomen dat men overweldigd wordt door een traumatische gebeurtenis of herbeleving. Dat blijkt soms niet te lukken. Ook al heeft niet iedere volgende alter weet van de betreffende (her)beleving, de bijbehorende emoties lijken wel degelijk doorgegeven te worden.

Factoren die tot reactivering leiden

Wanneer klinici in staat willen zijn om verschijnselen van posttraumatische stress te herkennen, dan moeten zij op de hoogte zijn van het feit dat bepaalde aspecten van de huidige situatie dissociatieve reacties kunnen oproepen. De stimuli die als zodanig fungeren worden in de Amerikaanse literatuur *triggers* genoemd (vgl. Van der Hart & Op den Velde, 1991a) – een begrip dat we met de termen ‘reactiverende factoren’ en ‘reactiverende stimuli’ zo goed mogelijk vertaald menen te hebben. We kunnen een reactiverende factor definiëren als: een voldoende krachtige stimulus om gedissocieerde traumatische herinneringen te reactiveren.

Deze stimuli kunnen van zeer uiteenlopende aard zijn. Het kan om visuele stimuli (zie Janets ‘gezichtsbedrog’), auditieve of kinesthetische stimuli gaan, of om stimuli die op een andere zintuiglijke dimensie betrekking hebben (reuk, smaak). Ze zijn soms zeer subtiel; de hoogte van de stem, een kleur, een gebaar, een bepaald gedrag of gevoel, een lichamelijke gewaarwording en een bepaalde gedachte kunnen alle een dissociatieve reactie teweegbrengen.

We presenteren hier een indeling waarvan de categorieën elkaar niet volledig uitsluiten, maar die wel handig is voor de klinische praktijk:

1 Aan de tijd gerelateerde stimuli

De zogenaamde *verjaardagsreactie* is waarschijnlijk de meest bekende reacterende factor. Reeds in 1814 rapporteerden Bakker et al. hierover in een verslag van de behandeling van pathologische rouw (vgl. Vijselaar & Van der Hart, 1992). Het is bekend dat vele mensen een kortdurende, intense rouwreactie hebben op of rond de sterfdatum van een voor hen belangrijk persoon (Musaph, 1973; Pollock, 1970). Iets vergelijkbaars kan optreden bij de 'verjaardag' van een schokkende gebeurtenis als een verkrachting of een roofoverval.

Aan de tijd gerelateerde stimuli kunnen veel vaker optreden. Bij sommige mensen gebeurt dit wekelijks en bij sommige incestslachtoffers ook wel dagelijks, bijvoorbeeld voor het naar bed gaan.

Léonie (wier voorbeeld verderop in dit artikel uitvoeriger aan bod komt), een 25-jarige vrouw met incestervaringen, werd elke maandag in paniek wakker; ze bleef zich de hele dag beroerd voelen. De maandag eindigde steevast met de consumptie van slaappillen en flink wat alcohol. Het werd in haar behandeling nader onderzocht. Duidelijk werd dat de maandag vroeger altijd het begin was van een nieuwe cyclus van misbruik door haar vader. Op werkdagen stond hij als eerste op. Hij ging dan naar de slaapkamer van zijn dochter, waar hij haar seksueel misbruikte.

Verjaardagsreacties komen bijzonder veel voor bij slachtoffers van georganiseerd seksueel geweld binnen satanische sekten (vgl. Van der Hart & Boon, 1991a). Dit geweld vindt doorgaans plaats tijdens rituelen die gekoppeld zijn aan bepaalde data en tijden (zoals volle maan).

2 Gebeurtenissen in het dagelijkse leven

In het dagelijks leven kan bijna alles als een stimulus fungeren. We geven enkele voorbeelden.

Een man die tijdens een verkeersongeval ernstig gewond was geraakt en deze schokkende gebeurtenis als een psychisch trauma had ervaren, raakte jaren later overstuur bij het horen van de sirene van een ambulance. Hij zag dan plotseling de beelden van het ongeluk (flash-back) en raakte in paniek.

Een vrouw die ongeveer een jaar geleden onder bedreiging met een mes verkracht was, sneed uien in de keuken. Ze raakte geobsedeerd met de heen en weer gaande beweging van het mes. Het beeld van de verkrachter die dreigende bewegingen met een ongeveer gelijk uitziend mes had gemaakt overviel haar. Ze kreeg het meteen benauwd en vluchtte de keuken uit (Van der Hart et al., 1991).

Tal van seksueel misbruikte vrouwen lijdten onder het feit dat ze tijdens het vrijen opeens het gezicht van de dader voor zich zien.

3 Gebeurtenissen tijdens de zitting

Een therapiezitting biedt in principe vele reacterende stimuli. Kenmerken van de therapiekamer kunnen overeenkomen met een aspect van de oorspronkelijke traumatische situatie: schilderijen, kussens, een divan, de kamerindeling, het rinkelen van de telefoon, een bepaalde lichtval. Kenmerken van de therapeut kunnen evenzeer reactering in de hand werken. Vaak gaat het om uiterlijke kenmerken, zoals de kleur van ogen, van het haar of van de huid, om de lichaamsbouw of de kleding. Later in dit artikel wordt het voorbeeld van Léonie gegeven bij wie de ogen van de therapeut vroegere ervaringen losmaakten.

De therapeut van Madeleine, een 32-jarige vrouw met MPS, introduceerde in het begin van de behandeling en vlak voor zijn vakantie een collega met een donkere huidskleur als waarnemster. Madeleine's eerste gedachte was: 'Die moet ik niet, het klikt niet.' In de eerstvolgende zitting stelde de waarnemende collega, die wel gezien had dat Madeleine afwendend op haar had gereageerd, dit punt aan de orde. Bij exploratie bleek dat een kind-alter angstig was geworden door de confrontatie met de huidskleur van de therapeute: haar vader had zich in het verleden nogal eens vergrepen, ook in het bijzijn van Madeleine, aan kinderen met een donkere huid.

Bepaalde overigens goedbedoelde of op zichzelf betekenisloze gedragingen van de therapeut kunnen een dergelijke rol vervullen.

Een interventie van de therapeut die regelmatig tot het reacteren van traumatische herinneringen leidt is het geven van huiswerk, bijvoorbeeld een schrijfofdracht. Bij de opdracht om over het verleden te schrijven ligt dit bij getraumatiseerde patiënten voor de hand. Dat er van zo'n traumatisering sprake is, is natuurlijk niet altijd meteen duidelijk. Van der Hart & Boon (1991b) geven aan wanneer de therapeut hierop bedacht zou moeten zijn. In veel gevallen gaat het om opdrachten die toevallig een overeenkomst met een vroegere traumatische situatie hebben.

Een patiënte, als kind slachtoffer van seksueel geweld, kreeg voor het eerst een schrijfofdracht, die overigens niet op het verleden was gericht. Toen ze daarmee begon werd ze angstig. Exploratie bracht de volgende herbeleving aan het licht: als kind had ze over het misbruik, waarover ze van de dader moest zwijgen, briefjes geschreven. De dader had die briefjes gevonden, hij had haar uitgescholden, een leugenaar genoemd en ten slotte mishandeld.

4 De eigen gemoedstoestand van de patiënt

Tal van reacterende stimuli zijn onvoldoende bestudeerd. Dit geldt speciaal voor de emotionele toestand waarin de patiënt zich bevindt. Als deze toestand enigermate overeenkomt met diens toestand tijdens een schokkende gebeurtenis, kan de traumatische herinnering gereactiveerd worden.

Agnes voelde zich tijdens de vakantie van haar therapeut zeer verlaten. Dit gevoel van verlatenheid – reeds heel lang bij een bepaalde alter behorend – reactiveerde een reeks

belevingen en activiteiten, die ze als volgt omschreef: 'Ik ga mij dan niets waard voelen. Dan ontstaat de behoefte om een man op te pikken. Daarna voel ik mij nog minder waard maar dat is ook mijn straf, want ik stel toch niets voor.' Bij nader inzien bleek dit patroon zich steeds voor te doen wanneer Agnes zich in de steek gelaten voelde.

Zoals in dit voorbeeld het geval was, kan de uitlokkende factor een specifieke emotie (zoals angst, woede of een gevoel van verlatenheid) zijn, maar dit geldt ook voor de algemene staat van *hyperarousal* waarin de patiënt zich kan bevinden (vgl. Rainey et al., 1987; Van der Kolk, 1987; Van der Kolk & Ducey, 1989). We hebben de indruk dat bij sommige patiënten zelfs een intense positieve ervaring traumatische herinneringen kan reactiveren. Daarbij is dus de positieve emotie niet de uitlokkende factor, maar de arousal waarmee deze emotie gepaard gaat.

Bij Marianne (34 jaar) was vreugde een specifieke stimulus. Toen ze met de voorbereidingen van de kerstdagen bezig was, sloeg haar vreugde plotseling om in onbestemde angst en paniek. In therapie werd duidelijk dat ze op haar elfde door haar vader was verkracht. Haar angst en paniek tijdens de voorbereiding van kerst had uiteraard ook kenmerken van een verjaardagsreactie. Er bleek een alter te bestaan die naar aanleiding van die verkrachting als taak op zich genomen had om steeds als Marianne onbezorgd plezier had, angst en paniek te zaaien: zo zou Marianne zich niet weer laten overrompelen.

5 Specifieke fysiologische toestanden

Deze categorie overlapt uiteraard met de vorige. Hyperarousal is bijvoorbeeld een psychofysiologische toestand. Onderzoek geeft aan dat het chemisch stimuleren van autonome arousal zonder dat er specifieke emoties in het spel zijn, traumatische herinneringen kan reactiveren (Rainey et al., 1987).

Daarnaast bestaan er uiteenlopende lichamelijke gewaarwordingen die als reactiverende factor kunnen fungeren. Steeds gaat het om een toestand van het organisme die overeenkomt met de toestand tijdens het oorspronkelijke trauma. Als de patiënt tijdens seksueel misbruik door de dader met medicijnen verdoofd werd, kan later een verdoofd gevoel de traumatische herinneringen hieraan reactiveren. Pierre Janet laat in zijn bekende voorbeeld van Marie zien hoe het begin van de menstruatie een maandelijks terugkerende stimulus kan vormen (Janet, 1989; vgl. Van der Hart, 1987). Het illustreert trouwens ook de herbeleving van een trauma in de vorm van een volledig dissociatieve episode of aanval met amnesie.

Marie was een twintigjarig meisje dat onder meer leed aan toevallen en stuip trekkingen, die steeds optraden nadat haar menstruatie was begonnen. Marie kon zich niets van deze aanvallen herinneren, behalve dat ze dan verschrikkelijk moest rillen. Janet liet haar zich in diepe hypnose het voorval dat aan de aanvallen ten grondslag lag bewust worden. Dit bleek haar eerste menstruatie te zijn, een gebeurtenis waar ze in het geheel niet op voorbereid was en waarvoor ze zich vreselijk schaamde. Om aan het vloeien een einde te maken, was ze in een grote bak koud water gesprongen. Haar menstruatie stopte, ze kreeg het erg koud en werd ziek. Vijf jaar menstrueerde ze niet meer. Toen ze vervolgens weer regelmatig menstrueerde, ging dit steeds met een herbeleving van de oorspronkelijke gebeurtenis gepaard.

Bij dit voorbeeld veronderstellen we dat de fysiologische veranderingen die zich bij het naderen en beginnen van de menstruatie voordeden (mede) als reacterende factoren hebben gefungeerd. Janet observeerde immers de volgende gedragsveranderingen in de periode die direct aan de menstruatie vooraf ging: 'Ze werd somber en gewelddadig, wat niet haar gewoonte was; ze leed pijn, had zenuwtrekkingen en beefde over haar hele lichaam. Op de eerste dag ging alles bijna normaal, maar zo'n twintig uur na het begin stopte de menstruatie plotseling en haar gehele lichaam begon enorm te beven. Een scherpe pijn trok dan langzaam omhoog van haar buik naar de keel, waarop een enorme hysterische crisis volgde.'

Volledigheidshalve moeten we hieraan toevoegen dat ook andere aspecten van een lichamelijk proces als de menstruatie als stimulus kunnen fungeren. Bij één van onze patiënten, een vrouw die herhaaldelijk gewelddadig was verkracht, roept het zien van de bloeding beelden van deze verkrachtingen en van haar mishandeld lichaam op.

6 Stimuli die herinneringen aan intimidaties oproepen

Een belangrijke categorie reacterende factoren zijn gerelateerd aan intimidaties. Daders van seksueel en ander geweld intimideren hun slachtoffers om te voorkomen dat deze spreken over wat hun is aangedaan. Een slachtoffer kan door de traumatische ervaring (of alleen al door de dreiging waaronder een dergelijke boodschap gegeven wordt) in een soort onvrijwillige hypnotische toestand terechtkomen. De opdracht tot zwijgen werkt hierdoor als een posthypnotische suggestie. Wanneer het slachtoffer later over het geweld of misbruik wil praten of hiertoe door een therapeut wordt uitgenodigd, kan de oorspronkelijke ervaring gereactiveerd worden met alle reacties van dien. Als de patiënt vervolgens toch niet wil praten, bestaat het risico dat de therapeut meent dat er van weerstand sprake is.

Een voorbeeld van zo'n intimidatie is de dader die het slachtoffer voor of na verkrachting een mes op de keel zet en zegt dat als ze erover praat, hij haar altijd zal weten te vinden en van kant zal maken.

Mogelijk mede door het feit dat een dergelijke bedreiging als posthypnotische suggestie werkt, is het slachtoffer zelfs na jaren niet of nauwelijks in staat om de onzin in te zien van de boodschap. 'Als je erover praat, zal ik je altijd weten te vinden.' Is ze daartoe wel in staat, dan kan het gevoel van bedreiging toch zo sterk zijn dat dit het rationele inzicht blijft overheersen.

Variaties van intimidaties die daders bij seksueel misbruikte kinderen toepassen zijn: 'Als je erover praat, maak ik je broertje en je zusje dood (...) wordt je moeder ziek en moet jij het huis uit, maar niemand wil je hebben (...) gaat je moeder dood (...) maak ik mijzelf dood.' (Zie ook Frenken & Van Stolk, 1990.) Een voorbeeld van nog geraffineerder boodschappen, vaak gegeven door groepen die zich aan georganiseerd seksueel misbruik te buiten gaan, luidt: 'Als je de neiging voelt opkomen om erover te praten, maak je jezelf dood door ... [waarna een specifieke instructie volgt].' Zo wordt het kind op extreme wijze duidelijk gemaakt dat het beter aan deze suïcide de voorkeur kan geven dan aan wat het anders te wachten staat. In onze praktijk worden we regelmatig geconfronteerd met dergelijke extreme vormen van intimidatie.

7 Actuele trauma's

Zoals reeds door Janet (1903), en tijdens de Eerste Wereldoorlog bij getraumatiseerde militairen door Smith (1916) was geobserveerd, kunnen schokkende gebeurtenissen zelf ook vroegere trauma's reactiveren. De traumatische reactie heeft dan betrekking op zowel de huidige schokkende gebeurtenis als op het vroegere trauma. Het resultaat is een hoogst verwarrende traumatische ervaring, door Janet (1903) de *dubbele emotie* genoemd (vgl. Van der Hart & Op den Velde, 1991a).

Marcelle (26) raakte tijdens een ongeval gewond aan haar achterhoofd. Toen ze het bloed op de grond zag druppelen, raakte ze in paniek. Kort daarna raakte ze bewusteloos. Bijgestaan door haar echtgenoot, werd ze per ambulance naar de eerste-hulpafdeling van een ziekenhuis gebracht. Tijdens de behandeling die ze daar kreeg was ze wel bij bewustzijn, maar ze leek haar echtgenoot af en toe niet te herkennen. Ook wist ze niet de juiste antwoorden op vragen naar haar naam, adres en woonplaats. De dienstdoende neuroloog constateerde een commotio c.q. contusio, en ze werd op de afdeling neurologie van het ziekenhuis opgenomen. De volgende dagen ontwikkelde ze amnesie voor haar gehele leven vóór de behandeling. Niemand uit haar vertrouwde omgeving herkende ze. Uitvoerig neurologisch onderzoek bracht geen somatische basis voor deze totale amnesie aan het licht. Aangezien deze onverminderd aanhield, werd de diagnose Transient Global Amnesia uitgesloten.

Marcelle zocht een aantal maanden later psychotherapeutische hulp voor haar amnesie. Tijdens exploratie in hypnose werd duidelijk waardoor de amnesie teweeg was gebracht. Zowel het ongeval zelf, met de pijn die ze voelde en het bloed dat ze zag, als de eerste hulp in het ziekenhuis hadden de traumatische beelden en emoties van een gewelddadige groepsverkrachting opgeroepen. Over dit trauma, ondergaan toen ze vijftien jaar was, had ze nooit gesproken. Vooral de situatie in de eerste-hulpkamer had de herbeleving geprovoceerd: opnieuw werd ze vastgehouden aan armen en benen, werden haar kleren uitgetrokken, leed ze pijn en zag ze overal bloed. De 'dubbele emotie' was zo overweldigend dat ze ter plekke dissocieerde ('ik wil er niet meer zijn'), daarmee een blanco persoonlijkheid die alles opnieuw moest leren achterlatend.

De aanpak van gereactiveerde traumatische herinneringen

Het wezen van een psychisch trauma is paniek bij extreme machteloosheid en een volledig gebrek aan zelfcontrole (vgl. Kleber et al., 1991). Het doel van de behandeling is de patiënt te helpen de paniek te verminderen en het gevoel van competentie te vergroten. Dit is ook het geval bij de behandeling van gereactiveerde traumatische herinneringen en verwante dissociatieve verschijnselen.

De volgende procedures en technieken worden onderscheiden: (1) het identificeren van de reactiverende stimulus en deze eventueel in verband brengen met het oorspronkelijke trauma; (2) de reactiverende factor verwijderen; (3) het neutraliseren van de reactiverende stimulus; (4) het beklemtonen van het veilige heden; (5) het suggereren van amnesie of meer mentale afstand ten opzichte van de traumatische herinnering; (6) het aanleren van een teken om de patiënt te helpen terug te keren naar het hier en nu; (7) het aanbieden van veilige manieren van communiceren over het trauma; (8) het afschermen van alters; (9) het introduceren van een co-therapeut of waarnemer; (10) medicatie en opname als crisisinterventie; (11) het assimileren en

integreren van traumatische herinneringen. Zoals bij diverse voorbeelden zal blijken, worden in de praktijk doorgaans diverse technieken en procedures met elkaar gecombineerd.

De laatstgenoemde benadering – gericht op de verwerking van traumatische herinneringen – is van een andere orde dan alle andere procedures en technieken. Hier gaat het als regel om een goed voorbereide procedure. De andere technieken en procedures worden juist gebruikt omdat een traumatische herinnering nog niet of onvoldoende geassimileerd en geïntegreerd is.

1 Identificeren van de reacterende stimulus en deze eventueel in verband brengen met het oorspronkelijke trauma

Het uitgangspunt hierbij is dat het gedrag van de patiënt in eerste instantie een abnormale reactie is op een normale stimulus. Zoals vermeld kan de patiënt rapporteren dat dit gedrag zich buiten de zitting voerde; het kan zich ook tijdens de zitting voordoen. Om vast te stellen of het eerste het geval is, stelt de therapeut enkele gerichte vragen, waardoor duidelijk wordt of het om een reactie op een bepaalde gebeurtenis gaat of om een aan een bepaalde tijd gerelateerde reactie (zoals de zogenaamde verjaardagsreactie).

De therapeut kan een indruk krijgen van de reacterende stimuli tijdens de zitting door te letten op plotselinge, onverklaarbaar lijkende stemmingswisselingen bij de patiënt. Als die zich voordoen, is het in de regel verstandig hun oorsprong te achterhalen. Gebeurt dit niet dan is er waarschijnlijk een belangrijke gelegenheid gemist om iets voor de patiënt te doen.

David, een 34-jarige man, was in behandeling voor moeilijkheden op zijn werk, waaronder moeilijkheden met autoriteiten. Op zeker moment sprak hij rustig en geconcentreerd – het onderwerp was niet bedreigend voor hem – over een bepaalde moeilijke situatie op zijn werk. Hij had vijf constructieve manieren geleerd om met die situatie om te gaan. Om hem te helpen zich die manieren nog meer eigen te maken, vroeg de therapeute hem ze nog eens onder de loep te nemen. Ter ondersteuning telde ze met haar vingers mee: 'Precies, eerst kan je dit doen, dan dat, en ...' Bij het tweede punt leek David er niet meer helemaal bij te zijn; zijn ogen hadden een starende uitdrukking gekregen. De therapeute noemde zijn naam en vroeg hem waar hij was. Hij antwoorde niet. 'Waardoor gebeurde het?' 'Ik weet het niet.' De therapeute herhaalde haar gebaar en vroeg: 'Wie deed dit vroeger? Wat betekent dit voor je?' Davids ogen gingen breed open. Verrast zei hij: 'Mijn vader deed dat vroeger. Hij stond dan voor me met zijn handen voor mijn gezicht en noemde alle dingen die ik gedaan had voor hij me een pak slaag gaf. Ik heb me dat nooit gerealiseerd. Hij deed hetzelfde met z'n handen.'

Hoewel het niet zeker is of de herinnering aan het pak slaag door vader wel een traumatische herinnering is, illustreert dit voorbeeld hoe de uitlokkende stimulus geïdentificeerd werd. Het voorbeeld betreft een situatie waarin de therapeute meende dat het de patiënt geen schade zou doen als over de oorspronkelijke gebeurtenis gesproken zou worden. *Over het algemeen moet de therapeut van een patiënt met MPS zich ervoor hoeden om het gesprek direct op het onderwerp van het oorspronkelijke trauma te brengen.* Dat kan te veel oproepen en de kans is groot dat dan een crisis wordt

uitgelokt die de therapeut nu juist had willen voorkomen. (Zie ook de bespreking hieronder van de techniek van het aanbieden van veilige manieren van communiceren over het trauma.)

2 Reactiverende factor verwijderen

Hier kan de therapeut soms het beste mee beginnen: als gebaar naar de patiënt als interventie om een crisis te voorkomen, en bij MPS-patiënten om de angstige alters gerust te stellen. Voorbeelden: het van de muur halen van een schilderij dat angst of afschuw oproept, het afdoen van sieraden, de volgende zitting een ander kledingstuk dragen. Dit laatste deed de mannelijke therapeut van een vrouw die door een man in een ribfluwelen broek – een maatschappelijk werker van de sociale dienst – was verkracht. De volgende zittingen zorgde hij ervoor dat hij geen ribfluwelen broek droeg. Overigens dient een dergelijke interventie van korte duur te zijn; zij moet gevolgd worden door interventies die gericht zijn op het *neutraliseren* van de reactiverende stimulus. Het volgende voorbeeld laat dit zien.

Renate, een 39-jarige vrouw met een ernstige dissociatieve stoornis en een getraumatiseerde jeugd, kwam glimlachend op haar afspraak. Bij dat begin van het gesprek, toen het nog over een neutraal onderwerp ging, had zij een goed oogcontact met de therapeute. Hoewel de therapeute haar vriendelijk en open aankeek en een ontspannen houding had, werd Renate gaandeweg steeds meer geagiteerd en ze wendde haar blik van de therapeute af. Toen de therapeute hierop wees, zei ze: 'Ik weet het niet, maar opeens ben ik zo geïrriteerd.' 'Je bent geïrriteerd, weet je ook waardoor?' Met veel moeite probeerde ze weer naar de therapeute te kijken en, zonder te dissociëren, te vertellen wat er aan de hand was. 'Het zijn je oorbellen.' 'Mijn oorbellen?' vroeg de therapeute, die zag hoe de uiterst gespannen Renate zich trachtte te beheersen. 'Ze zien er uit als dolken.' Ze had dit nog niet gezegd of ze werd vervangen door een alter die niets van het vroegere misbruik wilde weten.

Ook al had de therapeute deze 'switch' niet kunnen verhinderen en ook al kon deze alter geen nadere informatie verstrekken, toch kon de therapeute de opmerking van Renate enigszins plaatsen. Zij had al eerder tekeningen gemaakt van dolken (erover praten had ze nog niet gekund), en de oorbellen hadden daar inderdaad iets van weg. Ondanks het feit dat de nu aanwezige alter vroegere trauma's ontkende, verontschuldigde de therapeute zich voor het feit dat de oorbellen angstaanjagend waren (niet voor het dragen ervan) en deed ze af. Hiermee wilde ze voorkomen dat zij (de therapeute) in verband werd gebracht met een symbool van de traumatische situatie.

De therapeute vroeg of Renate weer terug wilde komen. Nadat ze dit gedaan had, vertelde de therapeute dat we de mogelijkheid hebben om aan dingen verschillende betekenissen toe te kennen. Oorbellen, bijvoorbeeld, kun je gewoon als sieraden zien of als messen (als ze langwerpiger zijn), als tomaten (als het rode bollen zijn), enzovoort. Vervolgens haalde ze de oorbellen weer te voorschijn. Renate lachte en kon ze eenvoudig als sieraden zien. Ten slotte besprak de therapeute met Renate dat je je van een gevoel van spanning of irritatie bewust kan worden zonder daarbij te dissociëren. Je kan je eventueel gaan afvragen waar die spanning een reactie op is en dan proberen de spanning te laten afnemen.

Bij de aanmelding voor psychotherapie of verwante hulp is het gebruikelijk om te vragen of de patiënt een voorkeur heeft voor een vrouwelijke of mannelijke hulpverlener. In een aantal gevallen kan deze procedure gezien worden als een

bijzondere toepassing van het 'verwijderen van de reacterende stimulus'. Voor sommige slachtoffers van seksueel geweld door een man, kan de nabijheid van een mannelijke hulpverlener op zichzelf al als reacterende stimulus voor het trauma fungeren. Als dit het geval is, kan het in sommige gevallen in een later stadium zinvol zijn om in overleg met de patiënte een mannelijke co- of waarnemende therapeut bij de behandeling te betrekken. De ervaringen die we hiermee hebben opgedaan zijn gunstig.

3 Neutraliseren van de reacterende factor

Wanneer de therapeut met de patiënt een reacterende stimulus heeft geïdentificeerd, kan in een enkel geval alleen al het bespreken van de schokkende gebeurtenis die eraan ten grondslag ligt de stimulus neutraliseren. De oorspronkelijke gebeurtenis hoeft dan niet eens per se verwerkt te zijn.

Vaak wordt geprobeerd met de patiënt te bespreken dat een reacterende factor op verschillende manieren bekeken kan worden. Als de stimulus bijvoorbeeld 'stormachtig weer' is, kan de therapeut de patiënt vragen terug te denken aan een prettige dag waarop het stormde. Wanneer de stimulus een voorwerp is, is het vaak mogelijk om niet alleen z'n verschillende functies of betekenissen te bespreken, maar ook om de patiënt er iets mee te laten doen waardoor het weer een 'gewoon' ding wordt. Aan Renate, die schrok van de oorbellen van de therapeute, had ook gevraagd kunnen worden met de oorbellen te spelen.

Een variatie is het bespreken van de verschillen en overeenkomsten tussen de oorspronkelijke, traumatische situatie en de huidige situatie die als reacterende stimulus fungeerde. In het voorbeeld van Madeleine, van wie een kind-alter angstig werd bij het zien van de donkere huidskleur van de waarnemende therapeute, besprak de therapeute met haar de verschillen en overeenkomsten tussen haar en de indertijd door vader misbruikte buitenlandse kinderen. Madeleine (evenals de betreffende kind-alter) slaagde er hierdoor in het verleden los te maken van de therapeute.

Rita was in behandeling voor chronische PTSS naar aanleiding van verschillende traumatische ervaringen, waaronder een verkrachting die had plaatsgevonden toen zij al volwassene was. Zij had in de loop van de behandeling al een paar keer opgemerkt dat ze erg angstig werd als ze naar de gesloten deur van de therapiekamer keek. Een eerder gesprek hierover had aan het licht gebracht dat deze gesloten deur herinneringen aan de gewelddadige verkrachting in haar eigen slaapkamer opriep. De verwerking van deze traumatische ervaring verliep erg langzaam. Toen een volgende zitting opnieuw aan deze ervaring werd gewijd, maakte Rita duidelijk dat ze opnieuw overstuur raakte bij het zien van de gesloten deur van de therapiekamer en erdoor geobsedeerd werd. Ze zei niet in staat te zijn om op te staan en naar de deur te gaan, deze te openen en de kamer te verlaten. Aangemoedigd door de therapeut lukte het haar uiteindelijk met veel moeite om deze handeling te verrichten. Ze werd er opgewonden van dat ze de deur open en weer dicht kon doen, naar buiten kon gaan en weer binnen kon komen. Ze voelde de behoefte de hele procedure nog eens uit te voeren. Daarop zei ze dat ze zich bevrijd voelde.

Dit is misschien een atypisch voorbeeld, omdat de stimulus geneutraliseerd werd toen het oorspronkelijke trauma reeds onderwerp van gesprek was. In het algemeen moet de therapeut er niet van uitgaan dat het neutraliseren van een actuele stimulus ook verwerking van (een deel van) het oorspronkelijke trauma impliceert.

4 Beklemtonen van het veilige heden

Vaak is de patiënt erbij gebaat wanneer de therapeut duidelijk onderscheid maakt tussen het veilige heden en het traumatische verleden. De therapeut beklemtoont dat het om beelden uit het verleden gaat, dat het nu echter ... [precieze datum] is, dat de patiënt nu bij de therapeut in de kamer en veilig is, dat het misbruik (als het daarom gaat) geëindigd is (*wanneer de therapeut hier zeker van is*), dat de patiënt zich nu als volwassen persoon zou kunnen verdedigen tegen de dader die inmiddels een oude man is, enzovoort. De rationale bespreking van deze punten heeft waarde, maar de hoofdzaken in een herhaalbare formule vertalen – door het principe van *cue-conditioning* (vgl. Van der Hart, 1987b) – heeft extra waarde. Door herhaling wordt deze formule in de loop van de tijd vaak steeds effectiever.

Om een formule te construeren die de patiënt aanspreekt, is het verstandig de specifieke punten met de patiënt door te nemen en het resultaat op te schrijven. Als de geschreven formule in het dossier van de patiënt ligt, weten collega's die ook contact met de patiënt hebben, precies wat ze de patiënt in voorkomende gevallen moeten zeggen. Bij opgenomen patiënten die met een (onder meer) steeds wisselende verpleging te maken hebben, is de geschreven formule bijzonder belangrijk gebleken.

In onze ervaring hebben tal van patiënten baat bij vermelding van de volgende punten: (1) naam, (2) huidige datum, (3) leeftijd, (4) burgerlijke staat, (5) beroep en werk, (6) namen en leeftijden van andere gezinsleden (*alleen als de patiënt een nieuw gezin heeft of bekend is dat de gezinsleden uit het gezin van oorsprong niet tot de daders behoren*), (7) namen van andere mensen die de patiënt tot steun zijn. Bij MPS-patiënten kunnen hieraan specifieke geruststellende boodschappen voor getraumatiseerde en gedesorienteerde (kind-) alters worden toegevoegd, plus de instructie aan volwassen alters om de kind-alters regelmatig te vertellen waar zij zijn en dat het nu veilig is. Voor gebruik door de patiënt thuis kan het goed zijn een dergelijke formule op een cassettebandje op te nemen.

Het volgende voorbeeld illustreert de techniek van het beklemtonen van het veilige heden, die in dit geval gevolgd werd door enkele verwante interventies.

Léonie, een 25-jarige vrouw met een geschiedenis van seksueel misbruik door haar vader en andere verwanten, had veel last van plotseling optredende crises, die vaak gepaard gingen met suïcidepogingen met pillen en alcohol. Exploratie van deze crises had aan het licht gebracht dat zij steeds als reacties op reactiverende stimuli gezien konden worden. Toen haar eigen therapeute drie weken met vakantie was, had zij ter overbrugging wekelijkse gesprekken met een waarnemend mannelijke therapeut. Hij was eerder aanwezig geweest bij een aantal zittingen met haar eigen therapeute, en Léonie had erin toegestemd dat hij voor haar therapeute zou waarnemen. Zij aarzelde echter ook: zijn ogen leken nogal sterk op die van

haar vader. Daar begon ze meer hinder van te krijgen naarmate ze haar therapeute meer over de incest begon te vertellen.

In het eerste overbruggingscontact vertelde Léonie dat ze zich dankzij haar behandeling veiliger dan ooit was gaan voelen. Vroeger raakte ze in ernstige moeilijkheden als het meer dan drie dagen duurde eer ze haar therapeute weer zag. Nu had ze het idee dat ze goed bestand was tegen haar afwezigheid. De zitting, die gewijd was aan de manier waarop ze haar leven in deze periode georganiseerd had, verliep goed. Tegen het eind besprak ze met de therapeut de medicatie voor de komende week, die haar therapeute in porties voor drie, respectievelijk vier dagen had klaargelegd. Ze was ervan overtuigd beide porties te kunnen meenemen en daar op een verantwoorde manier mee om te gaan.

De volgende dag belde ze de therapeut op en vertelde dat het de vorige avond mis was gegaan. Ze had te veel alcohol gedronken – haar gebruikelijke manier van omgaan met te veel spanning – en vervolgens alle medicijnen voor deze week ingenomen. Op de vraag van de therapeut waar de spanning mee te maken had, kon ze aangeven dat het poppenhuis in zijn kamer voor haar de uitlokkende stimulus was geweest. Ze wilde daar nu niet in detail op ingaan, maar verlangde zijn hulp om zich er weer bewust van te worden dat het heden veilig is en dat haar traumatische ervaringen tot het verleden behoren. De therapeut sloot zich hierbij aan en noemde de huidige datum, haar naam, haar leeftijd en verwante gegevens, die bij elkaar al eerder als cue hadden gefungeerd om haar sterker in het heden te oriënteren. Ten slotte sprak hij met haar af dat zij deze week twee keer naar de RIAGG zou komen om vervangende medicatie bij de afdeling acute psychiatrie op te halen.

In de zitting een week later vertelde Léonie waardoor ze zo van streek was geraakt. Het poppenhuis had haar sterk doen denken aan haar ouderlijk huis, waar haar vader haar misbruikte. Hoewel ze last van deze herinneringen had gekregen, hadden ze niet de vorm van volledige flash-backs aangenomen. Veel hinderlijker was haar vrees, waarover ze slechts schoorvoetend kon praten, dat de therapeut tijdens een moment van ‘afwezigheid’ aan haar had gezeten. Die angst was ontstaan toen beiden aan het einde van de zitting bij zijn tafel hadden gestaan om de enveloppen met pillen te pakken. Toen had ze plotseling gedacht: ‘Verdomme! Ik liet het weer gebeuren!’

Léonie kon dit uitleggen: Wanneer haar vader haar ’s morgens vroeg misbruikt had, ging hij naar de keuken om het ontbijt klaar te maken. Ondertussen moest zij naar de wc, waarna ze in de keuken haar handen waste, staande naast haar vader die aan het aanrecht onverstoorbaar met het ontbijt bezig was. Zo had zij ook naast de therapeut gestaan aan het einde van de vorige zitting. De therapeut kon haar in alle oprechtheid verzekeren dat nu, in tegenstelling tot veertien jaar geleden, niets van dien aard had plaatsgevonden. Omdat hij vermoedde dat Léonie daaraan nog enigszins bleef twijfelen, voegde hij eraan toe dat, als het wel zo zou zijn geweest, ze deze wetenschap in zichzelf kon terugvinden: er zou dan immers een deel van haarzelf bij aanwezig zijn geweest. ‘Wees ervan overtuigd dat er zowel in deze situatie als in alle andere situaties altijd een deel van jezelf is dat werkelijk weet wat er gebeurd is. Jij hebt het vermogen om met dat deel contact op te nemen en erachter te komen.’ Dit bericht sprak haar bijzonder aan en luchtte haar op.

Dit voorbeeld illustreert niet alleen het beklemtonen van het veilige heden. Het laat ook zien wat er kan gebeuren als de therapeut tijdens de zitting niet waarneemt dat er iets is voorgevallen wat de patiënt angstig heeft gemaakt. Overigens kan niet genoeg onderstreept worden dat de therapeut (of diens collega) alleen dan op de veiligheid van het heden mag wijzen, wanneer hij of zij zeker weet dat die veiligheid er inderdaad is; met andere woorden, dat het misbruik of geweld gestopt is en de patiënt niet bedreigd wordt. Het is in onze eigen praktijk een aantal malen gebleken dat dit ondanks stellige

berichten van de patiënt (en diverse alters) toch plaatsvond. (In de Discussie gaan we nader op dit punt in.)

Ten slotte vermelden we dat er zich in het dagelijks leven van de patiënt situaties kunnen voordoen die traumatische herinneringen reactiveren, waarbij de aanwezigheid van de therapeut de meest aangewezen manier lijkt te zijn om het veilige heden te beklemtonen. Van der Hart & Op den Velde (1991a, p. 83/4) geven het volgende voorbeeld:

Mevrouw Y, een patiënte met een ernstige dissociatieve stoornis en een traumatische voorgeschiedenis, moest aan haar arm geopereerd worden. Toen zij in de operatiekamer onder narcose zou worden gebracht, raakte zij in paniek, werd agressief en begon met de anesthesist en verpleegkundigen te vechten. Het lukte de anesthesist alsnog haar onder narcose te brengen en de operatie verliep verder volgens plan. Omdat haar nog een vergelijkbare operatie stond te wachten, deed zij enige tijd later een beroep op haar therapeut om uit te zoeken waarom zij zo in paniek was geraakt. Bovendien vroeg ze hem aanwezig te zijn bij het in narcose gaan en het daar weer uitkomen tijdens de volgende operatie. In hypnose werd duidelijk dat het zien en vastgebonden worden door artsen en verpleegkundigen met een masker voor hun gezicht, de traumatische herinnering aan een groepsverkrachting op haar twaalfde door een groep gemaskerde jongens had opgewekt. Niet alleen door een op dit trauma gerichte hypnotherapie maar ook dankzij de gevraagde aanwezigheid van de therapeut bij het in narcose gaan kon de volgende operatie voorspoediger beginnen. De therapeut, ook met een masker voor, vroeg haar toen naar zijn ogen te kijken, zo contact met hem te houden en daardoor heel rustig in slaap te gaan. Dit gebeurde inderdaad.

Het is duidelijk dat de aanwezigheid van de therapeut bij het in narcose gaan (en het daaruit ontwaken) gunstig heeft gewerkt. Er kunnen zich ook situaties voordoen waarbij diens aanwezigheid wel gewenst maar niet mogelijk is. Dan kan toch veel ellende worden voorkomen als de therapeut met de patiënt de betreffende stimuli identificeert, en de artsen en verpleging van tevoren instrueert hoe zij het beste met de patiënt kunnen omgaan; voor de patiënt kan hij een geruststellende tekst over de operatie op een bandje inspreken. Meerdere patiënten voor wie de procedures rondom eerdere operaties traumatisch waren verlopen, konden met deze hulp de hele gang van zaken goed doorstaan. Ook mevrouw Y onderging later nog verschillende operaties waar ze zonder de therapeut ook in psychisch opzicht goed doorheen kwam.

5 Suggesteren van amnesie of meer mentale afstand ten opzichte van de traumatische herinnering

Gereactiveerde traumatische herinneringen worden soms zo intens beleefd dat alle pogingen falen om de betrokken stimuli te neutraliseren en de veiligheid van het heden te beklemtonen. Wanneer de exploratie, assimilatie en integratie van het trauma (zie punt 9) nog niet is voltooid, kan de volgende hypnosetechniek – die regelmatig in de context van explorerende hypnotherapie wordt toegepast – na afloop van een dergelijke aanpak aangewezen zijn.

De essentie van deze techniek in de context van explorerende hypnotherapie is het bewerkstelligen van posthypnotische amnesie voor de traumatische herinnering of

een deel ervan (vgl. Brown & Fromm, 1986; Van der Hart & Boon, 1991b). Om dit te bereiken worden zowel hypnotische suggesties als metaforen gebruikt. Deze beelden hebben betrekking op brievenbussen, kluizen of brandkasten, waarin de patiënten in hun verbeelding de betreffende herinneringen kunnen opbergen tot de volgende zitting. Speciale aandacht wordt geschonken aan het afsluiten van de bus, kluis of brandkast, zodat de bedreigende informatie zo veilig mogelijk opgeborgen is.

Wanneer de patiënt in een explorerende hypnotherapie ervaring heeft opgedaan met het tot stand brengen van een dergelijke amnesie, kan een vergelijkbare benadering ook effectief zijn bij gereactiveerde traumatische herinneringen. Het kan nuttig zijn om suggesties en metaforische beschrijvingen op een cassettebandje op te nemen. De patiënt kan hier dan thuis naar luisteren.

Sommige patiënten vertelden dat deze benadering niet de gewenste amnesie opleverde, maar hen wel hielp de traumatische herinnering op afstand te plaatsen en er minder door gehinderd te worden. Het is zinvol om met deze laatste mogelijkheid rekening te houden bij het geven van suggesties.

6 Aanleren van een teken om de patiënt te helpen terug te keren naar het hier en nu

Bij MPS-patiënten komt het wel eens voor dat alterpersoonlijkheden bij een traumatische herbeleving volledig in paniek raken. Een dramatisch voorbeeld is de 'switch' naar een panische kind-alter die tijdens deze traumatische herbeleving niet kan praten en de therapeut niet (meer) herkent. Een ander voorbeeld betreft de wisseling naar een alter die zich helemaal in de steek gelaten voelt. Om de patiënten te helpen dergelijke afschuwelijke dissociatieve ervaringen kwijt te raken, kan het nodig zijn hen te trainen in de volgende techniek die inhoudt dat de therapeut de patiënten een teken of signaal leert, waarop zij terugkeren in hun habituele persoonlijkheidstoestand, georiënteerd op het heden.

De techniek wordt eerst in hypnose geoefend en vervolgens in wakende toestand. (Zie voor een andere beschrijving van het inoefenen: Van der Hart, 1987b.) Het is onze ervaring dat een kinesthetisch signaal, gekoppeld aan de verbale opdracht terug te keren naar het heden, doeltreffender is dan een louter auditief of visueel signaal. Onze voorkeur gaat uit naar een handdruk van de therapeut of, als de patiënt dat plezieriger vindt, het met de hand aanraken van een pols of schouder van de patiënt. Het voordeel van de handdruk is dat de therapeut de patiënt kan aanmoedigen zelf ook te knijpen, om zo gemakkelijker terug te keren naar het hier en nu (datum noemen) en de veilige kamer van de therapeut: 'Hoe harder je mijn hand drukt, Marie, des te sneller kom je hier weer terug, in deze veilige kamer bij mij ... (naam therapeut) in ... (naam instituut waarbinnen de therapeut werkzaam is).'

7 Aanbieden van veilige manieren van communiceren over het trauma

Het praten over een traumatische gebeurtenis in de therapie is op zichzelf al vaak een uitlokkende ervaring, waardoor de patiënt of een alter bij wijze van spreken in een herbeleving schiet. De therapeut doet er dan ook goed aan om maatregelen te treffen

die dit wegschieten helpen voorkomen, voor de traumatische herinneringen besproken worden. Hij kan de patiënten leren zich tijdens het vertellen over het trauma voortdurend bepaalde actuele stimuli bewust te zijn die hen in het hier en nu houden. Voorbeelden: het wijzen door de therapeut op de binnenkant van diens handpalm als teken van het veilige heden, (indien gepast en aangewezen) het aanraken van de hand van de patiënt, het wijzen op het geluid van de stem van de therapeut dat ervoor zorgt dat de patiënt contact met de therapeut blijft houden, de patiënt een eigen voorwerp dat veiligheid symboliseert laten vasthouden. Voor één patiënte was dit laatste het tevoorschijn halen van een ankertje dat aan een ketting om haar hals hing – een geschenk van de tante die haar in het verleden zeer tot steun is geweest. Een ander nam dan haar knuffeldier op schoot.

Bij MPS-patiënten is het verreweg het beste om na te gaan of de traumatische gebeurtenis verteld kan worden door een alter die deze gebeurtenis wel heeft gezien maar niet ondergaan. De alters die de betreffende gebeurtenis hebben ondergaan kunnen tevoren als het ware afgeschermd worden, bijvoorbeeld achter een geluidsdichte wand, of met 'interne helpers'. Wanneer de therapeut weet wat er is gebeurd en welke actuele stimuli een herbeleving hebben veroorzaakt, kan hij met de patiënt maatregelen nemen die de stimuli neutraliseren of nieuwe herbelevingen voorkomen zonder dat het oorspronkelijke trauma – op dat moment althans – verwerkt hoeft te worden.

Wanneer het trauma misbruik betrof waarbij de dader het slachtoffer geïntimideerd heeft, kan, zoals gezegd, de uitnodiging van de therapeut om erover te praten als een uitlokkende stimulus fungeren die de oorspronkelijke intimidatie en de daarbij behorende angst oproept. Lijkt de tijd rijp te zijn voor een bespreking van het trauma, dan kan de therapeut de mogelijkheid van een dergelijke intimidatie opperen, de werking ervan aan de patiënt uitleggen, en eventueel met hem of haar zoeken naar een andere, door de patiënt (of de betreffende alter) wel als veilig ervaren manier om over het trauma te communiceren.

Het feit dat de therapeut de mogelijkheid oppert dat de patiënt het zwijgen is opgelegd, ervaart de patiënt in de regel als een opluchting. De therapeut moet er echter op bedacht zijn dat het ook anders kan uitpakken. Een mannelijke therapeut begon hierover in een gesprek met een patiënte die al eerder getroffen was door enige fysieke overeenkomst tussen hem en haar vader, die haar seksueel misbruikt had. Nadat hij enkele voorbeelden had genoemd van de manier waarop daders hun slachtoffers het zwijgen kunnen opleggen, dacht zij (of een alter van haar) dat hij met haar vader onder één hoedje speelde: anders had hij immers niet kunnen weten wat haar vader gezegd had! Toen zij dit later met veel moeite kon vertellen, was het laten zien van een lijst van dergelijke intimidaties in een boek over de behandeling van incestplegers (Frenken & Van Stolk, 1990, p. 134/5) een hulpmiddel om deze patiënte te leren beseffen dat er geen band tussen de therapeut en haar vader bestond.

De praktijk leert dat voor vele volwassenen en jeugdige patiënten tekenen of het kneden van klei tijdens het gesprek een veilige vorm van communiceren over het trauma is. In principe kan met elke vorm van non-verbale communicatie de opdracht om niet over het misbruik te praten omzeild worden. Het gaat erom voor elke patiënt (of elke alter) een manier te vinden die veilig is. Voor sommige is het veilig om te schrijven in plaats van te praten. Anderen kunnen met vingersignalen ('ja', 'nee' en 'stop') antwoorden op vragen van de therapeut. Er zijn ook patiënten of alters die alleen iets

durven of kunnen communiceren door bijvoorbeeld misbruik met poppetjes in een zandbank uit te beelden (vgl. Sachs, 1990). Eén patiënte nam haar toevlucht tot dans.

Wat ook de vorm van non-verbale communicatie over het trauma is, steeds doet de therapeut er goed aan om bij de patiënten na te gaan of de therapeut wél mag benoemen wat de patiënt heeft beschreven of uitgebeeld. Als dat kan, dient de therapeut na afloop ter geruststelling op te merken dat het niet de patiënt maar de therapeut was die over het misbruik gesproken heeft. Uiteraard moet er ook naar gestreefd worden het posthypnotische effect van de oorspronkelijke bedreiging en intimidatie op te heffen (vgl. Van der Hart et al., in voorbereiding).

8 Afschermen van getraumatiseerde alters van de buitenwereld

Bepaalde alters – en via hen de patiënt – worden soms zozeer aan reacterende stimuli blootgesteld dat zij voortdurend in paniek zijn. Dit kan het geval zijn tijdens een periode die gepaard gaat met veel aan de tijd gerelateerde stimuli. Als andere technieken onvoldoende uitkomst bieden en de assimilatie en integratie van de betreffende trauma's (nog) niet mogelijk is, kunnen zij wellicht voor een bepaalde tijd van de buitenwereld, en daarmee van reacterende stimuli, afgesloten worden. De therapeut laat hen zich dan voorstellen dat zij zich 'binnenin' op een veilige plek bevinden die bijvoorbeeld door een geluiddichte muur (zie techniek 7) afgesloten is van de buitenwereld. Afspraken moeten gemaakt worden hoe lang zij hier verblijven en op welke manier (en met wiens hulp) zij weer in contact met de buitenwereld komen.

Joke, een 28-jarige patiënte met MPS, had een groot aantal getraumatiseerde kind-alters waarvan er verschillende herinneringen bewaarden aan sadistisch geweld door haar ouders. Steeds als de maand december aanbrak, kwamen de herinneringen hieraan boven, raakten deze 'kleintjes' in paniek en staken ook de anderen aan. De therapeut hielp hen zich een huisje voor te stellen waarin zij onder leiding van een oudere, zorgzame alter konden vertoeven. Daar konden zij spelen, tekenen en liedjes zingen, en las de oudere alter hen soms verhaaltjes voor. In het veilige huisje drong niets van buitenaf door. De therapeut sprak met Joke en de verzorgende alter af dat de 'kleintjes' de gehele maand december in het geluiddichte huisje zouden blijven, en dat ze elke dag op een vast uur naar buiten mochten. Ook aan het einde van elke therapiezitting konden zij even in contact komen met de therapeut. Bij het naderen van de kerstdagen – de tijd waarin het ergste misbruik in het verleden had plaatsgevonden – gaf de patiënte aan dat de kind-alters tot en met nieuwjaar voortdurend binnen moesten blijven.

Een variant van deze hypnotische techniek is het suggereren dat de alters die tijdelijk van de buitenwereld – en soms ook van het contact met andere alters – afgesloten moeten zijn in slaap vallen en een bepaalde tijd doorslapen. Het kan verstandig zijn om deze alters tijdens volgende therapiezittingen te wekken en toe te spreken. Uiteraard moeten suggesties voor 'slapen gaan' gekoppeld worden aan een 'veilige plek' waar het prettig slapen is.

9 Introduceren van een co-therapeut of waarnemer

Dit is een preventieve maatregel. Eén van de meest waardevolle aspecten van de behandeling van getraumatiseerde patiënten, met name bij chronische traumatisering in de jeugd (het 'type-2-trauma' volgens Terr, 1991), is het besef dat de therapeut er voor hen is – zij het op bepaalde tijden en binnen bepaalde grenzen – wanneer zij hem of haar nodig hebben. Een vast schema van afspraken, idealiter met een interval dat de patiënt kan overbruggen, draagt er veel toe bij dat de patiënt het heden als veilig en voorspelbaar gaat beleven. Een te lange tijd tussen de zittingen, de (soms onvermijdbare) boodschap dat de volgende zitting niet kan doorgaan, de vakantie van de therapeut – al dergelijke mededelingen kunnen gevoelens van in de steek gelaten of verlaten zijn oproepen, die bij vele patiënten nauw verbonden zijn met traumatische herinneringen. De intense ervaring van verlatenheid kan op haar beurt traumatische herinneringen reactiveren.

Een belangrijke veiligheidsmaatregel is om in een vroeg stadium van de behandeling een co-therapeut of een waarnemend therapeut te introduceren die de behandelaar tijdens afwezigheid vervangt (vgl. Caul, 1989). De mate waarin en de manier waarop de waarnemer aan de behandeling deelneemt wanneer de therapeut afwezig is, kan per geval variëren. In ieder geval moet de patiënt zoveel vertrouwen in de co-therapeut of waarnemer ontwikkelen dat deze inderdaad als steun ervaren wordt. In onze ervaring wordt dit vertrouwen bevorderd als de waarnemer in een vroeg stadium wordt geïntroduceerd en beide therapeuten ten minste enkele zittingen samen hebben gedaan. Wordt de waarnemer bijvoorbeeld pas vlak voor een vakantie geïntroduceerd, dan willen sommige patiënten daar niet op in gaan. Ze zijn bang dat de therapeut zo van hen af wil komen.

10 Medicatie en opname als crisisinterventie

Er kunnen zich situaties voordoen waarin alle genoemde strategieën onvoldoende zijn en (extra) medicatie – in de meeste gevallen benzodiazepines – of een crisisopname noodzakelijk zijn. Elders werd beschreven dat het geven van psychofarmaca aan patiënten met MPS of aanverwante stoornissen zeer wisselende en soms onvoorspelbare resultaten geeft (vgl. Barkin et al., 1986; Boon & Van der Hart, 1991b; Loewenstein et al., 1988). Dit is wellicht minder het geval bij patiënten met een type-1-trauma.

Wanneer een crisisopname noodzakelijk is zijn dezelfde maatregelen op hun plaats die beschreven werden bij de bespreking van een opname op somatische gronden. Er moet voorkomen worden dat zo'n opname een nieuw trauma wordt voor de patiënt. Goed overleg tussen behandelaars is een voorwaarde om een crisisopname goed te laten verlopen. Bij voorkeur zet de eigen ambulante therapeut (een deel van) de behandeling voort in de PAAZ of kliniek. In ieder geval is het van belang dat medewerkers van de kliniek op de hoogte zijn van mogelijke reactiverende stimuli. Meestal moet het gebruik van een isoleercel vermeden worden. Dit geldt vooral voor patiënten met MPS, van wie velen als kind langdurig opgesloten hebben gezeten.

11 Assimileren en integreren van traumatische herinneringen

De meest afdoende aanpak van gereactiveerde traumatische herinneringen is uiteraard de begeleiding van de patiënt bij de exploratie, assimilatie en integratie van deze herinneringen. Dit is een ingrijpend proces, dat bij MPS-patiënten slechts na uitvoerig overleg en een goede voorbereiding moet plaatsvinden. De hierboven beschreven interventies zijn meestal nodig, omdat de tijd nog niet rijp is om dit doel te bereiken. Een beschrijving van de therapeutische methoden en technieken die gebruikt worden om assimilatie en integratie tot stand te brengen valt buiten het bestek van dit artikel. De lezer wordt verwezen naar Brown & Fromm (1986), Cladder (1990), Van der Hart (1991), Van der Hart et al. (in voorbereiding), Spiegel (1989) en Steele & Colrain (1990).

Hier beschrijven we slechts een voorbeeld waarin een patiënte na de verwerking van een ernstig trauma in staat was zelfstandig een nieuwe betekenis te geven aan het kernsymbool van haar herinneringen.

In een bepaalde zitting vertelde Jennifer, een patiënte met MPS en een ernstig getraumatiseerde jeugd, dat het bereiden van kip voor het avondeten haar eerder die week erg van streek had gemaakt. Even later noemde ze ook een film waarin de uitdrukking 'levend gevild' voorkwam. Jennifer vertelde deze dingen op een afstandelijke manier, zonder een verband tussen beide gebeurtenissen te leggen. Later in de zitting herhaalde de therapeut deze uitdrukking en vroeg haar of ze het verband al gelegd gehad. Jennifer veranderde in een kind-alter die er vroeger getuige van was geweest dat honden levend gevild werden, die zelf bedreigd was met eenzelfde lot, en die ten slotte gedwongen was zelf een hond te villen. Gedurende een aantal zittingen hielp de therapeut haar (met en zonder hypnose) deze gruwelijke gebeurtenissen te verwerken. Intussen dissocieerde Jennifer thuis voortdurend. Ze was erg bang haar eigen hond iets aan te doen en vermeed het om met hem alleen of in dezelfde kamer te zijn.

Een paar weken later begon Jennifer de zitting met de mededeling dat ze een hond had gekocht die er precies zo uitzag als de hond die ze had vermoord. De therapeut was bang voor een herhaling van de vroegere gebeurtenis, maar Jennifer vertelde dat het haar bedoeling was deze hond alle zorg te geven die hij nodig had. Zo wilde ze iets goed maken. Enkele maanden later deelde ze mee dat ze een hond had geadopteerd die men in een tv-show had laten zien. Het was een erg mishandelde hond, veel te dik, die speciale zorg nodig had om in leven te kunnen blijven. Sindsdien rapporteerde ze regelmatig over haar goede zorgen voor haar honden en over het feit dat dit haarzelf ook goed deed. Het bereiden van kip bleef ze moeilijk vinden, maar als ze het deed dissocieerde ze niet langer.

Discussie

1 Berusten de beschreven traumatische herinneringen op ware gebeurtenissen?

De beschrijving van gruwelijk misbruik en geweld, zoals ook in dit artikel is gebeurd, kan gemakkelijk de vraag oproepen of deze wreedheden ook werkelijk hebben plaatsgevonden. Kunnen patiënten dergelijke gebeurtenissen niet verzinnen hebben? Hebben zij niet louter voldaan aan suggestieve vragen van de therapeut? Dat dit laatste

een reëel gevaar kan zijn, heeft Van der Velden (1987) eerder in dit tijdschrift aangetoond.

Het is hier niet de plaats om uitputtend op dit belangrijke thema in te gaan. We noemen slechts enkele redenen op grond waarvan wij hebben gemeend dat de hier beschreven traumatische gebeurtenissen niet verzonnen zijn en evenmin geproduceerd zijn in reactie op suggestieve vragen van de betrokken therapeuten. In de eerste plaats gaat het niet om verhalen die patiënten met enig gemak vertellen en die in de loop der tijd aan wijzigingen onderhevig zijn – zoals het geval is met nagenoeg alle gewone herinneringen en fantasieën (Janet, 1928). Het gaat om (her) belevingen die steeds dezelfde inhoud hebben; ze treden op in reactie op uitlokkende stimuli, die weliswaar niet altijd meteen duidelijk zijn maar waarvan nader onderzoek aantoonde waarom ze dat zijn. Betreft het ‘verjaardagsreacties’ dan blijkt vaak uit de aantekeningen van de therapeut dat hetzelfde soort verschijnselen zich eerdere jaren om dezelfde tijd ook heeft voorgedaan (maar toen vaak nog niet als zodanig herkend of besproken werd). De angst voor de maandagmorgen waarover Léonie in een eerder beschreven voorbeeld sprak, bestond al zolang ze zich kon herinneren. Soms ook blijken partners van patiënten langdurig met nachtmerries geconfronteerd te worden waarin een bepaalde traumatische gebeurtenis steeds op precies dezelfde manier wordt herbeleefd.

In de tweede plaats komt het herhaaldelijk voor dat een bepaalde alter al eerder tekeningen van het trauma heeft gemaakt – soms ook zonder dat de therapeut daar aanvankelijk weet van heeft – die in overeenstemming zijn met het verhaal van de traumatische ervaring dat in de loop der tijd wordt verteld.

In de derde plaats komen soms ook ‘stille getuigen’ aan bod. Een voorbeeld is dat tijdens de assimilatie van een traumatische herinnering duidelijk wordt dat de dader de patiënt bepaald lichamelijk letsel heeft aangebracht waarvan wijzelf met goed fatsoen de littekens kunnen vaststellen: een snee in de voet of het uitdrukken van sigaretten op de bovenarm. Bij een patiënte die sadistisch seksueel geweld in groepsverband had ondergaan, merkte haar gynaecoloog bij inwendig onderzoek op dat hij ‘nog nooit zoveel littekens had gezien’.

In de vierde plaats zien we vaak dat specifieke symptomen die met een bepaald trauma samenhangen, verdwenen zijn nadat de traumatische herinnering geassimileerd is. Op zichzelf is dit natuurlijk geen overtuigend bewijs. Er kan heel goed sprake zijn van de werking van specifieke therapeutische factoren (vgl. Van Dyck, 1986). Bepaalde symptomen echter zijn direct gekoppeld aan het optreden van traumatische herinneringen. Het symptoom treedt iedere keer aan de dag als dit trauma wordt gereactiveerd, en het is voorgoed verdwenen als het trauma geassimileerd is. Een voorbeeld biedt Jacqueline, een dertigjarige vrouw met MPS, die op een gegeven moment last begon te krijgen van nachtmerries over een verkrachting door twee jongens op veertienjarige leeftijd. Twee symptomen vielen op: pogingen zichzelf te wurgen, die bij nader inzien reacties waren van een van de alters die dit geweld hadden ondergaan, en het bonken met haar hoofd tegen de muur. Dit bonken bleek een herhaling te zijn van wat een van de daders na de verkrachting met haar deed. Na de verwerking van dit trauma deed de patiënte geen pogingen meer zichzelf te wurgen. Het bonken was weliswaar verminderd maar niet geheel verdwenen. Jacqueline kreeg vervolgens last van een nachtmerrie waarin ze door een man in een park werd verkracht. Na afloop sloeg hij haar met haar hoofd op een steen en zei dat hij haar zou vermoorden als zij

er ooit over zou praten. Nadat ook dit trauma verwerkt was, was het hoofdbonken volledig verdwenen.

In de vijfde plaats zijn we ons bewust van de mogelijk suggestieve werking die van vragen en opmerkingen, en zelfs van de houding van de therapeut kan uitgaan. We proberen als regel zo min mogelijk suggestief te zijn. Wanneer we zelf wel een mogelijkheid van wat er gebeurd zou kunnen zijn noemen, trachten we na te gaan in hoeverre het antwoord van de patiënt aan onze verwachtingen moest voldoen dan wel authentieke informatie geeft. Een voorbeeld is de situatie waarin de patiënt wilde gaan vertellen over seksueel misbruik door haar vader en al snel angstig werd, zei dat het gevaarlijk was hierover te praten en verder haar mond hield. De therapeut vermoedde dat haar vader haar geïntimideerd had om over het misbruik te zwijgen, en opperde deze gedachte. Ging het om een authentieke reactie toen de patiënte dit vermoeden bevestigde? Het feit dat zij daarna bang werd voor de therapeut en later kon aangeven dat een alter had gedacht dat de therapeut en haar vader onder één hoedje speelden – hoe had de therapeut het anders kunnen weten? – duidde ons inziens op intimidatie die werkelijk heeft plaatsgevonden.

Onze evaluatie van wat er feitelijk wel of niet heeft plaatsgevonden is overigens niet op een enkele factor gebaseerd. Het gaat als het ware steeds om het vaststellen van een complex en consistent patroon, waarin tegenstrijdigheden of afwijkingen nader onder de loep genomen worden.

Goedgelovigheid en een suggestieve benadering van de therapeut met betrekking tot rapportages van patiënten over hun traumatische ervaringen kunnen tot iatrogene problemen leiden. Aan de andere kant kan een te kritische houding of ongelooft van de therapeut minstens zo schadelijk zijn. Wij menen dat het gevaar hiervan nog te vaak wordt onderschat. Hetzelfde geldt voor de diagnose MPS, die dankzij de groeiende aandacht voor de dissociatieve stoornissen steeds vaker gesteld zal worden. De vrees bestaat dat daarbij ook een groeiend aantal vals-positieve diagnoses zal worden gesteld. Er zijn aanwijzingen dat het deskundig gebruik van een gestructureerd diagnostisch interview voor de dissociatieve stoornissen, zoals door Boon & Draijer bewerkt voor het Nederlandse taalgebied, dit gevaar goeddeels zal kunnen voorkomen. Het werkelijke, reeds lang bestaande en wijd verbreide probleem is het ten onrechte niet stellen van de diagnose, waardoor vele patiënten een bij deze stoornis passende behandeling wordt onthouden.

2 Waarom worden bepaalde situaties of handelingen nu pas stimuli die het trauma reactiveren?

Bij de meeste patiënten die ernstige trauma's hebben meegemaakt speelt reactivering een rol. Wanneer patiënten met MPS in de loop van hun behandeling meer informatie aan hun therapeut geven, blijkt dat zij zelf 'coping strategies' hanteren om herbelevingen te voorkomen. Vermijding is één van de meest gehanteerde strategieën. Sommige patiënten leven om deze reden in een isolement: vrijwel ieder contact met de buitenwereld kan immers tot problemen leiden.

Daarnaast lijkt het of traumatische herinneringen in 'lagen' bewaard worden; sommige traumatische herinneringen liggen dicht onder de oppervlakte, andere zijn veel sterker

gedissocieerd (vgl. Janet, 1894). De veranderingen die in de loop van de behandeling optreden, leiden ertoe dat situaties die eerst niet als stimulus werkten dit later opeens wel doen. Een voorbeeld biedt de patiënte die al geruime tijd in behandeling was en in de therapiekamer nooit iets als zo'n stimulus had ervaren. Toen de vroegere mishandeling door haar moeder meer op de voorgrond kwam te staan, reageerde ze angstig bij het zien van de nietmachine, die al die tijd al op het bureau in de kamer had gestaan. Onderzoek van deze reactie bracht aan het licht dat het zien van dit voorwerp de herinnering had opgeroepen aan haar moeder die met zo'n apparaat nietjes in haar benen en armen had geslagen.

Het welzijn van de patiënt bepaalt mede de mate waarin hij last heeft van bepaalde reacterende stimuli. Traumatische herinneringen worden wellicht eerder gereactiveerd bij weerstandsvermindering door ziekte, overbelasting op het werk, in situaties waarin nieuwe trauma's optreden, en mogelijk ook door 'aftakeling' bij het ouder worden.

3 De therapeut als reacterende stimulus

Het eerder beschreven voorbeeld van Léonie illustreerde dat de therapeut zelf ook traumatische herinneringen (bijvoorbeeld aan seksueel misbruik) kan oproepen. Men zou dit verschijnsel als een bijzondere vorm van overdracht kunnen zien, waarbij het bijzonder belangrijk is dat de therapeut goed met de eigen emotionele reacties ('tegenoverdracht') moet weten om te gaan. Als de therapeut het verschijnsel juist kan identificeren en bespreken, zijn de mogelijkheden om er op een goede manier mee om te gaan het grootst.

Wat de goede manier betreft: het is meestal een kwestie van zoeken naar wat aanslaat. Vaak gaat het om een aanpassing aan de patiënt van diverse eerder besproken interventies. In het algemeen is het goed te beginnen met het bespreken van de overeenkomsten en verschillen die de patiënt tussen de therapeut en de oorspronkelijke dader waarneemt. De therapeut kan daarbij de patiënt de gelegenheid geven om precies na te gaan welk kenmerk van de therapeut de traumatische herinnering en de angst voor herhaald misbruik opgeroepen heeft. Vervolgens kan worden nagegaan of er andere kenmerken van de therapeut zijn die het vermoeden van misbruik bevestigen dan wel tegenspreken. Een andere interventie is het met de patiënt afspreken dat de therapeut steeds voor een bepaalde tijdseenheid (bijvoorbeeld vijf of tien minuten) niet van z'n plaats zal afkomen – behalve in noodsituaties uiteraard. In een enkel geval doet de mannelijke therapeut die bijvoorbeeld met een panische kind-alter geconfronteerd wordt, er goed aan de patiënt voor te stellen om de vrouwelijke collega erbij te halen.

In het streven om onderscheid te maken tussen het traumatische verleden en de actuele situatie bij de therapeut, kan de patiënt de therapeut persoonlijke vragen stellen over diens opvattingen over incest en seksueel contact tussen patiënten en hulpverleners. Therapeuten die dit overkomt mogen ervan overtuigd zijn dat zij grondig getoetst worden. Ze doen er naar ons idee goed aan hun standpunt duidelijk te verwoorden. Het is onder meer bij patiënten met seksueel getraumatiseerde kind-alters onjuist om ervan uit te gaan dat de patiënt vanzelf wel de goede bedoelingen en integriteit van de therapeut begrijpt of er zelf alle moeite voor moet doen daar achter te komen. Het spreekt vanzelf dat hulpverleners die menen dat incest best wel eens goed kan zijn of

dat seksueel contact tussen hulpverlener en patiënt moet kunnen, dit soort behandelingen niet moeten doen (vgl. Van der Hart et al., 1991). Léonie, die haar mannelijke (waarnemende) therapeut op allerlei manieren getest had, schreef hem na de in dit opzicht cruciale zitting: 'Vandaag heb ik al mijn oren en al mijn ogen goed gebruikt en gezien en gehoord dat je te vertrouwen bent en me geen kwaad zult doen. Dank je wel! Het heeft lang geduurd en ik ben blij dat het er is, voor ieder van mij een grote opluchting!'

4 De therapeut en co-therapeut van verschillend geslacht

In dit artikel werd een pleidooi gehouden voor de aanstelling van een co- of waarnemend therapeut bij behandeling van patiënten met een type-2-trauma. Indien mogelijk adviseren wij doorgaans dat beide therapeuten van verschillend geslacht zijn. Het is voor tal van patiënten waardevol als zij in een veilige omgeving met vertegenwoordigers van beide geslachten leren omgaan. Bovendien doen zich in de loop van de behandeling situaties voor waar een vrouwelijke en een mannelijke therapeut complementaire functies kunnen vervullen. Is de primaire therapeut een man, dan kan een vrouwelijke collega bijvoorbeeld belangrijk zijn voor het eerste contact met getraumatiseerde kind-alters. Omgekeerd kan de vrouwelijke therapeut door een mannelijke collega worden bijgestaan wanneer met agressieve alters gewerkt wordt.

Een complicatie is dat een patiënte op grond van traumatische ervaringen met mannen (soms ook met vroegere mannelijke hulpverleners) een grote huiver heeft voor mannelijke hulpverleners. Als de primaire therapeut in zo'n geval een vrouw is, moet de waarnemer dan ook een vrouw zijn? Wij menen dat het goed is daar niet te snel toe te besluiten. Leren dat er contact mogelijk is met een man die je kunt vertrouwen, kan een positieve ervaring zijn voor de patiënte. Zo'n positieve ervaring treedt uiteraard pas op na langdurig uittesten. Een moeilijkheid is dat de mannelijke therapeut niet direct de rol van door de patiënte als veilig ervaren waarnemer zal kunnen vervullen.

5 Beklemtonen van het veilige heden

We hebben besproken dat aan de patiënten vertellen dat zij nu veilig zijn een belangrijke interventie is bij gereactiveerde traumatische herinneringen. We hebben erop gewezen dat deze boodschap alleen gegeven mag worden als die veiligheid er inderdaad is. We hebben meer dan eens moeten constateren dat het misbruik of de mishandeling *niet* gestopt was, dat bijvoorbeeld een vrouw die als klein meisje door haar vader verkracht was, nog steeds door hem misbruikt werd. Vaak bleek de volwassen alter waarmee de therapeut in de regel contact had daarvan niet op de hoogte te zijn; altijd bleek de dader zijn slachtoffer tot zwingen gedwongen te hebben.

De vraag doet zich voor hoe therapeuten er zeker van kunnen zijn dat het misbruik of geweld werkelijk gestopt is. Om te beginnen doen zij er goed aan te beseffen dat zij dit niet zeker weten. Dat leidt tot kwalificaties in de boodschappen betreffende de veiligheid. De therapeut zal dan bijvoorbeeld niet meer zeggen: 'Je bent nu in 1991 veilig, nu gebeurt het niet meer,' maar veeleer: 'Hier, in deze kamer, in dit gebouw, nu bij mij, ben je veilig.' In de tweede plaats moet de therapeut zorgvuldig nagaan in hoeverre het geweld of het misbruik gestopt is. Heftig symptomatisch gedrag in de

vorm van paniekaanvallen, automutilatie en suïcidepogingen, *kunnen* gerelateerd zijn aan de reactivering van traumatische herinneringen, maar zijn mogelijk ook reacties op huidig misbruik of geweld. In tegenstelling tot wat gebruikelijk is bij kinderen bij wie seksueel misbruik wordt vermoed, wordt bij volwassen patiënten geen medisch onderzoek gedaan. Wel proberen we via vingersignalen of andere voor de patiënt veilige vormen van communiceren te vragen of er nog steeds traumatische ervaringen zijn. Als er behulpzame alters bekend zijn, die weet hebben van (nagenoeg) alles wat de patiënt overkomt, proberen we daarmee rechtstreeks te communiceren over dit onderwerp. Er kan bijvoorbeeld een alter bestaan die nog steeds een positieve band met de misbruikende vader heeft en hem regelmatig opzoekt. Wanneer deze vader aanstalten maakt tot dit misbruik, maakt de onwetende alter plaats voor een reeds herhaaldelijk getraumatiseerde alter die dit misbruik ondergaat.

Wanneer het geweld of misbruik nog steeds blijkt te bestaan, gaan we in overleg met zo'n 'Inner Self Helper' (zoals een dergelijke alter in de Amerikaanse literatuur wordt genoemd) zorgvuldig na in hoeverre de 'hoofdpersoon' ofwel de patiënt hiervan ook op de hoogte gesteld kan worden, en welke maatregelen getroffen kunnen worden om het een halt toe te roepen. Bij een directe confrontatie met dergelijk slecht nieuws, is de kans op acuut suïcidaal gedrag bij de 'hoofdpersoon' of de andere alter met amnesie vaak groot. De ervaring leert dat opname op de gesloten afdeling van een psychiatrische kliniek, waarbij aan dit thema wordt gewerkt in de individuele therapie, noodzakelijk is om de vatbaarheid voor dit misbruik te doen verminderen.

6 Toepassingen in de intramurale sfeer

Dit artikel is gebaseerd op praktijkervaringen in de ambulante hulpverlening. Inzicht in gereactiveerde traumatische herinneringen en verwante dissociatieve reacties is echter ook van groot belang voor de intramurale zorg. Worden deze verschijnselen in een klinische setting onderkend, dan bepaalt de context van de kliniek goeddeels de manieren van interveniëren. Idealiter hebben opgenomen getraumatiseerde patiënten, die bijvoorbeeld aan MPS lijden, een individuele therapeut die hun posttraumatische en dissociatieve problematiek onderkent en bij de behandeling betreft (vgl. Klufft, 1991). De kliniek biedt vele situaties die als reactiverende stimulus kunnen fungeren. Een meer algemene situatie is het feit dat beleidsafspraken met betrekking tot de patiënt vaak niet duidelijk met alle betrokkenen zijn afgesproken. Verschillende verpleegkundigen kennen de overeengekomen afspraken en regels niet of geven er hun eigen interpretaties aan. De confrontatie hiermee is waarschijnlijk voor elke patiënt verwarrend. Voor MPS-patiënten roept het vaak ook herinneringen op aan onvoorspelbare situaties van vroeger die in geweld of misbruik uitmondde. Het gevolg kan zijn dat een vaag en vaak tegenstrijdig beleid op de afdeling op zichzelf al tot chronische angst en paniek bij de MPS-patiënt kan leiden. Naast deze meer algemene reactiverende stimuli kunnen bepaalde andere afdelingsgebonden stimuli, zoals het gebruik van de isoleercel, als zodanig fungeren.

Afdelingen die MPS-patiënten een goed behandelklimaat willen bieden, moeten buitengewoon veel zorg aan het realiseren van een duidelijk beleid besteden. Hiernaast moeten verpleegkundigen en andere hulpverleners getraind worden in het signaleren van uitlokkende stimuli en de dissociatieve reacties daarop en in een adequate directe omgang daarmee. De feedback hierover wordt idealiter dagelijks doorgegeven en

besproken met de individuele therapeut, met wie ook het behandelbeleid wordt afgesproken. Net als de eerder besproken complementaire samenwerking tussen therapeuten in de ambulante setting kan – op een uiteraard veel intensievere en meer complexe wijze – effectief teamwerk worden verricht. Op enkele plaatsen in Nederland wordt op deze manier reeds met enig succes gewerkt. Er bestaat een sterke behoefte bij ambulante behandelaars van patiënten met MPS aan uitbreiding van dit beperkte aantal plaatsen.

7 Naar een leertheoretische beschouwing van gereactiveerde traumatische herinneringen

In dit artikel werd het reactiveren van traumatische herinneringen beschreven vanuit het perspectief van de dissociatietheorie. Daarbij werden diverse soorten uitlokkende stimuli en uiteenlopende methoden en technieken voor de aanpak van gereactiveerde herinneringen in kaart gebracht. Hoewel dit buiten het bestek van dit reeds lange artikel valt, is het zinvol om deze materie ook vanuit een leertheoretisch kader te beschouwen. Voordelen hiervan zijn onder meer dat een aantal beweringen getoetst kan worden in onderzoek en dat een aantal interventies sterker theoretisch onderbouwd kan worden. Aanzetten hiertoe zijn reeds gegeven met betrekking tot de post-traumatische stress-stoornis en nachtmerries (vgl. Van Linden van den Heuvell & Emmelkamp, 1987), terwijl Nijenhuis (1991a&b) hiermee een begin gemaakt heeft op het terrein van de dissociatieve stoornissen.

Conclusie

In dit artikel is uitvoerig aandacht besteed aan de aard van gereactiveerde traumatische herinneringen en verwante dissociatieve reacties op situaties die in een of ander opzicht overeenkomst vertonen met een vroegere traumatische ervaring. Tal van manieren zijn beschreven waarop met die reacties – in dit artikel in het bijzonder de gereactiveerde traumatische herinneringen – kan worden omgegaan in therapie. Zowel de relevante onderzoeksliteratuur als de bevindingen van individuele therapeuten, waaronder die van de auteurs, leren dat veel meer mensen dan doorgaans wordt aangenomen klachten ontwikkelen naar aanleiding van traumatische ervaringen. Dit wil zeggen dat de hier beschreven verschijnselen ook veel vaker voorkomen dan in de regel wordt onderkend. Kennis van deze verschijnselen en deskundigheid in de omgang ermee dienen dus niet voorbehouden te zijn aan een kleine groep trauma-specialisten; het is wenselijk dat een veel bredere groep hulpverleners zich deze kennis eigen maakt en daardoor beter in staat is deze verschijnselen te herkennen en ermee om te gaan.

Abstract

Traumatic memories are dissociative emotional states in which a traumatic event is partially or more or less completely re-experienced. In this article, attention is especially given to the manifestation and treatment of traumatic memories in patients suffering from multiple personality disorder (MPD). In them, traumatic memories may trigger related dissociative reactions, such as a brief reactive dissociative disorder, switching to another alter personality, and frequent and rapid switching to alter personalities. A practical classification of stimuli

which trigger traumatic memories is the following: (1) time related triggers, (2) events in daily life, (3) the patient's state of mind, (4) specific physiological states, (5) stimuli which trigger intimidations, and (6) acute trauma's. Assimilation and integration of traumatic memories is the most thorough and radical treatment approach, which is, however, not always feasible. The following techniques and procedures are then useful: (1) identifying triggers and, if indicated, relating them to the original trauma, (2) removing the trigger, (3) neutralizing the trigger, (4) emphasizing the safe present, (5) suggesting amnesia for, or more mental distance from the traumatic memory, (6) cue-conditioning to help the patient return to the safe present, (7) presenting safe ways of communicating about the abuse, (8) screening traumatized alter personalities from the outside world, (9) introducing a co- or deputy therapist, and (10) medication and hospitalization as a crisis intervention. It is argued, among other things, that the diagnosis of MPD should not directly lead to an exploratory therapeutic approach; neither should the manifestation of traumatic memories lead to an immediate discussion of the underlying trauma.

Noot

- 1 Dit artikel is mede gebaseerd op een voordracht tijdens de Voor-Conferentie 'Transitions in emotional states', Second European Conference on Traumatic Stress, Noordwijkerhout, 23 september 1991, en op een zogenaamde 'key-note'-presentatie tijdens de Second International Congress on Emergency Psychiatry, Amsterdam, 3-5 april, 1991.

Referenties

- Albach, F. (1991). Tussen amnesie en herbeleving. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46, 134-153.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R*. Washington, DC: Author.
- Bakker, G., Wolthers, H. & Hendriksz, P. (1814). *Bijdragen tot den tegenwoordigen staat van het animale magnetismus in ons vaderland*, Vol. 1. Groningen: Schierbeek & Van Boekeren.
- Barkin, R., Braun, B.G. & Kluft, R.P. (1986). The dilemma of drug therapy for multiple personality disorder. In: B.G. Braun (red.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 107-132). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Blank, A.S. (1985). The unconscious flashback to the war in Viet Nam veterans: Clinical mystery, legal defense, and community problem. In: S.M. Sonnenberg, A.S. Blank & J.A. Talbott (red.), *The trauma of war: Stress and recovery in Viet Nam veterans* (pp. 69-98). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bliss, E.L. & Jeppsen, A. (1985). Prevalence of multiple personality disorder among inpatients and outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 250-251.
- Boon, S. & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.
- Boon, S. & Hart, O. van der (1991a). Het herkennen van dissociatieve stoornissen, in het bijzonder de multiple persoonlijkheid. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 125-138). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S. & Hart, O. van der (1991b). De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 159-188). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brown, D. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Caul, D. (1989). Disaster planning acute loss of the therapist. *ISSMP&D Newsletter*, 7, 3-4.
- Cladder, J. M. (1990). *Hypnose als hulpmiddel bij psychotherapie*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Coane, J. & Braid, B.S. (1990). The language of cues and triggers in ritualistic abuse as found in the work of Cooper Edens. Paper presented at the Seventh International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, Illinois, November 9–11, 1990.
- Dyck, R. van (1986). *Psychotherapie, placebo en suggestie*. Leiden: Academisch proefschrift.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Frenken, J. & Stolk, B. van (1990). *Behandeling van incestplegers*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Graves, S.M. (1989). Dissociative disorders and dissociative symptoms at a community mental health center. *Dissociation*, 2, 119–127.
- Grinker, R.R. & Spiegel, J.P. (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston; Londen: J. & A. Churchill.
- Hart, O. van der (1987a). Pierre Janet over histerie en hypnose. In: O. van der Hart & G. Schurink, *Strategieën in hypnotherapie* (pp. 40–60). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hart, O. van der (1987b). Hypnose voor mensen die te zeer openstaan voor suggesties. In: O. van der Hart & G. Schurink, *Strategieën in hypnotherapie* (pp. 161–170). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hart, O. van der (red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der & Friedman, B. (1990). Trauma-induced total amnesia: Literature review and case report. Paper presented at the Seventh International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, November 9–11, 1990.
- Hart, O. van der & Boon, S. (1991a). Meerdere persoonlijkheidsstoornis bij kinderen. In: H.W.G. Wolters (red.), *Psychotrauma's bij jongeren* (pp. 47–70). Baarn: Ambo.
- Hart, O. van der & Boon, S. (1991b). Schrijfoverdrachten en hypnose in de behandeling van traumatische herinneringen. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 189–218), Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, Boon, S. & Velde, W. op den (1991). Trauma en dissociatie. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 55–70). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, Defares, P.B. & Mittendorff, C. (1991). Epiloog: Traumabehandeling en de persoon van de therapeut. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 349–362). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der & Velde, W. op den (1991a). Traumatische herinneringen. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 71–90). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der & Velde, W. op den (1991b). Traumatische stoornissen. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 91–124). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, Boon, S. & Olthuis, F.H. (in voorbereiding). De synthese van traumatische herinneringen.
- Hendin, H., Pollinger Haas, A., Singer, P., Houghton, W., Schwartz, M.F. & Wallen, V. (1985). The reliving experience in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorders. In: W.E. Kelly (red.), *Post-traumatic stress disorder and the war veteran patient* (pp. 72–84). New York: Brunner/Mazel.
- Herman, J.L., Perry, J.C. & Kolk, B.A. van der (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 390–395.
- Jaffe, R. (1968). Dissociative phenomena in former concentration camp inmates. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 310–312.
- Janet, P. (1889). *l'Automatisme psychologique*. Parijs: Félix Alcan. Reprint: Société Pierre Janet, Parijs, 1973.
- Janet, P. (1891). *Les médications psychologiques* (3 vol.). Parijs: Félix Alcan. Heruitgave: Société Pierre Janet, Parijs, 1986.
- Janet, P. (1894). Histoire d'une idée fixe. *Revue Philosophique*, 37, 121–163. Ook in: P. Janet (1898), *Névroses et idées fixes*, Vol. 1. (pp. 156–212). Parijs: Félix Alcan.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et al psychasthénie* (2 vol.). Parijs: Félix Alcan. Heruitgave: Arno Press, New York, 1976.
- Janet, P. (1904). l'Amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417–453. Ook in: P. Janet (1911), *l'Etat mental des hystériques*, 2e uitgebreide druk. Parijs: Félix Alcan. Heruitgave: Lafitte Reprints, Marseille, 1983.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. Londen/New York: Macmillan. Reprint: Hafner, New York, 1965.
- Janet, P. (1928). l'Evolution de la mémoire et la notion du temps. Parijs: A. Chahine.

- Kleber, R., Draijer, N. & Hart, O. van der (1991). Schokkende gebeurtenissen en traumatische ervaringen. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 25–54). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kluft, R.P. (1991). Hospital treatment of multiple personality disorder: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 695–719.
- Kolk, B.A. van der (1987). The psychological consequences of overwhelming life experiences. In: B.A. van der Kolk (red.), *Psychological trauma* (pp. 1–30). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kolk, B.A. van der & Ducey, C.P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 259–274.
- Kolk, B.A. van der & Hart, O. van der (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaption in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530–1540.
- Langer, L.L. (1991). *Holocaust testimonies: The ruins of memory*. New Haven/Londen: Yale University Press.
- Linden van den Heuvel, C. van & Emmelkamp, P. (1987). Nachtmerries en night terrors. *Dth*, 7, 277–300.
- Loewenstein, R.J. (1991). An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 567–604.
- Loewenstein, R.J., Hornstein, N. & Farber, B. (1988). Open trial of clonazepam in the treatment of posttraumatic stress symptoms in multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 3–12.
- Musaph, H. (1973). Herdenkingsziekte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 117, 1313–1316.
- Noyes, R., Hoenck P.R. & Kupperman, B.A. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 451–458.
- Nijenhuis, E. (1991a). Twee patiënten met een dissociatieve stoornis NAO. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 249–272). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Nijenhuis, E. (1991b). Learning theory and the acquisition, maintenance and treatment of MPD. Lezing gegeven tijdens de 8th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, 15–17 november, 1991.
- Pollock, G.H. (1970). Anniversary reactions, trauma, and mourning. *Psychoanalytic Quarterly*, 39, 347–371.
- Putnam, F.W. (1988). The switch process in multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 24–32.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F.W., Loewenstein, R.J., Silberman, E.K. & Post, R.M. (1984). Multiple personality in a hospital setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 172–175.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L. & Post, L. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Rainey, J.M., Aleem, A., Ortiz, A. et al. (1987). Laboratory procedure for the inducement of flashbacks. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1317–1319.
- Ross, C.A. (1987). Inpatient treatment of multiple personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 779–781.
- Ross, C.A., Norton, G.R. & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413–418.
- Ross, C.A., Anderson, G.A., Fleisher, W.P. & Norton, G.R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1717–1720.
- Sachs, R. (1990). The sand tray technique in the treatment of patients with dissociative disorders: Recommendations for occupational therapists. *Journal of Occupational Therapy*, 44, 1045–1047.
- Saxe, N., Kolk, B.A. van der, Berkowitz, R. et al. (1990). The prevalence of dissociative and post-traumatic symptoms in a psychiatric hospital population. In: B.G. Braun & E.B. Carlson, (red.), *Dissociative Disorders 1990: Proceedings of the 7th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States* (p. 30). Chicago: Rush.
- Schultz, R., Braun, B.G. & Kluft, R.P. (1989). Multiple personality disorder: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression. *Dissociation*, 2, 45–51.
- Shearer, S., Peters, C.P., Quaytman, M.S. & Ogden, R.L. (1990). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 214–216.
- Smith, E. (1916). Shock and the soldier. *Lancet*, 813–817, 853–857.

- Spiegel, D. (1989). Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 295-306.
- Steele, K. & Colrain, J. (1990). Abreactive work with sexual abuse survivors: Concepts and techniques. In: M.A. Hunter (red.), *The sexually abused male: Applications of treatment strategies* (Vol. 11) (pp. 1-55). Lexington, MA: Lexington Books.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Velden, K. van der (1987). De les van Charcot. *Dth*, 7, 5-21.
- Vijselaar, J. & Hart, O. van der (1992). The first report of hypnotic treatment of traumatic grief. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, in druk.
- Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., Ruffins, S. & Block, J. (1990). Physical and sexual abuse in adolescents girls with borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 55-66.