



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 behandeling van traumatische herinneringen bij patiënten met een multiple persoonlijkheidsstoornis

Onno van der Hart en Suzette Boon*

Samenvatting

De behandeling van traumatische herinneringen bij patiënten met een multiple persoonlijkheidsstoornis (MPS) vormt idealiter een afgebakende fase in de meer omvattende therapie van MPS, en is zelf ook onderverdeeld in een aantal subfasen. In (1) de voorbereidingsfase wordt uitvoerig aandacht besteed aan de intrapsychische, interpersoonlijke en fysieke veiligheid van de patiënt tijdens fase 2, en worden het verhaal van de traumatische gebeurtenissen alsmede alle betrokken alters nader in beeld gebracht. Tijdens (2) de synthesefase wordt het trauma doorleefd om de bestaande dissociaties op te heffen (dit wordt 'synthese van de traumatische herinnering' genoemd, die met twee praktijkvoorbeelden wordt geïllustreerd). In (3) de realisatie/integratiefase begint de patiënt zich te realiseren wat hem is aangedaan en integreert hij dat in het geheel van zijn persoonlijkheid. Er bestaan technieken om moeilijkheden die zich tijdens deze fasen kunnen voordoen te voorkomen of op te lossen. Het gebruik van het begrip 'afreageren' in de Noord Amerikaanse literatuur over MPS moet als inadequaat gezien worden.

De multiple persoonlijkheidsstoornis (MPS) is het gevolg van herhaalde traumatisering in de vroege jeugd, waarop het kind met dissociëren heeft leren reageren. Welke vorm MPS ook mag hebben en met welke complicaties de stoornis gepaard kan gaan, voor zover wij weten is het kernprobleem steeds het bestaan van gedissocieerde traumatische herinneringen. Op dit moment lijkt volledig herstel – overigens niet het doel van iedere behandeling – niet mogelijk zonder de verwerking van deze traumatische herinneringen.

De behandeling van traumatische herinneringen vindt in de regel plaats in de context van een gefaseerde en langdurige therapie. In de behandeling van MPS kunnen de volgende fasen of componenten worden onderscheiden (Boon & Van der Hart, 1991): (1) stabilisatie en symptoomreductie, (2) het stellen van de diagnose en het delen van de diagnose met de patiënt, (3) het identificeren van de verschillende alterpersoonlijkheden, (4) het assimileren en integreren van traumatische herinneringen, (5) de integratie van alterpersoonlijkheden, en (6) de postfusie-fase. Een dergelijke indeling is uiteraard ideaaltypisch: in de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat nog lang niet alle alters bekend zijn wanneer de eerste traumatische herinneringen aan bod komen. Voor een nadere beschrijving van deze fasen of componenten verwijzen we naar Boon en Van der Hart (1991). Hier wijzen we er slechts op dat er in de regel

* DR. O. VAN DER HART, psycholoog–psychotherapeut, is bijzonder hoogleraar aan de vakgroep klinische en gezondheidspsychologie van de Rijksuniversiteit Utrecht; hij is verbonden aan de RIAGG Z/NW te Amsterdam als coördinator van het Trauma en dissociatie–team. Correspondentieadres: Onno van der Hart, RIAGG Z/NW, Postbus 75902, 1070 AX Amsterdam.

S. BOON, klinisch psycholoog–psychotherapeut, is verbonden aan het Trauma en dissociatie–team van de RIAGG Z/NW te Amsterdam; zij is wetenschappelijk onderzoeker aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

veel voorwerk is verricht – soms wel van jaren – eer de behandeling van traumatische herinneringen centraal komt te staan.

De behandeling van traumatische herinneringen bij MPS-patiënten is moeilijk; de herbelevingen die in deze fase optreden geven aanleiding tot ernstige crises. Elders hebben we beschreven hoe de therapeut deze kan hanteren (Van der Hart et al., 1992). In dit artikel staan exploratie en integratie centraal. We beschrijven een gestructureerde benadering, waarin de volgende subfasen zijn te onderscheiden: (1) voorbereiding, (2) synthese van de traumatische herinneringen, en (3) realisatie/integratie van deze ervaringen. De synthese van de herinneringen, oftewel het opheffen van de dissociaties, komt in dit artikel het meest uitvoerig aan bod. Onze behandeling is gebruikt bij slachtoffers van seksueel geweld en/of fysieke en emotionele mishandeling in de jeugd. Ervaring is ook opgedaan bij patiënten die het slachtoffer zijn van extreem misbruik en geweld door leden van een satanische sekte. De beschrijving hiervan valt overigens buiten het bestel van dit artikel (zie Young et al., 1991; Young, 1992).

Het dissociëren van kinderen als reactie op herhaalde traumatisering wordt door Shengold (1989, p. 26) een ‘mind-splitting or mind-fragmenting operation’ genoemd. Wanneer deze ‘operatie’ tot de ontwikkeling van MPS leidt, impliceert dit dat de psyche van het kind in onderscheiden deelpersoonlijkheden – ook wel alterpersoonlijkheden of kortweg alters genoemd – is uiteen gevallen. Het is belangrijk dat de therapeut zich steeds bewust blijft van het feit dat de patiënt toch één persoon is. In het vervolg van dit artikel lijkt het er misschien soms op dat wij dit gegeven uit het oog hebben verloren en de deelpersoonlijkheden als reële personen zien. Dit is niet het geval maar als deze indruk wordt gewekt, is dat een weerspiegeling van het feit dat zij zich vaak als schijnbaar reëel verschillende personen manifesteren (en zichzelf dan ook als zodanig beleven).

Traumatische herinneringen en MPS

Het lijden van getraumatiseerde mensen onder hun traumatische ervaringen wordt onder meer bepaald door het feit dat de herinneringen daaraan zijn blijven bestaan in de vorm van gedissocieerde ervaringstoestanden (Janet, 1889, 1904; vgl. Van der Hart & Op den Velde, 1991; Van der Hart et al., 1992). Zolang ze in *dispositionele toestand* verkeren, heeft men er nauwelijks last van. Worden ze gereactiveerd en verkeren ze in *actieve toestand*, dan oefenen ze hun schadelijke werking uit: als stoorzenders overheersen ze het bewustzijn.

Bij mensen die aan MPS lijden wordt een bepaalde traumatische gebeurtenis in de regel door verschillende alters bewaard. Elk van deze alters bewaart in zo’n geval een apart gedissocieerd aspect of onderdeel van de betreffende ervaring. Dat wil zeggen dat de traumatische herinnering niet slechts als geheel gedissocieerd is maar ook nog eens in dissociatieve elementen is uiteengevallen. Naarmate de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis extremer van aard was (bijvoorbeeld met meer geweld gepaard ging of langer duurde), zijn er doorgaans meer alters bij betrokken geweest.

We onderscheiden met betrekking tot de traumatische herinneringen van MPS-patiënten *lineaire* en *parallele* dissociaties. Wanneer patiënten rapporteren dat de alters elkaar tijdens het trauma hebben afgewisseld, spreken we van lineaire

dissociaties: een alter heeft het begin van het misbruik meegemaakt en heeft zich vervolgens aan de gebeurtenis onttrokken, een tweede heeft een volgende fase ondergaan, enzovoort. Er is bijvoorbeeld een alter die het slaan dat aan de verkrachting door vader voorafgaat ondergaat, een volgende die de penetratie ondergaat, en een derde die na afloop bij de keel gegrepen wordt en hoort dat ze vermoord zal worden als ze overer praat. Wanneer patiënten rapporteren dat de betrokken alters gelijktijdig verschillende aspecten van het trauma hebben ondergaan, spreken we van parallelle dissociatie. Bijvoorbeeld: één alter keek tijdens het misbruik of geweld toe en hoorde wat er gebeurde, een tweede ervoer louter de angst en walging, een derde de woede, een vierde de fysieke pijn, en een vijfde seksuele opwindings. Bij traumatische herinneringen is er overigens vrijwel altijd sprake van een combinatie van lineaire en parallelle dissociatie. Er is in bijna alle gevallen ook een alter die het gehele trauma van een afstand heeft waargenomen.

Een onzes inziens volledig geslaagde behandeling van dergelijke herinneringen houdt in: (1) het opheffen van de bestaande dissociaties van de onderscheiden ervarings-elementen van de traumatische herinnering, en (2) de realisatie/integratie van de betreffende gebeurtenis. Hoe moeten we de termen 'herinnering' en 'gebeurtenis' zien in dit verband? Patiënten met MPS zijn immers in hun jeugd langdurig en herhaaldelijk getraumatiseerd. In de praktijk wordt ernaar gestreefd om de behandeling steeds op een overzichtelijk deel van deze chronische traumatisering te richten. Soms heeft zo'n deel inderdaad betrekking op één enkele traumatische gebeurtenis (zoals in praktijkvoorbeeld 2). Er bestaan echter ook herinneringen aan series gebeurtenissen van eenzelfde soort traumatisering, zoals seksueel misbruik door een vader dat jarenlang enkele malen per week plaats heeft gevonden. In de behandeling hoeft dan van een bepaalde serie niet elke keer apart aan bod te komen, maar kan volstaan worden met de herinneringen aan de eerste, de ergste en de laatste keer. Zoals in praktijkvoorbeeld 1 gebeurde, kan de aandacht ook op het patroon van een bepaalde serie trauma's gericht worden.

We noemen het opheffen van de bestaande dissociaties de *synthese* van de traumatische herinnering. Is deze synthese eenmaal bereikt, dan is er geen sprake meer van een traumatische herinnering maar van een 'gewone' herinnering aan een gebeurtenis of serie gebeurtenissen. Dit impliceert bovendien dat de patiënt *zich nu realiseert* wat hem of haar in feite is aangedaan en door wie, en dat hij of zij de betreffende gebeurtenis (en de gevolgen daarvan) *integreert* in de eigen geschiedenis en persoonlijkheid (Janet, 1919). Dit laatste vraagt veel tijd en energie. Zoals wij verderop in meer detail zullen beschrijven, is het in de praktijk belangrijk om onderscheid te maken tussen de subfasen van *synthese* en *realisatie/integratie*.

De behandeling van traumatische herinneringen moet naar onze ervaring niet kort na aanvang van de therapie plaatsvinden. Het is belangrijk de tijd te nemen voor stabilisatie, symptoomreductie, diagnose en identificatie van alters, en de groei van vertrouwen in de therapeut. Het kan soms wel enkele jaren duren voor de tijd rijp is voor de behandeling van traumatische herinneringen.

Het herkennen van traumatische herinneringen

Om traumatische herinneringen te kunnen behandelen, moet men natuurlijk oog hebben voor de tekenen die op reactivering wijzen. Dit is gemakkelijk te identificeren bij flashbacks, volledig dissociatieve episodes of nachtmerries, maar moeilijker wordt het bij het ervaren van angst zonder dat daarvoor een aanleiding lijkt te bestaan of bij het voelen van pijn zonder bekende somatische oorzaak (vgl. Van der Hart et al., 1992). In het eerste geval kan er sprake zijn van een paniekstoornis die niet op een reactivering van een traumatische herinnering is gebaseerd; in het tweede geval kan de pijn mogelijk een andere dan een traumatische oorsprong hebben. Indien de pijn echter hoort bij een traumatische ervaring, is de gebeurtenis zelf vaak nog dieper gedissocieerd: de patiënt heeft daar op zo'n moment geen week van. Overige indirecte tekenen kunnen slaapstoornissen en depersonalisatie zijn (Steele & Colrain, 1990). Is de diagnose MPS eenmaal gesteld, dan kunnen tal van dergelijke klachten vaak als zodanig worden geïnterpreteerd.

Herbelevingen dienen zich natuurlijk ook vroeg in de behandeling aan, wanneer het onzes inziens verstandig is nog niet op de traumatische ervaringen in te gaan. De therapeut kan dan een beroep doen op technieken die heroriëntatie op het heden bevorderen en toedekkende technieken, zoals beschreven door Van der Hart et al. (1992). De therapeut kan de patiënt (en soms ook de partner) bovendien helpen zoeken naar omstandigheden die de kans op reactivering van de herinneringen verkleinen. Bij een seksueel trauma kan het bijvoorbeeld verstandig zijn wanneer de patiënt en diens partner zich tijdelijk van seksueel contact onthouden, of dat dit alleen plaatsvindt als de patiënt het initiatief neemt.

Subfase 1: De voorbereiding

Om de behandeling van traumatische herinneringen goed te laten verlopen, moeten de therapeut en patiënt voorbereidingen treffen. Deze betreffen vooral de veiligheid van de patiënt in deze moeilijke fase rondom en tijdens de synthese-zittingen. Ook de inhoud van de herinnering en de manier waarop die behandeld zal worden, dient vooraf uitvoerig besproken te worden.

Veiligheid

Steele en Colrain (1990) geven aan dat voor intrapsychische veiligheid, interpersoonlijke veiligheid en een veilige omgeving gezorgd moet worden.

– *Het bevorderen van intrapsychische veiligheid.* Dit thema is uiteraard al eerder in de behandeling aan de orde geweest. Voorbeelden zijn: oefenen in het heroriënteren naar het veilige heden; het creëren van een imaginaire veilige plek voor de onderscheiden alters; het gebruik van medicatie om klachten, als angst, gedeprimeerdheid en slapeloosheid, te verlichten; het vaststellen of er geen verbod staat op het praten over het trauma (bijvoorbeeld uit schaamte, schuldgevoelens, loyaliteit, of wegens intimidatie door de dader); het sluiten van concrete en specifieke 'contracten' met het gehele systeem van alters, onder meer om automutilatie en suïcide te voorkomen, en het bespreken van de voorwaarden die daarvoor nodig zijn; het bieden van een cognitief

kader voor de behandeling van traumatische herinneringen, duidelijke uitleg van de te volgen procedures en beklemtonen dat elke volgende stap na gezamenlijk overleg plaats zal vinden. Het is belangrijk het tempo van de patiënt te volgen.

De intrapsychische veiligheid wordt ook bevorderd als de therapeut de medewerking weet te krijgen van het gehele systeem van alters. Het is vooral van belang dat werk aan de traumatische herinneringen gebeurt met toestemming van de zogenoemde leiders van dit in de regel hiërarchisch georganiseerde systeem. Deze 'interne leiders' (we spreken ook wel van de 'top') zijn vaak kopieën van de daders van het misbruik of geweld waarvan de patiënt het slachtoffer is geweest. Zij uiten vaak niet alleen bezwaren tegen de behandeling in het algemeen, maar vooral tegen de behandeling van traumatische herinneringen, die zij, begrijpelijkerwijs, als actie tegen hen zelf zien. Wanneer het misbruik of geweld ter sprake komt, spreekt de therapeut immers niet met sympathie over de daders met wie deze 'interne leiders' zich hebben geïdentificeerd.

Ook andere alters kunnen zich negatief uitlaten over de daders en daarmee het ongenoegen van deze 'interne leiders' oproepen. Zij kunnen de behandeling tegenwerken, niet alleen door een goede uitvoering te blokkeren maar ook door de deelnemende alters te straffen met automutilatie of hun opdracht te geven zich te suicideren. De therapeut verzekert zich al voor aanvang van deze fase van de medewerking van deze alters. Deze moeilijke taak kan maanden in beslag nemen. In onze ervaring leidt het systematisch positief etiketteren van het gedrag van deze 'interne leiders' het snelst tot samenwerking. In de eerste plaats wordt hun duidelijk gemaakt dat zij *niet* de feitelijke daders zijn, maar juist ter bescherming van de persoon als geheel zijn ontstaan. Zij hebben een zeer moeilijke en eenzame functie te vervullen in het geheel van de persoon, namelijk het bewaren van de boosheid over het misbruik of geweld dat de patiënt heeft ondervonden. De therapeut reageert begripvol op het feit dat zij soms de controle verliezen en keenelijk nog geen andere manier weten dan de woede tegen zichzelf te richten, ook al beleven zij zelf dat zij de woede tegen anderen, dat wil zeggen tegen andere alters richten. De therapeut legt hun ook uit dat het niet diens bedoeling is de patiënt 'zomaar' over de traumatische gebeurtenissen te laten praten: dat leidt alleen maar tot onnodige herbelevingen, die steeds opnieuw een golf van emoties in het hele systeem teweeg brengen en het deze alters moeilijk maken. Zij lopen het risico de controle over hun woede weer kwijt te raken en zich genoodzaakt te voelen andere alters op te dragen zich te verwonden of zich te suicideren. Nogmaals, dergelijke opdrachten geven zij niet voor hun plezier, maar eenvoudig omdat zij nog niet over betere manieren beschikken om met hun woede om te gaan.

Door deze 'interne leiders' consequent positief te bejegenen, raken zij geleidelijk aan op een meer constructieve manier betrokken bij de behandeling. Er kunnen steeds gemakkelijker afspraken met hen gemaakt worden. Zij gaan ook steeds beter beseffen dat de verschillende stappen in de behandeling ook voor hen verlichting betekenen. Het creëren van een veilige plek voor angstige kindalters, bijvoorbeeld, voorkomt voor een belangrijk deel dat deze alters op onverwachte momenten schrikken en 'in een herbeleving raken'. Hierdoor wordt de woede bij de 'interne leiders' ook minder gereactiveerd. Zijn de 'interne leiders' er eenmaal van overtuigd dat zij baat hebben bij de behandeling, dan veranderen zij van 'interne agressoren' tot de belangrijkste helpers. De therapeut streeft er idealiter naar deze metamorfose te laten plaatsvinden voordat met de behandeling van de traumatische herinneringen begonnen wordt. Het is in ieder geval noodzakelijk om met deze alters te kunnen overleggen en hun toestemming

voor deze behandeling te verkrijgen. (In een volgende publikatie hopen wij nader in te gaan op de omgang met deze groep alters).

– *Het bevorderen van interpersoonlijke veiligheid voor de patiënt.* De patiënt dient zich bij de therapeut veilig te voelen als de traumatische herinneringen aan bod komen. In de loop van de behandeling is er als regel een goede verstandhouding tussen patiënt en therapeut ontstaan. Eventuele moeilijkheden in het contact zijn besproken en opgelost, en de patiënt ervaart dat de therapeut zijn of haar persoonlijke grenzen respecteert.

Een specifiek thema hierbij is lichamelijke aanraking. Aanraken kan nodig zijn om: (1) de patiënt tegen zichzelf te beschermen, (2) de patiënt (of een bepaalde alter) te troosten, of (3) de patiënt te heroriënteren in tijd en plaats. De therapeut bespreekt het mogelijk gebruik van aanraking en het doel daarvan, en vraagt de patiënt om toestemming. Tijdens deze bespreking wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen een beschermende of steunende aanraking en een seksueel getinte of anderzins grensoverschrijdende aanraking, die uiteraard taboe is.

De meeste patiënten zien op tegen de exploratie van traumatische herinneringen. De therapeut toont hiervoor respect en begrip, en gaat samen met de patiënt – en eventueel met ervaren collega's – zorgvuldig na of deze aanpak inderdaad geïndiceerd is. Voordat zij aan een dergelijke onderneming beginnen, doen therapeuten er goed aan zichzelf af te vragen of zij voldoende bestand zijn tegen de confrontatie met intense herbelevingen. Er is een reëel risico van secundaire traumatisering van de therapeut (vgl. Van der Hart et al., 1991). Een eigen onverwerkte geschiedenis van misbruik vormt een goede reden om dit werk aan anderen over te laten. Begeleiding, bijvoorbeeld in de vorm van opvang na afloop door een op dit terrein ervaren collega, kan voor alle therapeuten nodig zijn. Het is soms nodig om bepaalde synthesezittingen met een collega te doen.

Ten slotte kan de therapeut met de patiënt extra aandacht besteden aan mogelijkheden tot steun uit de eigen omgeving. Soms is het wenselijk om ook de partner of een goede vriend of vriendin uitleg te geven over de aanstaande behandeling van traumatische herinneringen en voor te bereiden op situaties waarin de patiënt extra hulp nodig zal hebben.

– *Het bevorderen van een veilige omgeving.* Tijdens het opheffen van de dissociaties van de traumatische herinnering bestaat de mogelijkheid dat de patiënt nogal beweeglijk is. Daarom moet er voldoende ruimte zijn en moeten meubelen met scherpe randen verwijderd zijn.

Wij maken soms van een speciale ruimte gebruik die redelijk geluiddicht is (prettig wanneer de patiënt de behoefte heeft om te schreeuwen) en waarin zachte banken, kussens en een judomat op de vloer zijn. Een brede bank of matras met kussens biedt overigens ook uitkomst.

Bestaat er kans op fysiek geweld door een alter die zich in het nauw gedreven voelt of is de patiënt bang voor zijn eigen agressie tijdens de synthese, dan moet de therapeut deze zittingen in ieder geval samen met ten minste een collega doen. Deze angst komt nogal eens voor bij vrouwelijke patiënten met een verleden van seksueel misbruik die een vrouwelijke therapeut hebben. Het gaat er dan vaak om dat de patiënt bang is dat

een alter die zich met de dader heeft geïdentificeerd zich aan de therapeute zal vergrijpen. De aanwezigheid van een vertrouwde mannelijke collega wordt dan als geruststellend ervaren. Deze angst treedt overigens minder op wanneer er al een goede samenwerking bestaat met de 'interne leiders'. Zij worden dan ook niet meer als de daders gezien door andere alters, en zelf zijn ze vaak minder bang voor hun eigen agressie. Soms hebben wij deze 'interne leiders' al in een vroeger stadium van de behandeling met behulp van hypnose geleerd om bij een afgesproken teken van de therapeut (een bepaald gebaar samen met de boodschap 'Stop!') te verslappen, zodat zij bijvoorbeeld niet in staat zijn om hun armen en benen te bewegen en de therapeut iets aan te doen (vgl. Boon & Van der Hart, 1991). Wanneer een patiënt erg bang is voor een agressieve reactie, wordt soms gebruik gemaakt van een deken waarin de benen en zondig het bovenlichaam (inclusief armen) gewikkeld worden. Dankzij deze 'vriendelijke' immobilisatie is er minder kans dat de patiënt zichzelf of de therapeuten iets aandoet. Soms is een (kortdurende) opname in een geschikte afdeling in een intramurale setting verstandig.

De veiligheid die een gesloten afdeling kan bieden is ook nodig als te verwachten valt dat betrokken alters ernstig van slag zullen zijn en de patiënt acuut suïcidaal wordt wanneer er: (1) nog gedissocieerde resten – vaak de meest moeilijke – van de traumatische ervaring zijn blijven bestaan en weer zijn gaan opspelen, of (2) de patiënt zich na de synthese gaat realiseren wat er in het verleden heeft plaatsgevonden en deze confrontatie niet aankan. Dan overheerst tijdelijk de gedachte bij de patiënt dat hij of zij niet met dit gegeven kan leven; iets wat vooral speelt bij trauma's waarbij alters zelf als daders zijn opgetreden. Voorafgaande aan de synthese is er bij dergelijke patiënten overigens al vaak, mede als gevolg van intense schuldgevoelens, paniek en suïcidaliteit. Direct na een kennelijk geslaagde synthese zijn dergelijke gevoelens verdwenen, maar kort daarop kan tijdelijke een sterke neiging tot suïcide overheersen. Er zijn in Nederland helaas nog te weinig gesloten afdelingen waarbinnen de ambulante therapeut, indien nodig, de behandeling van traumatische herinneringen van MPS-patiënten kan verrichten. De genoemde risico's en gevaren treden in de praktijk overigens weinig op. Vooral wanneer de therapeut zich van de medewerking van de 'interne leiders' verzekerd heeft, verloopt de synthese doorgaans rustig.

Ten slotte is het nodig dat de patiënt veilig en wel naar huis gaat. Om dit te bevorderen, moet de zitting zo lang kunnen duren dat de procedure goed kan worden afgerond en de patiënt alle gelegenheid heeft om bij te komen en zich te heroriënteren.

Exploratie van de traumatische herinnering

Parallel aan de voorbereidingen met betrekking tot de veiligheid van de patiënt (en de therapeut), doet de therapeut er goed aan zoveel mogelijk te weten te komen over de traumatische gebeurtenis of gebeurtenissen die nu centraal staan.

1. *De context van het trauma in beeld brengen.* In de eerste plaats is het goed de betreffende gebeurtenissen in hun historische context te plaatsen: hoe oud was de patiënt, in welke (gezins)omstandigheden verkeerde hij of zij, enzovoort. Bij seksueel misbruik door de vader is het bijvoorbeeld belangrijk te weten hoe het contact met moeder was. Bij een patiënte was het een belangrijk gegeven dat ze naar haar idee

helemaal niet terecht kon bij haar kille, afstandelijke moeder. Bij een ander het feit dat haar vader haar dreigde haar jongere zusje te misbruiken als zij hem z'n gang niet liet gaan. Enkele van dergelijke gegevens zijn reeds aan de orde gekomen tijdens gesprekken waarin de patiënt zich afvraagt hoe het zover heeft kunnen komen.

2. *Het verhaal compleet maken.* Hiernaast is het belangrijk een zo compleet mogelijk chronologisch relaas van de traumatische gebeurtenis te horen/in beeld te brengen. Bij het verzamelen van de gegevens dient begonnen te worden met wat aan het trauma voorafging ('T-1'), gevolgd door wat er successievelijk tijdens de traumatische gebeurtenis plaatsvond ('T'), en tenslotte wat erna gebeurde ('T+1'). Het is belangrijk door te vragen of het trauma vervolgens niet tot andere traumatische ervaringen aanleiding gaf. Daar moet immers ook rekening mee gehouden worden tijdens de synthese-fase.

Nadat Léonie op haar negende door haar vader was verkracht, geloofde ze dat ze zwanger was. Dit riep intense gevoelens van angst, schuld en schaamte op. In een poging een einde te maken aan de vermeende zwangerschap, stak ze breinaalden in haar vagina. Tenslotte deed ze een suïcidepoging door in haar polsen te snijden. In de behandeling van de traumatische herinnering van de verkrachting moest van meet af aan rekening gehouden worden met dit eveneens traumatische vervolg.

Het grote probleem bij het in kaart brengen van wat zich feitelijk heeft afgespeeld is dat dit herbelevingen stimuleert, met alle reacties van dien (zoals de neiging tot automutilatie en/of suïcide). Daarom doet de therapeut er goed aan de relevante informatie te verzamelen bij een alterpersoonlijkheid die wel weet wat er gebeurd is maar het trauma zelf *niet* heeft ondergaan. MPS-patiënten hebben bijna altijd observerende alters die deze informatie op een afstandelijke manier kunnen verstrekken. Soms ook is zo'n alter in staat en bereid het verslag van het trauma thuis op te schrijven en de volgende zitting aan de therapeut te overhandigen. Ten slotte blijkt zo'n alter in de regel het vermogen te hebben om andere alters onwetend te laten zijn over wat wordt opgeschreven of met de therapeut wordt besproken.

Als een observerende alter het verhaal vertelt in de zitting of thuis opschrijft, is het ter voorkoming van ongewenste herbelevingen belangrijk dat de alters die het trauma wél hebben ondergaan worden afgeschermd. Onze ervaring is dat bijna iedere MPS-patiënt over alters (zoals bovengenoemde observerende alters) beschikt die andere alters van de buitenwereld of van bepaalde interne of externe gebeurtenissen kunnen afschermen. Deze horen dan niet wat er tijdens de zitting over het trauma wordt verteld of lezen niet wat er thuis over op papier wordt gezet. De therapeut kan zelf ook bepaalde alters leren zich terug te trekken op een 'veilige plaats' of achter een 'scherm' of 'wand', waardoor zij niets horen, zien of voelen wat met het trauma te maken heeft (vgl. Van der Hart et al., 1992).

Het opschrijven of vertellen help de therapeut aan een overzicht van de gebeurtenissen. Het is daarnaast ook een stap in de richting van synthese en realisatie/integratie. Sommige MPS-patiënten, of althans bepaalde alters van hen, hebben behoefte het trauma te tekenen, te schilderen of (als ze op de mogelijkheid gewezen worden) met behulp van poppetjes in een zandbak vorm te geven.

3. *Nagaan welke alters op welke manier bij het trauma betrokken zijn.* Te weten welke alters bij het trauma betrokken waren is niet alleen belangrijk om hen te kunnen afschermen wanneer het verhaal over de gebeurtenissen wordt verteld. De therapeut moet ook weten welke alters welke relevante aspecten van de traumatische gebeurtenis hebben ervaren, om de bestaande seriële en parallelle dissociaties van het trauma in kaart te brengen. Zoals vermeld, moeten die allemaal opgeheven worden wil er van een volledig geslaagde synthese sprake zijn.

‘Relevant’ heeft in dit verband betrekking op de informatie die de patiënt (of bepaalde alters) zelf wil (of willen) vermijden; met andere woorden, waarop de ‘fobie voor de traumatische herinnering’ betrekking heeft. Van der Hart en Op den Velde (1991a), die de meest bedreigende deelervaringen de ‘pathogene kernen’ van een trauma noemden, beweerden dat vermindering daarbij tot de sterkste dissociaties aanleiding heeft gegeven. Deze ‘pathogene kernen’ bestaan niet alleen uit kennis van de gebeurtenis en bijbehorende (maar gedissocieerde) emotionele reacties, maar ook uit de diverse zintuigelijke gewaarwordingen en de bewegingen van het lichaam op dat moment.

Een voorbeeld van een ‘pathogene kern’ met betrekking tot seksueel misbruik is de orale verkrachting, die onderdeel vormt van meeromvattend seksueel geweld. Tijdens deze orale verkrachting wordt onder meer het volgende ervaren: fysieke sensaties, zoals de penis diep in de keel voelen bewegen, het gevoel te stikken, misselijkheid; visuele beelden van de onderbuik van de dader; het ruiken van diens lichaamsgeur; het voelen van de pijn aan de haren waar de dader aan trekt; gevoelens van angst en paniek, walging en woede; gedachten dat er geen uitweg is, dat mama haar in de steek gelaten heeft, dat ze vader haat, dat ze slecht is en dit verdient, dat ze zelf papa is; gedragingen als het hoofd proberen weg te draaien en proberen te gillen (wat niet lukt). Tijdens zo’n overweldigende gebeurtenis treedt, zoals eerder werd genoemd, ‘mind-fragmentation’ (Shengold, 1989) op: verschillende alters ervaren verschillende aspecten van dit drama en bewaren vervolgens deze gedissocieerde deelaspecten van de traumatische herinnering.

De therapeut kan navragen welke alters op welke manier bij het trauma (of de serie trauma’s) betrokken waren. Hij of zij kan ook van het zogeheten BASK-model gebruik maken om na te gaan of alle relevante dimensies van een pathogene kern of het gehele trauma daarmee aan bod zijn gekomen (Braun, 1988a, b). Het woord BASK is een acronym (letterwoord), waarbij de B staat voor het gedrag (lichaamsbewegingen) dat tijdens het trauma is uitgevoerd; A staat voor affect oftewel de emoties, S voor lichamelijke sensaties met betrekking tot alle onderscheiden zintuigelijke dimensies, en K voor kennis (dat wil zeggen, wat er over de gebeurtenis indertijd geweten werd). Voor het gemak rekenen we wat er gedacht werd ten tijde van het trauma tot deze K. Wanneer bij de bespreking van wat de bij een trauma betrokken alters hebben ervaren, één van deze dimensies ontbreekt is het zinvol om na te gaan of er wellicht nog alters ontbreken.

Het in kaart brengen van een traumatische ervaring ten behoeve van een synthese moet alle ‘pathogene kernen’ omvatten, en een geslaagde synthese houdt in dat de dissociaties die op al deze pathogene kernen betrekking hebben zijn opgeheven. In behandelingen waarbij we in het verleden minder zorgvuldig zijn nagegaan of de chronologie klopte, wat de pathogene kernen waren en welke alters precies bij het trauma betrokken waren, zijn we na afloop van een schijnbaar geslaagde synthese wel

eens voor onaangename verrassingen komen te staan. De synthese van de traumatische herinnering aan een verkrachting door vader was bijvoorbeeld wel geslaagd, maar de daarop volgende suïcidepoging was buiten beeld gebleven. Het resultaat was een (gelukkig niet geslaagde) suïcidepoging op de avond na de synthesezitting.

Eerder werd genoemd hoe belangrijk het is dat de therapeut de alters die zich met de dader(s) hebben geïdentificeerd reeds voor de synthese van de betreffende traumatische herinnering kent en dat zij hun medewerking hebben toegezegd. Het volgende voorbeeld illustreert iets van de moeilijkheden die kunnen optreden als dat nog niet het geval is.

Bij Léonie bleek een voor de therapeut nog onbekend 'vaderdeel' zich aan de synthese van een verkrachting door vader te hebben onttrokken. Zij kreeg korte tijd na deze voor het overige geslaagde synthese weer last van bepaalde flashbacks, die bij nader inzien met deze alter te maken hadden. Met veel moeite lukte het de therapeut met deze alter in contact te komen (die, zo bleek later, tijdens deze verkrachting was ontstaan). De therapeut gaf aan dat hij ervan overtuigd was dat dit 'vaderdeel' dat zelf overigens te kennen gaf zich als de vader te zien, deze positie had ingenomen ter bescherming van Léonie als totale persoon. Het 'vaderdeel' kon vervolgens iets van zijn eigen inzichten vertellen. Het dacht dat alle meisjes en vrouwen verkracht worden en dat alle mannen verkrachten. Omdat de betreffende verkrachting zo gewelddadig was geweest, had hij haar niet willen ondergaan. De enige uitweg was geweest zich te identificeren met de vader, en dus 'dader' te worden. Tijdens volgend seksueel misbruik, zo vertelde dit 'vaderdeel', wist het wat komen ging en deed het 't 'daarom maar zelf: dan was het sneller voorbij'. De therapeut kreeg uit dit betoog voldoende informatie om de in wezen beschermende functie van dit 'vaderdeel' te beklemtonen. Hij probeerde deze alter duidelijk te maken dat niet alle mannen verkrachters zijn en evenmin de therapeut, maar dat deze alter dat indertijd niet had kunnen weten omdat Léonie al eerder door haar opa en een oom seksueel gemolesteerd was. Hij kreeg een positief contact met dit in het geheel van alters geïsoleerde deel en wist de andere alters ertoe te bewegen het op te nemen in hun kring. De volgende synthese van deze verkrachting kon ook het aandeel van dit 'vaderdeel' omvatten.

Ook als de therapeut van te voren meent een volledige inventarisatie van de betrokken alters te hebben gemaakt, kan het voorkomen dat toch pas na een synthesezitting tot dusver onbekende alters naar voren komen die ook bij het trauma betrokken waren. Alle alters die het trauma hebben ondergaan moeten vroeg of laat aan de synthese deelnemen, wil de behandeling van de betreffende traumatische herinnering slagen. De therapeut moet echter ook nagaan of er andere alters (die het trauma niet hebben ondergaan) bij de synthese aanwezig zullen zijn, bijvoorbeeld voor het verrichten van bijstand. Belangrijker nog is het na gaan welke alters juist voor het meemaken van de synthese beschermd moeten worden. Soms blijkt dat de 'hoofdpersoon' te zijn (over wie later meer).

Uitleg werkwijze en planning van de behandeling

Een zorgvuldige uitleg van het doel van de behandeling van traumatische herinneringen en de manier waarop dit doel bereikt kan worden is noodzakelijk. De therapeut kan deze uitleg geven aan de 'hoofdpersoon', en vervolgens in detail doornemen met de 'helpende alter' (of groep van alters) die relevante informatie verstrekt over het trauma. Met hen kan nagegaan worden hoe en door wie de betrokken alters worden ingelicht.

Soms is het het beste als de observerende alters daarmee een begin maken, vooral als een aantal van de betrokken getraumatiseerde kindalters de therapeut nog niet kennen. Doorgaans moet er iets van positief contact tussen hen en de therapeut zijn ontstaan voordat de synthese kan plaatsvinden.

Uiteraard is een nauwkeurige planning een belangrijk aspect van de voorbereiding. Zo is bijvoorbeeld een snel naderende vakantie van therapeut of patiënt reden om de synthese uit te stellen. Bij het maken van de afspraak voor de synthese moet de therapeut beklemtonen dat het heel goed mogelijk is dat er nog iets naar voren komt waardoor de betreffende procedure beter even uitgesteld kan worden. Als het maar even kan moeten alle externe en interne omstandigheden optimaal zijn om de synthese te laten plaatsvinden. Met betrekking tot de zitting zelf houdt dit in dat de therapeut voldoende tijd moet uittrekken.

Uitleg van de reden waarom de behandeling van traumatische herinneringen goed kan zijn, heeft in de regel al veel eerder in de therapie plaatsgevonden. Het is goed om in het kader van de traumabehandeling nader op deze reden in te gaan. Daarbij gaat het dan om het feit dat gereactiveerde traumatische herinneringen ten gevolge van hun dissociatieve karakter herbelevingen van het trauma blijven en bijbehorende klachten derhalve niet verdwijnen. De herinneringen zijn geen geïntegreerd onderdeel van de betrokken alters respectievelijk het geheel van de persoonlijkheid. Om dit te bereiken moeten de bestaande dissociaties met betrekking tot het trauma worden opgeheven. Dat wil zeggen dat betrokken alters hun respectieve deelervaringen van het trauma met elkaar delen, er samen een geheel van maken, en de betreffende ervaring eventueel of te zijner tijd ook met de andere alters delen. In de hieraan gewijde zitting moeten ze contact houden met de therapeut, die 'het veilige heden' vertegenwoordigt, en vandaar uit terug gaan in de tijd naar de situatie direct voorafgaande aan het trauma, en vervolgens de gehele ervaring met elkaar delen. In principe kunnen alle betrokken alters dat in één zitting (parallele synthese), maar afhankelijk van onder meer de omvang en ernst van het trauma kan het ook meer gefaseerd gebeuren (seriële synthese). De therapeut beklemtoont daarbij dat *het uiteindelijke effect van de procedure staat of valt met het al of niet volledig zijn*. Bij een volledige synthese zijn de klachten die met het herbeleven van het betreffende trauma samenhangen verdwenen. De therapeut beklemtoont dat een 'volledige synthese' niet alle mogelijk aspecten van het trauma hoeft te omvatten; wel die elementen (of 'pathogene kernen') die de dissociaties in stand houden. Vervolgens geeft de therapeut uitleg over de concrete werkwijze en de keuzemogelijkheden daarbij. (Deze zullen hieronder nader besproken worden).

Cognitieve correcties aanbrengen

Het rechtstreeks in contact komen met de betrokken alters voorafgaande aan de synthese heeft niet alleen tot doel iets van een vertrouwensband met hen tot stand te brengen. Vaak is het daarbij ook belangrijk hen te motiveren tot de synthese en hun verzet zorgvuldig te bespreken. Deze weerstand is doorgaans gekoppeld aan een bepaalde perceptie van het trauma en aan de functie die de betreffende alter tijdens het trauma vervulde. De therapeut moet de tijd nemen hun in wezen foutieve cognities te corrigeren. Het 'vaderdeel' van Léonie vormt een kenmerkend voorbeeld: het moest leren dat het niet de vader zelf was maar een 'vaderdeel' van haar dat ontstaan was omdat het trauma ondragelijk was; dat niet alle vrouwen verkracht worden en dat ze

als totale persoon nu veel beter in staat zijn voor eigen veiligheid te zorgen; dat niet alle mannen verkrachters zijn, enzovoort. Een ander voorbeeld betreft de 'moederalter' van Léonie.

Dit 'moederdeel' wilde aanvankelijk ook niet meewerken aan de synthese van de herinnering aan deze verkrachting door vader. Zij zei tegen Lenie, zoals patiënte als meisje genoemd werd, dat ze niet deugde en dat ze daarom verkracht werd. Het bleek dat de moeder van Lenie ook vaak had gezegd dat ze niet deugde. Lenie had dan ook geen enkele steun van haar ondervonden. Zij was veeleer medeplichtig door impliciet goed te keuren wat vader met haar deed. Het 'moederdeel' kon echter aangeven dat zij zei dat Lenie niet deugde, omdat daarmee voorkomen zou worden dat ze tijdens de synthese haar woede jegens vader zou gaan voelen en uiten. Dat zou levensgevaarlijk zijn, want haar vader zou haar dan vermoorden. Ze had immers de moorddadigheid van vader maar al te zeer gezien. Het kostte de therapeut veel tijd dit 'moederdeel' ervan te overtuigen dat zij ernaast zat. De woede kon gevoeld en geuit worden omdat de vader geen enkele bedreiging meer vormde. Het 'moederdeel' zwichtte tenslotte voor de argumenten en leverde haar bijdrage aan de synthese. Vervolgens vroeg zij van de therapeut en de andere alters extra steun, omdat ze haar functie kwijt was en nog geen nieuwe had.

Zoals deze voorbeelden illustreren, zijn foutieve cognities vaak het gevolg van de negatieve boodschappen door de ouders en andere daders aan het mishandelde en misbruikte kind. Het is belangrijk deze oorsprong te achterhalen. Overigens is het corrigeren van foutieve cognities bij alters niet alleen voor de synthese nodig maar ook erna. Deze therapeutische techniek is in bijna alle fasen van de behandeling van beland (vgl. Ross & Gahan, 1988). Nieuwe cognities 'moeten steeds opnieuw bekrachtigd worden in de loop van de behandeling om de oude bevelen [injunctions] volledig te vervangen' (Steele & Colrain, 1990, p. 39).

Subfase 2: De synthese van traumatische herinneringen

In de subfase van de synthese van een traumatische herinnering wordt de traumatische herinnering opgeroepen, door de betrokken alters herbeleefd en met eventuele andere alters gedeeld, en de bestaande dissociaties worden opgeheven. Het is belangrijk te beseffen dat de synthese dus niet louter een herbeleving is: de getraumatiseerde alters beleven weliswaar hun eigen ervaringen opnieuw, maar die van andere betrokkenen voor het eerst. En voor de andere alters met wie het trauma wordt gedeeld gaat het helemaal om een voor hen nieuwe ervaring.

Er zijn in principe twee soorten benaderingen van de synthese van een traumatische herinnering, namelijk de *seriële synthese* en de *parallele synthese*. De eerste omvat per definitie een aantal zittingen, de tweede vindt doorgaans in één zitting plaats. Onze praktijk leert dat zo'n parallele zitting wel eens herhaald moet worden, bijvoorbeeld omdat ontdekt wordt dat er nog meer alters bij het trauma betrokken zijn.

Seriële synthese

De seriële synthese wordt gekenmerkt door het volgen van de (her)beleving van de patiënt. Er wordt niet of weinig systematisch nagegaan welke alters bij het trauma betrokken waren.

De kern van deze benadering is dat de patiënt – na de nodige voorbereidingen – wordt begeleid in het in gedachten teruggaan naar de omstandigheden voor de traumatische gebeurtenis. De therapeut instrueert de patiënt tijdens het herbeleven van de gebeurtenissen steeds contact met hem of haar te houden. Voorbeelden van wat de therapeut de patiënt kan vragen zijn ‘En wat gebeurde er toen?’ en ‘Wat werd erbij gevoeld?’ De therapeut is niet zozeer geïnteresseerd in een feitelijk verslag maar in het aan bod laten komen van de ‘pathogene kernen’ met bijbehorende relevante ervaringsdimensies.

De praktijk leert dat deze procedure een aantal malen moet worden herhaald (vandaar de benaming ‘seriële synthese’). Er treden na afloop van de zitting nog steeds herbelevingen van het trauma op. Dit komt doordat niet alle bij het oorspronkelijke trauma betrokken alters aan de synthese hebben deelgenomen of hun volledige aandeel daaraan hebben geleverd. De kans daarop is uiteraard zeer groot als de therapeut niet zorgvuldig heeft nagegaan om welke alters het in feite gaat en hen niet heeft voorbereid op de synthese. Zoals vermeld, is het aan te bevelen juist veel aandacht te besteden aan zo’n inventarisatie en voorbereiding.

Syntheses waarbij verschillende alters aan bod komen leveren niet alleen verschillende belevingen van de traumatische gebeurtenissen op maar soms ook verschillende versies. Putnam (1989) wijst erop dat hij het antwoord op de vraag wat werkelijk gebeurd is en wat fantasie is, niet kan beantwoorden. Naar ons idee kan fantasie overigens ook een onderdeel van de oorspronkelijke traumatische ervaring zijn. Charcot (1887) heeft hiervan een klassiek voorbeeld gegeven (overigens niet bij een MPS-patiënt).

Zijn patiënt LeLog was aangereden door een paard en wagen, en door zijn val op de grond was hij bewusteloos geraakt. Toen hij weer bijkwam, kon hij zijn beide benen niet meer gebruiken. Medisch onderzoek bracht echter geen somatische oorzaak aan het licht. Waar het wel om ging was het feit dat LeLog vlak voordat hij bewusteloos raakte de wielen van de kar zag naderen en geloofde dat zij hem zouden overrijden. Door het verliezen van zijn bewustzijn was hij niet in staat het te corrigeren: het werd in de termen van Janet onderdeel van gedissocieerde traumatische ervaring en lag als zodanig aan de verlamming ten grondslag (vgl. Van der Hart & Op den Velde, 1991b).

Ook wanneer de betrokken alters bekend zijn, kunnen therapeut en patiënt voor een seriële synthese kiezen. In zo’n geval wordt nagegaan welke alters in een eerder stadium aan bod komen en welke later.

Om de synthese goed te laten verlopen, kan de therapeut gebruik maken van *hypnotische technieken*. Sommige daarvan, zoals het creëren van een (imaginaire) ‘veilige plek’ voor de alters, zijn in den regel al eerder toegepast, zodat de therapeut daar nu eenvoudig een beroep op kan doen. Op deze veilige plek kunnen de alters die nog niet aan de synthese deelnemen zich terugtrekken.

Andere hypnotische technieken worden gebruikt om een geleidelijke synthese te bevorderen. Hierbij wordt geprobeerd de synthese over een aantal zittingen uit te smeren. Een bruikbare techniek is de ‘imaginaire video’; hierop kan de patiënt steeds een stukje van de gebeurtenis zien en de hierbij behorende gevoelens en lichamelijke sensaties oproepen. Een andere hypnotische techniek is het ‘veilig opbergen’ van de elementen van de traumatische ervaring die nog niet aan bod zijn gekomen. Voor een uitvoerige beschrijving van deze technieken verwijzen we naar Van der Hart en Boon (1991a).

Parallele synthese

De parallelle synthese is de meest gestructureerde en meest krachtige vorm. We hebben deze oorspronkelijk door Stephen Ray ontwikkelde benadering geleerd van Pamela Reagor (1990, persoonlijke mededeling) en Barbara Friedman (1990, persoonlijke mededeling). Sommige patiënten worden in de loop van de behandeling met traumatische herinneringen geconfronteerd, die niet goed met seriële synthese verwerkt kunnen worden. Een voorbeeld is de ‘herinnering’ aan een langdurige verkrachting, waarbij vele alters betrokken zijn, en die is uitgemond in een ernstige suicidepoging. Juist omdat zo’n trauma zo veelomvattend is, lijkt een voorzichtige stap-voor-stap aanpak op z’n plaats te zijn. Onze ervaring leert dat het echter lang niet altijd mogelijk is na een geslaagde deelsynthese de nog gedissocieerde rest veilig en wel op te bergen in een imaginaire kluis of zoiets dergelijks. Als de genoemde suicidepoging nog niet aan bod gekomen is, bijvoorbeeld, bestaat het risico dat de patiënt die gaat herbeleven en mogelijk zelfs opnieuw tot uitvoer brengen.

De essentie van de synthesesetchniek is dat de therapeut de patiënt begeleidt tijdens een kortdurende intensieve ervaring waarin de lineair en parallel gedissocieerde aspecten van de traumatische herinnering worden opgeroepen en bij elkaar gevoegd.

De eerste stap in de toepassing van de synthesesetchniek is de introductie. De therapeut geeft uitleg over het principe en de vorm van de techniek. Soms moet die uitleg in twee rondes plaatsvinden: de eerste ronde met de volwassen alters (die niet allemaal het trauma meegemaakt hebben) en een ronde met de getraumatiseerde kindalters. Omdat deze kindalters het vaak doodeng vinden om weer met het trauma geconfronteerd te worden, kost het tijd en enige overredingskracht om hen te motiveren aan de synthese deel te nemen.

Wanneer het verhaal van het betreffende trauma in kaart is gebracht en is opgeschreven, en het duidelijk is welke alters erbij betrokken zijn, verdeelt de therapeut dit verhaal in tien tot twintig chronologische stukken, elk vergezeld van een tel. Het precieze aantal tellen is afhankelijk van onder meer de omvang en complexiteit van het trauma. Tijdens het uitvoeren van de procedure zelf leest de therapeut deze aldus onderverdeelde stukken chronologisch voor. Daarbij moedigt hij of zij de betrokken alters hun respectieve deelervaringen (betrekking hebbend op alle dimensies van Brauns BASK-model) met elkaar te delen en samen te voegen. Omdat de betrokken alters van te voren zijn geïnformeerd over het totale aantal tellen waarin het verhaal is onderverdeeld, weten zij steeds hoeveel hun nog te wachten staat. Juist omdat in de herbeleving van een trauma een besef van chronologische tijd mist, wordt hiermee een

steunende structuur geboden. Praktijkvoorbeeld 1 geeft een verbatim-verslag van de instructie en een samenvatting van de uitvoering van de synthese-techniek.

In de zitting waarin de synthese-techniek wordt toegepast, wordt de procedure om te beginnen nog éénmaal doorgenomen. De therapeut gaat daarbij na of alle betrokken alters duidelijk weten waar het om gaat en of zij bereid zijn mee te werken. Vervolgens vraagt de therapeut alle bij het trauma betrokken alters naar voren te komen en zich gereed te maken voor het delen en samenvoegen van hun respectieve deelervaringen. Ook de alters die het trauma niet hebben meegemaakt maar wel bij de synthese aanwezig zullen zijn, worden daartoe uitgenodigd. Alle andere alters worden geholpen zich terug te trekken achter een 'beschermende muur' of iets dergelijks. De therapeut vertelt dan aan de aanwezige alters uit hoeveel tellen de gehele procedure zal bestaan.

Als alle aanwezige alters gereed zijn, begint de therapeut met het tellen. Bij elke tel vertelt de therapeut een deel van de gebeurtenis en moedigt hij of zij de betrokken alters aan hun traumatische ervaringen bij elkaar te brengen. Opdat de patiënt het verhaal tijdens deze intense belevenis goed kan blijven volgen, contact met de therapeut blijft houden en zich door hem of haar voelt gesteund, doet de therapeut er in veel gevallen goed aan met stemverheffing en aanmoedigend te spreken. Hierbij is het nodig om alle alters van te voren over de betekenis van de luide stem van de therapeut in te lichten en hun toestemming daarvoor te vragen. Onvoorbereid zouden zij, met name de kindalters, kunnen schrikken. Zelfs de alters die zich achter een 'dissociatieve muur' hebben teruggetrokken, lopen het risico van slag te raken als ze de therapeut 'van ver weg' toch kunnen horen. Zeker als de traumatische gebeurtenis met geschreeuw gepaard is gegaan, moet aan dit punt veel zorg besteed worden. Het om deze reden nalaten met stemverheffing te spreken zou ertoe kunnen leiden dat de alters de therapeut niet meer verstaan tijdens het (intern beleefde) lawaai van de herbeleving. In een aantal andere situaties is juist een zachter en rustiger stemgeluid op z'n plaats.

Opvallend in het taalgebruik van de therapeut is dat de respectieve ervaringen vaak op een nogal onpersoonlijke manier worden genoemd. Bijvoorbeeld: 'Het vastgebonden worden aan handen en voeten,' 'De pijn, de angst, het verweer, voeg het samen, maak het één geheel.' Omdat alters uitspraken in de regel nogal letterlijk nemen, zouden sommige van hen bij een meer persoonlijk taalgebruik ('de pijn die jij voelt' of 'de woorden die zo-en-zo heeft gezegd') geneigd kunnen hun eigen ervaringen buiten schot te houden. Hun eigen pijn of wat zijzelf gezegd hebben werd immers niet genoemd door de therapeut.

Na de laatste tel zegt de therapeut dat alle betrokken alters de betreffende ervaring nu kunnen 'loslaten'. Vervolgens staat de therapeut de patiënt op een passende manier bij. Soms zijn suggesties voor ontspanning op hun plaats, soms het aansluiten bij het verdriet dat de patiënt tot uiting brengt. De therapeut beklemtoont dat wat nu is samengevoegd voltooid verleden tijd is en zegt dat de betrokken alters nu veilig zijn. Als de patiënt tijd heeft gehad om tot rust te komen, vraagt de therapeut hoeveel procent van de totale (traumatische) ervaring bijeen gebracht is. Zelden is dat meteen honderd procent. Over het resterende percentage stelt de therapeut informatieve vragen. Typerende antwoorden zijn: 'De ergste pijn in het midden'. 'Een deel van de angst in het begin.' Doorgaans volgt tijdens dezelfde zitting een tweede, en soms een derde keer, waarbij de resterende elementen met name worden genoemd en alsnog worden samengevoegd. Soms geeft de patiënt aan een rest van bijvoorbeeld vijf procent

thuis zelf bij het geheel te kunnen betrekken. Dit is heel goed mogelijk, maar de therapeut moet niet verzuimen om nauwkeurig na te vragen waar die vijf procent betrekking op heeft. Eerder werd genoemd dat een trauma als een verkrachting door vader in een later stadium gevolgd werd door een suïcidepoging door patiënte als jong meisje. De resterende vijf procent waar de patiënte zelf wel mee meende om te kunnen gaan betrof deze suïcidepoging na afloop. Doordat de therapeut de patiënte naar huis liet gaan zonder hiernaar gevraagd te hebben, deed zij diezelfde avond alsnog een (gelukkig niet-geslaagde) suïcidepoging.

Op de hierboven beschreven standaardversie van de synthesesetchniek zijn *tal van variaties* mogelijk. We noemen hier een paar voorbeelden. Een andere start van de synthese is bijvoorbeeld dat alle betrokken alters zich eerst voorstellen op een veilige plek te zijn. De synthese wordt afgerond met een terugkeer naar deze veilige plek.

Een extra uitleg aan de betrokken alters is dat zij tijdens de synthese hun respectieve deelervaringen niet met de volledige intensiteit van weleer hoeven te doorstaan. Stel dat de ergste pijn een 'vijf' zou scoren op een schaal van 1 tot 5, dan is wellicht een 'vier' voldoende. Het is ook mogelijk af te spreken dat tijdens de eerste synthese alle ervaringsdimensies behalve één (bijvoorbeeld de pijn) aan bod te laten komen. Deze dimensie kan dan bij de volgende synthese aan bod komen. In zo'n geval wordt de parallelle synthese onderdeel van een gestructureerde seriële synthese.

Bij een zeer complexe en langdurige traumatische herinnering, kunnen therapeut en patiënt ervoor kiezen de ervaring niet in één keer samen te voegen, maar in verschillende zittingen steeds een deel van de gebeurtenis aan bod te laten komen. Wordt hiervoor gekozen, dan moet er van te voren met succes geoefend zijn met het creëren van een zogeheten 'dissociatieve barrière' en het opbergen van traumatische herinneringen in een imaginaire kluis. De toepassing van deze technieken voorafgaande en aan het einde van een synthese-zitting voorkomt hopelijk dat tussen de zittingen door intense herbelevingen van het resterende deel van de traumatische herinnering optreden. Overigens kan een parallelle synthese waarvoor één zitting gepland was toch het karakter van seriële synthese krijgen. Dat is het geval als blijkt dat de betrokken alters toch iets belangrijks hebben achtergehouden tijdens de parallelle synthese.

Wanneer een bepaald soort traumatische gebeurtenis, zoals een serie verkrachtingen door één dader, zich vele malen en mogelijk in verschillende variaties heeft herhaald, is het in een aantal gevallen voldoende om de synthese van die reeks van ervaringen in één zitting te laten plaatsvinden. Zoals praktijkvoorbeeld 2 illustreert, is één manier om dat te doen te beginnen met de synthese van de eerste keer dat een bepaalde vorm van misbruik plaatsvond, om vervolgens de ergste keer van een vergelijkbare gebeurtenis aan te pakken. Onze ervaring is dat de kans groot is dat dit specifieke trauma, zelfs als het jarenlang vele malen heeft plaatsgevonden, na de synthese van de eerste en de ergste keer niet meer als stoorzender werkt (zie praktijkvoorbeeld 2). Praktijkvoorbeeld 1 illustreert de mogelijkheid om verschillende varianten van misbruik door een bepaalde dader binnen één synthese aan bod te laten komen.

Een belangrijke vraag is of de hoofdpersoonlijkheid tijdens de synthese aanwezig moet zijn als deze het trauma zelf niet bewust heeft meegemaakt. Sommige therapeuten verbonden aan een gesloten afdeling van een psychiatrische kliniek geven er de voorkeur aan om dit altijd te doen. Ze redeneren dat de 'hoofdpersoon' de gebeurtenis immers

toch in zijn of haar levensgeschiedenis moet integreren. Moch deze in reactie op de confrontatie met het trauma in ernstige moeilijkheden geraken, dan is er in ieder geval intensieve zorg mogelijk. In een ambulante behandeling kan de therapeut zich deze opvatting niet permitteren. Daar is het vaak onwenselijk dat de 'hoofdpersoon' bij de synthese aanwezig is. Het plotselinge besef van wat er heeft plaatsgevonden – resultaat van een dergelijke geslaagde synthese – kan te overweldigend zijn. Bij de 'hoofdpersoon', en andere niet betrokken alters, kan de realisatie van het gebeurde beter in een trager tempo plaatsvinden. Eén manier om tot een verantwoorde beslissing te komen over de aanwezigheid van de 'hoofdpersoon' is overleg met de 'hoofdpersoon' en met de alter die het overzicht heeft over het trauma en het gehele systeem van alters. In praktijkvoorbeeld 1 kozen beiden ervoor de 'hoofdpersoon', die overigens al over het betreffende trauma in een dagboek gelezen had, van de synthese af te schermen. In praktijkvoorbeeld 2 was de 'hoofdpersoon' oorspronkelijk bewust bij een deel van het trauma aanwezig en deed daarom ook mee aan de synthese.

Afronding van synthese-zitting

De opmerking van de therapeut aan het einde van een synthese – 'Laat nu maar los, ontspan nu maar' – kan gezien worden als formele afronding. Is de laatste synthese van deze zitting achter de rug, dan wordt nagegaan hoeveel procent 'bijeengebracht' is en of het eventuele restant moet worden 'opgeborgen' voor de volgende keer.

Vervolgens is zorg voor de alters nodig; natuurlijk in de eerste plaats de laters die het trauma hebben ondergaan en het nu met elkaar gedeeld hebben, maar vervolgens ook de alters die hen hebben bijgestaan tijdens de synthese en de alters die zich hadden teruggetrokken. De therapeut doet er goed aan een imaginair herenigingsritueel te laten plaatsvinden. (Wanneer een bepaalde groep alters voor langere tijd achter een 'beschermende dissociatieve muur' verblijft, nemen zij uiteraard niet deel aan zo'n ritueel). De therapeut geeft suggesties dat alle alters nader tot elkaar komen en een steeds sterker gevoel van saamhorigheid en verbondenheid met elkaar ervaren. Hij of zij vraagt hun zich dit ook visueel voor te stellen, bijvoorbeeld door hun te suggereren een kring te vormen. Hierbij kunnen de grotere alters de kleintjes, met name alters die hun traumatische ervaringen zojuist gedeeld hebben, op een passende manier troosten.

Veel patiënten stellen in een dergelijke situatie de volgende suggestie op prijs. De therapeut vertelt dat alle alters omringd worden door een helder wit en 'helend' licht. Dat beschermende licht omhult elk van hen apart en hen allemaal als groep. Elk van hen voelt de helende energie ervan door zich stromen en deelt die energie met de anderen.

Nazorg

Zoals vermeld is bij de voorbereiding van een synthese-zitting nagegaan hoe (en eventueel met wie) de patiënt naar huis gaat en wie hem of haar die avond kan bijstaan. Soms doet de therapeut er goed aan de patiënt aan het einde van de dag of in het begin van de avond nog even te bellen (zie praktijkvoorbeeld 2). Het is altijd goed de afspraak te maken dat de patiënt de therapeut de volgende morgen vroeg opbelt. In dit

telefoongesprek kan worden besproken of de therapeut en patiënt elkaar op korte termijn moeten zien. In praktijkvoorbeeld 2 was het mogelijk een extra zitting in te bouwen om een herhaling van de synthese te laten plaatsvinden.

Elders in dit artikel is vermeld dat in sommige gevallen de patiënt zich tijdens een synthese-zitting het beste in een intramurale psychiatrische voorziening kan bevinden. Daarbij moet duidelijk zijn of dit al dan niet achter gesloten deuren moet gebeuren.

Subfase 3: Realisatie/integratie

Dankzij een geslaagde synthese fungeert de traumatische herinnering niet meer als stoorzender. Verschillende van onze patiënten rapporteren na afloop van geslaagde zitting het onmiddellijk stoppen van traumatische herbelevingen in de vorm van flashbacks, nachtmerries en dergelijke. McDougall (1920/1, 1926) verwoordde dit als volgt:

‘Zodra de dissociatie overwonnen is, kan hetzelfde gedachtenspoor [de herinnering aan het trauma] terugkeren, maar zijn kracht om ellende teweeg te brengen is in hoge mate verzwakt door het bewustzijn van de patiënt (...) dat de ervaring tot het verleden behoort. Het proces van heraanpassing van zijn emotionele houding kan dan beginnen of, met andere woorden, hij gaat voortuitgang boeken in “autognosis” ’ (1920/1, p. 27; 1926, p. 457).

Wat McDougall het ‘proces van heraanpassing van de emotionele houding’ heeft genoemd, verdelen wij in: (1) een groeiend besef (*realisatie*) van wat de persoon in kwestie is overkomen, wat hem of haar door wie is aangedaan, en wat daarvan de gevolgen zijn geweest, en (2) een langerdurend proces van *integratie* van de betreffende gebeurtenis(en) en de gevolgen ervan in het geheel van de persoonlijkheid. Het gaat erom de gebeurtenis en de gevolgen ervan bij te schrijven in de ‘autobiografie’ (Janet, 1919). De traumatische herinnering moet een ‘gewone’ oftewel narratieve herinnering worden (vgl. Van der Kolk & Van der Hart, 1992). Herman (1992) wijst er terecht op dat rouwverwerking een belangrijke dimensie van deze integratie is: de patiënt moet ook in het reine komen met het verlies dat hij of zij geleden heeft of met belangrijke voorrechten, zoals een onbezorgde jeugd, die er nooit zijn geweest.

Onze ervaring leert dat wanneer patiënten zich beginnen te realiseren wat hun is aangedaan, zij het met dit besef nog moeilijk genoeg kunnen krijgen. We zijn bij overigens geslaagde zittingen ook geconfronteerd met zorgwekkende situaties na afloop. Die hebben vooral te maken met het feit dat de persoon in kwestie, of de alter die doorgaans het dagelijkse leven leidt (de ‘hoofdpersoon’), de integratie van de betreffende schokkende gebeurtenis in het geheel van zijn persoonlijkheid als een onmogelijke opgave ervaart (vgl. Kleber et al., 1991). Als dit te verwachten is, kan het nodig zijn (zoals eerder vermeld werd) deze hoofdpersoon tijdens de synthese af te schermen. Zoals gezegd is dit niet mogelijk waar hij of zij zelf bij het trauma betrokken was.

Jeanette, een MPS-patiënte die met succes de eerste synthese van een traumatische herinnering – de eerste verkrachting door haar vader van haar als klein meisje – tot stand had gebracht, voelde zich direct na afloop uitstekend. Twee weken later echter schreef ze haar therapeut: 'Ik zie het niet meer zitten om weer de draad op te pakken en weer te proberen er iets van te maken. Vooral omdat meer en meer tot me begint door te dringen welke ravage er bij mij is aangericht en hoe weinig machtig ik me op dit moment voel om op de puinhopen opnieuw te beginnen. Alle kleine brokjes die ik weer oppak confronteren me tegelijkertijd met alles wat er niet meer is of wat er nooit is geweest. (...) Een manier van leven om maar niet te weten, niet te voelen en niet te realiseren wat er gebeurd is, lijkt mij op dit moment verre te verkiezen boven wat ik nu meemaak. Wat moet ik aan met de realisatie van datgene wat mij in mijn jeugd is aangedaan? Wat is er goed aan om te weten dat je vader je op zo'n rotmanier verkracht heeft? Dat hij daarna nog jaren lang daarmee doorgegaan is. Dat ik een bang kind was, vechtend voor een stukje leven. Dat ik nu bijna 35 jaar ben en eigenlijk niet weet wat normaal leven is (...) Kortom: wat moet ik met die bijna 35 jaar die achter me liggen en waarin ik nauwelijks heb kunnen leven? En hoe bouw ik een goed leven op terwijl ik de energie en het verlangen niet meer heb? Openleggen lijkt goed maar ik zie me nu alleen maar geconfronteerd met de puinhopen.'

Bij Jeannette bleek vervolgens dat deze wanhoop niet alleen te maken had met de zwaarte van de rouw om haar door haar vader geschonden jeugd, maar vooral ook met het feit dat nog resterende traumatische herinneringen van dit misbruik door haar vader gereactiveerd waren. Toen die vervolgens ook met succes behandeld waren, bleef haar opluchting gehandhaafd.

De zwaarte van de opgave om werkelijk te beseffen wat de persoon is overkomen en wat de gevolgen daarvan voor zijn of haar leven is niet alleen afhankelijk van de ernst van deze gebeurtenis(sen) en van de interferentie door andere traumatische herinneringen, maar ook van de *spankracht* van de patiënt. Als de patiënt het dagelijkse leven al nauwelijks aankan, hoe moet hij of zij dan in staat zijn een actieve aanpassing aan zoiets te bewerkstelligen? Het is dan natuurlijk zeer de vraag of de behandeling van traumatische herinneringen wel op z'n plaats is. Een steunend-structurende benadering gericht op heroriëntatie in het heden lijkt dan de voorkeur te hebben. Als de synthese per se toch moet plaatsvinden, kan een te geringe spankracht een indicatie zijn voor een (eventueel kortdurende) opname in een klinische setting die hierop ingesteld is.

Er kan zich ook een complicatie voordoen, namelijk wanneer het niet is gelukt (of is nagelaten) om alters die niet bij het bewuste trauma waren betrokken, op een veilige plek af te schermen tijdens de synthese. Hoewel de patiënt geen last meer heeft van de beelden van het betreffende trauma, kan het tenslotte wel voorkomen dat hij of zij meteen last krijgt van andere flashbacks en nachtmerries, die kennelijk gereactiveerd waren door de reeds behandelde traumatische herinnering. In plaats van even op adem te kunnen komen, zit de patiënt meteen in een volgende ronde.

De integratie van de schokkende gebeurtenis(sen) in het geheel van de persoonlijkheid is een langdurig proces. Het is voor MPS-patiënten zo'n zware opgave omdat het om gruwelijke gebeurtenissen gaat die in de regel door verwanten zijn veroorzaakt en waarop door verschillende alters op zoveel verschillende manieren gereageerd werd. Er zijn alters die de schuld van de dader op zich genomen hebben, anderen die een bepaalde alter de schuld gaven en hem of haar straffen, weer anderen die zich

schaamden, enzovoort. Aan al die reacties moet de therapeut vaak uitvoerig aandacht besteden. Veel energie kan gaan zitten in het corrigeren van *foute cognities*, waarover we eerder in dit artikel gesproken hebben.

Het langerdurende proces van integratie heeft verstrekkende implicaties met betrekking tot de manier waarop de patiënt zich in het leven van nu en naar de toekomst opstelt. De ooit genomen beslissing om niemand meer te vertrouwen is misschien in het contact met de therapeut gerelativeerd. Nu kan de patiënt zich bijvoorbeeld ook gaan bezighouden met de wens een partner te vinden die te vertrouwen is. Het op een andere manier gaan beleven van seksualiteit kan een ander belangrijk thema zijn.

Het is belangrijk om te beseffen dat tussen de subfasen van respectievelijk synthese en realisatie/integratie vaak geen absolute scheiding in de tijd bestaat. Bij tal van MPS-patiënten mondt, zoals vermeld, ook een parallelle synthese uit in één of meer vervolprocedures waarin de eerder ontbrekende alters nu ook hun aandeel leveren. Ondertussen is er al enige vooruitgang geboekt in termen van realisatie en integratie van de traumatische gebeurtenis.

Praktijkvoorbeelden

We presenteren hieronder twee praktijkvoorbeelden waarin beschreven wordt hoe de parallelle synthese van traumatische herinneringen (de 'synthesetechniek') in haar werk gaat. Het eerste voorbeeld betreft een eenvoudige, rechttoe-rechtaan toepassing, die in een keer slaagt. De bezwaren van de betrokken alters tegen de synthese waren in dit geval minimaal. Enkele verbatim-teksten zijn opgenomen om een nauwkeurige indruk van de gang van zaken te geven. Het tweede voorbeeld illustreert enkele van de complicaties die in de praktijk veel meer voorkomen.

Voorbeeld 1: Een sadistisch vriendje

Betty is een 28-jarige gescheiden vrouw, moeder van een tweejarig dochttertje, Lia. Zij leeft samen met haar 35-jarige vriend Peter. Na een verhuizing komt zij op verwijzing van haar vorige therapeut in behandeling (bij OvdH) voor MPS. Betty en haar vriend hebben de diagnose aanvaard – Peter heeft ook contact gekregen met diverse kindalters die erg op hem gesteld zijn geraakt – en Betty is sterk gemotiveerd om van haar dissociatieve klachten af te komen. Peter is zeer bereid haar daarbij ter zijde te staan.

Ten tijde van de aanmelding is de belangrijkste klacht dat Betty, of beter gezegd een alter van haar, Irene, 's nachts lijdt onder de herbelevingen van seksueel geweld, dat heeft plaatsgevonden op haar zestiende jaar door een 'vriendje'. Betty maakt die herbelevingen zelf niet bewust mee, maar wordt 's morgens doodmoe wakker. Peter, die er elke nacht door uit zijn slaap wordt gehouden, is begaan met de betreffende alter, Irene. Soms wordt hij door Lientje, een zesjarige kindalter, die door de vader langdurig seksueel misbruikt is, gewaarschuwd dat Irene bezig is 'zichzelf' te wurgen: 'Peter, Peter, ik stik!' De situatie lijkt zo urgent te zijn, dat de therapeut meent dat de behandeling van traumatische herinneringen aan het seksuele geweld van het vriendje, André genaamd, weinig uitstel toelaat. Betty is door Peter inmiddels op de hoogte gebracht van de aard van het geweld en spreekt van 'slachtpartijen.' Ze heeft er ook over gelezen in een oud dagboek.

De therapeut legt Betty en Peter uit waar de behandeling uit bestaat en geeft een korte beschrijving van de synthesetechniek. Hij vraagt toestemming aan Betty om contact te zoeken met een alter die weet heeft van de trauma's en beschikt over een overzicht van het interne systeem van alters. Betty geeft daarvoor graag haar toestemming, en de therapeut komt in contact met de alter Bettina, die inderdaad de gewenste kwaliteiten bezit. Zij heeft alle gesprekken van Betty met de therapeut gevolgd en is bereid tot samenwerking. Zij vertelt in grote lijnen wat het vriendje in die driekwart jaar gedaan heeft. Naast Irene, veertien jaar, heeft de alter Sandra, nu negentien jaar, dit seksuele geweld ondergaan. Terwijl Irene alle angst en pijn, en vergelijkbare emoties en sensaties, heeft ervaren, heeft Sandra juist genoten. Er bestaan volgens Bettina geen 'daderdelen,' dat wil zeggen alters die zich op de een of andere manier met de dader hebben geïdentificeerd. (Later in de behandeling blijkt dat die er wel zijn maar niet betrokken waren bij de besproken traumatisering). De therapeut vraagt daarom aan het gehele systeem toestemming om de synthese te doen, die via vingersignalen wordt gegeven. De therapeut vertelt vervolgens meer gedetailleerd wat de bedoeling is: 'De behandeling moet erop gericht worden dat dit seksuele geweld door die André voltooid verleden tijd voor jullie wordt. Het moet ophouden een herbeleving te zijn, alsof het nu gebeurt. Daarom is het belangrijk dat Irene haar ervaringen met Sandra deelt en vice versa, zodat hun beider belevingen samen komen, één geheel worden. Deze ervaringen kunnen tegelijkertijd ook gedeeld worden met die delen van jullie, die het niet zelf ondergaan hebben maar er wel tegen bestand zijn als zij het meemaken. Want jullie zijn in wezen één persoon, ook al gaan jullie vaak je eigen gang. Het kan ook zijn dat bepaalde delen er nog niet tegen kunnen; kinddelen bijvoorbeeld, die hier nog tegen beschermd moeten worden. Degenen die er wel tegen bestand zijn, kunnen tijdens de synthese een soort beschermende kring vormen rondom Irene en Sandra.'

Bettina zegt dat naast Irene en Sandra, zichzelf aanwezig kan zijn, alsook Paul, een rustige mannelijke alter, en Bertha, de alter die doorgaans voor het dochttertje Lia zorgt: 'Zij moet het ook zien en horen, ter bescherming van Lia. Betty zelf moet er nog maar niet bij zijn, ook al weet zij in grote lijnen waar het om gaat; een paar mannelijke, vrij agressieve alters ook niet, want die zouden te agressief kunnen worden. Lientje, de getraumatiseerde kindalter, evenmin. Tenslotte noemt Bettina nog een aantal andere getraumatiseerde alters die er ook voor afgeschermd moeten worden. Zij acht zichzelf in staat om hen allen van de geplande herbeleving af te schermen.

De therapeut legt in detail uit hoe de synthese-zitting zal verlopen. Hij vertelt onder meer dat het verhaal van het seksuele geweld in zo'n tien tot vijftien tellen zal worden opgedeeld, en dat hij in de zitting per tel een gedeelte van het verhaal zal voorlezen met de opdracht en aanmoediging de bijbehorende ervaringen 'bij elkaar te voegen, er één geheel van te maken.' Duidend op de pathogene kernen in de betreffende gebeurtenissen, zegt hij:

'In het verhaal zitten verschillende momenten die, als je ze zou overslaan, als trauma blijven bestaan. Het kan de ergste pijn zijn, de ergste angst of wat dan ook. Uiteindelijk gaat het erom, dat de totale ervaring bijeen gebracht wordt: wat gezien werd dat hij [André] deed en wat er gebeurde, alles wat visueel is; wat er gehoord werd van wat er gezegd werd, de andere geluiden die gemaakt werden; alle lichamelijke gevoelens, zowel pijn maar ook het genot, en wat er geproefd en geroken werd; de emoties, zoals angst, walging, seksuele opwinding van Sandra, schaamte. Alles. Alle ervaringen van Irene en Sandra.'

De therapeut zegt dat hij elke tel met luide stem zal noemen en het verhaal ook luid en aanmoedigend zal vertellen. Dat is waarschijnlijk nodig om het contact met hen te verzekeren tijdens de herbeleving. Bettina is bereid op alle mogelijke manieren mee te werken aan de synthese. De therapeut stelt voor om niet één enkele geweldservaring uit de reeks van vele onderwerp van behandeling te laten zijn, maar veeleer het kenmerkende patroon ervan. Bettina zal in overleg met Irene en Sandra het verhaal van het misbruik op papier zetten en

binnen een paar dagen aan de therapeut sturen. De therapeut bedankt Bettina voor haar hulp. Op zijn vraag of hij contact mag zoeken met Sandra en Irene, zegt zij dat dit wel met Sandra kan maar niet met Irene: die is nu nog te angstig en moet daar eerst door haar (Bettina) op voorbereid worden.

De therapeut vraagt of Sandra naar voren wil komen. Hij legt ook haar uit wat de bedoeling is van de synthese en zij verklaart zich bereid om terwille van Irene mee te werken. Ze stelt voor dat ze daarbij zullen liggen: dat was namelijk de positie die ze hadden toen het gebeurde. Ook wil ze graag dat Peter, de vriend van Betty, bij de zitting aanwezig zal zijn. De therapeut meent op beide voorstellen in te moeten gaan, maar stelt op zijn beurt voor dat er dan ook een vrouwelijke collega bij zal zijn: anders is de verhouding wel heel eenzijdig. Sandra vindt dat goed. Vervolgens vraagt hij of Betty, de 'hoofdpersoon', weer terugkomt. Zij heeft amnesie voor het besprokene. De therapeut geeft een samenvatting en noemt onder meer dat zij volgens Bettina beter niet aanwezig kan zijn tijdens de synthese. Betty gaat daar graag mee akkoord.

Een paar dagen voor de volgende zitting levert Betty het geschreven verslag van het misbruik door André in. Het gaat in feite om twee verhalen, van Irene en Sandra respectievelijk, die door Bettina zijn opgeschreven. Ter voorbereiding maakt de therapeut er één verhaal van, verdeeld over negen tellen.

De synthese-zitting. Die zitting komt Betty volgens afspraak met haar vriend Peter. Ook een vrouwelijke collega van de therapeut (Vera Mierop) is aanwezig. De alter Irene heeft de afgelopen week veel last van herbelevingen gehad; ze had onder meer de neiging zichzelf te wurgen. De therapeut vraagt aan Betty of zij, en iedereen die bij de synthese betrokken is, zover is. Dat is zo. De gang van zaken wordt nogmaals doorgenomen, en Betty gaat op een matras midden in de kamer liggen. Beide therapeuten en Betty's vriend Peter gaan daar omheen zitten. De therapeut suggereert dat zij zichzelf kan terugtrekken zodat Bettina naar voren kan komen. Zij geeft aan tegen de procedure op te zien en rapporteert dat er nog een alter is, Gerda, die het seksuele geweld van André heeft meegemaakt. Zij bewaart vooral de woede over dit geweld, en ze is ook bereid deel te nemen aan de synthese.

De therapeut gaat dan nogmaals na wie er bij de synthese aanwezig zullen zijn en wie zich terug zullen trekken. Als dat duidelijk is, zegt hij:

'Dan wil ik nu vragen, Bettina (ik kondig elke stap aan), dat zich nu eerst al die anderen behalve Gerda, Irene, Sandra, jij, Bertha en Paul, dat alle anderen zich terug trekken achter die veilige muur, op hun eigen veilige plek, zodat ze niet gestoord worden, niet meemaken wat wij met elkaar gaan doen zo meteen. En na afloop geven we weer een sein zodat ze, als ze willen, weer vanachter de muur, uit hun eigen veilige plek kunnen komen. Help alle anderen daar nu maar bij, en knik maar als het zover is.'

Als Bettina knikt, vraagt de therapeut nogmaals bevestiging dat alle anderen inderdaad niet horen of anderszins meemaken wat er nu gaat gebeuren. Bettina knikt nogmaals.

T:'Oké, Irene, Sandra en Gerda, nemen jullie de plaats in, de positie in zoals je die toen ook hebt ingenomen. Bertha en Paul en jij Bettina, nemen jullie je plaats daaromheen in. Voordat ik begin, zal ik je vast zeggen dat ik negen tellen ga tellen, dat ik bij elke tel opmerkingen herhaal die ervaringen zijn van Irene en Sandra. Ik wil vragen of Gerda haar ervaringen er ook bij wil stoppen. Ik wil jullie erop wijzen dat ik geneigd zal zijn met luide stem te spreken om jullie aan te moedigen, bij te staan, zodat jullie contact met mij blijven houden. En op ieder moment, dat het goed voor jullie is, blijven jullie je bewust van de aanwezigheid en steun van je vriend Peter en Vera. Is dat oké?'

Bettina zegt dat het oké is.

De therapeut vraagt alle betrokkenen terug te gaan naar de gebeurtenissen met André en onderwijl het contact met hem, Peter en Vera te behouden. Hij vraagt hun te knikken als ze zover zijn dat met de procedure zelf begonnen kan worden. Als Bettina geknikt heeft, leest

hij (met kleine stilistische wijzigingen, zoals het gebruik van de woorden 'je' en 'jullie' in plaats van 'ik' en 'wij') de door haar geschreven tekst voor. Tijdens dat puntsgewijs voorlezen vindt een (her)beleving van de betreffende traumatische ervaringen plaats.

'Ik herhaal het voor jullie: het gaat er nu om jullie ervaringen met elkaar te delen. Als jullie ze gedeeld hebben, samen hebben gevoegd, kun je het verleden achter je laten. Werk met elkaar samen!

Eén: de eerste tel. Het uit de hand lopen van de spelletjes van André. Het vastgebonden worden aan handen en voeten, weten dat hij beneden bier drinkt en twee uur later stomdronken terug zal komen. En Irene, voeg jouw ervaringen erbij, breng hierbij het weerloos liggen en het zo bang zijn als een vogeltje, het schreeuwen voordat hij begint. Breng het bij elkaar, de lichaamsbewegingen, de angst, de gevoelens, de gedachten, wat gezien werd, brengt het bij elkaar, voeg het samen.' [Dit soort aanmoedigingen worden steeds door beide therapeuten geuit].

Per tel noemt de therapeut ook bijbehorende ervaringen van Sandra en Gerda. Als het hele verhaal in acht tellen aan bod is gekomen, zegt de therapeut:

'Oké, je bent nu bij negen, de laatste tel: alle resten van die ervaringen die nog niet bij elkaar gebracht zijn, alles wat er nog is, wat nog bij elkaar gebracht moet worden, breng het bij elkaar ... wat gevoeld is, beleefd is, gedacht is, gezien is, gehoord is en geroken en geproefd is, voeg dat alles samen, alle restjes die nog door jullie met elkaar gedeeld moeten worden, breng het bij elkaar en voeg het samen ...'

Patiënte kreunt, roept au en gilt het uit.

T:'Uit het maar, nu kan het, breng het bij elkaar, voeg de laatste resten samen ... de laatste krachtsinspanning ... prima, voeg het samen, breng de resten bij elkaar ...'

Patiënte zucht, lijkt zich te gaan ontspannen en de herbeleving achter de rug te hebben.

T:'Oké, laat maar los, laat maar los ... ontspannen ... laat maar los ... ontspannen ... keihard gewerkt, jullie allemaal ...'

De therapeut gunt de patiënte de tijd om bij te komen en zegt onderwijl dat wat bij elkaar gebracht is nu voltooid verleden tijd is geworden. Dan vraagt hij:

'Kan iemand van jullie als woordvoerdster vertellen hoe het nu is? Doe maar rustig aan ... hoe is het nu?'

Bettina:

'Wel goed.'

T:'Heel goed ... hoeveel, als je daar antwoord op kunt geven, hoeveel procent van de totale ervaring is nu bij elkaar gebracht?'

B:'Bijna alles, 95 procent of zo.'

T:'95 procent of zo ... jullie zijn door heel veel heengegaan en hebben heel veel met elkaar gedeeld, en wat gedeeld is hoeft niet meer terug te komen ... Is het mogelijk aan te geven wat de vijf procent inhoudt die niet gedeeld is?'

B:'Ja, het niet ... niet wat niet gedeeld is, maar sommigen hebben wel gezien maar niet helemaal zo gevoeld, die angst.'

T:'Ik begrijp dat het een enorme inspanning is geweest, maar als die angst, die vijf procent ook nog gedeeld moet worden, dan kan dat ook. Wil je met anderen nagaan of dat nu nodig is of dat het bijvoorbeeld de volgende zitting gebeurt als dat nodig is?'

Bettina geeft aan dat ze dat zelf thuis wel kunnen. De therapeut geeft vervolgens alle betrokkenen de ruimte om uit te rusten, nader tot elkaar te komen en de steun van elkaar en van Peter en de beide therapeuten te ervaren. Hij vraagt aan Irene en Gerda, die beiden zeer tegen de zitting hadden opgezien, hoe ze het nu vinden dat ze het gedaan hebben. Beiden zijn daar blij om. De therapeut vraagt dan aan Bettina of de andere alters achter de beschermende muur vandaan mogen komen. Dat kan.

'Doe dat in alle rust, kom allemaal weer samen, jullie horen allemaal bij elkaar, en laat die saamhorigheid jullie maar goed doen. Een aantal van jullie hebben in deze zitting heel hard en met succes gewerkt, en dat is goed voor jullie allemaal ... Doe de komende tijd maar rustig aan, want je hebt ook tijd nodig om weer bij te komen.'

Ten slotte vraagt de therapeut Betty weer naar voren te komen. Met haar rondt hij de zitting af en maakt de volgende afspraak. Follow-up : een week later rapporteerde Betty, mede namens Bettina, dat zich geen herbelevingen van het seksuele geweld door André meer hebben voorgedaan. Irene, die de weken voorafgaande aan de vorige zitting zo geleden heeft, voelt zich nu heel rustig. Ook in de maanden daarna blijkt dat deze serie trauma's kennelijk voltooid verleden tijd is geworden. Wel doen zich herbelevingen van ander alters met betrekking tot andere seksueel misbruik voor. Twee van deze trauma's worden met behulp van de synthese-techniek met succes behandeld. Wegens de aandacht en de energie die Betty vervolgens voor veranderende levensomstandigheden nodig heeft, worden andere traumatische herinneringen met behulp van hypnotische technieken voorlopig 'opgeborgen'.

Voorbeeld 2: Het onweer

Erna, een 32-jarige vrouw met MPS, is zeer gemotiveerd voor behandeling, en de therapeut (SB) heeft in korte tijd een goed contact opgebouwd met diverse alters. Dat dit zo snel is gegaan, is het gevolg van het feit dat Erna reeds een aantal jaren bij een andere therapeut in behandeling is geweest die de diagnose heeft gesteld en met haar heeft kunnen delen. Er heeft tot dusver nog geen behandeling van haar traumatische herinneringen plaatsgevonden. Als het een tijd lang vaak onweert en Erna vertelt dat ze daar erg angstig voor is, meent de therapeut er goed aan te doen deze angst nader te onderzoeken en de traumatische herinnering die daar mogelijk aan ten grondslag ligt te behandelen. Bij exploratie blijkt een ernstig getraumatiseerde alter, Denise, die er niet in gelooft dat zij ooit al haar pijn en angst zou kunnen kwijtraken, er vooral geweest te zijn tijdens het onweer. Denise is een alter die haar stem heeft verloren en alleen via schrijven kan communiceren. Over trauma's kan zij echter niet schrijven omdat zij dan onmiddellijk in een herbeleving raakt. De therapeut zoekt daarom om te beginnen contact met de alter Anja, een van de interne 'helpers.' Zij heeft indertijd een groot deel van het onweertrauma geobserveerd maar niet zelf ondergaan. Zij weet welke alters bij het trauma betrokken waren, en ze kan afwegen of het mogelijk en verstandig is om in dit stadium van de behandeling de traumatische ervaringen met betrekking tot het onweer aan te pakken. De therapeut legt haar de synthesetechniek uit, en krijgt van Anja toestemming deze uitleg ook aan Denise en Manja, de alters die het trauma indertijd hebben ondergaan, en vervolgens ook aan Erna, de 'hoofdpersoon,' te geven. Denise heeft indertijd de meeste angst, afschuw en pijn ervaren, Manja is de alter die de boosheid over het gebeurde bewaart. Een deel van de angst blijkt nog te liggen bij de hoofdpersoon Erna, die ook gedeeltes van dit trauma heeft meegemaakt, maar het volledig blijkt te hebben gedissocieerd. De therapeut vraagt alle drie te overwegen om Anja toestemming te geven om het verhaal van de traumatische gebeurtenis voor de therapeut op te schrijven en mee te brengen de volgende keer. Anja garandeert hun dat zij daar geen last – in de vorm van een herbeleving – zouden krijgen, mits ze tijdens het schrijven niet mee zouden lezen. Erna en de twee betrokken alters stemmen in met het voorstel en spreken af dat ze de tekst niet zullen lezen.

Een zitting later ontvangt de therapeut van Anja de volgende tekst:

'Ik heb toestemming gekregen van Denise om jou te schrijven wat ik weet over de angst voor onweer. Ze heeft beloofd niet mee te lezen. Wij woonden met ons gezin op een vrij afgelegen boerderij. Erna [de oudste van vier kinderen] was altijd al een beetje bang, vooral bij storm

en onweer, omdat ons huis zo afgelegen lag. Toen Erna een jaar of vijf was, vond ze de tuin met dat soort weer altijd een beetje eng en was ze ook een beetje bang voor onweer. Op een nacht dat het ook behoorlijk onweerde, had Erna van angst in bed geplast. Zij ging naar haar vader en moeder toe, haar vader werd razend en zei dat hij haar wel zou leren om niet in bed te plassen. Hij nam haar mee naar buiten en bond haar in de tuin aan een boom vast en liet haar daar in dat weer een paar uur staan. Erna was panisch natuurlijk en totaal overstuur. Haar vader zei later dat zij maar eens moest leren wat echte angst was, en elke keer dat het onweerde of stormde bond hij haar 's nachts (vaak naakt) aan die boom. De tweede keer dat het gebeurde, raakte Erna al helemaal overstuur voordat zij zelfs maar buiten was en op dat moment is Denise deze angst van haar gaan overnemen. Het is erg vaak gebeurd, en ik denk dat het zelfs voor Denise te angstig was waardoor zij het misschien heeft moeten wegstoppen. Nu hoeft er maar een flits of een knal te zijn of ze duikt in elkaar.

Weet je, ik kan mij zo goed voorstellen dat Denise niet meer verder wil leven. Niet dat ik hoop dat zij er een einde aan maakt, alsjeblieft niet, maar ze draagt meer pijn dan ik ooit zou kunnen verdragen. Denk jij echt dat je al die pijn en angst samen met haar kunt verminderen? Soms zou ik haar in mijn armen willen nemen en pas weer loslaten als ze door en door warm geworden is ... Ik vind het vaak zo zwaar om zoveel te weten en niets te kunnen doen en ben dolblij dat er nu voor een aantal (lees van ons) dingen kunnen gaan veranderen. Voor mij betekent dat een opluchting.'

Tijdens deze zitting tonen de betrokken alters zich bereid om aan de toepassing van de synthese-techniek mee te werken. De therapeut maakt met Anja en hen de afspraak dit de eerst volgende keer te doen.

Op de afgesproken dag vertelt Anja dat er nog een vijfjarige kindalter, Annelies, bij het trauma betrokken is geweest. Deze kindalter bewaart alle gevoelens over gewelddadige dingen die de vader met de moeder deed wanneer zij Erna probeerde te beschermen. Annelies had slechts een bepaald onderdeel van de gehele gebeurtenis meegemaakt, namelijk het feit dat de vader de moeder in elkaar had geslagen toen zij protesteerde tegens vaders streven om Erna mee naar buiten te nemen tijdens het onweer. De andere alters blijken Annelies al over de voorgenomen synthese verteld te hebben, en ze durft ook mee te doen. De therapeut vraagt dit voor alle zekerheid ook nog even rechtstreeks aan haar, en Annelies bevestigt haar bereidheid om mee te werken. De therapeut spreekt met Anja en Jorinde, een andere helper, af dat zij alle alters die niet bij het trauma betrokken zijn achter een beschermende muur plaatsen. Dan zullen zij niets van de herbeleving tijdens de synthese merken. De alters, Denise, Manja, Annelies en de 'hoofdpersoon' Erna geven aan dat zij voorbereid zijn om mee te doen.

Via vingersignalen geven beide helpers aan dat de procedure kan beginnen. De therapeut begint met de eerste keer dat het onweertrauma plaatsvond. In vijftien tellen noemt ze de respectieve onderdelen van de gebeurtenis en moedigt ze de betrokken alters aan hun ervaringen met elkaar te delen, er één geheel van te maken. Na afloop ervaren Erna en de betrokken alters een gevoel van rust en veiligheid.

De therapeut stelt dan voor om terug te gaan naar de ergste keer. Hoewel dit was afgesproken met Anja en Denise, weet de therapeut nog niet precies wat zich toen heeft afgespeeld. Om die reden overlegt de therapeut met Denise, die niet spreekt maar wel via vingersignalen kan communiceren. Denise geeft aan dat zij bereid en in staat is om terug te gaan naar de ergste keer, dat zij dit op eigen kracht kan zonder dat de therapeut de precieze details hoeft te benoemen. Ook de andere betrokken alters verklaren zich bereid. De therapeut legt hun uit dat de betrokken alters echt alle details onder ogen moeten zien en bij elkaar moeten brengen, omdat de procedure anders niet of averechts zal werken. De therapeut begeleidt hen nu bij de synthese met een tiental tellen en door hen bij elke tel aan te moedigen de ergste ervaringen aangaande het onweer met elkaar te delen, er één geheel van te maken. Na afloop geven de

betrokken alters aan opgelucht te zijn en de synthese-zitting positief te ervaren. Wel zijn ze erg moe. De therapeut belt Erna diezelfde avond voor alle zekerheid even op, en ook dan overheerst een gevoel van opluchting. Ze spreken ook een telefonisch contact voor de volgende morgen af.

Die ochtend krijgt de therapeut een huilende Erna aan de telefoon. Ze had verder een rustige avond gehad en had zich heel goed gevoeld. Die nacht had zij echter driemaal een gruwelijke nachtmerrie gehad over onweer, anders van inhoud dan de gebeurtenissen die tijdens de synthese aan de orde waren geweest. Gelukkig is het mogelijk om Erna dezelfde dag een extra afspraak te geven. Ze blijkt de nachtmerrie al te hebben opgeschreven. In de tekst staat echter ook dat ze één vreselijk detail niet op papier kan krijgen. De therapeut zoekt contact met de helper Anja, die het resterende aanvult. Het verhaal van Erna luidt als volgt:

Op een nacht werd Erna weer uit bed gehaald, zij was zo in paniek dat Denise het meteen overnam. Denise werd naakt aan de boom gebonden. De angst was zo groot dat Denise was gaan gillen en bleef gillen. Haar vader werd zo boos dat hij haar driejarige broertje ook ophaalde en aan een boom ertegenover vastbond. Daarop kwam moeder naar buiten rennen, die probeerde het broertje los te maken. Vader sloeg moeder bewusteloos. Hij vertrok met de auto en liet hen zo achter in het vreselijke onweer.

Het ontbrekende gedeelte dat Anja heeft ingevuld (een 'pathogene kern') heeft betrekking op het feit dat vader moeder voor de ogen van Denise en haar broertje had verkracht voordat hij haar bewusteloos sloeg. Anja geeft aan dat dit het onderdeel van de 'ergste keer' is dat de betrokken alters een dag eerder toch vermeden hadden. De therapeut beseft dat zij bij Anja aan het begin van de vorige zitting de informatie over de ergste keer had moeten inwinnen. Zij had dit nagelaten, omdat Denise via de vingersignalen had aangegeven het op eigen kracht te kunnen. Denise bleek niet bewust het ergste detail te hebben vermeden, maar had deze details gedissocieerd. De therapeut concludeert om in het vervolg het verhaal altijd met hulp van een observator in kaart te brengen.

De therapeut spreekt af de synthese van de ergste keer te herhalen. Ze vraagt of alle bij het trauma betrokken alters naar voren komen en laat, met behulp van de helpers, alle andere alters achter een 'veilige muur' plaatsnemen. De totale gebeurtenis wordt via vijftien tellen doorgenomen. Verschillende alters ervaren heftige gevoelens van angst, paniek en afschuw. Na afloop blijkt ongeveer zestig procent gebeuren bij elkaar te zijn gebracht. Er is nog veel angst en paniek die ze nog niet met elkaar hebben kunnen delen. Na de tweede keer geven de alters aan dat nu alle angst en paniek weg is. De therapeut geeft hun ruimschoots de tijd om nader tot elkaar te komen en uit te rusten. Ze bespreekt de gebeurtenis uitvoerig na met Erna, die zich nu realiseert wat er zich in feite heeft afgespeeld. Beiden spraken af dat Erna de volgende morgen opnieuw telefonisch contact zal opnemen.

In dezelfde nacht vindt een zwaar en uren durend onweer plaats, dat de therapeut uit haar slaap houdt. Ze vraagt zich af hoe Erna zich er nu onder houdt. De volgende morgen krijgt zij Erna aan de telefoon met de woorden: 'Ik heb de vuurproef doorstaan!' Ze heeft helemaal geen paniek meer ervaren, alleen verdriet en een schrijnend gevoel van binnen. 'Maar verdriet is iets waar ik iets mee kan,' merkte ze op, 'dat is heel anders dan de vreselijke angst en het tasten in een soort duister omdat je niet weet waarom je zo doodsbang bent.'

Ook bij follow-up van een jaar (waarin een zomer met veel onweer) blijken de angst en paniek met betrekking tot onweer niet meer te zijn teruggekomen. Erna vertelt dat zij onweer kan doorstaan, maar wel met het verdrietige besef van wat haar als kind is aangedaan.

In het vervolg van de therapie blijkt al snel dat de behandeling van de traumatische herinneringen met betrekking tot onweer beschouwd moet worden als een belangrijke voorbereiding op de noodzakelijke aanpak van traumatische herinneringen met een nog gruwelijker inhoud.

Discussie

1. *Complicaties door de fobie voor de traumatische herinnering*. De traumatische ervaringen van MPS-patiënten zijn meestal zo ernstig dat dat de persoon in kwestie bij een nadere confrontatie bijzonder angstig is en fobisch reageert. De neiging deze confrontatie te vermijden – door Janet (1904; vgl. Van der Hart & Op den Velde, 1991) de ‘fobie voor de traumatische herinnering’ genoemd – krijgt de overhand.

Deze fobie kan zich op twee manieren uiten, nl. tijdens de voorbereidingen op de synthese en tijdens de synthese-zitting zelf. In het eerste geval is een stapsgewijs toewerken naar en zorgvuldige voorbereiding van de synthese-zitting van groot belang. Veel aandacht moet gegeven worden aan de bestaande bezwaren. De precieze bron van angst moet worden geïdentificeerd. Soms gaat het om een afschuwelijk onderdeel van de traumatische herinnering (een pathogene kern). Soms ook gaat de irrealistische angst een rol spelen dat de dader de patiënt alsnog zal straffen nu de gebeurtenis in therapie aan bod gaat komen: een van de effecten van de intimidatie door de dader indertijd (vgl. Van der Hart et al., 1992). Een bepaalde alter kan bang zijn er tijdens de synthese aan onderdoor te gaan. Doordat een alter ten onrechte denkt dat het bij een synthese om een fusie tussen de betrokken alters gaat, kan hij of zij vrezen er na afloop niet meer te zijn. Weten waar de fobie voor de traumatische herinnering precies betrekking op heeft, vergemakkelijkt het streven van de therapeut om de patiënt er toe te brengen de vermijdingsreactie op te geven en de confrontatie met het trauma aan te gaan.

Getraumatiseerde kindalters hebben tijdens de voorbereidingen speciale aandacht nodig. Gegeven hun ontwikkelingsniveau, is het bij hen moeilijker dan bij oudere alters uit te leggen wat de procedure inhoudt en waarom het goed is die uit te voeren. Toch kan het feit dat ze vaak ‘van die akelige plaatjes’ zien er steeds maar pijn of angst voelen, een belangrijk aangrijpingspunt vormen in het motiveren tot deelname door deze kindalters aan de synthese. Onze ervaring leert dat het volgende verhaaltje bij een aantal getraumatiseerde kindalters goed aanslaat; vooral als volwassen helpende alters daarbij kunnen aansluiten en deze kindalters kunnen bijstaan. Het verhaal gaat over een klein kind dat op een hoge toren is geklommen. (Een variant is een bergtocht via een heel eng paadje of iets anders waar dit kind op geklommen is. Een andere variant betreft een klein poesje dat in een hoge boom zit en er niet meer uit durft). Eenmaal boven wordt het kind overvallen door angst. Het raakt in paniek, het wordt misselijk, enzovoort. De therapeut schrijft dit kind in feite alle gevoelens toe, waaronder de betreffende kindalter bij zijn of haar weten lijdt. Het kind durft niet meer te kijken, en het durft niet meer voor of achteruit. Het ziet steeds maar enge beelden van vallen, enzovoort. (Dit komt sterk overeen met de ervaring van kindalters die steeds last hebben van herbelevingen). Uiteindelijk kan het kind alleen weer de veilige grond bereiken, wanneer een verstandige volwassene hem of haar een stevige hand geeft en de hele weg, over het enge paadje of van de toren naar beneden, terug leidt. Hoe deze volwassene het angstige kind precies bijstaat op weg naar de veilige grond, kan de therapeut het beste samen met de betreffende kindalter benoemen. Als deze kindalter zelf de beste manier van hulp door een volwassene kan aandragen, is de kans groot dat deze kindalter ertoe kan komen om zelf ook ‘door het trauma heen te gaan’ om de akelige plaatjes of gevoelens kwijt te raken.

Een kindalter die eenmaal door een geslaagde synthese heen is vormt in voorkomende gevallen een belangrijke hulp voor de therapeut. Hij of zij kan kindalters die bang zijn

voor een volgende synthese op grond van eigen ervaringen motiveren daaraan deel te nemen. Bij Erna (van praktijkvoorbeeld 2) schreef één van de kindalters een ontroerende brief aan een ander waarin zij uitlegde hoe bang ze was geweest. In haar eigen woorden vertelde zij zelf over 'het bange jongetje op de toren'. Ze vertelde dat het toch veel beter voelde nadat zij had meegedaan. Over het algemeen geldt dat als alters eenmaal hebben meegedaan, zij een volgende keer minder bang zijn.

De fobie voor de traumatische herinnering kan patiënt en therapeut ook parten spelen tijdens de uitvoering van de synthese. Dit kan op ruwweg twee manieren geschieden: (1) de patiënt weigert met de procedure door te gaan terwijl deze al begonnen is, en (2) diverse betrokken alters doen niet mee met de synthese. Weigeren mee te doen kan soms zelfs zo sterk zijn dat de patiënte (of een bepaalde alter) probeert weg te lopen uit de behandelkamer. Om veiligheidsredenen moet dit uiteraard voorkomen worden.

Mariëtte, een sterk fobische patiënte met MPS, probeerde weg te rennen tijdens een synthese-zitting. Nadat de therapeut dit verhinderd had, zakte ze weg in een onbereikbare versterde (stuporeuze) toestand. De therapeut wist dit te doorbreken door haar een hand te geven en een beproefde formule voor terugkeer naar het hier-en-nu ('1991, je hebt grote kinderen, een groot en sterk lichaam') uit te spreken (vgl. Van der Hart et al., 1992). Mariëtte kon vervolgens alsnog gemotiveerd worden met de synthese door te gaan.

De vlucht voor de synthese is soms het gevolg van het feit dat de patiënt (of een bepaalde alter) zodanig in een herbeleving schiet dat hij of zij het contact met de therapeut verliest. De dreiging die dan bijvoorbeeld van de dader uitgaat is te sterk. Een goede interventie tijdens de synthese is de weigering of de poging tot vluchten te benoemen als een reactie die hoort bij het oorspronkelijke trauma en de patiënt aan te moedigen die ook bij het geheel van de ervaring te voegen.

Tijdens de herhaalde synthese van de verkrachting door haar vader waarop zij indertijd met een suicide-poging had gereageerd, zei Léonie opeens tegen de therapeut: 'Ik schei ermee uit. Ik wil dit niet meer. Ik ga mij van kant maken.' De therapeut antwoordde: 'Dat was een begrijpelijke reactie indertijd op wat je vader gedaan heeft. Nu is het veilig, nu span je je samen met mij in om er op een goede manier van verlost te raken. Die reactie hoort er ook bij. Voeg hem samen met de rest, deel hem met de anderen.'

Een goed voorzorgsmaatregel vormt de afspraak dat de patiënte halverwege kan stoppen, bijvoorbeeld om even op adem te komen of om in deze zitting niet verder met de synthese te gaan. In het laatste geval moet uiteraard veel zorg aan de afronding worden besteed. Een aanvullende instructie is dat de patiënte tijdens zo'n pauze ook kan aangeven dat nog even terug gegaan moet worden naar een vorige tel. In volgende synthese-zittingen met Léonie kon zij op deze manier met de therapeut samenwerken. De kans op de genoemde complicaties wordt kleiner naarmate de voorbereidingen op de synthese in het algemeen zorgvuldiger zijn geweest.

Dat geldt ook voor de complicatie dat betrokken alters die helemaal niet meedoen of het halverwege laten afweten. Als regel moet de therapeut met de hulp van een observerende alter steeds eerst het verhaal van het trauma in kaart brengen,

identificeren welke alters erbij betrokken zijn en elk van hen afzonderlijk motiveren tot deelname aan de synthese. Daarbij wordt speciaal ingegaan op de specifieke redenen waarom zij tegen de synthese opzien en wordt getracht daar een bijbehorende oplossing voor te vinden. Het is bijvoorbeeld beter om af te spreken dat een bepaalde alter de eerste ronde niet meedoet, dan dat hij of zij zich ongemerkt aan de procedure onttrekt. Ook moet worden nagegaan of de informatie over ieders aandeel aan de traumatische herinnering wel volledig is. Een veel voorkomend motief voor een alter om informatie achter te houden en onvoldoende mee te werken tijdens de synthese is schaamte. Dit speelt vaak een rol in situaties waarbij de betrokken alters zelf contact met de dader hebben gezocht of tijdens het misbruik seksueel opgewonden zijn geraakt. (In praktijkvoorbeeld 1 vormt het ontbreken van schaamte bij de betreffende alter een uitzondering op de regel). Juist omdat seksuele gevoelens en opwinding vaak moeilijk bespreekbaar zijn, doet de therapeut er goed aan hier zelf naar te vragen. Soms is uitleg nodig over het feit dat dergelijke gevoelens alleen al op fysiologische gronden onvermijdelijk waren: iemands lichaam kan automatisch op bepaalde prikkels reageren, terwijl de persoon in kwestie dat helemaal niet wil.

2. *Het bestaan van meer dan één systeem van alters.* Een speciale oorzaak waardoor informatie vooraf over het trauma onvolledig is betreft het bestaan – bij sommige MPS-patiënten – van een tweede systeem van alters. De observerende alter van het systeem waar de therapeut mee bekend is heeft dan geen weet van het andere systeem, laat staan van de alters die van dit systeem deel uitmaken en ook bij het trauma betrokken zijn. Het is goed om op deze mogelijkheid bedacht te zijn.

Bij Jannie, een ernstig getraumatiseerde 35-jarige patiënte met MPS, bleek in de loop van de behandeling sprake te zijn van meer dan één systeem van alters. De therapeut kwam hierachter nadat een synthese-zitting mislukt was. De helper-alter had het hele verhaal in kaart gebracht en alle betrokken alters, waaronder veel kindalters, waren bereid om mee te werken. Tijdens de procedure stakte hun medewerking. Eén van de aanwezige kindalters zei dat het wit werd in haar hoofd. Na overleg met een collega ging de therapeut in de volgende zitting na of er toch misschien nog een alter was geweest die niemand kende en zich schuil had gehouden. Inderdaad bleek een alter van een tot dusver onbekend systeem een deel van de doodsangst tijdens een zeer traumatische ervaring op zich genomen te hebben. Het verhaal van de helper klopte wel, maar zij was niet op de hoogte geweest van de rol van deze alter en diens bestaan. Deze alter was gereactiveerd tijdens de synthese en – net als vroeger – nam zij de doodsangst over van de aanwezige kindalter en blokkeerde de verder synthese. In de loop der tijd bleek vervolgens dat de patiënt niet alleen ernstig misbruikt was thuis, maar ook in groepsverband. De traumatische herinneringen aan dit groepsmisbruik werden slechts bewaard door de alters van het tweede systeem. De helpers in dit systeem waren wel op de hoogte van het bestaan van het eerste systeem, maar omgekeerd niet.

Bij extreem getraumatiseerde MPS-patiënten – zeker wanneer het misbruik niet alleen thuis maar ook in groepen heeft plaatsgevonden – is er vaak sprake van meerdere naast elkaar bestaande systemen van alters, waarbij tussen de verschillende systemen amnesie kan bestaan.

3. *Synthese versus afreageren.* De hier beschreven werkwijze komt sterk overeen met die van Noord Amerikaanse collega's en is in feite grotendeels door hun werk geïnspireerd. Wat wij niet hebben overgenomen is hun curieuze taalgebruik met betrekking tot traumatische herinneringen en hun behandeling. Zij noemen gereactiveerde traumatische herinneringen, zoals flashbacks en volledig dissociatieve

episodes, 'spontaneous abreactions,' en synthese-zittingen 'planned abreactions' (vgl. Putnam, 1989; Steele & Colrain, 1990).

Van der Hart en Brown (1992) geven aan dat dit verouderde taalgebruik afkomstig is van het vroege werk van Breuer en Freud (1895). Daarin wordt een quasi-neurologisch model beschreven met als kern dat traumatische ervaringen hoeveelheden opwinding produceren die te groot zijn om op een normale manier mee om te gaan. De ontlading (het afreageren) van deze opwinding zou het organisme terugbrengen naar het gebruikelijke constante niveau van opwinding. Het streven naar de ontlading van traumatisch opgewekte energie kenmerkte de aanpak van veel psychiaters die tijdens de Eerste en Tweede Wereldoorlog getraumatiseerde militairen behandelden. Hoewel er soms goede resultaten werden gerapporteerd, was de kritiek op deze aanpak fors. Naast zijn kritiek van theoretische aard, merkte McDougall (1920/1) bijvoorbeeld op dat het herhaaldelijk herbeleven van trauma's en het daarbij steeds maar weer moeten uiten van emoties bij tal van patiënten alleen maar tot verslechtering van hun toestand heeft geleid.

In navolging van Charcot en Janet, noemden Breuer en Freud ook een ander model met betrekking tot de aard en behandeling van traumatische herinneringen. Dat beschreef de gedissocieerde aard van traumatische herinneringen en gaf het opheffen van de dissociaties aan als therapeutische oplossing. Hierbij aansluitend beweerden McDougall en andere critici dat niet de emotionele ontlading essentieel is in de behandeling van traumatische herinneringen maar het opheffen van de dissociatie (in termen van dit artikel de synthese en integratie van deze herinneringen). In de Noord Amerikaanse literatuur over de behandeling van MPS wordt dit onderkend, maar houdt men om door ons niet goed begrepen redenen vast aan het taalgebruik behorende bij het verkeerde model van Breuer en Freud.

We gaan ervan uit dat de mate van emotionele expressiviteit van de patiënt tijdens de synthese voor een belangrijk gedeelte bepaald wordt door diens persoonlijke stijl. In de hier beschreven benadering gaat het niet zozeer om het bevorderen van die emotionele expressiviteit, als wel om het doorstaan van de traumatische ervaring en het daarmee opheffen van de bestaande dissociaties. Zoals praktijkvoorbeeld 1 illustreert, sluit de in de therapie gebruikelijke terminologie, 'breng het bij elkaar, voeg het samen, maak het één geheel' hierbij aan.

Soms ook wordt daaraan een aanmoediging als 'breng het maar naar buiten' of 'uit maar wat toen niet geuit kon worden.' De laatste uitdrukking geeft precies aan waar het ons hierbij om gaat: ten tijde van het oorspronkelijke misbruik was het de patiënten doorgaans verboden iets van verzet, woede of pijn te uiten. Gebeurde dat wel, dan werden ze daar ernstig voor gestraft. Praktijkvoorbeeld 2 biedt hiervan een sprekende illustratie. Aangeven dat dit nu wel geuit kan worden en dit doen als er behoefte aan is, kan ertoe bijdragen dat de herbeleving tijdens de synthese als een 'corrigerende emotionele ervaring' wordt beleefd.

Emmie is een zevenjarige kindalter, die vooral herinneringen bewaart aan extreme lichamelijke mishandelingen, die steeds aan seksueel misbruik door vader voorafgingen. Nadat zij voor de eerste keer had meegedaan aan een synthese-zitting van een dergelijke gebeurtenis (waar veel alters bij betrokken waren), bleek zij (als enige alter) nog steeds 's nachts wakker te

liggen en last te hebben van 'akelige plaatjes' over deze gebeurtenis. In het schrift schreef zij aan de therapeut: 'ik hep tog gekeke, als ik ga sgreewe of huile wort papa boos en moet ik in de sguur. ben jij nu niet boos?' Het bleek dat Emmie zich had teruggetrokken tijdens de syntheseprocedure en had 'toegekeken' omdat ze niet durfde te huilen. Bij navraag bij een helper bleek dat deze zich niet had gerealiseerd dat Emmie, nadat zij vele malen vreselijk was mishandeld inderdaad nooit meer huilde of schreeuwde, aangezien zij hiervoor vervolgens nog gruwelijker was gestraft door de vader. Met Emmie werd een aparte synthese-zitting gewijd aan respectievelijk de eerste en de ergste keer dat zij werd gestraft voor huilen en schreeuwen. Hierna kon Emmie voor het eerst weer huilen als zij pijn had, zowel in het dagelijks leven als tijdens het samenvoegen van andere gebeurtenissen waarbij zij de alter was geweest die de lichamelijke mishandeling had ondergaan.

Aansluitend bij Janet (1919) geloven we ook dat het alsnog vorm geven aan gedrag (bijvoorbeeld een emotionele uiting) dat indertijd niet geuit of afgerond kon worden ertoe bijdraagt dat de neiging daartoe doet opheffen. In sommige gevallen houdt dit in dat we met de patiënt zorgvuldigheid een zitting voorbereiden waarin deze op symbolische en gestructureerde wijze zijn woede kan uiten jegens de dader. Boon en Van der Hart (1991) geven hiervan een illustratief voorbeeld.

4. *Het vervolg van de behandeling.* Bij patiënten met MPS vindt de behandeling van hun traumatische herinneringen niet in slechts een paar zittingen plaats. Indien zich niet meteen een volgend trauma aandient, zijn zij in den regel geneigd hun aandacht weer wat meer op actuele zaken te richten. Dit patroon komt overeen met wat in de literatuur over PTSS de afwisseling van intrusieve beelden (herbeleving) en vermijding wordt genoemd (vgl. Horowitz, 1986); met dit verschil overigens dat de reeds verwerkte trauma's niet meer herbeleefd worden. Het is opvallend dat naarmate meer traumatische herinneringen zijn behandeld, patiënten steeds beter in staat zijn in het heden te leven en steeds beter opgewassen raken tegen spanningen in het dagelijks leven. Dit is overigens niet altijd even duidelijk aanwezig, omdat bij veel patiënten de minst ernstige traumatische herinneringen het eerst aan bod komen en de meest ernstige het laatst. Traumatische herinneringen staan eventuele fusies van de betrokken alters (met elkaar en/of met andere alters) in de weg; een geslaagde behandeling ervan maakt de weg daartoe vrij. Met iedere fusie van alters wordt een volgende stap gezet in de richting van meer integratie van de gehele persoonlijkheid en naar eenwording (vgl. Boon & Van der Hart, 1991). Er zijn patiënten die er de voorkeur aan geven om, ook na een geslaagde behandeling van hun traumatische herinneringen, uit aparte alters te blijven bestaan. Dat is jammer omdat zij, volgens een nog niet gepubliceerd onderzoek van Kluft (1992, persoonlijke mededeling) als volledig geïntegreerde persoonlijkheid het sterkst in hun schoenen staan.

Conclusie

In therapieën van patiënten met MPS mag pas na zorgvuldige afweging gekozen worden voor de behandeling van hun traumatische herinneringen. Vervolgens moet deze behandeling evenzeer zorgvuldig worden voorbereid en uitgevoerd. Het hier beschreven componenten- of fasenmodel en de gepresenteerde richtlijnen kunnen goede diensten verrichten bij deze voorbereiding en uitvoering. De zogenoemde synthesetechniek is het meest uitvoerig aan bod gekomen. De snelheid waarmee – na goede voorbereiding – de synthese van extreem trauma kan worden bewerkstelligd is verrassend. Deze snelheid kan ook tot gevolg hebben dat de patiënt de plotselinge realisatie van de volle

omvang van de ramp die zich tijdens het trauma heeft voltrokken niet aan kan. (Iets wat zich overigens ook bij een meer geleidelijke confrontatie met extreem trauma kan voordoen). Bij de behandeling van traumatische herinneringen van MPS-patiënten dient derhalve veel zorg aan hun veiligheid worden besteed.

De auteurs danken Vera Mierop, Ellert Nijenhuis, Felix Olthuis en David Rabbie voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel, en Motti Cohen en Phyllis Wallage voor het uitschrijven van het verbatim verslag van het eerste praktijkvoorbeeld.

Abstract

The treatment of traumatic memories in patients with multiple personality disorder. *The treatment of traumatic memories in patients with multiple personality disorder (MPD), ideally a discrete stage in the overall treatment of MPD, is subdivided in the following subphases: (1) an extensive preparation phase; (2) a synthesis phase, during which the trauma is experienced by all alters concerned in order to relieve the existing dissociation of the traumatic memory (i.e., 'synthesis of the traumatic memory'); and (3) a realization/integration phase, i.e., the patient's realization of the trauma and the subsequent integration of this event in the whole of the personality. There are techniques for the prevention or resolution of difficulties, which may occur during any phase of this treatment process. The use of the concept 'abreaction' in the North-American literature on MPD, is considered to be inadequate.*

Referenties

- American Psychiatric Press (1987). DSM-III-R. Washington, DC: Author.
- Boon, S. & Van der Hart, O. (1991). De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 159-188). Amsterdam en Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Braun, B. G. (1988a). The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation*, 1, 1, 4-23.
- Braun, B. G. (1988b). The BASK model of dissociation: Clinical applications. *Dissociation*, 1, 2, 16-23.
- Brende, J. O. (1985). The use of hypnosis in post-traumatic conditions. In: W. E. Kelly (red.), *Post-traumatic stress disorder and the war veteran patiënt* (pp. 193-210). New York: Brunner/Mazel.
- Brown, D. P. & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Brown, W. (1920/1). The revival of emotional memories and its therapeutic value (1). *British Journal of Medical Psychology*, 1, 16-19.
- Charcot, J.-M. (1887). *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, Tome 111. Parijs: Progrès Médical en A. Delahaye & E. Lecrosnie.
- Hart, O. van der (Red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der & Boon, S. (1991a). Schrijfopdrachten 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. (1991b). Multiple persoonlijkheidsstoornis bij kinderen. In: W. H. G. Wolters (red.), *Psychotrauma's bij jongeren* (pp. 47-70). Baarn: Ambo.
- Hart, O. van der, Boon, S. & Op den Velde, W. (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). Trauma-behandeling 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 & Op den Velde, W. (1991a). Traumatische herinneringen. In: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 71–90). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der & Op den Velde, W. (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., Friedman, B. & Mierop, V. (1992). De aanpak van gereactiveerde traumatische herinneringen. *Dth*, 12(1), 12–55.
- Hart, O. van der & Brown, P. (1992). The treatment of traumatic memories: Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5(3), 127–140.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: BasicBooks.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*, 2nd ed. Northvale, NJ: J. Aronson.
- Janet, P. (1989). *L'Automatisme psychologique*. Parijs: Félix Alcan. Herdruk: Société Pierre Janet, Parijs, 1973.
- Janet, P. (1982). La suggestion chez les hystériques. *Archives de Neurologie*, 24, 29–55.
- 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 druk. Parijs: Félix Alcan. Herdruk: Lafitte Reprints, Marseille, 1983.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. Londen & New York: Macmillan. Reprint van 1929-editie: Hafner, New York, 1965.
- Janet, P. (1909). Problèmes psychologiques de l'émotion. *Revue Neurologique*, 17, 1551–1687.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 vol.). Parijs; Félix Alcan. Heruitgave: Société Pierre Janet, Parijs, 1986. Engelse uitgave: *Psychological healing* (2 vol.). New York: Macmillan, 1925. Heruitgave: Arno Press, New York, 1976.
- Janet, P. (1928). *L'Evolution de la mémoire et la notion du temps*. Parijs: A. Chahine.
- Jung, C. G. (1920/1). The question of the therapeutic value of 'abreaction.' *British Journal of Medical Psychology*, 2, 13–22.
- 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.
- Kolk, B. A. van der & Van der Hart, O. (1992). Het binnendringend verleden: De flexibiliteit van het geheugen en de inprenting van trauma's. *ICODO- INFO*, 8, 4, 4–24.
- Macmillan, M. (1991). *Freud evaluated: The completed arc*. Amsterdam: North-Holland.
- McDougall, W. (1920/1). The revival of emotional memories and its therapeutic value (III). *British Journal of Medical Psychology*, 1, 23–29.
- McDougall, W. (1926). *An outline of abnormal psychology*. Londen: Methuen.
- Myers, C. S. (1920/1). The revival of emotional memories and its therapeutic value (II). *British Journal of Medical Psychology*, 1, 20–22.
- Ross, C. A. & Gahan, P. (1988). Cognitive analysis of multiple personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 229–239.
- Shengold, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven/Londen: Yale University Press.
- Young, W. C. (1992). Recognition and treatment of survivors reporting ritual abuse. In: D. K. Sakheim en S. E. Devine (red.), *Out of darkness: Exploring satanism and ritual abuse* (pp. 249–278). New York: Lexington Books.
- Young, W. C., Sachs, R. G. Braun, B. G. & Watkins, R. T. (1991). Patients reporting ritual abuse in childhood: A clinical syndrome. Report of 37 cases. *Child Abuse & Neglect*, 15, 181–189.