



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Het werken met 'ego-toestanden'

David Rabbie\*

---

## Samenvatting

*Een aantal patiënten rapporteert desgevraagd dat ze symptomen of zgn. persoonlijkheidskenmerken gedissocieerd beleven. Zij zeggen bijvoorbeeld: 'Iets in mij heeft vreetbuien' of 'Ik ben niet zelf zo perfectionistisch, maar iets in mij'. Dergelijke uitspraken kunnen geïnterpreteerd worden als aanwijzing voor de aanwezigheid van zogenaamde 'ego-toestanden'. Bij patiënten met innerlijke conflicten die deze 'ego-toestanden' kunnen ervaren biedt dit werkmodel interessante mogelijkheden. Dit artikel beschrijft hoe men dergelijke patiënten kan behandelen: door 'ego-toestanden' te leren samenwerken, de patiënt te leren zichzelf in fantasie als kind te troosten en het verleden te verwerken.*

## Inleiding

Tijdens mijn behandelingen van patiënten met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS), heb ik vaardigheden geleerd die ik ook bij andere patiënten kan toepassen, vooral het bevorderen van de communicatie tussen zogenaamde 'alters'. Het begrip 'ego-toestand' lijkt ietwat op het begrip 'alter', zij het dat aan een zogenaamde alter een grotere autonomie wordt toegedacht, waardoor patiënten amnesie kunnen hebben over de perioden waarin die alter het heft in handen had. 'Ego-toestand'-therapie zoals ik die in dit artikel beschrijf vertoont raakvlakken met tal van therapievormen, zoals transactionele analyse, gestalttherapie, psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie en diverse hypnotherapeutische stromingen.

In dit artikel baseer ik mij op de theorie van John en Helen Watkins. Watkins en Watkins (1978; 1992) definiëren 'ego-toestanden' als een georganiseerd systeem van gedragingen en ervaringen 'binnen' een persoon die met elkaar verbonden zijn door een gemeenschappelijk principe. Wat 'ego-toestanden' nu precies 'zijn' of hoe zij gezien moeten worden is onduidelijk. Als men het ziet als een fantasievolle methode om emotionele conflicten te verhelderen en op te lossen, dan zal men zich vooral richten op hoog hypnotiseerbare patiënten, die aspecten van zichzelf kunnen dissociëren. Als men 'ego-toestanden' ziet als een met 'alters' van MPS-patiënten vergelijkbaar klinisch fenomeen, zal men eerder werken met patiënten die geleden hebben onder voor hen als schokkend ervaren gebeurtenissen die dissociatieve verschijnselen vertonen. (Deze groepen kunnen overigens ruime overlap vertonen.) Aangezien over deze kwestie niets bekend is, kan de methode voorlopig het beste gezien worden als een 'therapeutisch werkmodel' (Van der Hart & Van Dyck, 1991). Er is geen onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van 'ego-toestand'-therapie, er zijn slechts gevalbeschrijvingen verschenen. Over de vraag welke symptomen geschikt zijn voor 'ego-toestand'-therapie zijn ook alleen maar klinische indrukken bekend. Een aantal auteurs (Toem, 1987; Barnett, 1981; Vanderlinden & Vandereycken, 1990) achten patiënten met

---

\* DAVID RABBIE is als vrij gevestigd psycholoog-psychotherapeut gevestigd op de Westsingel 14, 3811 BA Amersfoort. Hij is gedragstherapeut en hypnotherapeut.

eetstoornissen vaak geschikt voor 'ego-toestand'-therapie. Phillips (1993) beschrijft 'ego-toestand'-therapie voor patiënten met posttraumatische stress-stoornis. Het is mijn ervaring dat patiënten die conflicten rapporteren, zich vaak aangesproken voelen door de methode. De voorbeelden die ik geef, hebben vooral betrekking op patiënten die ambivalente gevoelens rapporteerden ten opzichte van hun ouders, of die op een te jonge leeftijd verantwoordelijkheden op zich moesten nemen waardoor hun emotionele ontwikkeling verstoord raakte. Ik zal eerst kort de theorie en vervolgens uitvoerig de praktijk van het werken met 'ego-toestanden' bespreken.

## Dissociatietheorieën

### *De theorie van Janet*

Vanderlinden et al. (1993, p. 57) vatten Janets theorie kort samen: 'Dissociatie is een concept dat rond de eeuwwisseling door de Franse psychiater Janet werd beschreven (1889). De kern is steeds een tekort aan integratie van het persoonlijk bewustzijn. Janet stelde vast dat bij bepaalde – voornamelijk "hysterische" – patiënten afzonderlijke bewustzijnstoestanden voorkwamen die min of meer onafhankelijk van elkaar functioneren. Het ontstaan van deze afzonderlijke bewustzijnstoestanden schreef Janet toe aan heftige emoties naar aanleiding van één of meer traumatische gebeurtenissen. Bij confrontatie met een trauma resulteert de dissociatie in een ontsnappen van een complex geheel van denkbeelden en bijbehorende gevoelens aan de bewuste controle. Zo ontstaat partiële of algehele amnesie voor het trauma. De gedissocieerde herinnering aan de traumatische gebeurtenis blijft echter op een onderbewust niveau werkzaam en veroorzaakt op deze wijze dissociatieve – bijvoorbeeld "hysterische" – klachten (zie voor een samenvatting van Janets theorie Van der Hart, 1986, 1988).'

### *De theorie van Watkins en Watkins*

Geïnspireerd door Federn (1952) heeft het echtpaar Watkins een theorie over dissociatieve verschijnselen ontwikkeld en een behandelingsmethode voorgesteld. Zoals eerder vermeld, definiëren Watkins en Watkins 'ego-toestanden' als een samenhangend geheel van gedachte, gevoelens en gedrag 'binnen een persoon' dat is georganiseerd rond een gemeenschappelijke taak (Watkins en Watkins spreken in dit verband over een 'principe', maar het woord 'taak' lijkt mij duidelijker), zoals zes jaar oud zijn, met autoriteitsfiguren omgaan, beschermen, verstandig zijn, zich identificeren met een ouder enzovoorts (Watkins, 1984). 'Ego-toestanden' zouden ontstaan door trauma, identificatie of door normale psychologische ontwikkeling. Er wordt geen vast aantal 'ego-toestanden' verondersteld. Grenzen tussen 'ego-toestanden' kunnen meer of minder rigide zijn. Bij amnesie is er een zeer rigide grens. Een voorbeeld van een minder rigide grens is dat een 'ego-toestand' wel weet wat een andere 'ego-toestand' doet. Watkins' theorie is een brede dissociatietheorie die een werkmodel biedt voor MPS, voor dissociatieve fenomenen bij patiënten zonder MPS, en voor het gedrag van patiënten en normale subjecten gedurende leeftijdsregressie tijdens hypnose. (Voor een Nederlandse samenvatting van Watkins theorie, zie Gerards, 1993).

### **'Ego-toestanden'**

Er zijn patiënten bij wie men gedrag ziet dat tot op zekere hoogte overeenkomsten vertoont met het gedrag van patiënten met MPS. Deze patiënten vertonen sterk uiteenlopende rigide gedragspatronen die snel kunnen wisselen. Men kan bij deze patiënten 'ego-toestanden' vragen naar voren te komen. Als hulpmiddel kan men de 'ego-toestand' een eigen stoel aanbieden (verplicht is dit overigens niet). Zo had ik een patiënte die een conflict tussen een 'huiler' en een 'strengere' beschreef. Zat zij op de stoel van de 'huiler', dan ging zij onmiddellijk hartverscheurend huilen. Ging zij op de stoel van de 'strengere' zitten, dan droogden de tranen acuut op. Net zoals 'alters' van MPS patiënten onderling enorme conflicten kunnen hebben, zo kunnen 'ego-toestanden' bij patiënten zonder dissociatieve stoornis onderling hevige conflicten hebben. Het is vaak indrukwekkend om te zien met hoeveel emotie 'ego-toestanden' op elkaar kunnen reageren. Als twee 'ego-toestanden' ruzie maken, ziet men vaak angst bij de ene en een afwijzende houding bij de andere 'ego-toestand'. Sommige 'ego-toestanden' schuiven hun stoel naar het andere eind van de kamer uit angst voor de andere 'ego-toestand'. Ook in het gedrag zijn er overeenkomsten tussen 'alters' en 'ego-toestanden'. Ik heb tientallen patiënten gezien met een strenge en een emotionele 'ego-toestand'. Men ziet daarbij opvallende verschillen in houding en emotionaliteit. De strenge 'ego-toestand' zit rechtop, kijkt strak, toont weinig emoties en laat zich negatief uit over de veel emotionelere 'ego-toestand'. Ook heb ik regelmatig kinderlijk vrolijke 'ego-toestanden' ontmoet. Er zijn nog meer overeenkomsten. Bij MPS treft men bijvoorbeeld het verschijnsel aan dat bepaalde 'alters' niet met de therapeut willen praten. Ook bij patiënten bij wie men 'ego-toestanden' aantreft of construeert, vindt men 'ego-toestanden' die zich boos terugtrekken en niemand vertrouwen.

Dit soort observaties doet mij wel eens denken dat er patiënten zijn bij wie 'ego-toestanden' als een klinisch fenomeen opgevat moet worden, al is het heel goed mogelijk dat de therapeut in samenwerking met de patiënt zo'n 'ego-toestand' construeert, waarbij de 'ego-toestand' representant wordt van belangrijke, maar niet goed onderkende, gevoelens, gedachten en verlangens van de patiënt. Hoe het ook zij, het is mijn indruk en die van anderen dat er met dit begrip therapeutisch nuttig gewerkt kan worden.

Er zijn ook verschillen tussen 'alters' en de 'ego-toestanden'. Amnesie voor gebeurtenissen in het heden, het verschijnsel dat de ene 'alter' niet weet wat de andere doet, treft men alleen aan bij MPS. Alleen bij MPS-patiënten treft men het verschijnsel dat 'alters' er zich niet van bewust zijn van het feit dat zij hetzelfde lichaam delen met andere 'alters'.

### **Soorten 'ego-toestanden'**

Men komt meestal de volgende drie soorten 'ego-toestanden' tegen: een strenge, een emotionele en een verstandige 'ego-toestand'. De emotionele 'ego-toestand' voelt zich meestal jong, de strenge oud. De strenge 'ego-toestand' identificeert zich veelal met een ouderfiguur. Het lijkt voor de hand te liggen om in navolging van Berne (1961) deze 'ego-toestanden' 'kind' en 'ouder' te noemen. Het nadeel daarvan is dat Berne uitgaat van één 'kind' en één 'ouder' terwijl er bij 'ego-toestand'-therapie sprake kan zijn van meerdere 'kinderen' en 'ouders'. Ik gebruik daarom de begrippen *kindeel* en

*ouderdeel*. (Dit zijn evenals het woord 'ego-toestand-therapie' waarschijnlijk geen grote taalvondsten, maar ik wist niets beters te verzinnen.)

Een *kindeel* is meestal emotioneel, het voelt zich jong. Aan de hand van de genoemde leeftijd kan men verschillende 'kinddelen' van elkaar onderscheiden.

Een *ouderdeel* verklaart meestal zich geïdentificeerd te hebben met een ouderfiguur. Ook kan er sprake zijn van parentificatie. Een 'ouderdeel' is meestal streng en perfectionistisch en erop gericht te presteren. Ze zijn weinig emotioneel of proberen weinig emotioneel te zijn. Een 'ouderdeel' voelt zich oud maar is zonder dit te beseffen kinderlijk: *het ouderdeel is een kind dat groot wil zijn*. Dit merkt de therapeut als hij de volwassen patiënt het 'ouderdeel' voor zich laat zien: de patiënt rapporteert dan dat het 'ouderdeel' er uitziet als een kind. Het 'ouderdeel' wil niet geconfronteerd worden met pijnlijke emoties; het wil zijn onmacht niet voelen, het probeert zich juist sterk te voelen en neemt meestal een superieure houding aan tegen over 'kinddelen'. Een 'ouderdeel' zal in het begin van het contact met de therapeut zijn behoefte aan liefde en erkenning meestal niet toe willen geven; dit in tegenstelling tot een 'kindeel'. 'Ouderdelen' zitten doorgaans rechtop en zijn vaak op een kinderlijke manier rigide. Heeft men contact met een 'ouderdeel', dan moet men zoeken naar een corresponderend 'kindeel' en andersom. Het is van belang de samenwerking tussen deze twee partijen te bevorderen, daardoor voelt de patiënt meer innerlijke harmonie.

De verstandige 'ego-toestand' noem ik de *interne raadgever*. Dit is de verstandigste ego-staat die de patiënt bezit of die door de therapeut te mobiliseren valt. Dergelijke 'ego-toestanden' zijn al vaak beschreven, zij zien er in de fantasie van de patiënt vaak uit als een oude wijze man. De therapeut ervaart ze als zakelijk en weinig emotioneel wanneer men ze rechtstreeks spreekt.

Wanneer ik verder in de tekst voorbeelden geef, noem ik de 'ego-toestanden' in kwestie met de naam die ze door de patiënt is toegekend, en de patiënt met zijn voornaam of met de benaming de 'volwassen patiënt'.

## Selectie van patiënten voor 'ego-toestand-therapie'

Er zijn patiënten met interpersoonlijke problemen die hun moeilijkheden toeschrijven aan vervelende ervaringen met hun ouders in hun jeugd. Dergelijke patiënten hebben vaak te kampen met ambivalente gevoelens jegens hun ouders. Aan de ene kant wil de patiënt zich emotioneel losmaken, aan de andere kant is hij afhankelijk van zijn ouders. Sommige patiënten hebben moeite om te weten wat zij voelen. Patiënten zeggen dan: 'Ik voel geen contact met anderen en ook niet met mezelf.' Ook ziet men dat dergelijke patiënten moeite hebben met het aangaan van bindingen en heftige gevoelens van eenzaamheid en depressie ervaren naar aanleiding van ogenschijnlijk kleine interpersoonlijke incidenten. Verder constateert men regelmatig dat de patiënt zich het ene moment overdreven aanpast, en het andere moment volstrekt geen rekening houdt met anderen of zich tegen anderen afzet. Daarnaast kunnen patiënten enorm hoge eisen aan zichzelf stellen en zichzelf soms zeer onvriendelijk bejegenen.

Zijn er dissociatieve symptomen en een traumatische voorgeschiedenis bekend, lijdt of leed de patiënt aan een eetstoornis, heeft de patiënt een posttraumatische

stress-stoornis, of kampt de patiënt met sterk ambivalente gevoelens en innerlijke conflicten, dan kan de therapeut aan de patiënt vragen of hij 'ego-toestanden' in zichzelf ervaart aan de hand van de volgende vragen:

- a *Een innerlijk conflict ervaren.* Veel patiënten rapporteren een conflict in zichzelf. Men informeert er naar welke kanten van de patiënt in conflict zijn. Hoe zou hij de verschillende delen in zichzelf omschrijven? Heeft de patiënt enig idee in welke periode van het leven deze delen ontstaan zijn? Hoe uit het innerlijke conflict zich in het gedrag van de patiënt?
- b *Symptoomgedrag of delen van zichzelf gedissocieerd beleven.* Bij patiënten met anorexia of boulimie vraag ik altijd hoe zij hun gedrag ervaren: 'Heb je het gevoel dat je zelf een eetbui hebt of dat iets in je een eetbui heeft?' Patiënten die symptomen gedissocieerd beleven herkennen dit meteen. (Ik geef toe dat deze wetenschap niet duidelijk maakt of de patiënt zich gedurende de vreetbui gedepersonaliseerd voelde, of dat de patiënt mee wil gaan in deze formulering.) Eigenschappen, zoals perfectionisme, kunnen door de patiënt ook 'dissociatief' worden beleefd: alsof hij niet zelf perfectionistisch is maar dat er 'iets' in hem is dat hem tot perfectionisme dwingt, alsof hij geen vrije keuze heeft. Ook overdreven zorgzaamheid of de overdreven neiging zich aan te passen worden vaak zo beleefd. Meestal weet de patiënt te vertellen dat dergelijke gedragspatronen ontstaan zijn in een periode die door de patiënt als zeer belastend werd beleefd.
- c *Een kind in zichzelf voelen.* Meestal vraag ik eerst aan de patiënt: 'Ervaar je wel eens kinderlijke gevoelens in jezelf?' Antwoordt de patiënt bevestigend, dan vraag ik daar op door. Hoe oud voelt de patiënt zich als hij die kinderlijke gevoelens heeft? Antwoordt de patiënt: 'Vier jaar', dan vraag ik nadere bijzonderheden. De vraag: 'Voel je een kind in jezelf?' sluit makkelijk bij de vorige vragen aan. Rapporteert de patiënt een kind in zich te voelen, dan informeert de therapeut hoe de patiënt contact met dit kind ervaart. Komen er steeds herinneringen uit een bepaalde periode boven, of heeft de patiënt dromen die naar een bepaalde gebeurtenis lijken te verwijzen? Hoe is er contact met het kind? Voelt de patiënt aan wat het kind wil? Ziet hij een kind voor zich? Ziet hij het kind steeds op een bepaalde plek? Hoe oud is het kind? Is het één kind of zijn er kinderen van verschillende leeftijden? En zo verder. Getraumatiseerde patiënten rapporteren opvallend vaak een kind in zichzelf te voelen als men daar systematisch naar vraagt. Het zal duidelijk zijn dat positieve antwoorden op deze vragen niet als een aanwijzing voor de aanwezigheid van 'echte' kinderen gezien mogen worden. Daarvoor zijn de vragen trouwens ook veel te suggestief.

Teneinde een indruk te geven van het soort vragen dat ik hanteer bij een klinisch interview, volgt hier het voorbeeld van Olga (*alle namen van patiënten zijn veranderd*), een 27-jarige vrouw die zich emotioneel verwaarloosd voelde door haar moeder en seksueel misbruikt was door haar broer. Zij kon zich bepaalde periodes uit haar leven niet meer herinneren. Er was geen sprake van een dissociatieve stoornis, wel aan agorafobie, waarvoor zij Anafranil en gedragstherapie kreeg.

Olga: 'Ik ben de laatste tijd erg met mijn moeder bezig. Aan de ene kant zou ik met haar willen breken, aan de andere kant zou ik een beter contact met haar willen hebben, maar dat zit er gewoon niet in.'

Ther.: 'Zoek je liefde bij je moeder?'

David Rabbie

Olga: 'Ja.'

Ther.: 'Zoek je de liefde die je als kind gemist hebt?'

Olga: 'Ja, dat is het.'

Ther.: 'Is er een verdrietig meisje in je die liefde zoekt?'

Olga: 'Ja.'

Ther.: 'Hoe oud zou dat meisje zijn denk je?'

Olga: 'Vanaf vier jaar.'

Ther.: 'Heb je een beeld van het meisje voor ogen?'

Olga: 'Ja.'

Ther.: 'Waar zie je haar?'

Olga: 'Bij haar vader, daar was het altijd leuk.'

Ther.: 'En bij haar moeder?'

Olga: 'Ze vond de liefde van haar moeder te controlerend. Daarom nam zij afstand van haar moeder. Misschien dat mijn moeder daardoor ook weer meer afstand van mij genomen heeft, ik weet het niet.'

Er ontspint zich een gesprek over de gezinssituatie van vroeger. Even later:

Olga: 'Ik ben erg kritisch op mezelf, heel perfectionistisch.'

Ther.: 'Het is misschien een gekke vraag, maar heb je het gevoel dat je zelf perfectionistisch bent, of dat iets in je perfectionistisch is?'

Olga: 'Iets in mij' [ *dit wordt zonder enige aarzeling gezegd*].

Olga: 'Ik heb het gevoel dat ik het niet goed doe, dat ik me schuldig voel, geen gevoel heb van zelfwaardering, maar net doe alsof alles goed is en me zo gedraag. Op de een of andere manier komt dan het beeld bij mij boven van mijn moeder [ *dit kan wijzen op een 'ego-toestand' die moeder heeft geïnternaliseerd*]. Ik ben ook heel streng voor mezelf.'

Ther.: 'Je vertelt dat je het gevoel hebt dat iets in je ervoor zorgt dat je perfectionistisch bent. Heb je ook het gevoel dat er een strijd in jezelf is?'

Olga: 'Ja, soms ben ik heel perfectionistisch, soms doe ik iets heel slordig, of juist helemaal niet. Daarna voel ik me schuldig. Ik heb ook heel veel behoefte om altijd controle te houden, maar het kan ook zijn dat ik alles aan mijn vriend overlaat en me nergens mee bemoei. Of ik doe iets heel goed of iets heel slecht, er is geen middenweg.'

Ther.: 'Dus het lijkt alsof er behalve die heel perfectionistische kant ook een andere kant is, een opstandige kant of zoiets?'

Olga: 'Ja.'

Ther.: 'Wat ik dan wel eens doe, is twee van die kanten in jezelf die met elkaar in gevecht zijn uit te nodigen op twee verschillende stoelen te komen zitten, zodat we kunnen kijken hoe ze beter kunnen leren samenwerken. Lijkt je dat iets?'

Olga: 'Ja, dat lijkt me erg verhelderend.'

Deze vrouw rapporteerde een conflict in haarzelf, sterk wisselende stemmingen en gedrag, zij voelde een kind in haarzelf en zij ervoer haar perfectionistische kant als 'gedissocieerd' (of, zij ging mee met de suggestie van de therapeut). Het zal niet verbazen dat er gemakkelijk twee 'ego-toestanden' in verschillende stoelen plaatsnamen die onmiddellijk begonnen te ruziën. Zij hadden zes zittingen nodig om deze beter te leren samenwerken. De twee 'ego-toestanden' kregen de namen 'perfectionist' en 'opstandige' en hadden het karakter van een 'ouder'- en een 'kinddeel'. De eerste therapieessie van Olga wordt verderop weergegeven.

## Fasen in de behandeling

'Ego-toestand'-therapie bij patiënten met losmakingsproblematiek kan variëren in lengte. Bij wat langdurende behandelingen is het nuttig de therapie onder te verdelen in een aantal fasen. In de eerste fase leert de patiënt wat aardiger voor zichzelf te worden. Als dat lukt, merkt de patiënt vaak dat er herinneringen bij hem bovenkomen die verwerkt moeten worden. Uiteindelijk moet hij zich emotioneel losmaken van zijn kinderlijke afhankelijkheid van zijn ouders.

Bij patiënten die 'ego-toestand'-therapie krijgen neemt dit alles zeer concrete vormen aan. De fase 'aardiger worden voor jezelf' wordt: 'de strenge "ego-toestand" en de emotionele "ego-toestanden" moeten leren samenwerken.' De fase: 'het verwerken van het verleden' neemt de vorm aan: 'met jezelf als kind praten en jezelf troosten.'

Hoewel de elementen van de behandeling in de praktijk niet altijd strikt worden gescheiden is het toch zinvol de gehele behandeling te splitsen in een aantal fasen. De verschillende fasen worden hier kort aangeduid, verderop in het artikel worden ze uitvoeriger besproken.

- a *Indicatiestelling en motivatie*. De therapeut dient vast te stellen dat 'ego-toestand'-therapie geschikt is voor de patiënt, de patiënt uitleg te geven over de procedure en met hem de werkwijze overeen te komen.
- b *Stabilisatie*. Men helpt eerst de patiënt beter te functioneren. Dit doet men door middel van rationele therapie, assertiviteitstraining en door het aanleren van probleemoplossende vaardigheden. Problemen in het heden dienen eerst aangepakt te worden, voordat de jeugd van de patiënt ter sprake wordt gebracht. Men kan 'ego-toestand'-therapie in deze fase voorbereiden, bijvoorbeeld door te wijzen op opmerkelijke tegenstrijdigheden in de gedragingen van de patiënt.
- c *Het leren samenwerken van 'ego-toestanden'*. Indien de patiënt een innerlijk conflict rapporteert is het van belang dat de 'ego-toestanden' eerst leren samenwerken.



- Wekelijkse therapie sessies zijn in deze fase niet altijd nodig. Meestal signaleert de patiënt een strenge, perfectionistische kant waar hij last van heeft. Het leren samenwerken van 'ego-toestanden' sluit nauw aan bij de vorige fase, ook nu probeert men actuele moeilijkheden van de patiënt op te lossen. De therapeut maakt contact met de 'ego-toestanden' en wat hun functie is. De therapeut spreekt met de 'ego-toestand' een naam af, bijvoorbeeld: 'perfectionist', 'anorexia', 'zesjarige Wim'. De therapeut informeert of deze 'ego-toestand' de volwassen patiënt kent, of hij andere 'ego-toestanden' kent en of er sprake is van een conflict dan wel van samenwerking met andere 'ego-toestanden' en met de volwassen patiënt. Vervolgens leert men 'ego-toestanden' beter samen te werken met elkaar en met de volwassen patiënt. Soms kan men hier de therapie beëindigen: de patiënt functioneert tot diens tevredenheid. Op het onderwerp 'samenwerking tussen ego-toestanden' wordt nader ingegaan bij het bespreken van de 'stoelentechniek'.
- d *Het verwerken van traumatische herinneringen.* Naarmate de 'ego-toestanden' beter samenwerken komen er vaak gevoelens en herinneringen van vroeger los. Wanneer dat zo is, zal men daar op in moeten gaan. In deze fase heeft de patiënt meer steun nodig en is wekelijks contact gewenst. Men kan beginnen met schrijfoverdrachten (Lange, 1987) en zo nodig met hypnotische technieken verdergaan (Van der Hart & Boon, 1991). Ik zal bij het bespreken van de 'visuele gesprekstechniek' beschrijven hoe men met 'ego-toestanden' kan praten over hun gevoelens en hoe men de volwassen patiënt leert om diens 'ego-toestanden' te troosten. Dit neemt meestal een groot aantal zittingen in beslag. Het samenwerken van 'ego-toestanden' vergemakkelijkt traumaverwerking en andersom.
- e *Losmakingsfase.* Aangezien patiënten die 'ego-toestand'-therapie krijgen in het verleden vrijwel altijd problemen met hun ouders hebben gehad, gaan patiënten aan het einde van hun therapie de relaties met hun ouders – en vaak ook die met anderen – anders zien en beleven. Wanneer de verstandhouding met de ouders nog perspectieven biedt kan die mogelijk verbeterd worden. Het gaat dan om ouders die wel van hun kinderen hielden en hun best deden, maar in de ogen van het kind toch faalden. Meestal zijn de ouders van mijn patiënten helaas sterk tekort geschoten en dient de patiënt te accepteren dat hij nooit de ouder zal krijgen die hij zich wenste. In deze fase kunnen boze brieven (die niet verstuurd hoeven te worden), afscheidsbrieven, losmakingsfantasieën (zoals emotionele banden die gevisualiseerd worden en doorgesneden worden) en dergelijke gebruikt worden. Ik ga hier later verder op in.

## Verzet

Dat patiënten niet staan te springen om narigheid van vroeger naar boven te halen, zal niemand verbazen. Waar men misschien niet zo snel aan zou denken is dat niet alleen bij de volwassen patiënt, maar dat ook bij de diverse 'ego-toestanden' meestal allerlei bezwaren leven (Barnett, 1981; Edelstien, 1982). Men moet dus niet alleen bij de volwassen patiënt, maar ook bij 'ego-toestanden' deze bezwaren verminderen. Dit gaat het beste door ernaar te vragen, zowel bij de volwassen patiënt als bij betrokken 'ego-toestanden': 'Heb je wel zin om met achtjarige Henk te praten?' en 'Wil achtjarige Henk wel met jou praten?' of 'Ben je bang voor de nare gevoelens van vroeger?' of 'Is de achtjarige ook bang voor de gevoelens van vroeger?'

### ***Verzet bij de volwassen patiënt***

Sommige patiënten rapporteren spontaan of desgevraagd dat zij meerdere kanten in zich ervaren, maar vinden dit griezelig en willen het niet verder uitzoeken. Zij zijn bang dat er kinderlijke of erg emotionele 'ego-toestanden' naar voren komen. Tevens kan er angst bestaan dat een 'ego-toestand' de overhand zal krijgen als de patiënt deze naar voren laat komen. Met dergelijke verwachtingen beginnen patiënten niet makkelijk aan 'ego-toestand'-therapie en zal men een andere benadering moeten toepassen. Wil de patiënt wel aandacht besteden aan zijn 'ego-toestanden', dan moet hij nog leren er goed mee om te gaan. Men moet de patiënt zo ver zien te krijgen dat hij zijn 'ego-toestanden' als een zorgzame volwassene bejegt. Sommige patiënten proberen 'ego-toestanden' die last veroorzaken te laten verdwijnen of te straffen, in de hoop dat ze geen last meer veroorzaken. Het resultaat van deze inspanning is averechts.

Ten slotte kan de patiënt vaak met goede redenen bang zijn voor wat er op hem af kan komen. Het is mogelijk heftige gevoelens door middel van 'ego-toestand'-technieken los te maken. Wanneer dit gebeurt is het vaak niet zomaar terug te draaien. De patiënt moet hierop voorbereid worden zodat hij zich niet overvallen voelt. Vervolgens dient hij bereid te zijn de gevoelens en herinneringen die zijn bovengekomen te verwerken. De patiënt dient er op voorbereid te worden dat het onder ogen zien van gebeurtenissen en omstandigheden in het verleden waaraan hij liever niet herinnerd wil worden pijnlijk is, en dat het enige tijd kan duren voordat deze herinneringen hun angstaanjagend karakter verliezen. (Vergelijk de manier waarop men patiënten motiveert voor het uitvoeren van angststoornissen met exposure.)

### ***Verzet bij 'ego-toestanden'***

'Ego-toestanden' (zowel 'kind'- als 'ouderdelen') kunnen gezien worden als eenzame, boze en verdrietige kinderen, die het vertrouwen in anderen hebben verloren. Zij zullen noch de volwassen patiënt, noch de therapeut zomaar vertrouwen. Wil men tot samenwerking komen met deze 'ego-toestanden', dan moet de therapeut eerst begrip opbrengen voor de woede en het verdriet van deze 'ego-toestanden', zo is mijn ervaring.

'Ouderdelen' zijn vooral bang om *controle te verliezen* en overspoeld te worden door emoties, en daardoor niet meer te kunnen functioneren. Een 'ouderdeel' vindt soms dat een 'kinddeel' straf verdiend heeft, of het is bang dat het zelf of een 'kinddeel' overweldigende emoties niet aan zal kunnen.

Bij 'kinddelen' is *het vertrouwen in anderen* het grootste probleem. Dit geldt ten opzichte van de therapeut en zelfs ten opzichte van de volwassen patiënt. Zij hebben zich boos teruggetrokken en verwachten niet dat zij met anderen over hun gevoelens kunnen praten. Zij moeten de ervaring krijgen dat de volwassen patiënt zich anders zal gedragen dan de ouder(s) in wie het kind vroeger is teleurgesteld. Het 'kinddeel' kan bang zijn dat de 'echte ouder' boos zal worden, zal straffen of liefde zal onthouden als het woede durft te tonen of kritiek durft te geven. Of het 'kinddeel' kan bang zijn dat het wordt uitgelachen als het gaat huilen. Het 'kinddeel' 'leeft' in het verleden, deze angst zal dus ook bestaan als de echte ouder niet meer in leven is. Aangezien 'ego-toestanden' meestal op een kinderlijk niveau functioneren, moet men hen met eenvoudige woorden toespreken: bijvoorbeeld dat de therapeut hen niet in de steek zal laten, alleen maar

met ze wil praten en niet straft en dat ze hun mening mogen geven zonder dat de therapeut boos wordt.

‘Ego-toestanden’ beschouwen de gevoelens die ze met zich meedragen meestal als overweldigend en willen daar niet over praten. Zij moeten leren zowel met de volwassen patiënt als met de therapeut een relatie op te bouwen. Op deze wijze ervaart het ‘kindeel’ dat de situatie nu anders is dan vroeger. Nu is er iemand – de volwassen patiënt, bijgestaan door de therapeut – die naar het ‘kindeel’ wil luisteren, die het wil helpen, iemand die het duidelijk maakt dat de situatie waarin het ‘kindeel’ leeft inmiddels ten goede is veranderd. Pas als het ‘kindeel’ deze veranderingen gewaar wordt, vermindert de argwaan en kan de ‘ego-toestand’ ertoe gebracht worden over zijn gevoelens te praten. De communicatie tussen de volwassen patiënt en het kindeel heeft – voor de ‘ego-toestand’ – nog een positief effect. De volwassene ervaart (door de gesprekken) geleidelijk aan gevoelens van de ‘ego-toestand’, waardoor de ‘ego-toestand’ enigszins ontlast wordt. Als de volwassen patiënt maar contact met de ‘ego-toestand’ houdt, zal het verzet vanzelf minder worden.

## **Technieken om te communiceren met ‘ego-toestanden’**

Er zijn verschillende manieren om met ‘ego-toestanden’ te communiceren. De ‘stoelentechniek’ wordt verderop in dit artikel uitgebreid behandeld, evenals de ‘visuele gesprekstechniek’. Bij patiënten met opvallende stemmingswisselingen kan men met ‘ego-toestanden’ communiceren zonder speciale technieken te gebruiken. Verder is het mogelijk om met ‘ego-toestanden’ een briefwisseling aan te gaan, ideomotorische signalen te gebruiken als communicatiemiddel of symbolisch contact te hebben. Deze technieken worden hier kort besproken. Omdat sommige ‘ego-toestand’-technieken tot een hypnotische regressie leiden, bespreek ik eerst dit laatste.

### ***Hypnotische regressie en ‘gedissocieerde’ hypnotische regressie***

Een hypnotische regressie kan men op een aantal manieren bereiken. De eerste mogelijkheid is: ‘Ontspan je maar. Als je voldoende ontspannen bent, dan zeg je het even.’ Dan: ‘Ik tel tot drie en dan word je veertien jaar’ (...) ‘Zeg het maar wanneer je er bent.’ ‘Hoe oud voel je je?’ ‘Veertien jaar.’ Op zo’n manier kan er een ‘ego-toestand’ naar voren komen die meent veertien jaar te zijn. Anders gezegd, zo bereikt men een hypnotische regressie.

Een tweede methode is via de ‘affectbrug’ (Watkins, 1971): ‘Concentreer je op het gevoel van eenzaamheid en ga terug naar de eerste keer dat je je zo voelde.’ (Bij een onbegrepen gevoel dat de patiënt in het heden ervaart, zoekt men dus een ervaring van vroeger die dit gevoel wel begrijpelijk maakt.)

Een derde manier is: ‘Wie van jullie denkt dat het nuttig is voor Riet om een vreetbui te hebben?’

Een vierde manier om hetzelfde te bereiken bij een geselecteerde patiënten-groep is: ‘Wil de veertienjarige in die stoel gaan zitten?’ Dit noem ik verder de *stoelentechniek*.

Omdat ik toevallig eens een workshop van het echtpaar Watkins heb bijgewoond waarin dit werd getoond, gebruik ik deze methode veelvuldig.

Een hypnotische regressie kan ook indirect bereikt worden. De patiënt laat de veertienjarige 'ego-toestand' niet zelf naar voren komen maar ziet deze voor zich en praat er in gedachten mee. Dit wordt een 'gedissocieerde' hypnotische regressie genoemd. Een mogelijkheid om een 'gedissocieerde' regressie te bereiken is: 'Zie je het veertienjarige kind voor je?', 'Waar is ze?', 'Kun je met haar praten?' Zo wordt een beeld van het kind opgeroepen en kan de volwassen patiënt met het kind praten. Dit noem ik verder de *visuele gesprekstechniek*.

De genoemde technieken kunnen door elkaar heen gebruikt worden. Een 'gedissocieerde' regressie kan de therapeut laten overgaan in een 'normale' regressie en andersom. In het volgende voorbeeld ziet men hoe een 'gedissocieerde' regressie overgaat in een 'normale' regressie:

Ther.: 'Je hebt nu een tijdje in gedachten met de veertienjarige gepraat. Het is misschien makkelijker als wij rechtstreeks met haar praten. Wil de veertienjarige misschien zelf naar voren komen?'

Henny: 'Nee.'

Ther.: 'Waarom niet?'

Henny: 'Ze schaamt zich, ze is bang om te huilen.'

Ther.: 'Huilen lijkt me heel logisch als je verdrietig bent. Ik zal haar echt niet uitlachen als ze gaat huilen. Kun je dat tegen haar zeggen?'

Henny: 'Ja.'

Ther.: 'Geloof je?'

Henny: 'Ja.'

Stemt de veertienjarige vervolgens in om zelf te komen, dan nodigt men haar uit in een stoel plaats te nemen. Er gaat een somber ogende 'ego-toestand' in een stoel zitten.

Ther.: 'Ben jij degene met wie Henny net in gesprek was?'

Veertienjarige: 'Ja.'

Omgekeerd is het ook mogelijk van een 'gedissocieerde' regressie naar een 'normale' regressie over te stappen:

Ther.: 'Ik merk, twaalfjarige, dat je erg geëmotioneerd bent en moeilijk kunt praten. Zou je liever indirect met me willen praten? Dat Marianne jou voor zich ziet, is dat makkelijker voor je?'

Twaalfjarige: 'Ja.'

Ther.: 'Wil je even in je gebruikelijke stoel gaan zitten? Kun je de twaalfjarige voor je zien?'

Marianne: 'Ja.'

Ther.: 'Wil ze met je praten?'

Marianne: 'Ja.'

Wil de therapeut een 'gedissocieerde' regressie begeleiden, dan moet hij in de derde persoon praten *tot* de volwassen patiënt *over* het 'kinddeel': 'Kun je haar vragen hoe ze zich voelt?' Zegt de volwassen patiënt: 'Ze voelt zich boos' en zegt de therapeut per ongeluk: 'Waarom voel je je boos?', dan kan een 'normale' regressie ontstaan in plaats van een 'gedissocieerde'. Beginnende hypnotherapeuten maken deze fout regelmatig. Begeleidt de therapeut een 'gedissocieerde' regressie, waarin de volwassen patiënt zichzelf opzoekt binnen een situatie in het verleden en spreekt hij niet *tot* de volwassen patiënt maar *over* hem, bijvoorbeeld: 'Wat zeggen de kleine en de grote tegen elkaar?', dan vormt de patiënt zich een beeld van zichzelf als kind en van zichzelf op volwassen leeftijd, binnen de situatie in het verleden. Dissociatie van het kind geeft emotionele afstand; dissociatie van kind en volwassen patiënt geeft nog meer emotionele afstand.

De therapeut moet eerst aan de patiënt vragen of hij het aankan, om een schokkende ervaring te herbeleven. Zegt de patiënt dat de emoties hem teveel zijn, dan moet men dat respecteren. Wellicht kan de patiënt de emoties op een ander moment wel verdragen. Gevoelens van vroeger kan de therapeut boven laten komen door de dissociatie op te heffen: 'Kruip maar in de huid van het kind, en voel van binnenuit hoe het zich voelt.' Een andere manier om de patiënt de gevoelens van vroeger te laten ervaren, is de patiënt zich te laten voorstellen dat hij het 'kinddeel' troost door het in de armen te nemen. Deze methode komt uitvoerig aan de orde bij het bespreken van de 'visuele gesprekstechniek'.

Een voordeel van een 'gedissocieerde' regressie is dat het emotionele afstand schept. Een ander voordeel van deze techniek kan zijn dat 'ego-toestanden' nog niet rechtstreeks met de therapeut communiceren. 'Ego-toestanden' kunnen zich veiliger voelen als zij eerst indirect benaderd worden. Als de 'ego-toestand' zich meer op zijn gemak voelt, is directer contact mogelijk. Een nadeel van een 'gedissocieerde' regressie is dat men niet rechtstreeks met de 'ego-toestand' kan communiceren, zoals bij een gewone regressie of bij het gebruik van de stoelentechniek het geval is.

### ***'Ego-toestanden' die men observeert zonder speciale technieken***

Bij sterke stemmingswisselingen in de therapie worden zeer uiteenlopende 'ego-toestanden' gevonden. Bij sommige patiënten ziet men opvallende gedragsverschillen binnen de therapiesessie. Een voorbeeld betreft een tweeënvijftigjarige patiënt die als kind werd mishandeld. Binnen één zitting was deze patiënt kinderlijk vrolijk waarbij hij giechelend een prop papier naar mijn hoofd gooide, even later was hij zeer streng voor zichzelf, hij vond dat hij niet moest zeuren en geen hulp nodig had. Een volgend moment was hij rationeel, dan weer somber. Vaak zit er een patroon in dergelijke wisselingen. Een patiënt die bijvoorbeeld even geëmotioneerd

raakt, kan vervolgens onmiddellijk rechtop gaan zitten en tegen zichzelf zeggen dat hij niet moet grienen. Het kan nuttig zijn om deze gedragsverschillen te benoemen. Deze observaties verschaffen een patiënt meer inzicht, met als prettig gevolg dat hij zich begrepen voelt. Men kan in het gesprek vragen inlassen die verwijzen naar 'ego-toestanden': 'Ik merk dat je erg streng voor jezelf bent en geen hulp kunt accepteren. Is er ook een kant van jezelf die juist veel behoefte heeft aan liefde en aandacht?' Hoewel dit soort interventies nuttig kunnen zijn, zijn ze meestal ontoereikend om op gestructureerde wijze 'ego-toestand'-therapie te doen. 'Ego-toestanden' die zich verantwoordelijk verklaren voor symptoomgedrag zoals vreetbuien of automutilatie zullen meestal niet zo snel naar voren komen in het gewone gesprek. Ook 'ego-toestanden' die kinderlijk denken en handelen zullen niet zo snel in het gewone gesprek naar voren komen. Daarom kan men vaak beter speciale technieken gebruiken. Hierop wordt nu hieronder verder ingegaan.

### ***Schriftelijk communiceren met 'ego-toestanden'***

Schriftelijk communiceren met 'ego-toestanden' is ook een mogelijkheid. Torem (1993) signaleerde dat het uitvoeren van schrijfoopdrachten verschillende handschriften te zien kunnen geven. Soms zijn handschrift en stijl kinderlijk. Een patiënte die geen gebruik wilde maken van hypnose kreeg schriftelijk contact met een 'ego-toestand', in het volgende voorbeeld:

---

*Een negenentwintig jaar oude patiënte met ongeveer veertig kilo overgewicht maakt een kinderlijke indruk. Zij vertelt veel van 'regeltjes' te houden en 'overall netjes voor te zorgen'. Patiënte is emotioneel afhankelijk van haar ouders en heeft weinig contact met mensen buiten haar familie. Haar moeder is vaak ziek geweest, en zij heeft voor haar jongere zusje en broertje gezorgd. Nog steeds voelt zij zich erg verantwoordelijk voor haar inmiddels volwassen broer en zuster. Gevraagd hoe zij het vroeger vond om deze verantwoordelijkheid te voelen, vertelt zij trots te zijn dat zij overal zo goed voor zorgde. Zij kan zich niet herinneren dat zij het ook wel eens moeilijk vond. Ik leg haar uit, dat je er aan de ene kant trots op kan zijn dat je zo volwassen bent, en dat er toch een andere kant van jezelf kan zijn die het moeilijk vindt. Patiënte luistert heel aandachtig, en wanneer ik praat over die andere kant, neem ik een trekje onder het linkeroog waar. Ik herhaal mijn uitleg in andere bewoordingen. Bij het praten over de kant van haar die het fijn vond om mee te tellen, gaan haar wijsvingers omhoog, bij het noemen van de andere kant zie ik weer het trekje onder het linkeroog. Dit blijkt een consistent patroon. Ik stel patiënte voor door middel van hypnose ook de nare gevoelens boven te halen, in de hoop dat dit ertoe bij kan dragen te leren om ook rekening te houden met eigen behoeftes en wensen. Patiënte weigert dit, zij vindt hypnose eng. Dan suggereer ik haar om thuis de kant in haar die het moeilijk vond een brief aan haar ouders te laten schrijven. Hier stemt zij mee in. De volgende zitting heeft zij het volgende briefje geschreven:*

*Lieve mama en papa, kijk nou eens naar mij, ik wil heel lief zijn en altijd helpen maar ik ben ook nog maar klein. Jullie denken dat ik altijd vanzelf alles goed doe maar dat is heel moeilijk. Joke doet nooit wat in huis en ik altijd. Ik wil nou liever lezen maar dat kan ik niet helpen en mama is altijd zo moe en dan weet ik het niet meer.*

*Patiënte vertelde ze zich niets meer te kunnen herinneren wanneer en onder welke omstandigheden zij deze brief schreef; kennelijk had ze de brief in diepe trance geschreven. De brief was aanzet tot het verwerken van het verleden. De patiënte werd daarna ondernemender en onafhankelijker.*

## ***Ideomotorische signalen***

Hierboven werden al terloops hypnotische vingersignalen genoemd (het naar boven gaan van de wijsvingers), of meer in zijn algemeenheid ideomotorische signalen (zoals het trekje onder het linker ooglid). Men kan met 'ego-toestanden' afspraken maken over de betekenis van vingersignalen. Dit is een vrij indirecte manier om met een 'ego-toestand' te communiceren. Met 'ego-toestanden' die niet op een meer rechtstreekse manier willen communiceren kan dit een eerste stap op weg naar een directer contact zijn. Wenst men vragen te stellen van algemene therapeutische aard, zoals: 'Heeft je symptoom te maken met een emotioneel conflict?', of: 'Heeft je symptoom te maken met een traumatische ervaring?' (Cheek & Lecron, 1968) dan dient de therapeut duidelijk te zeggen tot welke 'ego-toestand' hij de vraag richt. Is de bedoeling te spreken met de 'ego-toestand' die verantwoordelijk denkt te zijn voor het symptoom, dan moet men dat erbij zeggen en zich niet vaagweg tot 'het onbewuste' richten. Ook dient men te controleren of de vingers bewogen worden door de 'ego-toestand' die men wenste te spreken. Wil de therapeut zich tot een 'interne raadgever' richten, dan zegt hij bijvoorbeeld: 'Ik wil graag spreken met dat deel van je dat het meeste overzicht heeft over je problemen en die daar het meest objectief naar kan kijken.' Krijgt men contact met zo'n 'interne raadgever', dan kan dat waardevolle informatie opleveren, maar absolute waarheid kan men aan de opinies van de 'interne raadgever' natuurlijk niet toeschrijven. Men moet geen vragen stellen waar de patiënt geen antwoord op kan weten zoals: 'Zijn je klachten van lichamelijke of psychische aard?' Het is mogelijk dat achtereenvolgens verschillende 'ego-toestanden' zich bedienen van dezelfde ideomotorische signalen, zodat men tegenstrijdige antwoorden krijgt. Ten slotte is het mogelijk dat niet een 'ego-toestand' maar de patiënt reageert met ideomotorische signalen omdat de vragen van de therapeut een gevoelige snaar raken. Naar door de patiënt weggedrukte emoties valt vaak goed te informeren door middel van ideomotorische signalen. Overigens, hoe aardig deze techniek ook kan lijken, het is nog maar de vraag hoe nuttig ze is. Het is mijn persoonlijke ervaring dat men heel goed met de 'ego-toestanden' kan converseren zonder van ideomotorische signalen gebruik te maken. Misschien is de techniek aardig voor de therapeut maar overbodig voor de therapie.

## ***'Ego-toestanden' nemen een symbolische vorm aan***

In hypnose of in dromen nemen 'ego-toestanden' vaak een symbolische vorm aan. Ziet de patiënt in trance bijvoorbeeld een monster, dan kan dat een bedreiging in de buitenwereld representeren, maar het monster kan ook een aspect van de patiënt zelf weergeven. Zegt de patiënt dat het monster een deel van zichzelf is, dan verandert het beest meestal in een boos kind als men het met begrip benadert. Een patiënt zag zijn 'kind'- en 'ouderdeel' als roodkapje en de wolf. Toen deze twee leerden samenwerken veranderden ze in delen van hemzelf, zag hij zichzelf als een aangepast en een opstandig kind.

## **De stoelentechniek**

Voor het leren samenwerken van 'ego-toestanden' gebruik ik bij voorkeur de stoelentechniek, waarbij men rechtstreeks contact heeft met 'ego-toestanden'. Ik heb

de gewoonte de verschillende 'ego-toestanden' steeds plaatsnemen op verschillende stoelen; noodzakelijk is dit wisselen van stoelen vermoedelijk niet, maar ik vind het een prettige manier van werken en de lezer misschien ook. Een voordeel van het wisselen van stoelen is dat men uit de afstand die 'ego-toestanden' ten opzichte van elkaar willen bewaren iets over de onderlinge verstandhouding aan de weet komt. Voor traumaverwerking gebruik ik het liefst de visuele gesprekstechniek, vanwege de bescherming die dissociatie biedt.

Ik richt mij niet op het laten verdwijnen van symptomen maar op meer algemene doelen. Ik ga ervan uit dat als 'ego-toestanden' leren samenwerken dit een gehele verbetering in het functioneren van de patiënt zal geven. Bij de stoelentechniek is het uiteindelijke doel samenwerking tussen 'ego-toestanden' onderling en met de volwassen patiënt. Ik ben pas tevreden als *beide* delen zo'n goede relatie met elkaar hebben opgebouwd dat zij vlak bij elkaar willen zitten: dit geeft de grootste kans op een blijvend resultaat. De stoelentechniek is eerder beschreven door het echtpaar Watkins (1981). Zij gebruikten meer stoelen dan ik doe; ik heb meestal aan drie of vier genoeg.

De strategie die Watkins hanteert is om aan alle 'ego-toestanden' te vragen wat hun doel is, wat ze willen bereiken met hun gedrag. Daar wordt net zo lang over doorgevraagd tot het lukt om een positief doel te vinden. Vervolgens onderhandelt men met de 'ego-toestand' over manieren om dat positieve doel te bereiken.

Naast de aanpak van Watkins, pas ik een andere strategie toe om de samenwerking tussen 'kind'- en 'ouderdeel' te bevorderen. Ik laat 'kind'- en 'ouderdeel' onderhandelen over de vraag hoe de patiënt met zijn gevoelens om kan gaan. Het 'ouderdeel' probeert meestal gevoelens weg te drukken en neemt in het begin te weinig verantwoordelijkheid voor zijn aandeel in emotionele problemen. Men kan met het 'ouderdeel' onderhandelen in welke situaties het gepast is om gevoelens te ervaren en te uiten. In eerste instantie vraagt men het 'ouderdeel' om het 'kinddeel' toe te staan in sommige situaties emoties te ervaren. Daarna bespreekt men met het 'ouderdeel' waarom het zo bang is voor het uiten en ervaren van gevoelens. Het is zinvol om te vragen hoe ouders vroeger reageerden wanneer de patiënt gevoelens toonde. Kan de patiënt ook op de stoel van het 'ouderdeel' huilen, dan bevordert dit een toenadering tussen 'kind'- en 'ouderdeel'. Als de therapeut betwijfelt of de patiënt het ervaren van meer gevoelens aankan, dan kan men beter de meer rationele strategie van Watkins gebruiken. Naarmate beide 'ego-toestanden' beter met elkaar kunnen samenwerken wordt het omgaan met gevoelens meestal een steeds belangrijker thema.

Meestal werk ik met één 'kind'- en 'ouderdeel' met behulp van de stoelentechniek totdat deze goed samenwerken. Soms gebruik ik de stoelentechniek voor samenwerking tussen 'kind'- en 'ouderdeel' waarbij 'kinddelen' van verschillende leeftijd aan bod komen.

- a *Motivatie.* Patiënten met sterke wisselingen van stemming, bij wie een depressie IEZ of een bipolaire stoornis uitgesloten is, zijn te motiveren door hun te vertellen dat zij minder onevenwichtig worden wanneer zij beter met zichzelf leren samenwerken. Ook het maken van keuzes zal voor hen gemakkelijker worden.
- b *Vorbereiding: diverse 'ego-toestanden' krijgen een naam en een stoel.* Ik spreek met patiënten nooit over 'kinddeel' en 'ouderdeel', maar hanteer de omschrijving van de patiënt. Voorbeelden kunnen zijn: de 'strenger' en de 'banger', de 'perfectionist' en de 'opstandige', 'anorexia' en 'boulimie' en dergelijke. Ervaart de patiënt een



innerlijk conflict tussen twee 'ego-toestanden', dan moeten beide 'ego-toestanden' een naam krijgen. Soms kan de patiënt maar één deel goed benoemen. Men nodigt deze dan uit plaats te nemen in een stoel, en vraagt dan: 'Is er een deel dat bij je hoort en in dezelfde periode met jou ontstaan is.' Is dat het geval, dan vraagt men dat deel in een stoel plaats te nemen en spreekt men ook een naam af voor dat andere deel. Is de 'ego-toestand' in een stoel gaan zitten, dan vraagt de therapeut of het akkoord is met de naam die het gekregen heeft. Verandert in de loop van de therapie een 'ego-toestand' van functie, dan kan men een nieuwe naam afspreken. Sommige 'ouderdelen' maken er aanvankelijk bezwaar tegen dat er ook met 'kinddelen' gepraat wordt. In dat geval zal men eerst met de volwassen patiënt en het 'ouderdeel' in kwestie moeten leren samenwerken. Later kan men dan ook met 'kinddelen' spreken. Wil men met meer dan één 'ego-toestand' communiceren, dan krijgt elke 'ego-toestand' een stoel toegewezen. Men vraagt de patiënt welke stoelen hij voor de verschillende 'ego-toestanden' wil reserveren.

- c *Men nodigt het 'ouderdeel' uit om plaats te nemen in een stoel.* Meestal begint men bij het 'ouderdeel'. Het weinig emotionele 'ouderdeel' is meestal wat minder bedreigend voor de patiënt dan het meer emotionele 'kinddeel'. Stel dat de patiënt een 'perfectionist' in zichzelf ervaart. Men vraagt dan: 'Wil de perfectionist in die stoel gaan zitten?' Hoewel hier dus geen hypnose bij gebruikt wordt, resulteert deze simpele vraag bij patiënten die hun symptoomgedrag of delen van hun persoonlijkheid dissociatief beleven, in het naar voren komen van een 'ego-toestand'. Is de patiënt op een andere stoel gaan zitten dan vraagt men hem of hij inderdaad de perfectionist is. Zo ja, dan vervolgt men met: 'Perfectionist, ik hoor dat je nogal wat eisen aan Jan (*de patiënt*) stelt. Kun je me vertellen wat je allemaal van hem eist?' Dit is voor een 'ouderdeel' een makkelijk te beantwoorden vraag. Verder informeert men of het 'ouderdeel' gewoon is met het 'kinddeel' te praten.
- d *Men informeert naar functie en leeftijd van ontstaan van het 'ouderdeel'.* Vervolgens informeert men hoe oud de 'ego-toestand' zich voelt: 'Hoe oud voel je je?' De therapeut vraagt niet: 'Hoe oud ben je?', dan raakt de patiënt in verwarring. 'Ouderdelen' voelen zich meestal ouder dan de kalenderleeftijd van de patiënt. Vervolgens vraagt de therapeut: 'Hoe oud was Jan (*de naam van de patiënt*) toen jij bent ontstaan?' Nu geeft het 'ouderdeel', ook al voelt het zich heel oud aan, ontstaan te zijn in de kinderjaren van de patiënt. Vervolgens informeert men naar de functie van het 'ouderdeel'. Meestal geeft het 'ouderdeel' aan ervoor te zorgen dat de patiënt goed functioneert. Het doel daarvan is waardering te krijgen. Vervolgens vraagt men hoe deze 'ego-toestand' het 'kinddeel' daarbij helpt. Meestal antwoordt het 'ouderdeel' dat hij dat doet door eisen aan het 'kinddeel' te stellen.
- e *Men nodigt het 'kinddeel' uit om plaats te nemen in een andere stoel.* Indien volwassen patiënt en 'ouderdeel' dat toestaan nodigt de therapeut een 'kinddeel' ook uit in een stoel plaats te nemen. Vervolgens vraagt men hoe oud dit deel zich voelt. Blijkt het 'kinddeel' ongeveer dezelfde leeftijd te hebben waarop het 'ouderdeel' ontstaan is, dan wijst men het 'kinddeel' hier op: een indirecte suggestie dat 'kind'- en 'ouderdeel' bij elkaar horen. Geeft het 'kinddeel' aan het gevoel te hebben zo oud te zijn als de kalenderleeftijd van de patiënt, dan vraagt men het hoe oud Jan was toen het ontstaan is. Vervolgens vraagt men naar de functie van het 'kinddeel'. Meestal zegt het 'kinddeel' dat het plezier wil maken, maar daarin gedwarsboomd wordt door het 'ouderdeel'.
- f *Onderzoek naar de bereidheid van 'kind'- en 'ouderdeel' om met elkaar te communiceren, elkaar te waarderen en samen te werken.* De therapeut laat het 'kinddeel' reageren

op de uitspraken van het 'ouderdeel'. Helpt het gedrag van het 'ouderdeel' om beter te functioneren? Voelt het zich gewaardeerd door het 'ouderdeel'? De ervaring leert dat het 'kindeel' nu klaagt dat het alleen maar bang van het 'ouderdeel' wordt en juist slechter functioneert als het bang is. Het 'kindeel' voelt zich niet gewaardeerd door het 'ouderdeel'. Vervolgens gaat men naar het 'ouderdeel' en confronteert het met de uitspraken van het 'kindeel'. Reacties kunnen heel verschillend zijn. Bijvoorbeeld:

- het 'ouderdeel' erkent dat het beter werkt om af en toe complimentjes te geven, maar geeft aan dit moeilijk te vinden, omdat het niet gewend is om positief te reageren. De therapeut kan dan vragen of het 'ouderdeel' nog wensen heeft, en vraagt aan het 'kindeel' hoe het het 'ouderdeel' kan helpen.
- het 'ouderdeel' zegt dat als het minder streng wordt negatieve gevoelens dermate de overhand zullen krijgen dat verder functioneren onmogelijk zou worden. De therapeut kan nu onderzoeken of het 'kindeel' wil beloven zich in te zetten goed te functioneren als het 'ouderdeel' belooft wat vriendelijker te zijn.
- het 'ouderdeel' zegt geen enkele waardering te kunnen opbrengen voor het 'kindeel', of zegt dat het slecht is en gestraft moet worden. De therapeut dient te informeren waar het 'ouderdeel' bang voor is. Soms geeft het 'ouderdeel' blijk van angst om zijn macht kwijt te raken. Men moet zich dan een beeld vormen hoeveel macht het 'ouderdeel' in werkelijkheid heeft aan de hand van een recente gebeurtenis in het leven van de patiënt. Een 'ouderdeel' wilde bijvoorbeeld studeren; het 'kindeel' had daar geen zin in. Heeft de patiënt toen wel of niet gestudeerd?, is de vraag. Door passief verzet heeft het 'kindeel' vaak veel meer invloed op het functioneren van de patiënt dan 'kind'– en 'ouderdeel' beseffen. Wanneer het 'ouderdeel' in gaat zien dat zijn werkelijke macht tegenvalt, is het misschien eerder bereid om zaken te doen met het 'kindeel'. De gevoelens die het 'kindeel' met zich meedraagt zijn vaak beangstigend voor het 'ouderdeel'. Een voorbeeld: een 'ouderdeel' gaf aan bang te zijn dat wanneer het vriendelijker zou worden, het net zo zou worden als het 'kindeel', en niets meer zou kunnen en durven. Ander voorbeeld: een 'ouderdeel' was bang 'uit elkaar te vallen' als het het 'kindeel' te dichtbij zou laten. In een dergelijke situatie kan men proberen het 'ouderdeel' te leren vertrouwen op de hulp van de volwassen patiënt. Lukt het niet om 'kind'– en 'ouderdeel' beter te laten samenwerken, dan kan men informeren naar de periode van ontstaan tussen 'kind'– en 'ouderdeel'. Men vraagt het 'kind'– en 'ouderdeel' naar de levensomstandigheden ten tijde van het ontstaan. Als therapeut toont men begrip voor de grote emotionele problemen die de patiënt als kind ervaren heeft. Vervolgens vraagt men het 'kindeel' wat de functie is geweest van het 'ouderdeel' in die situatie. Het 'kindeel' geeft nu aan dat het 'ouderdeel' ervoor gezorgd heeft dat het mogelijk was te blijven functioneren. Men vraagt aan het 'kindeel' of het het 'ouderdeel' hiervoor erkenning wil geven. Doet het 'kindeel' dit, dan is dat meestal de eerste keer dat het 'ouderdeel' zich erkend voelt door het 'kindeel'. Vervolgens vraagt men aan het 'ouderdeel' bij welke 'ego-toestand' de nare gevoelens van vroeger worden bewaard. Het 'ouderdeel' antwoordt dan meestal dat alle, of bijna alle nare gevoelens bij het 'kindeel' terecht zijn gekomen. Vervolgens wijst men het 'ouderdeel' erop dat hierdoor het 'kindeel' eraan bijgedragen heeft dat het 'ouderdeel' kon blijven functioneren. Uiteindelijk is de bedoeling dat zowel 'kind'– als 'ouderdeel' elkaar erkenning geven voor hun rol in het verleden. Wanneer het 'ouderdeel' – in navolging van een als zeer straffend en onaangenaam ervaren ouderfiguur – zich ook heel straffend is gaan

gedragen ten opzichte van het 'kinddeel', dan bestaat er bij het 'kinddeel' een begrijpelijk ressentiment ten opzichte van het 'ouderdeel'. Men wijst de patiënt erop dat het gedrag van het 'ouderdeel' geplaatst moet worden binnen een emotioneel nauwelijks te hanteren situatie in het verleden. De patiënt kon niets aanvangen met zijn gevoelens, en kon alleen door het gedrag van de ouderfiguur over te nemen blijven functioneren. Er zal hier later een voorbeeld van gegeven worden (zie voorbeeld 2).

- g *Onderhandel over een betere samenwerking.* Een mogelijke uitkomst van een betere samenwerking kan zijn: het 'ouderdeel' geeft meer waardering en het 'kinddeel' zet zich in om beter te functioneren. Een andere afspraak kan zijn: het 'kinddeel' geeft aan wanneer het rustiger aan wil doen en het 'ouderdeel' belooft daar rekening mee te houden. De samenwerking kan bevorderd worden door een heel concreet punt aan te pakken, bijvoorbeeld: hoe lang gaan we werken, en hoe lang iets leuks doen in het weekend?
- h *Nabespreking.* Nadat men met 'ego-toestanden' gewerkt heeft, bespreekt men met de volwassen patiënt hoe hij de zitting ervaren heeft. De patiënt kan nu wat afstandelijker nadenken over hetgeen hij – vaak tot zijn eigen verrassing – gezegd heeft. Dit vermindert de kans op verzet van de volwassen patiënt bij volgende zittingen.
- i *Controleer bij volgende zittingen hoe het gegaan is.* 'Kind'- en 'ouderdeel' dienen net zo vaak met elkaar te praten tot ze goed kunnen samenwerken. Een aardige manier om te zien hoe het er bij de samenwerking voorstaat is te vragen hoe dicht ze bij elkaar willen zitten. Als ze niet dicht bij elkaar willen zitten, zijn er nog problemen. De eerste zittingen tracht ik te bereiken dat er aan dat 'kind'- en 'ouderdeel' aardiger voor elkaar worden en meer rekening met elkaar houden. In latere zittingen verandert het thema meer in hoe er voldoende bescherming tegen de buitenwereld kan komen en hoe er met gevoelens wordt omgegaan. Ook als het beter gaat met de patiënt, blijf ik regelmatig nagaan hoe de samenwerking verloopt.

### ***Mogelijke problemen bij de stoelentechniek***

- a *Een 'kinddeel' kan niet communiceren.* Een probleem wanneer men 'ego-toestanden' uitnodigt naar voren te komen kan zijn dat 'kinddelen' te depressief, te geïsoleerd zijn om te kunnen communiceren. Een patiënte zonder dissociatieve stoornis die over een 'kinddeel' bleek te beschikken dat zich suïcidaal uitte, kreeg suïcidale impulsen nadat het 'kinddeel' naar voren was gekomen. In een later stadium kon dit suïcidale 'kinddeel' geholpen worden door middel van de visuele gesprekstechniek. Door de emotionele afstand die dat gaf, kon er een relatie met dit suïcidale 'kinddeel' worden opgebouwd. Met de 'ouderdelen' loopt men minder kans op emotionele reacties.
- b *De patiënt verwacht zijn eigen 'ouderdeel' en de 'echte ouder'.* Een ander probleem kan zijn dat een patiënt die in gesprek is met een 'ouderdeel', de indruk maakt niet met zichzelf in gesprek te zijn, maar met degene met wie het 'ouderdeel' zich geïdentificeerd heeft, dus de 'echte ouder'. Men moet hier dan naar vragen. Het is de bedoeling dat de patiënt met een deel van zichzelf praat, niet met de 'echte ouder'. Deze kan onmogelijk als een 'ego-toestand' gezien worden. Soms haal ik er een stoel bij die de 'echte ouder' voorstelt, zodat de patiënt het verschil kan zien tussen de 'echte ouder' en zijn eigen 'ouderdeel'. Ik vraag dan in welke opzichten de 'echte ouder' en het 'ouderdeel' van elkaar verschillen en in hoeverre ze

overeenkomen. De gevoelens van de diverse 'ego-toestanden' ten opzichte van de 'echte ouder' kunnen nogal verschillen. De ene 'ego-toestand' is bijvoorbeeld woedend op de 'echte ouder', de andere voelt zich emotioneel sterk met de 'echte ouder' verbonden. Vaak is er een 'ego-toestand' die afhankelijk is van de 'echte ouder' en een 'ego-toestand' die afstand wil nemen. Het is uiteindelijk de bedoeling dat de 'ego-toestanden' zich zo veilig bij elkaar voelen dat zij gezamenlijk hun plaats kunnen bepalen ten opzichte van de 'echte ouder'. Samenwerking tussen 'ego-toestanden' is in deze fase van de therapie voor mij belangrijker dan het uiten van gevoelens tegen de 'echte ouder'. In de losmakingsfase kan men later bijvoorbeeld brieven naar de 'echte ouder' laten schrijven.

- c *De verkeerde 'ego-toestand' zit op de stoel.* Nog een ander probleem met de stoelentechniek kan zijn dat het verkeerde deel plaatsneemt in de aangewezen stoel wanneer de 'ego-toestand' zich heel anders gedraagt dan men zou verwachten van de 'ego-toestand' in kwestie. De therapeut moet dan navragen met wie hij te maken heeft en de 'ego-toestand' naar zijn eigen stoel leiden. Ik werk in principe met drie stoelen: een voor de volwassen patiënt, een voor het 'ouderdeel' en een voor het 'kinddeel'. Ik probeer dit netjes af te werken en dan pas andere 'ego-toestanden' er bij te betrekken. Maar bij het bespreken van sommige problemen kan men er achter komen dat er meer 'ego-toestanden' bij het probleem betrokken zijn. Deze krijgen dan ook een stoel. Soms werk ik achtereenvolgens met 'kind'- en 'ouderdelen' van verschillende leeftijden. Patiënten die zich emotioneel verwaarloosd hebben gevoeld, hebben dat vaak op verschillende leeftijden op een andere manier beleefd of hebben er anders op gereageerd. Op deze wijze kunnen binnen dezelfde gezinssituatie op verschillende leeftijden volgens hun zeggen 'ego-toestanden' ontstaan.

### ***Voorbeelden van de stoelentechniek***

#### **Voorbeeld 1**

Deze patiënte, Olga, is al aan bod gekomen bij de indicatie-stelling. Onderstaand gesprek volgde op het gesprek dat op pagina 221 werd weergegeven.

Ther.: 'Hoe zullen we de ene kant noemen?'

Olga: 'De perfectionist.'

Ther.: 'En de andere kant?'

Olga: 'Dat is degene die tegen de perfectionist vecht.'

Ther.: 'De opstandige kant dus?'

Olga: 'Ja.'

Ther.: 'Zo, perfectionist jij schijnt veel van Olga te eisen. Wat allemaal?'

Perfectionist: 'Ze moet alles zo goed mogelijk doen, en dan is het niet goed genoeg.'

Ther.: 'Misschien een gekke vraag, maar hoe oud voel je je perfectionist?'

David Rabbie

Perfectionist: 'Ouder dan ik ben.'

Ther.: 'Weet je hoe oud Olga was toen je kwam?'

Perfectionist: 'Vijftien of zestien jaar.'

Ther.: 'Weet je wat je voorhebt om zo perfectionistisch te doen?'

Perfectionist: 'Doordat ik alles zo goed doe waarderen andere mensen me. Ik doe het ook wel voor mezelf maar vooral voor anderen.'

Ther.: 'Mag ik nu met de andere kant praten?' (*patiënte wisselt van stoel*) Is het goed dat ik je opstandige noem?'

Opstandige: 'Ja.'

Ther.: 'Wat vind je van wat de perfectionist zegt?'

Opstandige: 'Ze verpest een heleboel, ik kan niet van dingen genieten, alles moet zo goed mogelijk. Ik wil zijn zoals ik ben, en niet zoals anderen van me verwachten. Ik wil kunnen genieten.'

Ther.: 'Heb je gehoord dat het haar bedoeling is dat ze gewaardeerd wordt?'

Opstandige: 'Ik wil mezelf zijn.'

Ther.: 'Hoe oud voel jij je?'

Opstandige: 'Zoals ik ben.'

Ther.: 'Hoe oud is dat ook al weer?'

Opstandige: 'Zevenentwintig.'

Ther.: 'Wanneer ben je naar voren gekomen, hoe oud was Olga toen je kwam?'

Opstandige: 'Ik denk negentien, twintig.'

Ther.: 'Geeft de perfectionist je wel eens waardering?'

Opstandige: 'Nee.'

Ther.: 'Zou je dat wel willen?'

Opstandige: 'Ja.'

Ther.: 'Laten we eens aan de perfectionist vragen of ze je waardering wil geven. Wil je haar waardering geven, zij wil wel waardering van je hebben.'

Perfectionist: 'Alles moet perfect zijn, zij is niet perfect, daar heb ik geen waardering voor.'

Ther.: 'Zie je niets goed in haar?'

Perfectionist: 'Eigenlijk niet.'

[ *De therapeut stapt over op een andere tactiek; hij gaat nu in op het verleden.* ]

Ther.: 'Je bent gekomen toen Olga vijftien, zestien jaar was. Waarom ben je toen gekomen?'

Perfectionist: 'Vader was overleden, mijn moeder had hoge verwachtingen van me. Alles moest goed gaan.'

Ther.: 'Waarom?'

Perfectionist: 'Er was zo veel weggevallen.'

Ther.: 'Wat?'

Perfectionist: 'Het gezin.'

Ther.: 'Wat miste je?'

Perfectionist: 'Het echte gezin, warmte, liefde, praten over gevoel. De sfeer was oppervlakkig. Dat oppervlakkige was het enige wat er was en is. Daarom wou ik het zo goed mogelijk doen.'

Ther.: 'Je zou zeggen dat je heel erg verdrietig geweest moet zijn. Waar zit dat verdriet? Zit dat bij jou?'

Perfectionist: 'Een gedeelte bij mij, bij de opstandige kant het meest, daar zit het grootste gedeelte.'

Ther.: 'Jullie horen meer bij elkaar dan je zou zeggen. Jullie hebben allebei een rol op je genomen. Jij door door te gaan en zij door het verdriet in zich op te nemen. Is dat nieuw voor je?'

Perfectionist: 'Nee. Dat klopt qua gevoel niet. Het is zo ver uit elkaar gegaan dat het niet meer bij elkaar te brengen is.'

Ther.: 'Hoe zouden jullie beter kunnen samenwerken?'

Perfectionist: 'Door dingen te accepteren.'

Ther.: 'Wat te accepteren?'

Perfectionist: 'Dat ik mezelf kan zijn, en niet wat anderen van me verwachten.'

Ther.: 'Jouw verzoek is dat de opstandige jou waardering geeft. Laten we het haar vragen. Kun jij haar helpen; kun jij haar waarderen?'

Opstandige: 'Ja, ze is heel moedig geweest om in die tijd zo gewerkt te hebben in dienst van anderen.'

Ther.: 'Heb je dat wel eens tegen haar gezegd?'

Opstandige: 'Nee. Voor een ander heeft ze het goed gedaan, niet voor zichzelf.'

Ther.: 'Hoe vind je dat perfectionist, dat ze waardering heeft voor de rol die je toen gespeeld hebt? Is dat nieuw voor je?'

Perfectionist: 'Ja.'

Ther.: 'Heeft ze je geholpen om door te gaan in die moeilijke periode?'

Perfectionist: 'Ja.'

Ther.: 'Kun je daar waardering voor hebben?'

Perfectionist: 'Een beetje.'

Ther.: 'Dus toch wel iets wat ze goed gedaan heeft. Jullie lijken iets meer waardering te hebben voor de rol die jullie beiden toen gespeeld hebben. Maar wat betekent dat voor nu. Hoe kunnen jullie beter samenwerken?'

Perfectionist: 'Wat meer bij mezelf te blijven, wat minder door de ogen van anderen te kijken.'

Ther.: 'Dus daar kan de opstandige je mee helpen? En als ze dat zou doen, kun jij dan wat minder hoge eisen stellen?'

Perfectionist: 'Ja, dat wil ik tenminste proberen.'

Ther.: 'Als je het probeert is dat genoeg. Wat vind je van wat ze zegt, opstandige?'

Opstandige: 'Wel goed, maar ik kan het nog niet zo geloven.'

Ther.: 'Ben je ergens bang voor.'

Opstandige: 'Ik vind veranderen moeilijk, maar het is wel ten goede. Ik wil het wel proberen.'

Perfectionist: 'Ik geloof het ook nog niet helemaal, maar het is de moeite van het proberen waard.'

Ther.: 'Laten we de volgende keer kijken hoe het gegaan is.'

Patiënte vertelt na afloop dat ze een paar jaar erg haar best heeft gedaan. Toen die aanpak te weinig opleverde, werd ze opstandig. Bij deze patiënte zijn 'kind'- en 'ouderdeel' blijkbaar niet in dezelfde tijd ontstaan, maar wel aanleiding van eenzelfde situatie. In deze zitting werd gedemonstreerd dat wanneer 'kind'- en 'ouderdeel' elkaars rol in het verleden kunnen waarden, dit het gemakkelijker kan maken om nu samenwerking te verkrijgen.

## Voorbeeld 2, eerste zitting

*Patiënte is een 44-jarige vrouw, Karin. Een aantal jaren is zij door haar tante opgevoed. Nadat haar moeder de opvoeding overnam, kon zij niet accepteren dat het kind zich emotioneel aan haar tante gehecht had. Patiënte heeft haar moeder daardoor als straffend in plaats van als liefdevol ervaren. Als kind werd de vrouw bovendien seksueel misbruikt door de buurjongen. Karin voelt zich snel gekwetst en trekt zich dan emotioneel terug. Ze is erg streng voor zichzelf. Aan het begin van de therapie kijkt zij nogal strak. Zij heeft zich aangemeld met depressieve klachten.*

*Op deze zitting vertelt patiënte dat zij bij het schrijven van een sollicitatiebrief erg veel moeite heeft om iets positiefs over zichzelf te vertellen. Zij is er dan een dag aan bezig zonder iets op papier te krijgen. Zij vindt alles wat zij kan 'normaal'. Gevraagd of zij haar perfectionisme als iets van zichzelf of als 'iets in haar' ervaart, geeft zij aan dat zij haar perfectionisme als 'iets in haar' beschouwt. Deze 'perfectionist' is in conflict met een andere kant, die zij de 'afhankelijke' noemt. Deze ervaart zij soms als iets in haar, en soms als iets van zichzelf. De 'perfectionist' is heel streng voor zichzelf en ook voor anderen. De 'afhankelijke' gedraagt zich alsof alles mag. Er is geen tussenweg: of de 'perfectionist' of de 'afhankelijke' bepaalt haar gedrag.*

*Hierop wordt gevraagd of de 'perfectionist' naar voren wil komen, en op een stoel wil gaan zitten. Ook 'de afhankelijke' krijgt een stoel toegewezen, de patiënte wisselt dus steeds van stoel, en gebruikt in totaal drie stoelen.*

*Ther.: 'Zo perfectionist, wat eis je allemaal van de afhankelijke?'*

*Perfectionist: 'Ze moet altijd iets extra's doen. Het is niet genoeg als ze haar werk doet, ze moet altijd iets extra's kunnen laten zien.'*

*Ther.: 'Wat heb je daar mee voor?'*

*Perfectionist: 'Dat ze waardering krijgt van anderen.'*

*Ther.: 'Er is een andere kant van jou die zich daardoor geblokkeerd voelt, niet waar? Mag ik die even spreken?'*

*[Op een andere stoel gaat degene zitten die zich geblokkeerd voelt.]*

*Ther.: 'Heb je het gehoord? Ze wil er voor zorgen dat je waardering krijgt. Geeft zij jou wel eens zelf waardering?'*

*Afhankelijke: 'Nee, nooit.'*

*Ther.: 'Mag ik even aan de perfectionist vragen of ze waardering heeft voor je?'*

*[Patiënte is in een andere stoel gaan zitten.]*

*Perfectionist: 'Ik heb wel waardering voor haar. Ik vind dat ze zorgvuldig met mensen omgaat.'*

*Ther.: 'Heb je dat gehoord? Ze heeft waardering voor je. Hoe vindt je dat?'*

*Afhankelijke: 'Ik word er onzeker van. Ik kan er niet zo goed mee overweg, met aandacht. Ik ga waardering afvlakken, ik hoor dat te doen.'*

*Ther.: 'Je bent geen waardering gewend. Wil je toch waardering van haar krijgen?'*

*Afhankelijke: 'Ik wil geen waardering krijgen als ik extra presteer. Die eis is te hoog. Het zou beter zijn als ze zou letten op de dingen die ik al doe.'*

*Ther.: 'Wil je dat doen, perfectionist?'*



*Perfectionist: 'Ik denk dat ik dat heel moeilijk vind, dat ik over de dingen heen kijk die ik al doe.'*

*Ther.: 'Zo heb je het altijd gedaan. Zou je een andere aanpak willen proberen?'*

*Perfectionist: 'Ik wil het proberen maar ik vind het wel moeilijk.'*

*Ther.: 'Kan de afhankelijke je daarbij helpen?'*

*Perfectionist: 'Ze kan aangeven waarop ze vindt dat ik kan letten.'*

*Ther.: 'Waar moet de perfectionist op letten?'*

*Afhankelijke: 'Hoe ik werk, hoe ik functioneer. Als ik iets gedaan heb, dan zou ze vaker kunnen zeggen wat ze daarvan vindt, zonder te doen of het vanzelfsprekend is.'*

*Ther.: 'Is dat een goed voorstel?'*

*Perfectionist: 'Het is een goed voorstel. Zij moet me erop attent maken dan kan ik waardering geven.'*

*Deze eerste toenadering wordt verder uitgewerkt naar aanleiding van de sollicitatiebrief. De 'afhankelijke' blijkt nu wel in staat positieve kwaliteiten van zichzelf te noemen. De 'perfectionist' ziet in dat je meer waardering krijgt wanneer je vanuit je eigen gevoel praat, dan wanneer je moet raden wat andere mensen willen horen.*

*In het nagesprek gaf Karin aan, dat ze in de stoel van de 'perfectionist' een onrustig, 'dwangmatig' gevoel had, en in de andere stoel een veel rustiger gevoel. Ze merkte beide gevoelens in zich te hebben, maar bijna altijd het 'dwangmatige' gevoel van de 'perfectionist' te ervaren.*

## **Voorbeeld 2, tweede zitting**

Karin rapporteert dat zij zich sinds het vorige gesprek rustiger heeft gevoeld: 'Ik kon het scherm laten vallen, ik stond meer open voor anderen.'

Ther.: 'Hoe is het gegaan?'

Afhankelijke: 'Ik voelde me rustiger, ik heb meer ruimte ervaren. Ik voelde me beter, maar dat is niet benoemd. Ik zou willen dat het gezegd was dat het beter ging. Ik ben bang terug te vallen in het oude.'

Ther.: 'Hoe oud voel je je?'

Afhankelijke: 'Tien, vijftien jaar.'

Ther.: 'Perfectionist, wat vind je van wat de afhankelijke zegt?'

Perfectionist: 'Ik realiseer me dat het goed is. Maar zij had ook aan kunnen geven dat het beter ging.'

Ther.: 'Hoe oud voel je je, perfectionist?'

Perfectionist: 'Mijn leeftijd of ouder.'

Ther.: 'Afhankelijke, de afspraak was dat hij aan zou geven wanneer de perfectionist een complimentje kon geven.'

Afhankelijke: 'Ik was blij dat ik me beter voelde en sterker in zijn schoenen stond, maar ik heb er niets mee gedaan naar haar toe.'

Ther.: 'Perfectionist, had jij de afhankelijke een compliment kunnen geven, als zij het aangegeven zou hebben?'

Perfectionist: 'Ik denk het niet, ik denk dat ik het normaal gevonden zou hebben dat ik rekening met haar houd. Ik moet rekening met haar houden, ik ben de strenge. Ik moet er gewoon aan werken en er iets van zeggen. Ik vind het slecht dat ik zo met mij en andere mensen omga. Alleen als ik opdracht krijg om complimenten te maken zou ik dat ook doen.'

Ther.: 'Dus je hebt een opdracht nodig om complimenten te kunnen maken?'

Perfectionist: 'Ik wil dat wel, ik voel heel sterk dat ik degene ben die moet veranderen.'

Ther.: 'Je mag best hulp vragen aan haar.'

Perfectionist: 'Dat wil ik wel leren.'

Ther.: 'Eerst ging je dwangmatig om met haar, en nu met jezelf.'

Perfectionist: 'Ik heb al heel lang het gevoel dat ik dingen doe die niet goed zijn. Ik ben heel streng naar anderen toe. Daar voel ik me vaak schuldig onder. Dan kan ik me afhankelijk opstellen of isoleren. Ik voel me verdrietig, schuldig, niet streng meer. Ik zou met dit gevoel beter op die stoel passen.'

Afhankelijke: 'Ik ben blij dat ik hier zit. Ik kreeg het gevoel dat mijn moeder daar zat.'

Ther.: 'Alsof je je gedraagt zoals je moeder zich gedroeg?'

Afhankelijke: 'Ja, alsof ik dat gedrag over heb genomen.'

[ *Zij gaat huilen.* ]

Afhankelijke: 'Ik kon niet meer op de stoel van de perfectionist blijven zitten, ik had er afkeer van.'

Ther.: 'Denk je dat zij je moeder is, of denk je dat zij een deel van jezelf is die je hebt gevormd naar het voorbeeld naar je moeder?'

Afhankelijke: 'Een deel van mezelf.'

Ther.: 'Waarom huil je?'

Afhankelijke: 'Omdat ik het zo erg vind dat ik net zo doe.'

Ther.: 'Zij heeft als kind besloten om zich aan te passen aan moeder.'

Afhankelijke: 'Ik moest me wel aanpassen, moeder was veel te sterk, ik kon niet om haar heen.'

Ther.: 'Ik denk dat jullie dat aanpassen allebei meegenomen hebben uit jullie kindertijd. Kan ik de perfectionist spreken? Heeft ze gelijk, heb jij besloten je aan te passen aan je moeder?'

Perfectionist: 'Het was geen eigen keuze. Ik moest wel, gezien de situatie.'

Ther.: 'Besef je dat je niet meer bij je moeder woont en dat het niet meer nodig is om je aan je moeder aan te passen?'

Perfectionist: 'Ja.'

Ther.: 'Jullie hebben met zijn tweeën het probleem van vroeger met je meegenomen.'

Perfectionist: 'Ik heb het nooit zo sterk gevoeld als nu.'

Ther.: 'Ik denk dat jullie bij elkaar horen. Het was jullie manier om met die situatie om te gaan.'

Perfectionist: 'Dat is waar.'

Ther.: 'Ik denk dat jullie dichter bij elkaar staan dan jullie beseft hebben. Klopt dat?'

Perfectionist: 'Dat denk ik wel ja. Alleen het strenge moet er af gaan en de andere kant moet wat sterker worden.'

Ther.: 'Hoe dicht kan je haar bij je velen?'

Perfectionist: 'Ik zal haar stoel naar me toe schuiven.'

[ *De stoelen staan tegen elkaar aan.* ]

Ther.: 'Kan hij haar ook zo dicht bij je velen?'

Afhankelijke: 'Nee, ze is te dichtbij, ik ben bang dat ik te veel moet.'

[ *Zij schuift de stoel weer een meter weg.* ]

Ther.: 'In verband met de tijd gaan we de volgende keer verder. O.K.?'

De 'perfectionist' heeft in deze zitting erkenning gevonden voor haar rol in het verleden, vandaar dat zij de 'afhankelijke' zo dicht bij zich kon velen. De 'afhankelijke' vertrouwde de 'perfectionist' echter nog niet zo, vandaar dat zij nog afstand wilde houden. Sommige therapeuten zouden misschien in dit stadium 'moeder' in een stoel neergezet hebben en Karin gevraagd hebben met haar in gesprek te gaan en Karin geholpen hebben om kwaad op 'moeder' te worden. Ik achtte dat voorbarig, eerst moest de relatie tussen beide 'ego-toestanden' verder verbeteren. Als beiden zich meer gesteund voelen, dan kan de patiënte later ook eventueel de woede tegen moeder onder ogen zien. In dit geval kon de 'perfectionist' als internalisatie van een als liefdeloos ervaren moeder beschouwd worden.

Na afloop voelde Karin zich koud, een gevoel dat patiënten vaak rapporteren wanneer zij een tekort aan liefde ervaren hebben (of wanneer er een herinnering boven is gekomen aan een toestand waarin de patiënt het lichamenlijk koud had). Ze merkte even dat ze ook woede voelde, maar dat ging snel weer weg. De emoties waren hanteerbaar geweest.

Men doet er goed aan de patiënt niet met een koud gevoel te laten vertrekken. Imaginaire technieken kunnen hierbij helpen. Godsdienstige patiënten kan men soms troost laten zoeken bij de liefde van God, door religieuze ervaringen in herinnering te laten roepen. Niet-godsdienstige patiënten voelen zich vaak prettig bij 'warme, koesterende zonnestralen', of een wandeling door de natuur. Men kan de patiënt ook laten fantaseren dat hij getroost wordt door geliefde personen. Knuffelbeesten kunnen vaak helpen; veel patiënten besluiten een beer ter vertroosting mee te nemen.

## Visuele gesprekstechniek voor traumaverwerking

De visuele gesprekstechniek is een hypnotische verwerkingstechniek die geschikt is voor het behandelen van traumatische situaties die een langere periode geduurd hebben en die verder gebruikt kan worden voor het bewerken van interactionele aspecten van traumatische ervaringen. Voor patiënten met 'ego-toestanden' is de visuele gesprekstechniek bovendien een geschikte methode om met 'ego-toestanden' te communiceren.

Voor trauma's van beperkte duur kan men extinctieprocedures gebruiken, al of niet met behulp van hypnose. Hierbij wordt de traumatische situatie in al zijn aspecten een aantal malen herbeleefd. Herman (1992, p. 184) heeft er op gewezen dat floodingtechnieken niet geschikt zijn voor traumatische situaties die een lange periode geduurd hebben en ook niets veranderen aan de interactionele aspecten van traumatische ervaringen.

De visuele gesprekstechniek houdt in dat de therapeut de patiënt in gedachten terug laat gaan naar een situatie uit het verleden en met zichzelf als kind laat praten. Vervolgens bouwt de patiënt een relatie op met zichzelf als kind, praat met het 'kindeed' over diens problemen en troost het. Een voordeel van de visuele gesprekstechniek vergeleken met sommige andere hypnotische technieken is dat men gebruik maakt van dissociatie, hetgeen een beschermende functie heeft tegen emotioneel overweldigende ervaringen (zie de 'gedissocieerde' regressie, p. 227). Een verdere bescherming biedt het feit dat de traumatische ervaring niet rechtstreeks beleefd wordt. In plaats daarvan laat ik het 'kindeed' en de volwassen patiënt in fantasie samen naar een prettige plek gaan om daar samen *over* de traumatische ervaringen te praten. De bescherming tegen overweldigende ervaringen is niet absoluut, emoties van het 'kindeed' komen in de loop van de gesprekken meestal langzaam bij de volwassen patiënt terecht. Uiteindelijk laat men de volwassen patiënt het 'kindeed' in de armen nemen en troosten. Dit heeft tot gevolg dat de patiënt de gevoelens van het 'kindeed' ervaart. De therapeut moet in de gaten houden of de volwassen patiënt het ervaren van de gevoelens van vroeger aankan. Men denkt er misschien niet zo snel aan, maar ook aan het 'kindeed' moet men vragen of het aangeraakt wil worden door de volwassen patiënt. Het 'kindeed' zal dat alleen willen als het zich bij de volwassen patiënt veilig genoeg voelt. (Voelt het 'kindeed' zich niet veilig genoeg, dan moet er eerst meer tijd

besteed worden om een relatie tussen 'kindeel' en volwassen patiënt op te bouwen.) Op het moment dat de patiënt het 'kindeel' in de armen neemt en troost gebeuren er twee dingen. Het 'kindeel' voelt zich getroost, en de volwassen patiënt ervaart de nare gevoelens van het 'kindeel'. Het netto resultaat is dat de patiënt weliswaar met heel onplezierige gevoelens geconfronteerd wordt, maar ook troost ervaart. Vraagt men de volwassen patiënt hoe hij het vond om het 'kindeel' te troosten dan zegt hij bijvoorbeeld: 'Ik heb nu pas goed de eenzaamheid van vroeger gevoeld, maar ik voel me er wel rustig onder.' Vraagt men het 'kindeel' hoe dit het vond om getroost te worden, dan zegt het bijvoorbeeld: 'Ik vond het fijn om dingen te kunnen vertellen die ik vroeger nooit eerder heb kunnen vertellen, en ik vond het fijn om getroost te worden.'

### ***De visuele gesprekstechniek in fases***

#### **Vorbereiding**

Bij de voorbereiding is het sluiten van de ogen facultatief. Gespannen cliënten kan men voorstellen eerst even wat te ontspannen. Meestal is dit niet nodig. Vervolgens vraagt men of de patiënt zichzelf voor zich kan zien op jongere leeftijd. Dit kan werken als hypnose-inductie, verdere hypnose-inductie is niet nodig.

#### **Het opbouwen van een relatie tussen volwassen patiënt en 'kindeel'**

a *Het 'kindeel' opzoeken.* Therapeut: 'Zoek het achtjarige kind in jezelf op. Als je het ziet of voelt, dan zeg je het even.' *Problemen:*

- *De patiënt krijgt het 'kindeel' niet voor ogen.* Sommige patiënten hebben moeite om een beeld van zichzelf als kind te vormen. Gelukkig wijst de praktijk uit dat maar een klein aantal patiënten voor wie een 'ego-toestand'-aanpak geschikt lijkt onvoldoende beeldend vermogen bezit. De meeste patiënten kunnen alsnog met enige hulp een beeld van zichzelf opbouwen als kind. Ziet de patiënt niets voor zich dan vraagt de therapeut of ze een foto van zichzelf kennen van die leeftijd. Vervolgens vraagt de therapeut een beschrijving van het 'kindeel', hoe het er uitziet en waar het zich bevindt. Zo bouwt de patiënt een beeld op. In het begin stelt de therapeut, met het beeld van het 'kindeel' voor ogen, vragen over de situatie en over het 'kindeel'. De volwassen patiënt vertelt dan over het 'kindeel', bijvoorbeeld: Patiënt: 'Het kind voelt zich erg eenzaam.' Therapeut: 'Heb je het gevoel dat het kind het met je eens is?' Patiënt: 'Ja.' Therapeut: 'Hoe weet je dat?' Patiënt: 'Hij knikt.' Therapeut: 'Wil hij er iets over zeggen?' Op deze manier wordt het 'kindeel' in een dialoog betrokken. Sommige patiënten krijgen geen visueel contact maar auditief contact met een 'ego-toestand', zij krijgen om zo te zeggen 'berichten' door. Bij andere patiënten duurt het een paar zittingen voordat het beeld van de 'ego-toestand' zich uitkristalliseert, terwijl er al wel communicatie mogelijk is.
- *Het beeld van het 'kindeel' verdwijnt.* Soms verdwijnt het beeld van het 'kindeel' tijdens het gesprek. Zo'n situatie wijst soms op onwil in plaats van op onvoldoende beeldend vermogen. Bijvoorbeeld: Pat.: 'Ik zie haar niet meer voor me.' Ther.: 'Wil jij zelf nu met haar praten?' Pat.: 'Ja, ze bezorgt me veel last, ze zorg er voor dat ik buikpijn krijg als ik niet vaak genoeg naar je toe ga.' (*het 'kindeel' had zich aan de therapeut gehecht na een lange verwerkingstherapie van haar ongelukkige jeugd*) Ther.: 'Is ze boos?' Pat.: 'Ze zit met haar rug naar me toe.' Ther.: 'Waarom is ze boos?' Pat.: 'Ze steekt haar tong naar me uit en zegt dat ze het altijd alleen heeft moeten doen, dus dat ze dat nu ook doet.' Ther.: 'Begrijp

je waarom ze dat zegt?' Pat.: 'Ja.' Ther.: 'Wil je dat tegen haar zeggen?' Pat.: 'Ja.' Ther.: 'Je hebt nu zelf kinderen voor wie je goed zorgt. Wil je tegen haar zeggen dat jij nu voor haar wil zorgen?' Pat.: 'Ze gelooft het niet zo.' Ther.: 'Zie je haar weer?' Pat.: 'Ja.' Vaker gebeurt het dat een patiënt na een zitting waarbij met de visuele gesprekstechniek met een 'ego-toestand' is gewerkt, de volgende zitting rapporteert de 'ego-toestand' niet voor ogen te kunnen krijgen. In een dergelijk geval vraagt men eerst aan de volwassen patiënt hoe hij de vorige zitting ervaren heeft, en vervolgens vraagt men de volwassen patiënt hoe de 'ego-toestand' de vorige zitting ervaren heeft. Bij beiden kunnen immers problemen spelen. Wanneer beiden hun moeilijkheden hebben kunnen uiten, komt het beeld van de 'ego-toestand' wel weer te voorschijn en kan men vaststellen of de volwassen patiënt de gevoelens van de 'ego-toestand' goed heeft weergegeven. Hiervan twee voorbeelden: Ther.: 'Zoek haar maar weer op en als je haar ziet dan zeg je het even.' Pat.: 'Het is moeilijk om een situatie voor ogen te halen.' Ther.: 'Je kan haar niet zien?' Pat.: 'Ik kan geen situatie voor ogen krijgen waarin ik haar zie.' Ther.: 'Denk je dat ze de vorige keer voldoende heeft kunnen vertellen over die verkrachting?' Pat.: 'Ik denk dat ze de grote lijn verteld heeft.' Ther.: 'Wil ze er meer over vertellen denk je?' Pat.: 'Aan de ene kant wel aan de andere kant niet, ze is dubbel daarin.' Ther.: 'Ze wil het aan de ene kant wel, aan de andere kant niet? En jij, wil jij het aanhoren?' Pat.: 'Misschien zou ik het wel willen aanhoren, maar ik zou niet weten wat ik ermee moet.' Ther.: 'Je vindt het moeilijk. En zij, wat maakt het dat zij het aan de ene kant wel en aan de andere kant niet wil vertellen?' Pat.: 'Omdat ze het behoorlijk heeft weggestopt, dat ze zich aan de andere kant alleen voelt en in de steek gelaten. Het komt dagelijks voor. Dat ze daar steeds mee wordt geconfronteerd, dat ze dat andere (*het seksuele misbruik*) heeft weggestopt.' Ther.: 'Je hebt het gevoel dat ze met je wil praten over het alleen zijn.' Pat.: 'Dat is minder moeilijk voor haar.' Ther.: 'Kun je haar voor je zien?' Pat.: 'Ja.' Ther.: 'Vraag maar wat ze wil. Wil ze iets met je doen, wil ze ergens heengaan, wil ze met je praten.' Pat.: 'In ieder geval praten waar we met zijn tweeën kunnen zijn.' Ther.: 'Waar zijn jullie?' Pat.: 'We lopen samen buiten.' Ther.: 'Wil ze ergens over praten?' Pat.: 'Ja.' Ther.: 'Wat vertelt ze?' Pat.: 'Ze vertelt over een situatie dat ze haar opa moest wassen toen ze een jaar of vijftien was.' Ther.: 'Zoek het kind maar op.' Pat.: 'Ik krijg haar niet voor ogen, ik laat me afleiden door geluiden.' Ther.: 'Wil je haar wel opzoeken, zie je er misschien tegenop?' Pat.: 'Ik ben bang om het verdriet te voelen.' [*Ze begint te huilen. Na een tijdje.*] Ther.: 'Wil je haar nu opzoeken?' Pat.: 'Ja, ik kan haar nu zien, maar ze is wel ver weg.' Ther.: 'Waar zie je haar?' Pat.: 'Aan tafel, het is heel rumoerig, moeder vindt dat heel vervelend.' Ther.: 'Wil ze met je praten?' Pat.: 'Ze wil moeder niet in de steek laten.' Ther.: 'Vertel haar maar dat moeder het niet zal merken als je even met haar weggaat om te praten. Gelooft ze je?' Pat.: 'Ja.' Ther.: 'Waar zijn jullie?' Pat.: 'Achter het huis.' Ther.: 'Is ze nu dichterbij?' Pat.: 'Ja.' Het blijkt verder in dit gesprek dat het 'kindeel' zich erg verantwoordelijk voelt voor haar moeder. Patiënte wilde geen verdriet voelen, en het 'kindeel' wilde moeder niet in de steek laten. Bij beiden speelden er gevoeligheden die het onderling contact bemoeilijkten.

- b *Een prettiger plek zoeken om samen heen te gaan.* De ervaring leert dat patiënten zich meestal terugzien in onaangename situaties. Aangezien men prettiger contact legt in een ontspannen dan in een vervelende situatie, vraagt de therapeut het 'kindeel' en de volwassen patiënt samen naar een prettiger plek te gaan. Het *kindeel* mag

de plek uitzoeken waar ze heengaan. Meestal hebben eenzame kinderen wel een plek waar ze vroeger heen gingen. Men laat nu de volwassen patiënt meegaan naar de plek van het 'kindeel'. *Problemen*: De therapeut moet niet proberen om een gesprek op gang te laten komen in omstandigheden die zich daar niet voor lenen. Het gesprek kan dan mislukken en de patiënt kan er vervelende gevoelens aan overhouden. Bijvoorbeeld: een therapeut begeleidde een gesprek van een patiënte die zichzelf terugzag terwijl haar vader haar hielp met het huiswerk. Vader was erg ongeduldig. Nijdig hield het 'kindeel' haar mond stijf gesloten. Helaas kwam het gesprek tussen de patiënte en het 'kindeel' niet op gang. Na afloop klaagde patiënte over pijn in haar mond. De therapeut had het 'kindeel' uit die vervelende situatie moeten weghalen en daarna moeten proberen om een gesprek op gang te brengen.

- c *De volwassen patiënt stelt zich voor*. Ik laat de volwassen patiënt aan het 'kindeel' vragen: 'Weet je wie ik ben?' Vaak blijkt het 'kindeel' dat niet te weten. In dat geval laat de therapeut de volwassen patiënt zich voorstellen. Bijvoorbeeld: 'Toen ik acht jaar oud was, waren jij en ik dezelfde persoon. Ik ben nu 42 jaar oud. Ik ben gekomen om je te helpen, om met je te praten. Omdat ik hetzelfde meegemaakt heb als jij, kan ik goed begrijpen hoe je je voelt. Ik heb langer geleefd dan jij, en ik heb inmiddels ook een aantal goede dingen meegemaakt. Daarom ben ik in staat om je te helpen.' Kent het 'kindeel' de volwassen patiënt wel, dan kan men volstaan met: 'Het is nu anders dan vroeger. Toen was ik ook een kind, maar nu ben ik volwassen en kan ik je helpen.' Zegt de patiënt op suggestie van de therapeut per ongeluk: 'Ik ben 42, jij en ik zijn dezelfde persoon', dan kan de patiënt in de war raken en kan het beeld verdwijnen. *Problemen*: Verzuimt men om de volwassene zich voor te laten stellen, dan kan dit bij verlegen 'kinddelen' extra schroom veroorzaken.

### **Het 'kindeel' krijgt de gelegenheid om iets leuks te doen en te praten over zijn gevoelens**

Men laat de volwassen patiënt aan het kindeel vragen wat het wil. Wil het 'kindeel' gezamenlijk iets doen, dan is dat prima. Soms wordt de eerste zitting besteed aan een gezamenlijke activiteit. Vaak wil het 'kindeel' eerst wat doen, bijvoorbeeld een wandelingetje maken of een ijsje kopen, en is het 'kindeel' later – in dezelfde zitting of in een volgende zitting – wel bereid om te praten.

Nadat volwassen patiënt en 'kindeel' een meer algemeen praatje gemaakt hebben, kan er aan het 'kindeel' gevraagd worden of het wil praten over zijn gevoelens. Trof de patiënt het 'kindeel' aan in een als traumatisch beleefde situatie, dan zou men als therapeut verwachten dat het 'kindeel' begint te praten over de situatie waar het net uit is gehaald. Dat gebeurt wel eens, maar vaker gaat het 'kindeel' praten over zijn relatie tot anderen. Daarbij spelen gevoelens met betrekking tot zijn ouders meestal een belangrijke rol. Voor het 'kindeel' blijkt dan de emotionele context waarbinnen een traumatische gebeurtenis plaatsvond op dat moment belangrijker. Men laat het 'kindeel' het gespreksonderwerp bepalen. Wanneer het 'kindeel' praat over zijn gevoelens, controleert men regelmatig hoe het kind zich voelt:

Therapeut: 'Hoe vindt ze het om met je te praten?'

Patiënt: 'Ze vindt het prettig dat ze haar verhaal kwijt kan.'

Therapeut: 'En hoe vind jij het om met haar te praten?'

Patiënt: 'Ik vind het moeilijk dat ik haar niet uit die situatie weg kan halen. Maar ik vind het wel prettig dat ik iets voor haar kan doen.'

Door dit soort vragen komt men eventuele problemen in het contact op het spoor en versterkt men de band tussen volwassen patiënt en 'kindeel'.

Moeilijkheden bij het op gang komen van het gesprek:

- a *Het 'kindeel' is boos en afwerend.* Een mogelijk probleem is dat het 'kindeel' niet wil praten en boos en afwerend is. De vraag waarom het 'kindeel' boos is kan soms helpen. Blijft het 'kindeel' dan nog steeds nors zwijgen, dan zeg ik als therapeut iets in de trant van: 'Ik krijg de indruk dat het kind besloten heeft dat anderen niet te vertrouwen zijn, dat het kind boos en verdrietig is. Dat moet heel vervelend zijn, en een heel eenzaam gevoel geven.' Vervolgens richt ik mij tot de volwassen patiënt en vraag of dat zou kunnen kloppen. Men vraagt de volwassen patiënt dan, met het beeld van het 'kindeel' voor ogen, uitleg te geven over de levensomstandigheden van het 'kindeel' en te verklaren waarom het 'kindeel' zich emotioneel teruggetrokken heeft. Heeft de volwassen patiënt dat gedaan dan zeg ik: Therapeut: 'Dus je begrijpt heel goed waarom het kind zich zo voelt. Kun je tegen hem zeggen dat je begrijpt dat hij heel boos is?' [*Na een tijdje:*] Therapeut: 'Is hij het met je eens, klopt het wat je zegt?' Patiënt: 'Ja.' Therapeut: 'Hoe weet je dat?' Patiënt: 'Hij knikt.' Meestal geeft een dergelijke interventie een opening. Soms zijn er meerdere zittingen nodig voordat een 'kindeel' wil praten. 'Kinddelen' zijn vaak niet gewend dat ze zelf kunnen aangeven wat ze willen, of dat er naar ze geluisterd wordt. Ze wachten af totdat ze weten wat de volwassen patiënt van ze verlangt.
- b *Het 'kindeel' is angstig.* Een andere belemmering kan zijn dat het 'kindeel' angstig reageert. Men moet het 'kindeel' vragen waarom het angstig is. Het kan zijn dat het 'kindeel' bang is dat ouders horen dat het 'kindeel' over ze praat, en dan represailles treffen of liefde onthouden. Men moet het 'kindeel' dan expliciet beloven dat er niets wordt doorverteld aan de ouders.
- c *De volwassen patiënt wil het 'kindeel' slaan.* Als de patiënt rapporteert dat hij het 'kindeel' wil slaan, dan met men nagaan of de volwassen patiënt dat wil, of dat een 'ouderdeel' dat wil. De therapeut vraagt: 'Wil je zelf het kind slaan, of heb je het gevoel dat iets in jou het kind wil slaan?' Vaak is het de volwassen patiënt zelf die het 'kindeel' in de fantasie wil slaan. Dit kan er op duiden dat de volwassen patiënt angstig is voor de gevoelens van het 'kindeel'. Wanneer de patiënt zich hierover kan uitspreken, wordt deze angst meestal minder. Het is ook mogelijk dat de patiënt in deze fase van de therapie een meer steunende vorm van therapie nodig heeft. Wanneer de volwassen patiënt bang is voor de gevoelens van het 'kindeel', dan moet men dat aan het 'kindeel' uitleggen. Wellicht dat in een later stadium de volwassen patiënt meer aan zal kunnen. Een andere reden waarom de volwassen patiënt het 'kindeel' wil slaan kan zijn dat de patiënt boos is vanwege de symptomen en problemen die de volwassen patiënt door het 'kindeel' ondervindt. Men moet de volwassen patiënt met klem ontraden een 'kindeel' in fantasie te slaan. Dit zal leiden tot een ernstige verergering van symptomen. Doet de volwassen patiënt het toch, dan dient op korte termijn een nieuwe afspraak gemaakt te worden om de schade te herstellen.



- d *Een 'ouderdeel' bemoeit zich ermee.* Voordat de therapeut met 'kinddelen' werkt, kan hij beter eerst 'kind'- en 'ouderdeel' leren met elkaar samen te werken. Dan is de kans dat men problemen met 'ouderdelen' krijgt in deze fase minder groot. Wordt het 'kindeel' bespot, dan moet nagegaan worden wie het 'kindeel' bespot. Is dat de volwassen patiënt, of een 'ouderdeel'. Meestal zal men ontdekken dat het hier gaat om een 'ouderdeel'. De therapeut heeft nu twee mogelijkheden: hij kan in gesprek gaan met het 'ouderdeel' in kwestie, of de volwassen patiënt het goede voorbeeld laten geven hoe om te gaan met het 'kindeel'. Gaat de therapeut in gesprek met het 'ouderdeel', dan is de bedoeling dat het 'ouderdeel' zich milder opstelt tegenover het 'kindeel'. De therapeut kan het 'kindeel' vragen in ruil voor een meer steunende opstelling van het 'ouderdeel' zich in te zetten om goed te functioneren.

**Wacht tot de volwassen patiënt spontaan gevoelens van het 'kindeel' ervaart**  
De reden dat ik het spontaan boven komen van gevoelens bij de volwassen patiënt als een apart punt vermeld heb, is dat het veiligheid biedt pas 'alle' gevoelens te laten bovenkomen als dit al gedeeltelijk spontaan is gebeurd. Het risico dat de volwassen patiënt de gevoelens van het 'kindeel' als overweldigend ervaart, is dan minder groot. Huilt de volwassen patiënt al om hetgeen verteld wordt door het 'kindeel', dan is het waarschijnlijk dat hij het ervaren van de gevoelens aankan. Ik ga niet verder met het volgende punt voordat er spontaan gevoelens zijn bovengekomen. Het duurt bij mij vaak meerder zittingen voordat het zover is.

**De emotionele afstand tussen 'kindeel' en volwassen patiënt wordt opgeheven, het 'kindeel' wordt getroost**

Zijn er spontaan gevoelens naar boven gekomen, dan kan men onderzoeken of de volwassen patiënt en het 'kindeel' eraan toe zijn om troost te bieden en te ontvangen. De therapeut dient dit bij *beiden* na te gaan. Zegt een van beide partijen er niet aan toe te zijn, dan laat men het troosten gedurende deze zitting na; het komt dan later wel. De therapeut informeert natuurlijk wel de reden. Kan er getroost worden, dan vraagt men het 'kindeel' hoe het getroost wil worden. Meestal wil het 'kindeel' vastgehouden worden. Vervolgens vraagt men aan de volwassen patiënt of deze het 'kindeel' vast wil houden.

*Problemen*

Problemen doen zich vooral voor wanneer men te snel is met te laten aanraken. Heft men de emotionele afstand te snel op, voordat het 'kindeel' zich veilig voelt bij de volwassene en voordat de volwassen patiënt de gevoelens aan kan, dan kan dat heftig verzet opleveren. In het meest extreme geval kan dit tot het beëindigen van de therapie leiden.

- a *Het 'kindeel' wil niet getroost worden.* Wanneer het 'kindeel' de volwassen patiënt nog onvoldoende kent, kan dit een beletsel zijn om zich te laten troosten. Ook kan het 'kindeel' besloten hebben niemand te vertrouwen, ook de volwassen patiënt niet. Soms is het niet het 'kindeel' zelf, maar een 'ouderdeel' dat het vertrouwen tussen 'kindeel' en volwassen patiënt in de weg staat. Soms zeggen 'kindeel' het kinderachtig te vinden om getroost te worden. Meestal steekt daar de angst achter om uitgelachen te worden. Dit dient bij het 'kindeel' nagevraagd te worden en eventueel gecorrigeerd. Men respecteert de wens van het 'kindeel' en wacht tot een volgende zitting voordat er getroost wordt.

- b *De volwassen patiënt wil niet troosten.* Ook nu moet men de reden navragen. Meestal is de reden dat de volwassen patiënt bang is voor de gevoelens van het 'kindeel'. Ook nu respecteert men dit, men wacht tot een volgende zitting. Dit moet wel uitgelegd worden aan het 'kindeel', bijvoorbeeld:

Ther.: 'Wil je de veertienjarige opzoeken?'

Pat.: 'Ik zie haar achter haar bureau in haar kamer. Zij zit ineengedoken.'

Ther.: 'Wil ze op haar kamer met je praten, of wil ze liever ergens anders heen?'

Pat.: 'Zij wil daar met me praten.'

Ther.: 'Hoe voelt ze zich?'

Pat.: 'Zij is teleurgesteld in haar klasgenoten, haar broers en haar moeder. Ze maakt een zeer depressieve indruk.'

Ther.: 'Is ze alleen teleurgesteld of ook boos op haar moeder?'

Pat.: 'Ze is ook boos.'

Ther.: 'Hoe vindt ze het om boos te zijn? Vindt ze dat moeilijk?'

Pat.: 'Ja, want moeder is degene in het gezin die overal verantwoordelijk voor is. Ze zegt dat ze het recht niet heeft om boos te zijn op haar moeder.'

Ther.: 'Begrijp je haar gevoel?'

Pat.: 'Jazeker.'

Ther.: 'Vind jij ook dat ze niet het recht heeft om te voelen wat ze voelt?'

Pat.: 'Ze mag zich boos voelen.'

Ther.: 'Kun je dat tegen haar zeggen?'

Pat.: 'Ja.'

Ther.: 'Hoe vindt ze dat?'

Pat.: 'Ze is nog afwerend, maar ze vindt het prettig dat ze boos mag zijn. Het gesprek stukt.'

Ther.: 'Hoe komt dat?'

Pat.: 'Als ik met haar praat voel ik wat zij voelt. Ik wil goed blijven functioneren en niet geconfronteerd worden met de depressieve gevoelens van de veertienjarige.'

Ther.: 'Kun je tegen haar zeggen, dat je wel aandacht aan haar wilt blijven besteden, maar dat je dat wilt doseren. Dat je haar aandacht zult geven in een tempo dat je zelf aankan?'

Pat.: 'Ze is wantrouwig.'

Ther.: 'Heeft ze daar reden toe?'

Pat.: 'Ik heb wel de intentie om haar op te blijven zoeken.'

Ther.: 'Wil je haar dat zeggen?'

Pat.: 'Ze reageert nog wat wantrouwig, maar ze gelooft het wel.'

Men moet nagaan of het 'kindeed' de uitleg van de volwassen patiënt accepteert. Het is mogelijk dat het 'kindeed' zich net als vroeger afgewezen voelt. In een dergelijk geval moet daarover worden doorgepraat zodat het 'kindeed' zich niet boos en teleurgesteld zal terugtrekken.

### **Foutieve cognities bij het 'kindeed' worden gecorrigeerd**

Men moet volwassen patiënten afremmen om in een te vroeg stadium adviezen te geven aan een 'kindeed' of het te helpen inzichten te wijzigen. Pas wanneer het 'kindeed' zich voldoende uitgesproken heeft, zich emotioneel heeft kunnen uiten en er een relatie is opgebouwd tussen volwassen patiënt en 'kindeed', moet men foutieve cognities corrigeren. Is men te snel, dan slaan adviezen niet aan en is het mogelijk dat het 'kindeed' zich niet serieus genomen voelt. De volwassen patiënt heeft kennis over de verdere levensloop van de patiënt; informatie die de 'ego-toestand' mist. Ook heeft de volwassen patiënt volwassener inzichten dan de 'ego-toestand', althans dat mag men hopen. Alle goede ervaringen van de volwassen patiënt, zoals prestaties, prettige contacten en dergelijke kunnen door de volwassen patiënt gebruikt worden om de 'ego-toestand' te helpen. Soms is deze informatie van pijnlijke aard om door te geven. Een 'ego-toestand' die seksueel misbruikt werd, wil mogelijk weten hoe lang het nog zal duren. Sommige volwassen patiënten kunnen het niet over hun hart verkrijgen om te vertellen dat het misbruik nog jaren zal duren, en benadrukken dat er eens een einde aan komt. Men moet dan met de patiënt nagaan wat hij en de 'ego-toestand' aankunnen.

'Ego-toestanden' 'leven' in het verleden en hebben meestal onvoldoende inzicht in de actuele situatie van de patiënt. 'Ego-toestanden' kunnen dus van mening zijn dat niemand ooit van ze zal houden, terwijl de patiënt inmiddels (afgezien van incidentele problemen) een goed huwelijk heeft. 'Ego-toestanden' functioneren intellectueel gezien conform hun leeftijd. Dat betekent bijvoorbeeld dat jonge 'kinddelen' die verkracht of mishandeld zijn denken dat ze stout geweest zijn of slecht. 'Kinddelen' geloven vaak uitspraken die volwassenen hebben gedaan, zoals dat zij niets kunnen. Andere foutieve cognities liggen vaak op het vlak dat het verkeerd zou zijn om gevoelens te ervaren of te tonen. Een 'kindeed' kan het gevoel hebben geen recht te hebben op bepaalde gevoelens of de ervaring hebben dat ouders daar negatief op reageren. 'Kinddelen' laten hun ideeën vaak gefaseerd los. Het kan als volgt gaan: de eerste keer dat men een 'kindeed' vertelt dat er later wel liefde in zijn leven zal komen, stuit dit op ongelof. De tweede zitting zegt het 'kindeed' iets in de trant van: 'Dat is fijn voor je, maar daar heb ik niets aan.' De derde zitting kan het 'kindeed' er blij om zijn.

In deze fase kan men het 'kindeel' vragen of het wensen heeft. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld het 'kindeel' naar het huis van de volwassen patiënt laten gaan. Het 'kindeel' kan dan tevreden zijn over hetgeen de volwassen patiënt bereikt heeft, of mag onder leiding van de volwassen patiënt spelen. Een andere mogelijkheid is dat de volwassen patiënt met het 'kindeel' meegaat en het 'kindeel' in de situatie in het verleden beschermt.

### **Overeenkomen elkaar weer te spreken**

Aan het einde van de zitting vraag ik altijd of het goed is dat ik een volgende keer weer verder praat met het 'kindeel'. Zegt het 'kindeel' niet meer te willen praten, dan zeg ik: 'Emma (*de naam van de patiënt*) en ik begrijpen dat je redenen hebt om boos te zijn en mensen niet meer te vertrouwen. We kunnen en we willen je absoluut niet dwingen om te praten. Maar je bent denk ik ook erg eenzaam, en we willen je toch de gelegenheid geven om contact te maken. Vind je het goed dat ik de volgende keer dat ik Emma weer zie weer aan je vraag of ik met je mag praten?' Als het 'kindeel' antwoordt in de trant van: 'Je gaat je gang maar, maar ik zeg toch niks' heeft men het in ieder geval een uitspraak ontlokt en een afspraak gemaakt om nog eens te proberen contact te leggen.

### **Nabespreking**

De therapeut bespreekt met de patiënt de zitting na. Ook vraagt de therapeut hem of hij een idee heeft hoe het 'kindeel' de zitting ervaren heeft. Dit vermindert de kans op moeilijkheden bij volgende zittingen.

### **Het 'kindeel' wordt in volgende zittingen opnieuw opgezocht, totdat het zich goed voelt**

De therapeut dient de patiënt net zo lang met een bepaald 'kindeel' te laten praten totdat het 'kindeel' aangeeft zich goed te voelen. Men dient dit op een later tijdstip nog eens na te gaan. De mogelijkheid is aanwezig dat de volwassen patiënt beweert dat het wel goed gaat met het 'kindeel' terwijl het 'kindeel' andere informatie geeft. De patiënt voelt zich op dat moment dan goed en wil geen narigheid bovenhalen. Ook als de volwassen patiënt zich goed voelt dient men na te gaan hoe het met het 'kindeel' gaat. Gaat het een tijd goed met de 'ego-toestand' in kwestie, dan kan het zijn dat de patiënt geen contact meer krijgt met de 'ego-toestand', deze lijkt opgenomen te zijn in de totale persoon. Ook is het mogelijk dat een 'kindeel' dat zich goed voelt, wel blijft bestaan. Dat betekent dat als er dingen gebeuren in het leven van de patiënt die hem doen denken aan vroeger, het 'kindeel' opnieuw vervelende gevoelens kan hebben. In dit stadium mag de patiënt in staat worden geacht deze gevoelens bij zichzelf te onderkennen en met deze gevoelens overweg te kunnen.

Het kan nodig zijn om met verscheidene 'kinddelen' te werken. Nadat het met een bepaald 'kindeel' beter gaat, bemerkt de patiënt dat hij beter gaat functioneren. De therapeut moet dan niet te snel besluiten dat hij klaar is. Pas wanneer de patiënt de veranderingen in zijn functioneren geïntegreerd heeft, kan goed beoordeeld worden of er nog met andere 'ego-toestanden' gewerkt dient te worden.

### **Het verwerkingsproces**

De moeilijkste fase in het verwerkingsproces is het begin. Er komen al wel gevoelens van de 'ego-toestand' bij de volwassen patiënt terecht, maar de 'ego-toestand' voelt zich nog niet veilig bij de volwassen patiënt. Nare gevoelens gaan dan samen met eenzaamheid, hetgeen voor de patiënt vaak moeilijk te hanteren is. Op het moment

dat de 'ego-toestand' zich veilig en geboren voelt bij de volwassen patiënt, kan de patiënt nog wel nare gevoelens hebben, zoals verdriet en woede, maar het sterke gevoel van eenzaamheid en isolement is er dan niet meer. De situatie is voor patiënten veel beter uit te houden. Men blijft met de 'ego-toestand' in gesprek tot dat deze zich prettig voelt en pas als dat afgerond is gaat men werken met andere 'ego-toestanden' die emotionele moeilijkheden hebben. Is het verwerkingsproces afgerond, dan moet de patiënt leren om anders met zijn gevoelens om te gaan in zijn dagelijkse leven. De patiënt kan nu niet meer als vroeger gevoelens wegdrücken en zal moeten leren gevoelens te ervaren.

## **Technieken voor de losmakingsfase**

Heeft een patiënt het verleden verwerkt, dan kan hij zich emotioneel losmaken van de ouderfiguur die hem voor zijn gevoel heeft verwaarloosd. Vaak zit de patiënt met veel woede over wat hem aangedaan is, woede die vroeger niet geuit kon worden uit angst voor liefdesverlies of straf. Verder moet de patiënt meestal leren accepteren dat de ouder in kwestie niet alsnog de liefde zal geven die de patiënt gemist heeft; een soort rouwproces. Ten slotte zal de patiënt moeten besluiten wat voor relatie hij voortaan met de ouder zal onderhouden.

### ***Loslaten van woede van vroeger***

Er zijn verschillende manieren om de patiënt te helpen zijn woede van vroeger los te laten. Het schrijven van boze brieven aan de ouder die niet verstuurd worden werkt vaak goed (Hoogduin, 1980). Is de patiënt daartoe niet in staat, dan is dat meestal een teken dat het verleden nog niet goed verwerkt is. Ook schuldgevoelens en angst voor liefdesverlies kunnen een rol spelen. Men moet eventuele gevoeligheden navragen. Lukt dit niet, dan is de therapeut vrijwel zeker te gehaast geweest.

Verder kan men agressieve fantasieën gebruiken. In fantasie scheldt de patiënt de ouder uit of gebruikt geweld. Dit kan gedissocieerd gebeuren: de patiënt kijkt naar zichzelf terwijl hij agressief is (Edelstien, 1981) of symbolisch: de patiënt loopt door een bos en gaat met een stok op een steen slaan (Watkins, 1978). Agressieve fantasieën mogen alleen maar gebruikt worden als het gaat om woede van vroeger. Het stimuleren agressief te fantaseren is gevaarlijk in de volgende gevallen:

- a bij patiënten die tot het gebruik van daadwerkelijk geweld in staat geacht mogen worden;
- b bij patiënten die de wens hebben anderen daadwerkelijk geweld aan te doen;
- c bij patiënten die onvoldoende verschil kunnen maken tussen fantasie en werkelijkheid.

De patiënt moet bevrediging kunnen voelen in de gefantaseerde wraak en niet daadwerkelijk wraak willen nemen. Wil de fantasie opluchtend zijn, dan moet men zorgen dat de patiënt in fantasie wint, bijvoorbeeld door de ander te verkleinen. Ook kan men de volwassen patiënt of de therapeut (Watkins, 1990) een 'ego-toestand' laten helpen bij de agressieve fantasie. Patiënten die ook lichamelijk mishandeld zijn, hebben vaak de behoefte om tijdens de agressieve fantasieën ten minste op kussens te slaan, en dergelijke.

## ***Loslaten van de wens om alsnog liefde te krijgen***

Ook bij het loslaten van de wens om alsnog liefde te krijgen kunnen schrijfpoddrachten gebruikt worden. Men kan bijvoorbeeld de ene week vragen om op te schrijven wat de patiënt graag zou willen zien van de ouder in kwestie. De week daarna moet de patiënt opschrijven wat hij daadwerkelijk van de ouder kan verwachten. Ook hypnosetechnieken kunnen voor dit proces worden gebruikt. Zo kan de therapeut de emotionele band laten visualiseren ( Krystal, 1982). Een patiënte die haar moeder als een 'hol vat' zag, liet het holle vat wegdrijven aan een lang touw. Een volgende zitting liep zij met haar moeder over een bospad, maar op zeker moment sloegen zij beiden een andere weg in. In nog een latere zitting zag zij zich met haar moeder door draden verbonden. De draden zaten vast met weerhaakjes. Toen zij deze er uittrok, zat er een heel gat in haar borst. Het gat in haar borst kon geheeld worden, toen zij zich voorstelde dat haar man en zoon haar vasthielden. Hierna kon zij haar moeder makkelijker emotioneel loslaten.

## ***Nieuwe relatie definiëren***

Hoewel veel patiënten verzuchten dat zij de ouder in kwestie nooit meer willen zien, zijn er maar weinig patiënten die dit als uiteindelijke oplossing kiezen. De meeste patiënten komen uit op een oppervlakkige relatie waar zij weinig van verwachten. Het duurt meestal geruime tijd voordat patiënten kunnen aanvaarden dat er niet meer in zit dan een oppervlakkige relatie. Tenslotte is er nog een groep van patiënten die een betere relatie met de ouder in kwestie kunnen opbouwen wanneer de last van het verleden verdwenen is. Sommige ouders gaan meer hun best doen als zij aanvoelen dat hun kind hen niet meer zo hard nodig heeft als vroeger.

---

### ***Abstract***

Ego-state therapy with emotionally neglected patients. *Emotionally neglected or traumatised neurotic patients often report experiencing symptoms or aspects of their personality in a dissociated manner. They might say: 'Something within me has eating binges' or 'I am not a perfectionist myself, but something within me is'. These statements may reflect the presence of so called 'ego-states'. The article describes the treatment of these patients: teaching the ego-states how to collaborate with each other, teaching the patient how to console the child-parts, and eventually helping him to master the trauma's of the past.*  
*Ik bedank Onno van der Hart en Hans Cladder voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.*

## **Referenties**

- Barnett, E.A. (1981). *Analytical hypnotherapy: Principles and practice*. Kingston Ontario: Junica Publishing.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Cheek, D.D., & LeCron, L. (1968). *Clinical hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Edelstien, M.G. (1981). *Trauma, trance and transformation*. New York: Bruner Mazel.
- Edelstien, M.G. (1982). Ego-state therapy in the management of resistance. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 15-20.
- Edelstien, M.G. (1984). *Trauma en trance. Effectieve therapeutische technieken*. Haarlem: De Toorts.

- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. New York: Basic Books.
- Gerards, F.M. (1993). Het werken met ego-staten in de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 19, 349–362.
- Hart, O. van der (1986). Pierre Janet over hysterie en hypnose. *Directieve therapie*, 6, 23–246.
- Hart, O. van der (1988). Een overzicht van Janets werk over hysterie en dissociatie. *Directieve therapie*, 8, 336–365.
- Hart, O. van der & Boon, S. (1991). 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 & van Dyck, R. (1991). Strategieën en technieken. In: R. van Dyck, Ph. Spinhoven & J.W. van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie* (pp. 177–199). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. Londen: Pandora.
- Hoogduin, K. (1980). De drie brieven. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2* (pp. 257–266). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Janet, P. (1889). *l'Automatisme psychologique*. Parijs: Felix Alcan. (Heruitgave: (1973) Parijs: Société Pierre Janet.)
- Krystal, P. (1982). *Cutting ties that bind*. Wellington, Northhampshire: Thurnstone Press.
- Lange, A. (1987). Leeftijdsregressie op papier. *Directieve therapie*, 7, 70–78.
- Phillips, M. (1993). The use of ego-state therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 241–249.
- Torem, M.S. (1987). Ego-state therapy for eating disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 95–103.
- Torem, M.S. (1993). Therapeutic writing as a form of ego-state therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 267–276.
- Vanderlinden, J. & Vandereycken, W. (1990). The use of hypnosis in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38, 101–111.
- Vanderlinden, J., van Dyck, R., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1993). Dissociatieve ervaringen bij Vlamingen en Nederlanders; een studie met de Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Directieve therapie*, 1, 57–77.
- Watkins, J.G. (1971). The affect bridge: A hypno-analytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 22–27.
- Watkins, J.G. (1978). *The therapeutic self*. New York Human Sciences Press.
- Watkins, H.H. (1978). The silent abreaction. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 101–113.
- Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1981). Ego-state therapy. In: R.J. Corsini (red.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 250–270). New York: Wiley.
- Watkins, H.H. (1984). Ego-state therapy. In: R.J. Corsini (red.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 1) (pp. 420–421). New York: Wiley.
- Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1990). Dissociation and displacement: Where goes 'the ouch'. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 1–10.
- Watkins, J.G. (1992). *Hypnoanalytic techniques. The practice of clinical hypnosis* (vol. 2). New York: Irving.