

Onderzoek naar bewustzijn

J.A.M. Vandermeulen
J.A. den Boer
M.M.A. Derix
(redactie)

© 2011 Uitgeverij Boom, Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

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

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

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Annelies Bast

Verzorging binnenwerk: Steven Boland

ISBN 978 946 105 461 6

NUR 770

www.uitgeverijboom.nl

Inhoud

Voorwoord	9
Inleiding	13
 Deel I: Neurofilosofie	 19
1 Bewustzijn, introspectie en wetenschap	21
1.1 Inleiding: bewustzijn, neurofenomenologie en heterofenomenologie	21
1.2 Achtergrond: subjectiviteit in een wetenschappelijk wereldbeeld	23
1.3 Heterofenomenologie: het cartesische theater wordt afgebroken	29
1.4 Neurofenomenologie	33
1.5 Neurofenomenologie versus heterofenomenologie: een dilemma	35
1.6 De aard van introspectieve uitspraken	36
 2 Sociale emotieregulatie en zelfregulatie bij trauma	 45
2.1 Inleiding	45
2.2 Integratieve mentale handelingen: synthetiseren en realiseren	47
2.3 Trauma	48
2.4 Dissociatieve delen van de persoonlijkheid	50
2.5 Fasegerichte behandeling	60
2.6 Emotieregulatie	62
2.7 Bespreking	77
 3 Vrije wil: filosofie, neurowetenschappen en strafrecht	 85
3.1 Inleiding	85
3.2 Libet	86

3.3	De filosofie van de vrije wil	89
3.4	Twee andere interpretaties van Libets experiment	96
3.5	Vrije wil en strafrecht	101
3.6	De toekomst van de kwestie	105

Deel II: Neurobiologie 113

4	Neuroanatomie van het bewustzijn	115
4.1	Inleiding	115
4.2	De hersenschors	115
4.3	De thalamus	120
4.4	De opstijgende activerende systemen	121
4.5	De neuroanatomie van bewustzijn	124
5	Neurobiologie, bewustzijn en mentale processen	127
5.1	Inleiding	127
5.2	Terminologie en vormen van bewustzijn	128
5.3	Onderzoeksstrategieën	131
5.4	Methodologische problemen	132
5.5	Filosofische thema's	133
5.6	Plasticiteit	139
5.7	Neurale netwerken, connectionistische modellen, neurale darwinisme	144
5.8	Neurofenomenologie	153
5.9	Tot besluit	155
6	De ontwikkeling van het bewustzijn	161
6.1	Inleiding	161
6.2	Het 'harde' probleem en het 'zachte' probleem van bewustzijn	162
6.3	Kenmerken van bewustzijn met het oog op een ontwikkelingsmodel	167
6.4	De structuur van bewustzijn in ontwikkelingsperspectief	177
6.5	Stadiummodellen van bewustzijnsontwikkeling	188

Deel III: Neuropsychologie 199

7	Epilepsie	201
7.1	Inleiding	201
7.2	Wat is epilepsie?	202

7.3	Een tweedimensionaal model van bewustzijn	206
7.4	Epilepsie en bewustzijn	211
7.5	De <i>default mode</i> van de hersenen en epilepsie	223
7.6	Slot	224
8	Visuele waarneming en bewustzijn	229
8.1	Inleiding	229
8.2	Definitie van de visuele waarneming	230
8.3	Bewuste en onbewuste waarneming	232
8.4	Bijzondere vormen van visuele waarneming	236
8.5	Neuropsychologisch onderzoek	243
8.6	Casuïstiek	244
8.7	Epiloog	248
9	Geheugen en bewustzijn	255
9.1	Inleiding	255
9.2	Impliciet en expliciet geheugen	256
9.3	Neuropsychologische basis van impliciet en expliciet geheugen	259
9.4	Accuraatheid van expliciete herinneringen	261
9.5	Juridische implicaties van geheugenvervorming	262
9.6	Neuropsychologie van geheugenvervorming	264
9.7	Besluit	265
10	Dementie van het type Alzheimer en ziekte-inzicht	269
10.1	Inleiding	269
10.2	De ziekte van Alzheimer: pathologie, klinische verschijnselen en beloop	271
10.3	Ziekte-inzicht: terminologie en theoretische achtergronden	272
10.4	Meten van ziekte-inzicht	274
10.5	Neuropsychologische verklaringsmechanismen	275
10.6	Psychologische en sociale verklaringsmechanismen	278
10.7	Uitslaggesprekken: gevolgen voor ziekte-inzicht en emotioneel functioneren	281
10.8	Samenvatting en conclusies	282
11	Zelfbewustzijn	289
11.1	Inleiding	289
11.2	Bewustzijn	291
11.3	Zelfbewustzijn	297
11.4	Pathologie van bewustzijnstoestanden	298
11.5	Slot	302

12 Slaapstoornissen	307
12.1 Inleiding	307
12.2 De normale slaap	308
12.3 De functie van slapen	315
12.4 Slaaptekort	316
12.5 Slaap en bewustzijn	317
12.6 Slaap en ouder worden	319
12.7 De gestoorde slaap	320
Over de auteurs	331
Register	334

Voorwoord

De studie van het bewustzijn is in de laatste decennia de grote uitdaging geworden voor een toenemend aantal wetenschappers in zeer diverse onderzoeksdomeinen. *Onderzoek naar bewustzijn* bundelt en analyseert de neurofysiologische, neurobiologische en neuropsychologische invalshoeken van het actuele wetenschappelijke bewustzijnsonderzoek. Al vanaf Plato en Aristoteles buigt de filosofie zich over het vraagstuk 'bewustzijn'. Men leze er zowel de dualistische als de (materialistisch-)monistische visies op na. Men mag uit filosofisch en epistemologisch oogpunt daarbij niet nalaten zowel het werk van René Descartes als dat van Patricia en Paul Churchland grondig door te nemen, wil men zich ten volle bewust zijn van de diepgang van het eeuwenoude vraagstuk en het nog steeds actuele dilemma.

De neurowetenschappelijke benadering van de vraagstelling nam een aanvang enerzijds met de ontdekkingen van neurofysiologen als Camillo Golgi, Santiago Ramon y Cajal en Charles Sherrington en anderzijds met de visies van William James omtrent de experimentele methode als basis van de psychologie 'als wetenschap van de geest'. De ontwikkeling van beeldvormende technieken zoals de PET-scan, MRI-scan en magneto-encefalografie zorgde voor een doorbraak. Dankzij deze technologische ontwikkelingen is er een exponentiële groei opgetreden in het aantal studies naar de relatie tussen hersenen en gedrag. Deze neurowetenschappelijke informatie onderbouwt zowel de neuropsychologische praktijk als de neurofilosofische theorievorming. Michael Posner schreef in *Science* dat wat de telescoop betekent voor onze kennis van de kosmos, de beeldvorming van de hersenen betekent voor onze inzichten in de menselijke geest.

Neurologie, psychiatrie en psychologie maken in toenemende mate onderscheid tussen bewustzijn als toestand (bewustzijnsniveau) en bewustzijn als zijnswijze (bewustzijnsinhoud), met name de persoonlijke beleve-

2

Sociale emotieregulatie en zelfregulatie bij trauma

Ellert Nijenhuis

2.1 Inleiding

Ontwrichtende ervaringen moeten net als andere belangrijke ervaringen deel gaan uitmaken van iemands levensverhaal; ze moeten in diens persoonlijkheid geïntegreerd worden. Deze integratie houdt het goed en volledig uitvoeren van enkele veeleisende mentale handelingen in (Janet, 1889, 1929; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Lukt deze integratie niet, dan is psychopathologie het gevolg. De kern van de problematiek van patiënten met traumagerelateerde stoornissen is dan ook dat zij deze handelingen nog niet of niet compleet hebben kunnen of durven uitvoeren (Van der Hart e.a., 2006). Zij zijn blijven steken in ervaringen die hen geestelijk en lichamelijk verwond hebben en die daarom als traumatisch kunnen worden beschreven.

Natuurlijk zijn er absolute en relatieve grenzen aan ieders integratieve capaciteit. Vooral bij kinderen en tieners is in samenhang met nog niet uitgerijpte prefronto-limbische verbindingen het vermogen om heftige emoties te reguleren (Levesque e.a., 2004) en moeilijke integratieve handelingen uit te voeren (Harter, Bresnick, Bouche, & Whitesell, 1997) nog beperkt. Tevens geldt dat het integreren van ervaringen naar aanleiding van een reeks van schokkende gebeurtenissen een zwaardere opgave is dan het integreren van eenmalige schokkende gebeurtenissen en bijbehorende ervaringen of een beperktere reeks van deze gebeurtenissen (Delahanty & Nugent, 2006). Het is derhalve buitengewoon moeilijk voor een kind om voortdurende emotionele verwaarlozing en mishandeling, lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik te verwerken.

Dit geldt in het bijzonder als hij of zij het daarbij zonder emotionele steun van ouders of plaatsvervangende ouders moet doen. Deze steun ontbreekt of schiet tekort als de ouders behalve opvoeder en verzorger ook de bron van de traumatisering zijn, zelf getraumatiseerd zijn, niet beschikbaar zijn of

niet het vermogen hebben de eigen emoties en die van het kind adequaat te reguleren (Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik, & Lyons-Ruth, 2009; Liotti, 2006; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2006; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997). Kinderen zijn in veel opzichten afhankelijk van hun ouders en hebben hun hulp broodnodig bij het reguleren van heftige emoties en het integreren van emotionele ervaringen (Shevlin, Houston, Dorahy & Adamson, 2008). Ouders en hun plaatsvervangers functioneren als 'externe regulatoren van emoties' van het kind, en als zij deze taak niet of niet goed op zich nemen en uitvoeren, kan dit mede aanleiding geven tot traumagerelateerde, psychobiologische problematiek (Schoore, 2002).

Er zijn behalve psychologische redenen ook biologische redenen voor het nog beperkte integratieve en regulatieve vermogen van kinderen en adolescenten. Als epigenetisch, biopsychosociaal systeem is hun persoonlijkheid nog volop in structurele en functionele ontwikkeling (Dumontheil, Burgess & Blakemore, 2008; Gogtay e.a., 2004). De neocortex is bijvoorbeeld pas na ongeveer 25 jaar uitgerijpt en neocorticale en vooral prefrontale functies lijken betrokken te zijn bij het integreren van traumatische ervaringen (Liberzon & Sripada, 2008). Mogelijk is mede door deze rijpingsfactor de kans op de ontwikkeling van een eenvoudige posttraumatische stressstoornis na blootstelling aan overweldigende gebeurtenissen pas groter dan de kans op de ontwikkeling van een complexe posttraumatische stressstoornis als de traumatisering plaatsvindt wanneer men 25 jaar of ouder is (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz & Mandel, 1993).

Er bestaan aanwijzingen dat een beperkt regulatie- en integratievermogen mede samenhangt met biologische kenmerken van aan buitengewoon aversieve gebeurtenissen blootgestelde kinderen en volwassenen, kenmerken die op zijn minst voor een deel een gevolg zijn van het hebben moeten doorstaan van deze voorvallen (De Bellis e.a., 1994; Ehling, Nijenhuis & Krikke, 2008; Putnam & Trickett, 1997; Teicher, Andersen, Polcari, Anderson & Navalta, 2002; Vermetten, Schmahl, Lindner, Loewenstein & Bremner, 2006). Waarschijnlijk ontstaat er bij chronische traumatisering aldus een negatieve spiraal: zeer aversieve ervaringen en grenzen aan iemands integratieve capaciteit geven aanleiding tot psychopathologie en biopathologie, en bij een voortduren van deze ervaringen wordt het integreren ervan mede belemmerd door de al bestaande pathologie.

Integratieve tekorten komen vooral tot uitdrukking in peritraumatische en posttraumatische dissociatieve reacties, disregulatie van emoties en voortdurende pogingen tot vermijding van traumatische herinneringen, en zijn belangrijke voorspellers van traumagerelateerde stoornissen en het ontstaan en in stand blijven ervan (Briere, 2006; Briere, Scott & Weathers, 2005; Macfie, Cicchetti & Toth, 2001; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). De kern van traumagerelateerde stoornissen is een meer of

minder complexe dissociatie (opdeling) van de persoonlijkheid als geheel systeem in twee of meer onafhankelijk van elkaar werkzame, van zichzelf en hun wereld bewuste subsystemen (Nijenhuis, 2011, in druk; Van der Hart e.a., 2006). Deze subsystemen staan te boek als dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Bij traumatisering vanaf zeer jonge leeftijd heeft de persoonlijkheid van de getroffen zich mogelijk nooit tot een overwegend geïntegreerd systeem ontwikkeld. Het kan echter ook zijn dat de persoonlijkheid voor de blootstelling aan schokkende gebeurtenissen een betrekkelijke eenheid vormde, die tijdens of in aansluiting op deze blootstelling is overgegaan in een organisatie van twee of meer, onderling ontoereikend geïntegreerde dissociatieve delen.

In dit hoofdstuk komen verschillende typen van dissociatieve delen aan bod die in de context van chronische traumatisering tot ontwikkeling kunnen komen. Beschreven wordt hoe deze delen en de patiënt als geheel de traumatisering en hieraan inherente emotionele en lichamelijk gevoelens, gedachten en conflicten reguleren. Hun regulatieve handelingen zijn te begrijpen als plaatsvervangers van integratievarianten waartoe zij (nog) niet in staat waren of zijn, of die zij nog niet aandurven. Een beschrijving van een aantal therapeutische interventies gericht op het bevorderen van integratiever maar moeilijker handelingen vormt het laatste thema van het hoofdstuk. Daarbij zal het accent liggen op de effectieve interpersoonlijke regulatie van heftige emoties van de patiënt, die de basis vormt voor een toename van het vermogen tot zelfregulatie.

2.2 Integratieve mentale handelingen: synthetiseren en realiseren

Zoals gezegd betekent het integreren van zeer aversieve en traumatische ervaringen het goed en volledig uitvoeren van een aantal moeilijke mentale handelingen. Het is onder meer nodig om zich helder bewust te worden van wat er gebeurt of gebeurde, evenals van de bijbehorende zintuiglijke gewaarwordingen, emotionele gevoelens en motorische reacties. Tot de zintuiglijke aspecten van deze ervaringen behoren wat iemand ziet, hoort, ruikt, proeft en lichamelijk en emotioneel voelt, dan wel wat iemand zich daarvan later herinnert. Deze verschillende ervaringscomponenten moeten uiteraard niet op zichzelf staan, maar met elkaar in verband worden gebracht, worden gesynthetiseerd.

Naast *synthetiseren* zijn nog andere integratieve handelingen nodig, die bekendstaan als personificeren en presentificeren. Beide lijken verband te houden met prefrontale activering. *Personificeren* is de mentale handeling die ertoe leidt dat iemand zich volkomen bewust is dat hij of zij het was die de gebeurtenis meemaakte en daarbij van alles ervaren en mogelijk ook

deed. Door personificeren krijgen ervaringen een persoonlijk karakter. *Presentificeren* van een schokkende gebeurtenis in het verleden betekent beseffen dat deze achter de rug is en dat het heden (het 'hier en nu') een hoger werkelijkheidsgehalte heeft. Dit besef ontwikkelen houdt ook in zich uitdrukkelijk rekenschap geven van de consequenties van een schokkende gebeurtenis en de bijbehorende ervaringen. Presentificeren betekent dus het tot stand brengen van een verbinding van verleden, heden en toekomst, waarbij aan het heden het hoogste werkelijkheidsgehalte wordt toegekend. In de context van traumatisering betekent dit een traumatiserende gebeurtenis met bijbehorende traumatische ervaringen en de consequenties ervan volledig opnemen in het levensverhaal. Tezamen leiden personificeren en presentificeren tot *realisatie*, tot het besef dat zich een persoonlijke ervaring heeft voltrokken met persoonlijke consequenties voor nu en later. Wanneer iemand zich realiseert wat hem of haar is overkomen, volgt vaak rouw. Rouwen behoort ook tot de integratieve handelingen met betrekking tot traumatische ervaringen.

2.3 Trauma

Velen gebruiken de term 'trauma' als synoniem voor schokkende gebeurtenissen. Deze gelijkstelling is onder meer problematisch omdat niet alle mensen die zo'n gebeurtenis meemaken getraumatiseerd raken. Afhankelijk van de aard van de schokkende gebeurtenis (of reeks van schokkende gebeurtenissen) ontwikkelt een kleiner of groter percentage een vorm van psychopathologie als gevolg van of in nauwe samenhang met het ondergaan van deze gebeurtenis. Het is zinvol om te zeggen dat deze mensen getraumatiseerd zijn. Dit geldt echter niet voor degenen die geen psychopathologie ontwikkelen in samenhang met het meemaken van zo'n gebeurtenis. Ook zij zullen geschokt zijn en zich waarschijnlijk tijdelijk ontwricht voelen, maar zij zijn niet getraumatiseerd.

Het woord 'trauma' betekent wond of verwonding. Het meemaken van een of meer schokkende gebeurtenissen is een noodzakelijke, maar in veel gevallen onvoldoende voorwaarde voor het verwond raken. Andere predictoren zijn al genoemde factoren, zoals beperkingen van de psychobiologische integratieve capaciteit van degene die de gebeurtenis meemaakt en een gebrek aan opvang na de gebeurtenis. Het is daarom beter om de term 'trauma' te reserveren voor de psychobiologische verwonding die iemand kan oplopen door of in samenhang met het meemaken van schokkende, potentieel traumatiserende gebeurtenissen als oorlogservaringen, overvallen, verkrachting, lichamelijke en verbale mishandeling, seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing of andere ondermaatse zorg in de vroege kindertijd.

De voorstelling dat trauma een objectief te definiëren gebeurtenis is, is ook om filosofische redenen problematisch. (Ik ga slechts kort op deze complexe materie in; zie voor een veel grondiger beschrijving van de kwestie Nijenhuis, 2011, ingediend.) De gedachte dat gebeurtenissen geïsoleerd van een ervarend en kennend subject kunnen bestaan, is onhoudbaar (Schopenhauer, 1958). Subject en object zijn echter intrinsiek aan elkaar gekoppeld: zonder subject is er geen object en zonder object valt er niets te ervaren of te kennen. Preciezer gezegd: hersenen, lichaam en omgeving zijn intrinsiek aan elkaar gerelateerd (Northoff, 2003).

Tegen deze ontologische achtergrond is een gebeurtenis een bepaalde dynamische configuratie van hersenen, lichaam en omgeving die bepaalde epistemologische mogelijkheden en onmogelijkheden impliceert. In het eerstpersoonsperspectief gaat het om fenomenale, dat wil zeggen prereflectieve, 'ruwe' ervaringen. Traumatische ervaringen zijn in dit licht subjectief overspoelende ervaringen.

Het tweedepersoonsperspectief heeft betrekking op iemands fenomenale beoordeling van ervaringen (ik-mijverhouding, zoals ik-mijnervaringen). Iemand kan een bepaalde ervaring of herinnering dus subjectief als overspoelend beoordelen. De term 'traumatische gebeurtenissen' is gekoppeld aan het tweedepersoonsperspectief, omdat dit perspectief een bepaling en beoordeling van gebeurtenissen biedt. Op grond van ons vermogen tot empathie kan een buitenstaander (zoals een therapeut) iemands fenomenale ervaring en beoordeling van een ervaring of herinnering als traumatiserend 'aanvoelen'. Hierbij gaat het daarom ook om een tweedepersoonsperspectief (ik-jij).

Bij het derdepersoonsperspectief gaat het om een beoordeling van objecten, inclusief subjecten als objecten, en bestaat er geen verbinding met iemands fenomenale ervaringen en beoordelingen. Wanneer een psycholoog bijvoorbeeld een diagnose stelt, objectificeert hij of zij de patiënt. Het derdepersoonsperspectief kan gekoppeld worden aan de term '(potentieel dan wel actueel) traumatiserende gebeurtenis', aan de 'fysieke' beoordeling dat een bepaalde gebeurtenis traumatiserend voor iemand kan zijn dan wel is geweest. Deze fysieke beoordeling berust op het vaststellen van pathologie, zoals de symptomen van een posttraumatische stressstoornis. Duidelijk is dus dat a priori niet gezegd kan worden of een bepaalde dynamische configuratie van hersenen, lichaam en gedrag traumatiserend is. Deze vaststelling is alleen post hoc mogelijk. Duidelijk moet ook zijn dat een derdepersoonsperspectief slechts mogelijk is dankzij het bestaan van een eerstpersoonsperspectief. Pure objectiviteit bestaat niet, omdat alle objectiviteit berust op subjectiviteit.

Zo bestaat er conceptuele helderheid: een trauma is een biopsychosociale verwonding die is opgetreden in samenhang met een traumatische erva-

ring (eerstepersoonsperspectief), beoordeeld als een traumatische gebeurtenis in het tweedepersoonsperspectief, en een traumatiserende gebeurtenis, zoals beoordeeld in een derdepersoonsperspectief.

2.4 Dissociatieve delen van de persoonlijkheid

Wanneer iemand er niet in slaagt om een overweldigende ervaring in zijn of haar persoonlijkheid te integreren, om zich te realiseren wat hem of haar overkwam, komen daar als regel, zowel tijdens als na de ervaring, minder veeleisende handelingen voor in de plaats. Voorbeelden zijn: niet beseffen dat wat gebeurt of gebeurd is echt is en zichzelf en de omgeving als niet-echt beleven (depersonalisatie en derealisatie), ervaren boven het lichaam te zweven en toe te kijken naar wat 'iemand anders' overkomt (tekort aan synthese van ervaren en observeren), lichamelijke sensaties niet waarnemen (tekort aan synthese van lichamelijke gewaarwordingen), zichzelf lichamelijk beschadigen of alcohol, drugs of medicijnen gebruiken om een lichamelijke en emotionele verdoving te bewerkstelligen (zelf-geïnitieerd tekort aan synthese; vermijding van ervaren), menen dat het misbruik plaatsvindt omdat hij of zij 'slecht' is en daarom het misbruik verdiende in plaats van zich te realiseren dat de dader er verantwoordelijk voor is, gehechtheid uit de weg gaan (cognitieve distorsie ter vermijding van realisatie), seksuele omgang na misbruik vermijden (geconditioneerde vermijdingsreacties), en voortdurend beducht zijn op mishandeling of misbruik in situaties die daartoe geen aanleiding geven (bovenmatige, sterk gegeneraliseerde geconditioneerde alertheid).

Een centrale plaatsvervangende handeling met betrekking tot realisatie van traumatisering is volgens de theorie van structurele dissociatie van de persoonlijkheid (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Van der Hart e.a., 2006) een (re)organisatie van de persoonlijkheid als geheel systeem in twee of meer functionele subsystemen ofwel dissociatieve delen van de persoonlijkheid. Deze onderling onvoldoende geïntegreerde, maar niet totaal van elkaar afgescheiden subsystemen zijn in principe functioneel omdat elk ervan gekoppeld is aan het nastreven van een of meer doeleinden. Zij zijn geen 'verschillende personen', maar meer of minder omvattende georganiseerde sets van handelingen. Zoals nog uitgebreider aan de orde zal komen, is een specifiek kenmerk van dissociatieve delen, hoe rudimentair sommige ook zijn, dat zij zich van zichzelf en van de wereld waarin zij leven bewust zijn. Ieder dissociatief deel heeft eigen ideeën over wie hij of zij is, hoe de wereld is en hoe hij of zij zich tot die wereld verhoudt. Omdat deze delen bewust en zelfbewust zijn, is communicatie met en tussen deze delen onderling in principe mogelijk.

Ogenschijnlijk normale en emotionele delen van de persoonlijkheid en hun fobieën

Getraumatiseerde mensen proberen als sommige dissociatieve delen te functioneren in het dagelijks leven en trachten daarbij voor zichzelf en anderen de schijn op te houden dat er met hen niets aan de hand is. Deze delen staan daarom te boek als 'ogenschijnlijk normale delen van de persoonlijkheid' (ANP's: apparently normal parts of the personality; Myers, 1940; Nijenhuis e.a., 2002; Van der Hart e.a., 2006). Als een of meer 'emotionele delen van de persoonlijkheid' (EP's: emotional parts of the personality; Myers, 1940; Nijenhuis e.a., 2002; Van der Hart e.a., 2006) zijn getraumatiseerd en blijven steken in traumatische ervaringen, vooral omdat ANP's de herinnering aan deze ervaringen uit angst voor deze ervaringen mentaal uit de weg gaan, dan bestaat de mogelijkheid dat deze EP's niet geïntegreerd worden.¹¹ Door deze *fobie voor traumatische herinneringen* realiseren ANP's zich niet of onvoldoende wat hen is overkomen en komt het pijnlijke, aan EP's gekoppelde verleden niet tot rust.

EP's zijn meestal niet georiënteerd op het hier en nu, maar leven subjectief in een verleden dat zij voor het heden houden. In samenhang hiermee zijn traumatische herinneringen niet ingebed in het levensverhaal van de getraumatiseerde. Gereactiveerde traumatische herinneringen zijn dan ook geen gewone autobiografische herinneringen, geen narratieven, maar sterk emotionele en sensorimotorische ervaringen, waarbij het de betrokkene voorkomt dat de traumatische gebeurtenissen hier en nu plaatsvinden.

Bij dissociatie van de persoonlijkheid zijn er nog andere fobieën dan de fobie van ANP's voor traumatische herinneringen. Omdat EP's met traumatische herinneringen zijn geassocieerd, ontwikkelen ANP's vaak ook een *fobie voor EP's als zodanig*. Sommige EP's imiteren het gedrag van ouders, wat vaak angst en vermijding van deze delen door ANP's en andere EP's tot gevolg heeft. EP's leren om ANP's te vrezen en te mijden wanneer zij bijvoorbeeld door ANP's worden afgewezen. Eén ANP zei bijvoorbeeld: 'Ik wil niets te maken hebben met dat stomme kind.' De meeste dissociatieve delen zijn derhalve fobisch voor elkaar.

Nog een fobie is de angst voor lichamelijke, emotionele en cognitieve gewaarwordingen die indirect gekoppeld zijn aan traumatische herinneringen; deze gewaarwordingen worden vermeden. Zo valt depersonalisatie bij ANP's te begrijpen als een manier om op afstand te blijven van allerlei lichamelijke en emotionele gewaarwordingen als deze gewaarwordingen geassocieerd zijn met de lichamelijke en emotionele gewaarwordingen die deel uitmaken van traumatische herinneringen. Deze fobie staat te boek als de *fobie voor traumagerelateerde mentale en fysieke handelingen*.

Een vierde fobie, die bij traumatisering na chronische kindermishandeling een grote rol speelt, is de *fobie voor gehechtheid en gehechtheids-*

verlies. Vooral daderimiterende EP's zijn fel gekant tegen vertrouwen van en hechten aan andere mensen. Veel van deze EP's menen dat zij sterk en machtig zijn, of doen alsof zij dat zijn. Deze delen ontkennen meestal dat zij zelf getraumatiseerd zijn. Bovendien zijn zij er als regel van overtuigd dat EP's die verwaarloosd, mishandeld en misbruikt zijn, niet deugen omdat zij verlangen naar gehechtheid, liefde en zorg. Veel ANP's zijn ook bang voor gehechtheid en gehechtheidsverlies en vermijden het daarom zich deze behoeften bewust te zijn. Sommigen gaan relaties aan waarin zij opnieuw getraumatiseerd worden, omdat dit de wereld is die hun vertrouwd is. Hoe pijnlijk ook, zij hebben er min of meer mee leren omgaan. Geloven dat daders schuldig zijn en niet om hen gaven, komt hun enger voor.

Dan zijn er nog de angsten voor (en vermijding van) intimiteit, seksualiteit, verandering en een gewoon leven. De fobieën voor traumatische herinneringen, dissociatieve delen, traumagerelateerde handelingen, gehechtheid en gehechtheidsverlies, intimiteit, seksualiteit, verandering en een gewoon leven – gedetailleerd beschreven in Van der Hart e.a. (2006) – zijn alle te begrijpen als plaatsvervangende handelingen met betrekking tot de realisatie van traumatisering.

Handelingssystemen

ANP's en EP's zijn verschillende subsystemen van de persoonlijkheid, die net als de persoonlijkheid als geheel kunnen worden beschreven en geanalyseerd op biologisch, psychologisch en psychosociaal niveau (Nijenhuis & Den Boer, 2009). Deze niveaus van analyse zijn verschillend, maar sterk gerelateerd en aanvullend. Een verbindend perspectief is dat ieder van deze subsystemen van de persoonlijkheid een georganiseerde set van mentale en fysieke handelingen inhoudt. Elke set houdt een subset van alle handelingen in waartoe een bepaald individu biologisch, psychologisch en psychosociaal in staat is. Daarbij staat ieder dissociatief deel onder invloed van een of meer handelingssystemen, en niet, of minder sterk, onder invloed van andere handelingssystemen.

Handelingssystemen zijn tijdens de evolutie tot ontwikkeling gekomen dynamische, epigenetische en biopsychosociale structuren, die onze soort oplossingen verschaft(e) voor evolutionaire uitdagingen (Panksepp, 1998). Sommige handelingssystemen helpen ons om te bepalen, te herkennen en af te gaan op wat voor ons als soort aantrekkelijk is. Zo omvatten wij een systeem voor de energiehuishouding dat bijvoorbeeld voeding, rust en slaap reguleert, een systeem voor het onderzoeken van wat interessant zou kunnen zijn, een systeem dat ons met elkaar doet spelen, een voortplantingssysteem, een systeem voor gehechtheid aan onze ouders of plaatsvervangende verzorgers, een systeem voor gehechtheid aan onze kinderen, een systeem voor sociale betrokkenheid en mogelijk ook een systeem voor soci-

ale rangordening. Naast deze handelingssystemen voor het functioneren in het dagelijks leven, die allemaal verlangens inhouden, hebben wij mensen een verdedigingssysteem ter handhaving van onze fysieke integriteit en het leven zelf. Bij dit systeem gaat het om het ontsnappen aan fysiek gevaar. Net als andere handelingssystemen is het verdedigingssysteem opgebouwd uit een aantal subsystemen, in dit geval schrikken, verstijven, ontwikkeling van analgesie (verminderde gevoeligheid voor pijn), vluchten, afweren van een ingezette aanval en totale overgave met anesthesie (ongevoeligheid voor zintuiglijke stimuli zoals aanraking). Gemakshalve kan het handelingssysteem dat bekendstaat als de roep om herstel van een gehechtheidscontact (bijvoorbeeld een kleuter die schreeuwt om zijn moeder als hij alleen gelaten wordt) tot het verdedigingssysteem gerekend worden. In de natuur is een jong zoogdier dat buiten de kudde is geraakt; immers een gemakkelijke prooi voor roofdieren.

Handelingssystemen beïnvloeden dus sterk wat wij aantrekkelijk of aversief vinden, waar wij geneigd zijn op af te gaan en wat wij geneigd zijn uit de weg te gaan. Daarnaast beïnvloeden zij wat wij geneigd zijn om zintuiglijk waar te nemen, welke emotionele gevoelens, gedachten en fantasieën wij hebben en wat wij geneigd zijn om te doen. Hierbij zijn zintuiglijke waarnemingen, emotionele gevoelens, cognities en gedrag voortdurend nauw met elkaar verweven en dragen zij alle bij aan het doel of de doelen van het betreffende handelings(sub)systeem. Bij eten is dit bijvoorbeeld: opmerken dat je trek hebt, denken aan of fantaseren over eten, voedsel zoeken, frustratie als er geen eten in huis is, of als het er wel is een maaltijd bereiden, deze verorberen, ervan genieten, verzadiging bereiken, ophouden met eten, het voedsel verteren en afvalproducten uitscheiden. Handelingssystemen hebben aldus betrekking op onze wil, niet in de zin van onze bewuste intenties (bijvoorbeeld 'ik wil een nieuwe jas'), maar op basale krachten, zoals de wil om te (over)leven, de wil om te verdedigen, te eten, te slapen, te onderzoeken of zich te hechten en zich voort te planten. Deze wil gaat vooraf aan het denken, gaat vooraf aan onze voorstellingen (Schopenhauer, 1958).

Deze wil heeft betrekking op het nastreven van de doelen. De doeloriëntatie die inherent is aan handelings(sub)systemen, is een emotionele aanleg. De doelen van handelingssystemen markeren verlangens en behoeften, en onze emoties worden krachtiger naarmate de verlangens en behoeften die inherent zijn aan handelingssystemen, minder bevredigd zijn. Te bedenken valt bijvoorbeeld dat uitgehongerde mensen soms belangrijke waarden overboord zetten om aan voedsel te komen. In termen van de dynamisch systeemtheorie vormt een doel van een handelingssysteem een 'attractor' die bepaalt welk soort mentale en fysieke handelingen iemand zal verrichten wanneer dit systeem geactiveerd is.

In de loop van zijn of haar ontwikkeling (ontogenese) moet iemand deze verschillende handelingssystemen tot een geheel zien te smeden. Door deze integratie wordt het mogelijk om vloeiend om te schakelen van bijvoorbeeld 'zich veilig weten bij een ouder' naar 'eten', van 'eten' naar 'spelen' en van 'spelen' naar 'slapen', of van 'spelen' naar 'vluchten voor een belager' en vervolgens weer terug naar 'spelen'. Deze integratie impliceert een groot vermogen tot emotieregulatie. Het is waarschijnlijk het gemakkelijkst om subsystemen van een bepaald handelingssysteem te integreren. Lastiger is het om de verschillende handelingssystemen die met verlangens te maken hebben op elkaar af te stemmen (denk bijvoorbeeld aan het combineren van ontspanning en werk). Maar het integreren van het complexe handelingssysteem voor de fysieke verdediging, waarbij het draait om *wegkomen van* wat aversief is, en handelingssystemen waarvan de kern *afgaat op* wat aantrekkelijk is, lijkt onze moeilijkste opgave te zijn. Dit geldt vooral als het gevaar intens en voortdurend aanwezig is, de verlangens (zoals de behoefte aan gehechtheid) groot zijn en het gevaar en de verlangens betrekking hebben op dezelfde belangrijke anderen, bij uitstek ouders.

Dissociatieve delen van de persoonlijkheid en handelingssystemen

ANP's staan primair onder invloed van een of meer handelingssystemen voor het functioneren in het dagelijks leven (Nijenhuis e.a., 2002). Deze kunnen vooral zijn: energiehuishouding, onderzoeken, kinderen grootbrengen, gehechtheid aan kinderen, sociale (sub)dominantie en soms ook spelen. Wat deze delen waarnemen, lichamelijk en emotioneel voelen, denken en doen wordt aldus vooral door deze handelingssystemen gekleurd. Als zo'n ANP investeren patiënten bijvoorbeeld veel in de zorg voor kinderen of in werk.

Zoals gezegd gaan ANP's traumatische herinneringen, alsook EP's en andere stimuli die met deze herinneringen geassocieerd zijn, uit de weg. Deze tendens hangt samen met het gegeven dat verschillende handelingssystemen elkaar inhiberen, en wel des te sterker naarmate zij andere waarden of belangen inhouden. Handelingssystemen voor het functioneren in het dagelijks leven zullen bijvoorbeeld een tendens hebben tot het inhiberen van handelingen die behoren bij het verdedigingssysteem. Als wij een ander mens volkomen vertrouwen (dominantie van het handelingssysteem voor gehechtheid), zullen wij bijvoorbeeld niet sterk letten op signalen die erop zouden kunnen duiden dat de ander minder goed te vertrouwen is dan wij dachten. De eenzijdige gerichtheid van ANP's op het uitoefenen van functies in het dagelijks leven houdt EP's en hun traumatische herinneringen op afstand, maar ANP's passen ook mentale vermijding toe met betrekking tot deze EP's en hun pijnlijke bagage. Dominantie van de handelingssystemen voor het functioneren in het dagelijks leven, evenals de tendens tot vermij-

ding van EP's en de aan deze delen gekoppelde traumatische herinneringen, kunnen mede verklaren dat ANP's geen toename van sympathische activiteit hebben bij het beluisteren van teksten die traumatiserende gebeurtenissen beschrijven (Nijenhuis & Den Boer, 2009; Reinders e.a., 2006).

Het handelingssysteem dat veel EP's sterk kleurt is verdediging tegen feitelijke of waargenomen bedreiging van de fysieke integriteit en het leven zelf (Nijenhuis e.a., 2002). Sommige EP's staan echter sterk onder invloed van de roep om (herstel van) contact met een verzorger, wat samenhangt met het handelingssysteem voor gehechtheid. Bij getraumatiseerde patiënten die meer dan één EP hebben ontwikkeld, gaat het vaak om EP's die zich erg angstig voelen en tot vluchten of verstarren geneigd zijn, EP's die een tendens hebben tot vechten, EP's die geweldplegers of emotioneel verwarlozende volwassenen nadoen, en EP's die zich bij waargenomen en feitelijke bedreiging geheel onderwerpen. Volgens Nijenhuis en Den Boer (2009) is bij angstige en boze EP's het sympathische zenuwstelsel dominant (snelle hartslag, lage hartslagvariabiliteit, snelle ademhaling, verhoogde bloeddruk, hoge spierspanning) wanneer zij geconfronteerd worden met stimuli die herinneringen aan traumatische ervaringen oproepen. Bij EP's die zich onderwerpen overheerst daarentegen het dorsaal vagale, parasympathische zenuwstelsel (lage hartslag, lage hartslagvariabiliteit, trage ademhaling, lage bloeddruk, lage spiertonus). Zoals nog aan bod komt, zijn deze op grond van theorie en klinische waarnemingen gebaseerde hypothesen inmiddels voor angstige EP's gedocumenteerd (Reinders e.a., 2006).

Het eerste- en tweedepersoonsperspectief van dissociatieve delen

Een bijzonder en specifiek kenmerk van dissociatieve delen van de persoonlijkheid is dat zij zich minimaal in rudimentaire zin bewust van zichzelf zijn (Nijenhuis, 2011, in druk). Zijn of haar bewustzijn omvat ook de (subjectief) waargenomen omgeving en de persoonlijke relatie tot deze omgeving. Dit wil zeggen dat deze subsystemen of dissociatieve delen van de persoonlijkheid een eigen eerstepersoonsperspectief hebben. Net als het bewustzijn en zelfbewustzijn van psychisch gezonde mensen en patiënten met andere psychische stoornissen is het eerstepersoonsperspectief van dissociatieve delen niet gegeven, maar is het de vrucht van bepaalde mentale handelingen (Metzinger, 2003; Nijenhuis, 2011, in druk).

Deze handelingen houden de *voortdurende constructie* in van subjectieve modellen van zelf, wereld en zelf-in-de-wereld als iemand wakker is of droomt. Metzinger spreekt in dit verband van iemands fenomenale zelfmodel en van iemands fenomenale model van de intentionaliteitsrelatie, dat wil zeggen, het model dat iemand construeert aangaande de aard van de relatie tussen zelf (dus het fenomenale zelfmodel) en (een bepaald waargenomen deel van de materiële) wereld. In dit licht is zelf een fenomenaal

model dat een deel van het gehele systeem dat wij zijn construeert voor ons als geheel systeem. Ons zelf is aldus geen ding, geen onafhankelijke entiteit of substantie die op zichzelf zou kunnen staan, geen onveranderlijk centrum of invariante set van intrinsieke eigenschappen, en geen unieke of ondeelbare eenheid. Zoals nog aan de orde komt, heeft het bestaan van twee of meer verschillende en meer of minder sterk ontwikkelde eerste-persoonsperspectieven belangrijke consequenties voor de behandeling.

Naast een eerste-persoonsperspectief hebben dissociatieve delen een, in de filosofische zin van het woord, intentionele relatie tot andere mensen, dus een tweede-persoonsperspectief (Northoff, 2003). Hun tweede-persoonsperspectief en in samenhang hiermee hun gedrag met betrekking tot andere mensen zijn uiteraard sterk bepaald door voorgaande sociale ervaringen. De toepassing door ANP's en EP's van traumagerelateerde tweede-persoonsperspectieven op andere mensen, inclusief de therapeut, sluiten overdrachtsverschijnselen in.

Over het algemeen gesproken zien EP's van als kind verwaarloosde, mishandelde en misbruikte patiënten die vastzitten in fysieke verdedigingsreacties, andere mensen als potentiële plegers van zulk geweld. EP's die zijn blijven steken in een schreeuw om gehechtheid, zien andere mensen als individuen van wie zij sterk afhankelijk zijn. Voor sterk gedepersonaliseerde ANP's betekenen andere mensen niet veel; zij ervaren relatief weinig behoeften, ook weinig sociale behoeften. Zo bestond de therapeut nog amper voor verschillende ANP's van een patiënte met DIS als zij hem niet zagen: 'Als ik de deur van de therapiekamer achter mij sluit, ben je voor mij al bijna uit mijn bewustzijn verdwenen.' Een andere DIS-patiënte zei als een ANP: 'Ik weet nog wel dat je bestaat, maar je bestaan verliest alle betekenis voor mij als ik je niet zie.' Er zijn ook ANP's die erop gespist zijn de zorg en liefde van verwaarlozende en misbruikende ouders te winnen, maar daarbij voorbijgaan aan de herhaalde ervaring dat hun pogingen om deze liefde te verkrijgen op niets uitlopen, of erger, dat herhaalde contacten herhaalde traumatisering opleveren.

Dissociatieve delen en emotieregulatie

Psychisch gezonde mensen en patiënten met andere psychische stoornissen dan dissociatieve stoornissen hebben ambivalente gevoelens, voorstellingen en gedragstendenties. Zij twijfelen bijvoorbeeld tussen studeren of genieten van een fietstocht, nog een glas wijn drinken of maar beter op frisdrank overgaan, en oefenen om straatvrees te overwinnen of liever veilig thuis blijven zitten. Ambivalenties bij traumagerelateerde dissociatieve stoornissen bestaan minder binnen de verschillende dissociatieve delen van de persoonlijkheid dan tussen deze delen. Eén deel wil bijvoorbeeld alcohol drinken om een pijnlijk besef uit de weg te gaan, terwijl een ander deel

daar faliekant op tegen is. De verschillende delen zijn gespitst op hun eigen belangen en zijn onvoldoende in staat om de belangen van andere delen van de persoonlijkheid te onderkennen en op waarde te schatten. ANP wil bijvoorbeeld nog steeds de liefde van de ouders winnen en wil niets te maken hebben met andere delen van de persoonlijkheid die zeggen dat de ouders niet in de patiënt geïnteresseerd en niet te vertrouwen zijn. EP's die tot actief verweer geneigd zijn, verafschuwen EP's die niet tegen daders opgewassen waren. De belangentegenstellingen tussen de verschillende dissociatieve delen culminerend soms in een bittere strijd om de macht en het eigen gelijk.

De strijd tussen of onderlinge vermijding of afwijzing van verschillende delen houdt pogingen in om met intense emotionele gevoelens en pijnlijke inzichten om te gaan. Het nadeel van deze wijze van emotieregulatie is dat de conflicten tussen de verschillende dissociatieve delen, hun angst voor elkaar en hun afkeer van elkaar niet tot een oplossing komen. Deze emoties substitueren voor moeilijker handelingen, zoals het ontwikkelen van genuanceerde meningen, wederzijdse aanvaarding en weloverwogen beslissingen. Net als andere plaatsvervangende regulaties worden deze emoties in de hand gewerkt door een tekort aan integratieve capaciteit en emotionele opvang door anderen na afloop van schokkende gebeurtenissen.

ANP's proberen op allerlei manieren om weg te blijven bij EP's en hun overweldigende emoties. Hun mentale vermijding van EP's is een manier van omgaan met de overweldigende traumagerelateerde lichamelijke gevoelens en emoties die deze delen kenmerken, en met ambivalenties die door lastige, schokkende of traumatiserende gebeurtenissen kunnen worden opgeroepen. Zij verliezen zich in tal van plaatsvervangende handelingen en richten zich bijvoorbeeld buitensporig sterk op hun werk, vermijden situaties en handelingen die herinneringen aan de traumatisering oproepen, gaan emotionele gewaarwordingen uit de weg en gebruiken in dit kader soms een overmaat aan medicijnen, alcohol of drugs. Vaak leven zij gedepersonaliseerd 'aan de oppervlakte van het bewustzijn' (Appelfeld, 1994). Zoals genoemd, komt het ook voor dat een patiënt als ANP daders opzoekt in de misplaatste hoop dat deze ooit van hem of haar zullen gaan houden of in elk geval zullen zeggen dat hij of zij 'goed' is.

Ook sommige EP's proberen zichzelf te kalmeren door middelen te nemen. Andere EP's storten zich op eten, vasten of combinaties daarvan. Er zijn ook EP's die zichzelf verwonden. Zelfverwonding kan aanleiding geven tot de afgifte van endogene opiaten, wat hun emotionele last tijdelijk verlicht. Bepaalde delen laten zichzelf opnieuw misbruiken, waardoor ten minste hun prereflectieve idee bevestigd wordt dat zij niet deugen. Zij zoeken deze bevestiging omdat het besef dat naasten van wie zij afhankelijk zijn hen willens en wetens kwellen, nog moeilijker te verdragen is.

Al deze en nog andere manieren van emotieregulatie zijn mentale en

gedragsmatige handelingen die in de plaats komen van de (veel) moeilijker integratieve handelingen die de patiënt nog niet kan bereiken, nog niet aandurft of nooit heeft geleerd. In de behandeling gaat het erom deze plaatsvervangende handelingen in integratieve handelingen om te zetten. Dit principe is van toepassing op alle getraumatiseerde patiënten met stoornissen die kunnen uiteenlopen van eenvoudige PTSS en eenvoudige dissociatieve stoornis van beweging en sensatie tot DIS.

Traumatische herinneringen

De angst voor en afkeer van traumatische herinneringen van EP's bij ANP's hebben er deels mee te maken dat deze herinneringen geen normale, narratieve autobiografische herinneringen zijn, maar sterk sensorimotorisch en emotioneel gekleurde belevingen (Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Voor EP's zijn de traumatische ervaringen niet of amper verleden tijd. Wanneer hun traumatische herinneringen opgeroepen worden, zitten zij er als het ware nog middenin, komt het hun voor dat de schokkende gebeurtenis hier en nu plaatsvindt en ervaren zij bijvoorbeeld dat zij geslagen, uitgelachen, in de steek gelaten of misbruikt worden of opgesloten zijn in een kast (Van der Hart & Steele, 1997).

Soms slagen ANP's er niet in om EP's en hun overweldigende herinneringen mentaal op afstand te houden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer EP's gereactiveerd worden door stimuli die de patiënt sterk met de traumatische herinneringen geassocieerd heeft, en ANP's vermoeid zijn. Bekende voorbeelden zijn 'flashbacks' en 'herbelevingen' van traumatiserende gebeurtenissen bij PTSS (APA, 1994) en andere traumagerelateerde stoornissen, alsook re-ensceneringen van traumatische ervaringen. Tot de intrusies behoren eveneens beïnvloedingservaringen (Dell, 2002; Boon & Draijer, 1993; Ross & Joshi, 1992), zoals ANP's die belaagd worden door de afkrakende stem van een met woede vervulde EP. Intrusies leiden niet tot synthese, personificatie en presentificatie wanneer ANP's niet méér doen dan intrusies doorstaan.

Gereactiveerde traumatische ervaringen hangen samen met andere patronen van regionale bloeddorststroming in de hersenen dan narratieve herinneringen (Britton, Phan, Taylor, Fig & Liberzon, 2005; Lanius e.a., 2001, 2004; Liberzon & Martis, 2006; Reinders e.a., 2006). In veel van deze onderzoeken valt een onderactivering van prefrontale hersengebieden op. Een manco van veel onderzoek naar de psychobiologie van traumatisering is echter dat er meestal geen rekening wordt gehouden met het dissociatieve deel van de persoonlijkheid dat tijdens de metingen geactiveerd is. Mogelijk zijn daarom de resultaten van dit onderzoek niet geheel consistent. In sommige onderzoeken wordt bijvoorbeeld een onderactivering van de amygdala vastgesteld, en in ander onderzoek juist een overactivering.

Psychobiologische kenmerken van ANP en EP

Resultaten van psychobiologisch onderzoek dat wél rekening houdt met dissociatie van de persoonlijkheid, sluiten aan bij de subjectieve en klinische waarnemingen dat de normaliteit van ANP's meer schijn dan werkelijkheid is, dat EP's zijn blijven steken in verdedigingsreacties en dat er aldus grote verschillen bestaan tussen ANP's en EP's. Zo wijken patronen van hersenactivering bij ANP's in rust af van die van psychisch gezonde proefpersonen (Sar, Unal & Ozturk, 2007). Vergeleken met de activering bij de controlegroep hadden patiënten met DIS minder bloeddorststroming in de bilaterale orbitofrontale cortex en meer bloeddorststroming in de bilaterale mediale en superieure frontale gebieden.

Conform de theorie van structurele dissociatie is ook vastgesteld dat ANP's in tegenstelling tot angstige EP's geen sympathische reacties hadden bij het beluisteren van beschrijvingen van traumatiserende gebeurtenissen die de patiënt als EP maar niet als ANP als persoonlijke herinneringen beschouwde (Reinders e.a., 2003, 2006). ANP's reageerden op deze traumateksten psychofysiologisch net zo als op beschrijvingen van persoonlijke, emotioneel neutrale ervaringen. Daarentegen hadden angstige EP's sterke sympathische reacties bij het beluisteren van beschrijvingen van persoonlijke traumatiserende gebeurtenissen in de vorm van een hogere hartslag en bloeddruk en een lagere hartslagvariabiliteit.

Analyse van de patronen van hersenactivatie van ANP's bij het luisteren naar beschrijvingen van traumatiserende gebeurtenissen en neutrale autobiografische herinneringen gaf aan dat ANP's beschrijvingen van traumatiserende gebeurtenissen waarnemen alsof deze beschrijvingen van neutrale herinneringen zijn. EP's hadden heel andere patronen van hersenactivatie bij het beluisteren van deze gebeurtenissen, met onder meer een toename van activering in de insula, nucleus caudatus en amygdala, en een afname van activering in de mediale prefrontale cortex. Deze over- en onderactivering lijken te duiden op een tekort aan prefrontale inhibitie van emotionele reacties op stimuli die herinneringen aan traumatische ervaringen oproepen.

Het kan zijn dat ANP's de waarneming van traumagerelateerde stimuli al in een vroeg stadium afremmen of blokkeren en dat deze inhibitie depersonalisatie in de hand werkt. In elk geval kenmerkt depersonalisatie veel ANP's en er is zowel bij ANP's als bij patiënten met een depersonalatiestoornis een overactivering van pariëtale en occipitale hersengebieden vastgesteld (brodmanngebieden 7, 19, 39; Reinders e.a., 2003, 2006; Simeon e.a., 2000). Consistent met deze hypothese zijn experimentele aanwijzingen dat ANP's geneigd te zijn om de voorbewuste waarneming van bedreigende stimuli (boze gezichten) af te remmen of af te breken als zij de kans krijgen (Hermans, Nijenhuis, Van Honk, Huntjens & Van der Hart, 2006). EP's lijken dat niet te (kunnen) doen.

De sociocognitieve theorie van DIS houdt in dat de symptomen een gevolg zijn van zelsuggestie, suggestie door anderen (bijvoorbeeld therapeuten) en een hoge mate van fantasierijkheid (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld & Merckelbach, 2008; Gleaves, 1996; Lilienfeld e.a., 1999; Spanos, 1994). Volgens deze gedachtegang zouden de gedocumenteerde psychobiologische verschillen van ANP en EP artefacten zijn van suggestie, fantasie en rolverwachtingen. De beschreven psychofysiologische en neurale verschillen met betrekking tot ANP versus EP traden echter niet op bij controleproefpersonen die geïnstrueerd en gemotiveerd waren om ANP en EP na te doen. Daarbij maakte het bovendien geen wezenlijk verschil of de controleproefpersonen hoog of laag fantasierijk waren (Reinders e.a., 2008, 2010, ingediend).

Bovendien stelden wij vast dat de mate van fantasierijkheid van vrouwen met DIS en psychisch gezonde vrouwen nauwelijks verschilt (Nijenhuis & Reinders, 2011, ingediend). Patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), een aandoening die Lilienfeld en geestverwanten niet aan fantasierijkheid, suggestie en rolgedrag toeschrijven, zijn wel erg fantasierijk (Merckelbach, à Campo, Hardy & Giesbrecht, 2005), en aanmerkelijk fantasierijker dan patiënten met DIS. Kortom, de sociocognitieve theorie van DIS staat empirisch zwak. Dit wil niet zeggen dat fantasie geen rol speelt bij DIS. Zo rapporteerden de door ons bestudeerde patiënten met DIS dat zij zich inleefden in een betere wereld dan de wereld waarin zij leefden of dat zij zich voorstelden dat hun (traumatiserende) ouders niet hun echte ouders waren. Zij gebruikten fantasie dus als een manier van emotieregulatie.

2.5 Fasegerichte behandeling

Belangrijke doelen van de behandeling van traumagerelateerde stoornissen zijn het ontwikkelen van een effectief en efficiënt niveau van functioneren, realisatie van het traumatische verleden en (re-)integratie van de persoonlijkheid (Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Van der Hart e.a., 2006). Subdoelen zijn vooral het overwinnen van de fobieën voor traumagerelateerde handelingen, dissociatieve delen, traumatische herinneringen, gehechtheid en verlies van gehechtheid, gewone, verantwoorde risico's nemen, intimiteit en vaak ook seksualiteit. Om al deze doelen te kunnen verwezenlijken moeten patiënten leren om op efficiënte wijze met intense emotionele en lichamelijke gevoelens om te gaan in plaats van te blijven steken in plaatsvervangende handelingen.

De meeste traumatherapeuten zijn voorstander van een behandeling die verschillende fasen omvat. Deze fasen worden bij chronische traumatische

ring meestal niet lineair afgewerkt. Vooral fase 1 en 2 komen afwisselend aan bod. Als een zekere vooruitgang is geboekt met betrekking tot de doelen van fase 1, kan de integratie van een of meer naar verhouding minder zwaarwegende traumatische herinneringen binnen bereik zijn. Vervolgens keert men terug naar fase 1, tot een niveau van functioneren is bereikt dat de integratie van een of meer nog pijnlijker traumatische herinneren toestaat, enzovoort.

In de eerste behandelfase gaat het om het overwinnen van een aantal van de zojuist genoemde fobieën en het aanleren van nieuwe handelingen, zoals anders omgaan met emoties en sociale situaties. In deze fase is het van belang dat patiënten leren de fobie voor gehechtheid en verlies van gehechtheid in enige mate te overwinnen, zodat een werkrelatie met de therapeut tot stand kan komen. Hiernaast leren de verschillende dissociatieve delen in deze fase hun angst en vermijding met betrekking tot elkaar om te zetten in toenadering en samenwerking. Ook de fobie voor traumagerelateerde handelingen wordt aangepakt.

De tweede fase van de behandeling draait om de synthese en realisatie van traumatische herinneringen. Deze moeilijke handelingen kunnen patiënten vaak alleen met ondersteuning van belangrijke anderen en bij uitstek van de therapeut tot een goed einde brengen. Geboden sociale ondersteuning zal patiënten echter alleen goed doen als zij een relatie met deze anderen durven aangaan die verder gaat dan de werkrelatie die in fase 1 is opgebouwd. Waar het in fase 2 om gaat, is dat patiënten de moed vinden om erop te vertrouwen dat de therapeut (en andere voor hen belangrijke personen) hen niet in de steek zullen laten en zich werkelijk bij hen betrokken voelen, ook al zijn zij 'ingewikkelde' mensen en dragen zij een subjectief schaamtevol traumatisch verleden met zich mee waarin zij er als mens niet toe deden. Fase 2 gaat dus ook over het overwinnen van de fobie voor gehechtheid en verlies van gehechtheid.

De derde fase van de behandeling is gericht op rouw met betrekking tot het traumatische verleden en de negatieve gevolgen van dat verleden. Deze gevolgen kunnen bijvoorbeeld een verkeerde partnerkeuze zijn, het niet hebben kunnen volgen van een gewenste opleiding, of het niet tot werken in staat zijn. In deze fase gaat het ook om het leren aangaan van intieme relaties, en kan de behandeling (als patiënten dit wensen) ook worden gericht op het ontwikkelen van, of beter leren omgaan met, seksuele behoeften, gevoelens en relaties. Hiernaast leren zij fobieën overwinnen voor het nemen van weloverwogen beslissingen en risico's, inclusief veranderingen als een scheiding of het beëindigen van andere problematische relaties, een baan nemen of verhuizen.

2.6 Emotieregulatie

Het vaststellen en het veranderen van de wijze waarop chronisch getraumatiseerde patiënten met emoties omgaan, zijn centrale thema's van de behandeling. Zoals gezegd hebben deze patiënten tal van manieren ontwikkeld om intense gevoelens (zoals emotionele pijn, schaamte, angst, woede, somberte, walging, verlangens en behoeften) te hanteren, die in de plaats komen van efficiënter integratieve handelingen waartoe zij nog niet in staat zijn of die zij nog niet aandurven. Dit geldt ook voor het ervaren van lichamelijke gevoelens die hen voor problemen stellen, inclusief seksuele gevoelens, voor de cognitieve aspecten van traumatische herinneringen en voor bepaalde als bedreigend ervaren feiten, zoals niet gewenst of geliefd zijn door misbruikende ouders.

Mentale en fysieke energie en mentale efficiëntie

Als het niveau van mentaal en motorisch functioneren laag is, zal het lukken om plaatsvervangende emotieregulerende handelingen in te wisselen voor efficiënter handelingen. Hoog functioneren vergt meestal veel energie en bovenal het vermogen om deze energie zeer efficiënt te benutten. Maximale efficiëntie betekent doelgericht handelen met inzet van de juiste soort van handelingen, zonder investering van tijd en energie in onnodige of ineffectieve handelingen (Van der Hart e.a., 2006). Het kan zijn dat patiënten over het algemeen, of als bepaalde dissociatieve delen, over voldoende mentale en fysieke energie beschikken, bijvoorbeeld bij sterke sympathische activering die bij angst, woede en dergelijke emoties hoort, maar dat hun mentale efficiëntie tekort schiet. Mogelijke gevolgen hiervan zijn bijvoorbeeld: impulsief handelen; andere mensen meer als objecten dan als subjecten waarnemen en mede daardoor niet goed met anderen en andere dissociatieve delen kunnen samenwerken; de beschikbare energie bij langdurige opgaven niet goed verdelen (bijvoorbeeld overenthousiast starten en mede daardoor snel uitgeput raken en opgeven); consequenties van handelingen niet goed overzien; slordig plannen en onsystematisch te werk gaan; ondoordacht, prereflectief denken. Is er naast onvoldoende mentale efficiëntie ook onvoldoende mentale en fysieke energie, dan komen patiënten niet of nauwelijks op gang, zijn zij geestelijk afwezig of verkeren zij in een droomachtige toestand, waarin de dingen niet 'echt' lijken te zijn en een gevoel kan overheersen dat niets ertoe doet.

De therapeut stelt daarom per taak of situatie vast wat de plaatsvervangende handeling is, wat de efficiënte(r) handeling zou zijn, of de patiënt over de nodige energie beschikt om die handeling uit te voeren en of diens mentale efficiëntie toereikend is. Wanneer de mentale en de fysieke energie

te laag zijn, zullen eerst maatregelen genomen moeten worden om deze energie te verhogen. Hierbij valt te denken aan ontspanningsoefeningen en verbetering van de slaap. Daarnaast is het vaak ook zaak om de uitgave van energie te beperken. Zo kan de therapeut bevorderen dat er minder taken op de schouders van de patiënt rusten. Soms is het bijvoorbeeld nodig dat de zorg voor de kinderen beperkt wordt tot een aantal dagen per week. Het kan ook belangrijk zijn om bepaalde voorwerpen uit huis te verwijderen die sterke herinneringen oproepen aan traumatische ervaringen en daarom herhaaldelijk aanleiding geven tot energievretende herbelevingen van traumatische ervaringen. Zulke geconditioneerde stimuli zijn bijvoorbeeld scherpe messen als deze bij mishandeling en misbruik werden gebruikt, foto's van daders en parfums die doen denken aan geuren die bij de traumatisering opvallend aanwezig waren.

Is de mentale efficiëntie te laag, dan komt het erop aan eerst een minder veeleisende handeling te kiezen, die echter wel efficiënter is dan de plaatsvervangende handeling die de patiënt tot op dat moment uitvoerde. Slaagt de patiënt erin om deze handeling goed voor te bereiden, in te zetten, uit te voeren en af te sluiten, dan zal diens mentale efficiëntie door dit succes toenemen (Van der Hart e.a., 2006). Hij of zij zal vervolgens in staat zijn om een nog wat efficiënter handeling uit te voeren tot, idealiter, uiteindelijk het niveau van mentale efficiëntie is bereikt dat nodig is voor het uitvoeren van de meest efficiënte handeling. Dit is het leerprincipe van successieve approximatie van de optimale handeling.

Het moge duidelijk zijn dat niet iedereen een even hoog niveau kan bereiken. Voor de praktijk betekent dit bijvoorbeeld dat niet alle patiënten bij machte zijn om de integratieve handelingen uit te voeren die bij de tweede fase van de behandeling horen. In deze gevallen blijft de behandeling beperkt tot het nastreven van de doelen van de eerste fase.

Symptomen en plaatsvervangende handelingen

Veel symptomen van patiënten wier persoonlijkheid in twee of meer delen is opgedeeld, zijn in feite plaatsvervangende handelingen van deze delen of hangen nauw met deze handelingen samen. Bijvoorbeeld, wanneer patiënten als ANP stemmen horen, horen zij – of zij dat beseffen of niet – de stemmen van andere delen. Zo hoorde een patiënte met een DSNAO als ANP de stem van een meisje dat voortdurend 'Nee!', 'Niet doen!' en dergelijke riep. ANP raakte telkens erg van slag als deze stem in haar hoofd klonk. Zij wist zich er geen raad mee. Schudden met haar hoofd, over de stem heen praten, harde muziek draaien: niets hielp. ANP had niet in de gaten dat deze stem hoorde bij een jong meisje, een van de EP's van de patiënte. In de behandeling leerde ANP dit meisje kennen nadat zij de raad van de therapeut had opgevolgd om de stem te zeggen dat zij de stem hoorde: 'Ik hoor je en

ik hoor dat je “nee” en “niet doen” zegt.’ Tot haar verbazing werd de stem daarop rustiger. Vervolgens stelde de therapeut voor dat zij zou vragen of de stem haar – ANP – kon horen. De stem antwoordde dat dit zo was. Langs deze weg leerde ANP deze kind-EP kennen en ontdekte ANP dat zij zich ongeveer vijf jaar oud voelde en gefixeerd was in herinneringen aan seksueel misbruik door haar vader.

Een ander voorbeeld is ‘niet op de benen kunnen staan’. Bij een patiënte hing dit symptoom samen met dorsaal vagale (parasympathische) reacties van een EP in de context van lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik (zie verderop). Bij een andere patiënte waren wankelen en vervolgens flauwvallen gerelateerd aan verlies van bewustzijn bij een wurgpoging en schoppen tegen het hoofd. Tics in de vorm van een zich opensperrende mond en diepe keelklanken, afgewisseld door hardop tellen, waren bij weer een andere patiënte reacties van een kind-EP in het kader van walging en pogingen tot afleiding met betrekking tot seksueel misbruik. Een laatste voorbeeld vormen paniekaanvallen bij een patiënt die te maken hadden met de intense angst van een kind-EP tijdens lichamelijke mishandeling.

Empathisch afstemmen en consensus opbouwen

Dissociatieve delen zijn betrekkelijk gesloten en buitensporig stabiele subsystemen van de persoonlijkheid als geheel systeem. Zij voeren telkens min of meer dezelfde handelingen uit en zullen niet gemakkelijk tot nieuwe gezichtspunten of veranderingen komen. Therapie betekent nieuwe mentale en fysieke handelingen ontwikkelen, maar veel dissociatieve delen – vooral EP’s, maar ook ANP’s (en vaak de patiënt als geheel) – zien verandering als gevaarlijk. Velen hebben een uitgesproken neofobie. De kans dat dissociatieve delen open zullen staan voor verandering neemt echter toe wanneer een goed contact met hen tot stand is gebracht en zij zich door de therapeut begrepen voelen.

De therapeut vormt (als het goed is) een flexibeler systeem dan de patiënt en kan zich daarom beter aanpassen aan veranderde en veranderende omstandigheden dan een rigide systeem. Daarom beweegt de therapeut zich eerst in de richting van de denk- en belevingswereld van (delen van) de patiënt in plaats van te verwachten dat de patiënt zich voegt naar zijn ideeën en voorstellen. *De therapeut stemt zich dus zorgvuldig empathisch af op het eerste- en tweedepersoonsperspectief van de verschillende delen van de patiënt, alvorens zich op verandering van hun ideeën en gedrag te richten.* Hij onderzoekt dus hoe een deel zichzelf en zijn verhouding tot andere dissociatieve delen ziet, alsook zijn verhouding tot de omringende externe wereld, inclusief de therapeut. De afstemming heeft ook betrekking op de aard en reden van de klachten, de aard van de therapie, de rol van de patiënt in de behandeling en de rol en vermeende bedoelingen van de therapeut.

Sociale emotieregulatie in psychobiologisch perspectief

Empathisch afstemmen en consensus opbouwen zijn de eerste, onontbeerlijke stappen bij de opbouw van hogere niveaus van emotieregulatie bij chronisch getraumatiseerde patiënten. Daardoor groeit er een sociaal contact tussen patiënt en therapeut en zal de patiënt zich veiliger voelen. Psychologisch uitgedrukt, verhoogt de activering van het handelingssysteem van de patiënt aangaande sociale betrokkenheid zijn mentale efficiëntie. In neurobiologische zin houdt deze toename van de mentale efficiëntie verband met de activering van de ventrale vagus, een van de twee takken van het parasympathische zenuwstelsel. De ventrale, gemyeliniseerde vagus, een evolutionair recente ontwikkeling bij mensen, speelt een grote rol bij de sociale betrokkenheid en bij zowel interpersoonlijke regulatie als zelfregulatie van emoties (Doussard-Roosevelt, Montgomery & Porges, 2003; Hastings e.a., 2008; Heilman, Bal, Bazhenova & Porges, 2007; Porges, 2009).

Er bestaat een wederkerige samenhang tussen zich veiliger voelen en sociale betrokkenheid enerzijds en de activiteit van de ventrale vagus anderzijds. De activiteit van dit deel van de nervus vagus vertraagt de hartslag, vermindert stressreacties van de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as en remt in deze context de activering van het systeem voor de fysieke verdediging. Deze ‘vagale rem’ inhibeert zowel het sympathische zenuwstelsel dat vluchten, verstijven en vechten mogelijk maakt, als de dorsaal vagale tak van het parasympathische zenuwstelsel die gerelateerd is aan totale overgave en zich dood houden. Activering van de ventrale vagus stimuleert sociale betrokkenheid en op hun beurt stimuleren sociale contacten die als veilig kunnen worden beleefd de ventrale vagus en de vagale rem.

Het gezicht en het hart zijn gekoppeld via de ventrale vagus en viscerale efferente banen, die de gestreepte musculatuur van het gezicht naar het hoofd mede beïnvloeden. In deze samenhang kan activering van de sensorimotorische component van het handelingssysteem voor sociale betrokkenheid op haar beurt de ventrale rem (beter) in werking stellen. Deze component omvat vooral gericht luisteren naar een menselijke stem en oogcontact maken.

Door hun traumatische ervaringen met mensen zijn veel EP’s echter bang voor of woedend op mensen en hebben veel ANP’s evenmin vertrouwen in andere mensen. Zoals gezegd hebben veel dissociatieve delen van de persoonlijkheid bij chronische traumatisering door andere mensen (en vooral verzorgers en opvoeders) een ernstige fobie voor gehechtheid en verlies van gehechtheid ontwikkeld. Zij zijn derhalve geneigd om juist niet goed naar anderen te luisteren en geen doorleefd oogcontact te maken. Het nadeel van deze fobie voor sociaal contact, gehechtheid en verlies van gehechtheid is echter dat zij hun emoties niet goed kunnen reguleren: de vagale rem werkt onvoldoende en zij missen de mogelijkheid van sociale emotieregulatie.

Consistent met deze gedachtegang is vastgesteld dat patiënten met BPS en gezonde controleproefpersonen verschillende reacties hadden met betrekking tot de parasympathische component van het autonome zenuwstelsel na het zien van emotionerende filmclips (Austin, Riniolo & Porges, 2007). Bij de patiënten namen de respiratoire sinusaritmie (RSA), die een indicatie geeft van de invloed van de gemyeliniseerde vagus op het hart, en de lengte van het tijdsinterval tussen de verschillende slagen van het hart (hartslagvariabiliteit, HRV) af, terwijl deze bij de controleproefpersonen toenamen. Alleen bij de controleproefpersonen bestond er een correlatie tussen RSA en HRV, wat erop wijst dat vagale mechanismen alleen bij de controles invloed uitoefenden op het hart. De patiënten ontwikkelden een fysiologische staat die de mobilisatie van vluchten en vechten ondersteunt, terwijl de controles een staat ontwikkelden die sociale betrokkenheid faciliteert. In termen van de theorie van structurele dissociatie zijn emotionele reacties van patiënten met BPS vaak gerelateerd aan een functioneren als EP.

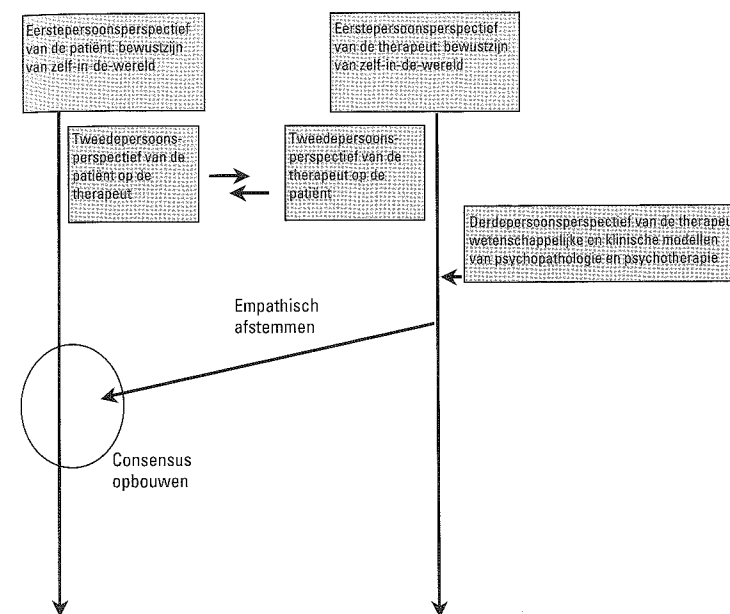
Samenvattend: empathisch afstemmen en consensus opbouwen zijn van eminent belang bij de behandeling van chronische traumatisering. Deze aanpak stimuleert het socialebetrokkenheidssysteem van de patiënt en activeert de ventrale rem. Dit systeem en deze rem bieden tegenwicht aan het handelingssysteem voor de fysieke verdediging dat EP's sterk beïnvloedt. Daarnaast gaat activering van het socialebetrokkenheidssysteem bij ANP's hun kenmerkende vermijding van emotionele en lichamelijke gewaarwordingen tegen, omdat in contact staan met anderen meer voelen betekent. Het is daarom van belang dat de therapeut en (dissociatieve delen van de) patiënt een sociaal contact aangaan (remmen van verdedigingshandelingen, kalmeren, bevorderen van gehechtheid). Het is hierbij van doorslaggevend belang dat dit contact niet een intensiteit krijgt die de patiënt nog niet kan verdragen. Intens contact staat haaks op de fobie voor gehechtheid en gehechtheidsverlies en geeft bovendien aanleiding tot emotionele en lichamelijke gewaarwordingen (meer gehechtheid ervaren betekent meer voelen). Een toename van deze gewaarwordingen verhoudt zich slecht met de fobie voor lichamelijke en emotionele gevoelens die ANP's kenmerkt. De intensiteit van de relatie tussen patiënt en therapeut dient derhalve steeds omgekeerd evenredig te zijn aan de intensiteit van de beschreven fobieën.

De verschillende perspectieven van de therapeut

Bij empathisch afstemmen verliest de therapeut allerm minst zijn of haar eerste- en tweedepersoonsperspectief, inclusief uiteraard de therapie in al haar facetten en de eigen rol als therapeut, uit het oog. Zoals weergegeven in figuur 2.1 staat de therapeut te allen tijde met twee benen op de grond. Het

ene been symboliseert het zich afstemmen op de subjectieve wereld van de patiënt of een deel van de patiënt (de scheve lijn in figuur 2.1) en het andere representeert het gegrond zijn in het eigen perspectief op de patiënt, de therapie en zichzelf (de rechter neerwaartse lijn).

Figuur 2.1 Empathisch afstemmen en consensus opbouwen



Het belang en de manier van empathisch afstemmen en consensus met de patiënt opbouwen over belangrijke zaken in en rondom de behandeling zijn onderdelen van een derdepersoonsperspectief. Dit perspectief heeft betrekking op de klinische en wetenschappelijke visies op psychopathologie en psychotherapie. Deze intersubjectieve gezichtspunten bestaan niet in een abstracte vorm, want zij komen pas tot leven in iemands bewustzijn en zelfbewustzijn. Het is dus de therapeut die zich door een derdepersoonsperspectief laat inspireren en die het beter of slechter snapt en toepast. Met andere woorden, de therapeut (re)construeert het derdepersoonsperspectief in het kader van zijn eerstepersoonsperspectief en tweedepersoonsperspectief met betrekking tot zichzelf. Zo construeert de therapeut zijn fenomenaal zelfmodel en wereldmodel (Metzinger, 2003), inclusief de eigen rol als therapeut en het eigen gedachtegoed over psychopathologie en de behandeling ervan, en worden zijn handelingen in de omgang met de patiënt en zichzelf aanhoudend door deze perspectieven gevoed.

Een volgend perspectief dat de therapeut zal hebben is een visie op zijn relatie met de patiënt, culminerend in een houding tegenover de patiënt. Dit

tweedepersoonsperspectief (de ik-jij/u-verhouding), deze visie en houding jegens de patiënt sluiten tegenreacties inclusief tegenoverdrachten in. Hoe de therapeut de patiënt waarneemt, is niet alleen een effect van kenmerken van de patiënt, maar ook van voorafgaande sociale ervaringen van de therapeut en van zijn perspectief op zichzelf als mens en hulpverlener. Hierbij valt op te merken dat therapeuten meestal verschillende tweedepersoonsperspectieven hebben op verschillende dissociatieve delen van de persoonlijkheid, met alle mogelijke complicaties van dien.

Volgens het boekje behoort de therapeut geen voorkeuren te hebben voor bepaalde dissociatieve delen. De praktijk leert echter dat deze preferenties en aversies er vaak wel degelijk zijn. Zo krijgen daderimiterende EP's niet zelden een heel ander onthaal van therapeuten dan schattige kind-EP's, ontwijken veel therapeuten liever suïcidale EP's en kunnen niet alle therapeuten begrip opbrengen voor dissociatieve delen die het lichaam verwonden of verminken. Sommige hulpverleners weigeren om met bepaalde EP's te spreken, of menen dat er helemaal niet met dissociatieve delen gepraat moet worden – daarbij over het hoofd ziend dat ANP's ook dissociatieve delen zijn en dat degene die zij 'de patiënt' noemen in feite een deel van een complex geheel is.

Empathisch afstemmen en consensus opbouwen in de praktijk

Het is zaak het risico op schadelijke positieve en negatieve tweedepersoonsperspectieven van de therapeut op verschillende dissociatieve delen te beperken. Mede daarom is het goed te beseffen dat ieder deel (een) bepaalde functie(s) of belang(en) vertegenwoordigt en probeert om deze functie zo goed mogelijk vorm te geven en het belang ervan optimaal te behartigen. Bij empathische afstemming is het zaak vooral deze functie en dit belang helder in het vizier te krijgen en op waarde te schatten. Wanneer dit lukt, zal het betrokken dissociatieve deel van de patiënt zich erkend en begrepen voelen, ontstaat er een goede verstandhouding met de therapeut en neemt de kans toe dat dit voorheen te gesloten en te stabiele subsysteem van de persoonlijkheid open komt te staan voor nieuwe handelingen.

Een geslaagde afstemming houdt in dat er tussen patiënt en therapeut overeenstemming tot stand is gebracht met betrekking tot het eerste- en tweedepersoonsperspectief van het betrokken dissociatieve deel. Deze overeenstemming of consensus betekent natuurlijk niet dat de therapeut het in alle opzichten eens is met het deel, maar wel dat hij of zij de perspectieven op zelf, wereld en verhouding van zelf tot die materiële en sociale wereld onderkent en erkent.

Empathisch afstemmen en consensus komen soms vlot tot stand, maar kunnen ook veel tijd en moeite vergen. Verbale hulpmiddelen om deze doelen te bereiken zijn spiegelen en gebruiken van de taal en begrippen van de

patiënt, alsook het volgen van het 'verhaal' van de patiënt. Voorbeeld: als een van haar EP's liep een patiënte gehaast en gespannen op en neer in de therapiekamer, tot zij verstarde bij de deur. Vervolgens begon zij als een andere EP te wankelen op haar benen, ademde zij zwaar en stokte haar ademhaling soms. Ten slotte zakte zij door haar knieën en plofte op de grond. De therapeut volgde haar handelingen nauwkeurig met zinnen als: 'Je loopt steeds heen en weer, en je lijkt je erg onrustig te voelen'; 'Ik vraag me af waarom heen en weer lopen nu belangrijk voor je is'; 'Hm, je voelt je duizelig en je kunt bijna niet meer overeind blijven, ik zie het, daar is vast een goede reden voor'; 'Je bent op de grond gezakt, je moet je wel heel erg duizelig voelen'. Hij spande zich bovendien in om de functies van deze delen te begrijpen en in een positief licht te plaatsen. Tegen de EP die had geprobeerd de benen te nemen, zei hij bijvoorbeeld: 'Ah, jij was zo dapper om te proberen om de deur uit te vluchten.' Toen de therapeut de EP die zo duizelig was vroeg wat zij had gedaan en zij schamper zei dat zij zich in elkaar liet slaan, antwoordde hij: 'Je zegt dat jij je in elkaar liet slaan, maar was het niet het beste je niet meer te verzetten? Wie weet wat er zou zijn gebeurd als jij dat niet had gedaan?' Deze EP vertelde daarop dat zij zich voor dood had gehouden, maar niet dood was. Toen de therapeut antwoordde: 'Hm, ik snap het, doen alsof je dood bent was jouw slimme manier om jezelf en de andere delen te beschermen', verscheen er een lichte glimlach op het gezicht van deze EP.

De therapeut kan en moet vaak ook non-verbaal afstemmen, bijvoorbeeld door wat met de patiënte mee te lopen of in elk geval te gaan staan en mee te draaien met het lichaam in de richting waarin zij loopt, door wat sneller en met een iets hogere stem te spreken bij het gehaaste gedrag en het spreektempo en de stem te verlagen als de patiënte zich duizelig voelt, en door op enige afstand naast haar te hurken nadat zij op de grond is geploft. Ook kan de therapeut zijn ademhalingsritme enigszins aanpassen bij dat van de patiënte. Als zij zegt pijn te hebben, kan de therapeut iets van die pijn in zijn stem laten weerklinken en in zijn gezicht uitdrukken.

Toen de therapeut patiënte op deze en soortgelijke verbale en non-verbale manieren volgde, begon het haar als beide EP's te lukken om niet alleen in gedrag en belevingen, maar ook in woorden uit te drukken wat er aan de hand was. Het bleek dat beide EP's zich bepaalde episoden herinnerden van een traumatische ervaring, waarbij de patiënte probeerde te vluchten voor een zeer gewelddadige man (heen en weer lopen), de patiënte door de voordeur wilde ontsnappen maar de weg door hem versperd zag, de patiënte door hem bij de keel werd gegrepen tot het haar zwart voor de ogen werd en de patiënte ten slotte half bewusteloos op de grond terechtkwam.

Het was belangrijk dat de therapeut de EP's niet vroeg te vertellen wat er aan de hand was. Dat zou een brug te ver zijn geweest. Veel EP's die voor

het eerst in de therapie opduiken, zijn nog niet in staat om hun traumatische herinneringen te verwoorden. Hun mentale niveau van functioneren staat deze complexe handeling nog niet toe. In plaats van een ordelijk verhaal te vertellen tonen zij vaak in gedrag en beleving, en bovendien vaak gefragmenteerd, wat hun is overkomen, althans zoals zij zich een gebeurtenis herinneren. Zoals al werd opgemerkt, zijn traumatische herinneringen geen gewone autobiografische herinneringen en dus geen narratieven, maar sensorimotorische, hoog emotioneel geladen ervaringen. Het is belangrijk dat therapeuten dit begrijpen, dat zij empathisch aansluiten bij de manier waarop de patiënt zich uitdrukt en oog hebben voor het niveau van de handelingen waartoe hij of zij op enig moment kan reiken.

Beide voorbeelden illustreren dat de therapeut vooral handelingen uitvoert die tot handelingssystemen van het dagelijks leven behoren, en niet vervalt in verdedigingsreacties. Toen de woedende EP hem uitmaakte voor Jan Lul, reageerde hij niet met vechten of in zijn schulp kruipen. Hij liet zich niet door deze subsystemen voor de verdediging leiden, maar door de handelingssystemen 'onderzoeken' en 'sociale betrokkenheid'. Vechten zou tot een strijd met deze EP hebben gevoerd, en zich beschaamd of beledigd terugtrekken zou door dit deel mogelijk als verachtelijk worden gezien en als een bewijs voor haar gelijk. Doordat de therapeut haar visie grondig onderzocht en zo met haar in gesprek bleef, werd duidelijk dat deze EP niet in overleg geloofde. Zij had ooit de weg van overleg (met ouders) geprobeerd. Het had niets uitgehaald.

De therapeut ging de EP die door een man tegen het hoofd was geslagen en gesmoord, niet verzorgen of geruststellen. Hoewel hij met haar te doen had, liet hij zich niet primair leiden door het handelingssysteem 'verzorgen'. Zij vroeg niet om zorg, maar wilde duidelijk maken wat haar was overkomen. De therapeut onderzocht daarom ook in dit geval primair wat de patiënte leek uit te drukken en hij probeerde daarbij zo goed en vlot mogelijk met haar in contact te komen en vervolgens te blijven.

Empathisch afstemmen en consensus opbouwen zijn doorlopend aan de orde in de behandeling. Het zijn geen sequentiële stappen, maar zich voortdurend herhalende therapeutische handelingen. Dit is omdat de fobie voor gehechtheid en gehechtheidsverlies meestal intens is en niet snel kan worden overwonnen, en omdat veel dissociatieve delen deze fobie hebben ontwikkeld. Bovendien geldt dat sommige dissociatieve delen zich pas na verloop van (veel) tijd aan elkaar of aan de therapeut bekendmaken.

Nieuwe handelingen ontwikkelen

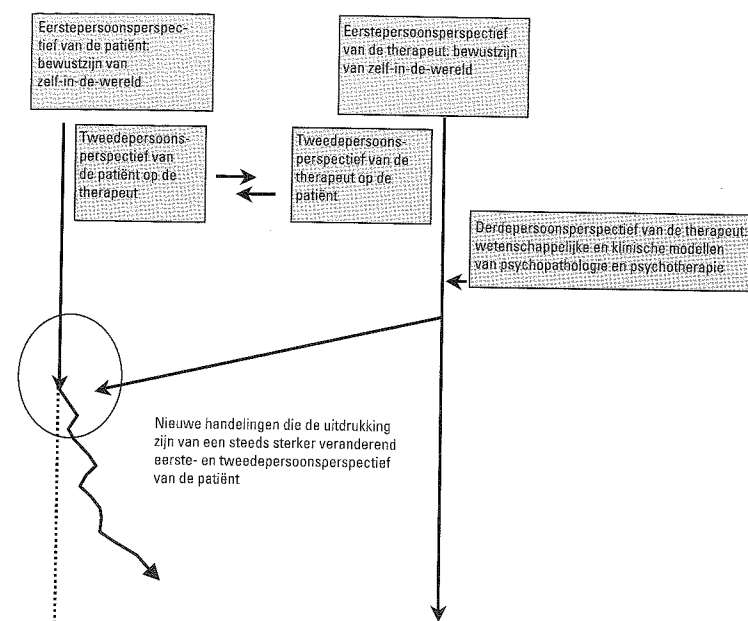
Wanneer een voorheen sociaal afgesloten patiënt of een dissociatief deel van de patiënt met de therapeut in contact treedt en een therapeutische relatie begint aan te gaan, heeft hij of zij in feite al enkele nieuwe hande-

lingen uitgevoerd. Het therapeutische contact is echter geen doel in zichzelf, maar vormt de grondslag voor het ontwikkelen van andere nieuwe handelingen. Daartoe behoren het overwinnen van fobieën voor emoties en lichamelijke gevoelens, van fobieën van de dissociatieve delen jegens elkaar, en van traumatische herinneringen. In nauwe samenhang hiermee gaat het ook om het leren van nieuwe vaardigheden om met emotionele en lichamelijke gevoelens, behoeften, pijnlijke herinneringen en andere mensen om te gaan.

Uitgedrukt in termen van handelingssystemen gebruikt de therapeut de handelingssystemen van sociale betrokkenheid, zorg hebben voor een ander en onderzoeken om ruimte te creëren voor nieuwe, efficiënter handelingen van de patiënt. De therapeut heeft gepaste zorg met betrekking tot het wel en wee van de patiënt en onderzoekt in samenwerking met de patiënt welke dissociatieve delen zijn persoonlijkheid omvat, wat hun functies en levensverhaal zijn, hoe zij zich tot elkaar verhouden, hoe zij in de wereld staan, hoe zij georiënteerd zijn in tijd en plaats, tot welke handelingen zij wel en niet in staat zijn, wat hun mentale efficiëntie is en wat hun mentale en fysieke energie, en waarvoor zij wel en niet gemotiveerd zijn.

Als langs de weg van sociale betrokkenheid, zorg, onderzoeken en soms ook spel (bijvoorbeeld humor, een weddenschap aangaan) ruimte voor het ontwikkelen van nieuwe handelingen is ontstaan, begint de therapeut daartoe voorstellen te doen. Hij bespreekt welke handelingen dit kunnen zijn, welke de patiënt zou willen en durven aangaan, en welke eerst en welke later.

Bij het ontwikkelen van nieuwe handelingen streeft de therapeut naar een zo goed mogelijke samenwerking met de patiënt dan wel een of meer bepaalde dissociatieve delen die deze nieuwe handelingen moeten aanleren. Hij let er in dit verband op dat de patiënt niet wordt overvraagd of ondervraagd. Wanneer het contact met de patiënt verloren dreigt te gaan of wanneer er onwerkbaar verschillen van inzicht ontstaan, richt de therapeut zich eerst weer op empathisch afstemmen en consensus opbouwen, voordat hij opnieuw probeert veranderingen bij de patiënt te bewerkstelligen. Dit heen en weer gaan tussen afstemmen, consensus opbouwen en nieuwe handelingen bevorderen is als dansen. Het is een kwestie van voortdurend de bewegingen van de patiënt aanvoelen en waar mogelijk nieuwe bewegingen inzetten en begeleiden die in de richting gaan van het 'andere been' van de therapeut, in de richting van wat in het derdepersoonsperspectief hoger mentaal en fysiek functioneren inhoudt. Dit 'dansen' is wat de slingerende lijn van figuur 2.2 uitdrukt. Laat het hierbij overigens duidelijk zijn dat het 'andere been' van de therapeut mede kan zijn gevormd door wat de therapeut van de patiënt heeft geleerd en nog leert.

Figuur 2.2 Nieuwe handelingen van de patiënt stimuleren

Een voorbeeld moge verhelderen hoe nieuwe handelingen in achtereenvolgende stappen kunnen worden ontwikkeld. De beschreven werkwijze met betrekking tot zelfbeschadiging en suïcidaliteit kan worden toegepast bij tal van dissociatieve symptomen en tekorten aan adaptieve emotieregulatie, zoals dissociatieve convulsies, pijn, nachtmerries, fugues, woedebuien en paniekaanvallen. In veel gevallen is de basisstructuur van al deze symptomen dat een of meer dissociatieve delen bepaalde handelingen uitvoeren, die een of meer andere dissociatieve delen beïnvloeden, of waar een of meer andere delen amnestisch voor zijn.

Zelfbeschadiging en suïcidaliteit

Veel chronisch getraumatiseerde mensen beschadigen zichzelf in meerdere of mindere mate. Zij krassen en snijden in hun huid (armen, benen, buik, borsten, geslachtsdelen) en/of branden zichzelf. Sommigen proberen zichzelf soms te wurgen of bonken met het hoofd. Velen gebruiken excessief veel alcohol, drugs en medicijnen, of eten zich dik of hongeren zich uit. Veel ernstig getraumatiseerde mensen doen suïcidepogingen en velen meer dan eens.

Hoewel lang gedacht is dat suïcidepogingen en gestes vooral kenmerkend zijn voor patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), wijzen recente onderzoeksgegevens in een andere richting. Zo is de cruciale variabele bij herhaalde suïcidepogingen niet BPS, maar de aanwezigheid

van de dissociatieve stoornis (Foote, Smolin, Neft & Lipschitz, 2008). Anderen stelden bij chronisch getraumatiseerde patiënten een samenhang vast tussen zelfbeschadiging/suïcidaliteit en sociaal isolement, vervreemding, schaamte, het gevoel hebben defectueel te zijn en gefaald te hebben (Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn & Herman, 2008). Deze en soortgelijke verschijnselen hingen samen met dissociativiteit. Maaranen en medeonderzoekers stelden in een algemeen bevolkingsonderzoek relaties vast tussen een hoge mate van dissociativiteit, alexithymia, depressie en suïcidaliteit, alsook een relatie tussen ernstige dissociatieve symptomen en excessief alcoholgebruik (Maaranen e.a., 2005). In een ander onderzoek werd de relatie tussen seksuele kindermishandeling en alcohol- en drugsgebruik als volwassenen gemedieerd door dissociativiteit (Rodriguez-Srednicki, 2001).

Er is een tendens bij veel hulpverleners om zelfdestructief gedrag te begrijpen als een manier van aandacht trekken of anderen manipuleren. Deze interpretatie snijdt meestal geen hout. Wanneer de therapeut de patiënt (of een betrokken deel van de patiënt) vraagt waarom hij of zij deze handelingen uitvoert, is bijna zonder uitzondering het antwoord dat deze handelingen een tijdelijke rust teweegbrengen. Zij zwakken intrusies van traumatische herinneringen of andere pijnlijke emoties en lichamelijke gevoelens kortstondig af. Dit kalmerend effect lijkt samen te hangen met door zelfbeschadiging gegenereerde afgifte van endogene opiaten (Roth, Ostroff & Hoffman, 1996; Van der Kolk, 1994; Van der Kolk, Greenberg, Boyd & Krystal, 1985).

Zelfbeschadigend gedrag na chronische traumatisering is in dit licht een vorm van emotieregulatie. Deze handelingen verbieden werkt meestal niet als de patiënt niet weet hoe anders met heftige emoties om te gaan, en leidt vaak tot erger. Toen de staf van de opnameafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis een ernstig getraumatiseerde patiënte met DTS verbood om zichzelf te snijden en haar naar huis zond omdat zij niet aan die eis tegemoet kon komen, nam het snijden in ernst toe, wat noodzaakte tot een nieuwe opname. Op een andere klinische afdeling werd zij langdurig in een isoleercel gehouden. Zij mocht er alleen uit wanneer de best functionerende ANP de controle had. Patiënte probeerde zich aan deze voorwaarde te houden, maar kon niet altijd voorkomen dat een krachtige EP de controle van haar overnam als zij even uit de cel mocht. Zij werd dan meteen teruggestuurd. Deze en andere EP's, alsook ANP realiseerden zich in deze periode hun traumatisering steeds beter en hadden de behoefte om soms even bij iemand te kunnen huilen en wat troost te krijgen. Deze ondersteuning en hulp om te leren anders met heftige emoties om te gaan, kreeg zij niet. De krachtige EP wist soms niets anders te doen dan hard met haar hoofd te bonken.

Het kan voor patiënten en hulpverleners erg moeilijk zijn om ernstig zelfbeschadigend gedrag te hanteren, en soms zijn er geen eenvoudige op-

lossingen. Leidraad bij effectieve behandeling is te achterhalen waarom de patiënt dit gedrag uitvoert, de patiënt nieuwe manieren van emotieregulatie voor te stellen, deze manieren in te oefenen en hem of haar te helpen deze nieuwe handelingen uit te voeren, vooral als sterke emoties opspelen. Zoals al werd aangegeven, is het meestal niet meteen mogelijk om handelingen van een laag adaptief niveau om te zetten in handelingen van een hoog niveau. Het is beter haalbaar om een serie handelingen samen te stellen van een opklimmende moeilijkheidsgraad. Immers, hoe moeilijker de handeling is, des te hoger de mentale efficiëntie moet zijn om deze te kunnen uitvoeren. Tabel 2.1 geeft een voorbeeld van zo'n hiërarchie.

Tabel 2.1 Handelingen van patiënt en therapeut bij zelfbeschadigend gedrag

1	Patiënt dan wel een of meer dissociatieve delen van de patiënt (P): Zelfbeschadigend gedrag uitvoeren.
2	P: Therapeut (T) inlichten over dit gedrag.
3	T: Empathisch afstemmen.
4	P: Aan T vertellen wanneer dit gedrag wordt uitgevoerd en wat het effect ervan is.
5	P/T: Onderzoeken hoe het zelfbeschadigende gedrag de patiënt helpt om welke emoties te reguleren.
6	T: Begrip tonen voor dit gedrag door de functie ervan te onderstrepen.
7	P/T: Consensus bereiken met betrekking tot #4 en #5, zelfbeschadigend gedrag definiëren als een plaatsvervangende handeling.
8	T: Nagaan wat het mentale niveau (de balans van mentale en fysieke energie, en mentale efficiëntie) van P is.
9	P/T: Onderzoeken wat efficiëntere handelingen zijn dan P's zelfbeschadigend gedrag en ordenen in een hiërarchie van opklimmende moeilijkheid en efficiëntie. In de praktijk wordt deze hiërarchie in de loop van de behandeling opgebouwd en zo nodig bijgesteld.
10	P/T: Inoefenen van een handeling die een stap efficiënter is dan zelfbeschadigend gedrag.
11	P: Uitvoeren van deze nieuwe handeling.
12	P: Zich het succes van de handeling realiseren.
13	P/T: De volgende handeling uit de hiërarchie inoefenen.
14	P: Uitvoeren van deze handeling, enzovoort.
De hiërarchie van nieuwe handelingen ziet er in grote lijnen bijvoorbeeld als volgt uit.	
1	Het zelfbeschadigend gedrag niet impulsief uitvoeren, maar enige tijd wachten en opmerken waarom de neiging tot zelfbeschadiging er is.
2	In plaats van zelfbeschadigend gedrag uitvoeren T bellen, waarbij T P helpt om P's emoties te reguleren.
3	In plaats van T te bellen een vriend of vriendin bellen en deze vragen om te helpen emoties te reguleren.
4	Voorwerpen uit huis verwijderen die P bij zelfbeschadiging gebruikt (bijvoorbeeld scheermesjes).
5	Voorwerpen uit huis verwijderen die sterke herinneringen oproepen aan traumatische ervaringen en die als geconditioneerde stimuli (CS) kunnen leiden tot herbelevingen, die weer gevolgd worden door zelfbeschadigend gedrag.
6	Deze CS niet vermijden, maar leren om bij het waarnemen ervan beter in het heden georiënteerd te blijven. Deze presentificatie kan worden bevorderd door CS in een nieuwe context te plaatsen. Zo bracht een patiënt die als EP bang was voor het donker, als ANP een nachtlampje aan en legde daarbij voor EP een aantal zaken neer die van '2011' waren en die niet bij 'vroeger' hoorden, zoals een pop die EP zelf had mogen kiezen. Om zichzelf 's nachts beter te kunnen oriënteren op het heden legde ANP er ook een geplastificeerde kaart bij met daarop zinnen als: 'Het is 2011'; 'Ik ben in mijn slaapkamer'; 'Mijn vader is dood'; 'Hij kan mij niet meer misbruiken'; 'Als ik te onrustig ben, mag ik Petra, mijn vriendin, bellen'. Deze presentificatie werd tijdens de therapiezittingen imaginair ingeoeft en in de praktijk toegepast.
7	ANP leert EP beter kennen.
8	ANP leert EP opvangen als EP van streek is.

9	EP leert nieuwe manieren om met heftige emoties om te gaan, bijvoorbeeld niet te snijden tot er bloed vloeit, maar rode verf te gebruiken op een vel papier.
10	EP leert ANP vragen om bijstand als EP's emoties heftig zijn.
11	ANP leert EP opvangen.
12	ANP leert EP's traumatische herinneringen, zo nodig in stappen, aan te horen (cognitieve synthese).
13	ANP leert zich deze traumatische herinneringen te personificeren (personificatie).
14	ANP leert EP's lichamelijke en emotionele gevoelens die bij de traumatische herinnering behoren, zo nodig in stappen, te delen (synthese van deze gevoelens).
15	ANP en EP presentificeren de traumatische herinnering, dat wil zeggen, plaatsen deze in de context van het levensverhaal van de patiënt en beseffen dat het heden 'echter' is dan dit verleden, maar dat het verleden consequenties had en heeft voor het heden en de toekomst.

Bij de omgang met verschillende dissociatieve delen heeft het de voorkeur dat de therapeut zich niet in directe zin met EP onderhoudt, maar dat ANP leert om dit zelf te doen op geleide van vragen, opmerkingen en interpretaties van de therapeut. Als een EP spontaan in de zitting opduikt, wat vooral bij DIS het geval kan zijn, onderhoudt de therapeut zich kort met deze EP en laat dan ANP 'terugkomen' om ANP vervolgens te leren met EP in contact te treden.

Het kan echter zo zijn dat het mentale niveau van ANP nog te laag is om überhaupt een contact met EP aan te kunnen of te durven, laat staan met EP om te kunnen gaan. In deze omstandigheden is het onvermijdelijk dat de therapeut rechtstreeks met EP in contact treedt en dit deel helpt efficiënter handelingen te ontwikkelen. Hij stemt zich dan empathisch af op dit deel, bouwt ten aanzien van belangrijke kwesties consensus op (bijvoorbeeld: 'Als je je snijdt, dan word je rustiger, ik snap het. Goed dat je een manier hebt ontdekt om jezelf te kalmeren') en begint vervolgens nieuwe handelingen voor te stellen en te oefenen.

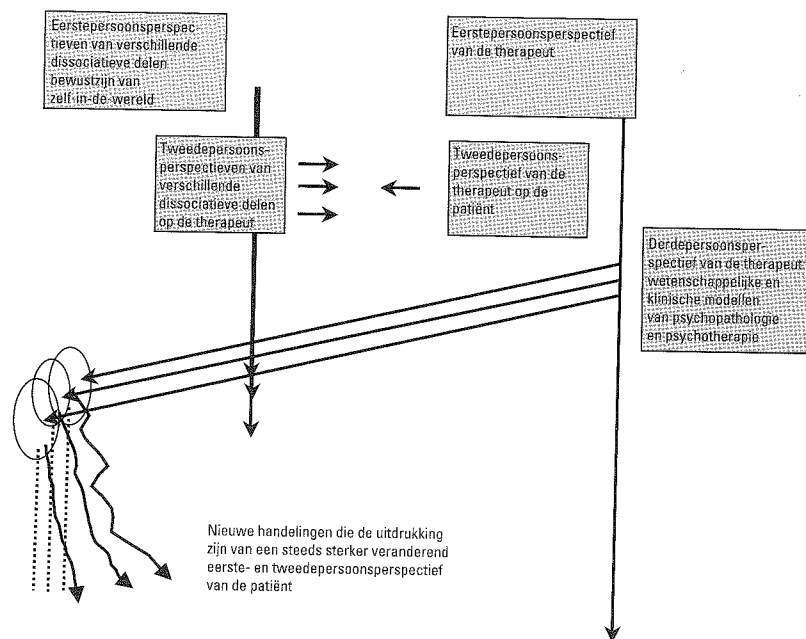
Ondertussen moet de therapeut niet vergeten het mentale niveau van ANP te verhogen. Het is uiteraard niet de bedoeling dat de therapeut de 'verzorger' van EP wordt. ANP zal deze taak op zich moeten nemen zodra dit deel daartoe in staat is. Het komt voor dat ANP geneigd is deze taak links te laten liggen en de therapeut het werk te laten opknappen. Deze tendens houdt meestal geen mentale luiheid van ANP in, maar is onderdeel van een meeromvattend patroon van fobische vermijding van EP en de traumatische herinneringen waarmee EP geassocieerd is.

Verschillende eerste- en tweedepersoonsperspectieven

Figuur 2.2 is een simplificatie van de klinische praktijk. Wat figuur 2.2 niet, maar figuur 2.3 wel weergeeft, is dat er bij patiënten met een dissociatieve stoornis niet één eerste- en tweedepersoonsperspectief bestaat, maar twee of meer. De therapeut dient zich niet af te stemmen op één dissociatief deel, maar op alle delen die tezamen de persoonlijkheid van de patiënt vormen. Bovendien moet hij zich inspannen om de verschillende dissociatieve delen met elkaar in contact te brengen en hun te leren elkaar te respecteren, te

begrijpen en samen te werken. Het afstemmen, opbouwen van consensus over belangrijke thema's en geleidelijk stimuleren van nieuwe handelingen van de therapeut zijn mede bedoeld als een model voor sociale en helende omgang dat dissociatieve delen kunnen overnemen.

Figuur 2.3 Empatisch afstemmen, consensus opbouwen en nieuwe handelingen stimuleren bij verschillende dissociatieve delen van de persoonlijkheid



Dit model wijkt sterk af van de manier van omgang die patiënten kennen die door naasten zijn verwaarloosd, mishandeld en misbruikt. Zij komen uit een wereld waarin dwang, onverschilligheid, egoïsme, ontkenning en grensoverschrijdingen aan de orde van de dag waren of nog zijn. De omgang van op zijn minst sommige dissociatieve delen met elkaar en van deze delen met andere mensen inclusief de therapeut is daar vaak een weerslag van. Een deel van de problematische emotieregulatie van chronisch getraumatiseerde patiënten bestaat dan ook in tendensen tot grensoverschrijding. Deze tendensen moeten hulpverleners deze patiënten niet kwalijk nemen, maar zij dienen hun te leren gezonde grenzen te leren kennen, deze te respecteren en deze ook in hun omgang met andere mensen gestalte te geven.

Van sociale emotieregulatie naar zelfregulatie van emoties

Sociale emotieregulatie is geen doel op zich, maar dient ter bevordering van het vermogen van de patiënt om zijn of haar emoties zelf te reguleren. Zoals

kleine kinderen de hulp van ouders nodig hebben om met sterke emoties om te kunnen gaan, zijn chronisch getraumatiseerde patiënten bij aanvang van de behandeling afhankelijk van regulatie van hun emoties door, dan wel in nauwe samenwerking met, een therapeut. De sociale regulatie is niet alleen als zodanig belangrijk, maar staat ook model voor de manier waarop de patiënt zijn of haar emoties zelf kan reguleren en, meer in het bijzonder, voor de manier waarop dissociatieve delen van de patiënt met elkaar kunnen omgaan.

Wanneer dissociatieve delen elkaar beter leren kennen, beter leren samenwerken en elkaars gevoelens, gedachten, verlangens en gedragingen meer gaan delen, verbreden het bewustzijn en zelfbewustzijn van deze delen zich. Deze ontwikkeling reikt in een volledig geslaagde behandeling zo ver, dat de verschillende dissociatieve delen ten slotte samenvloeien tot één geheel, tot een geïntegreerde persoonlijkheid. Een toename van zelfregulatie van emoties en van integratieve tendensen geeft aldus een uitbreiding van (het veld van) bewustzijn en zelfbewustzijn. Wat iemand zich bewust is, is in principe beschikbaar voor aandacht, overweging en de beheersing van handelingen (Metzinger, 2003). Dit geldt bij uitstek voor patiënten wier persoonlijkheid in twee of meer dissociatieve delen is opgedeeld (Nijenhuis, 2011, ingediend).

Het is in dit verband boeiend dat de resultaten van recent psychobiologisch onderzoek wijzen op relaties tussen prefrontale activering, gehechtheid, zelfbewustzijn en emotieregulatie. Zo zijn relaties vastgesteld van activering van de prefrontale hersengebieden en moeder-kindcontact (Minagawa-Kamai e.a., 2009) en zelfreferentie (Fossati e.a., 2003), evenals relaties tussen angstige gehechtheid en afwijkende prefrontale activering (Gillath, Bunge, Shaver, Wendelken & Mikulincer, 2005). Prefrontale activering speelt ook een belangrijke rol bij de mate van activering van gebieden als de amygdala in reactie op emotionerende stimuli (Eippert e.a., 2007). Deze experimentele gegevens verhouden zich goed tot ervaringen van chronisch getraumatiseerde mensen. Zoals een patiënte die bezig was zich de vreselijke herinneringen uit haar kindertijd eigen te maken, zodat ze een deel van haarzelf zou worden, tegen haar therapeute zei: 'Mijn vermogen om me deze herinneringen eigen te maken, hangt samen met mijn vermogen om te voelen dat wij hier samen zijn, en om erop te vertrouwen en te merken dat jij mij er niet alleen mee zult laten zitten.'

2.7 Bespreking

Sociale emotieregulatie en zelfregulatie bij chronische traumatisering vormen een breed onderwerp, waarvan in dit hoofdstuk slechts enkele, zij het belangrijke aspecten aan bod zijn gekomen. Er is nadrukkelijk ingegaan op

regulatie van de emoties van de patiënt door of in nauwe samenwerking met de therapeut, en er is een accent geplaatst op empathisch afstemmen en consensus opbouwen. Het belang van de therapeutische handelingen mag een open deur lijken. Toch blijkt bij supervisie van therapeuten van chronisch getraumatiseerde patiënten geregeld dat zij zich onvoldoende empathisch op de patiënt afstemmen, verzuimen consensus op te bouwen en zich te vroeg op het stimuleren van nieuwe handelingen van (een of meer dissociatieve delen van) de patiënt richten. Voorbeelden hiervan zijn: dissociatieve delen tot andere handelingen willen brengen terwijl deze delen de therapeut nog niet hebben leren vertrouwen, zich niet door de therapeut begrepen voelen of, mogelijk terecht, menen dat zij hun oude plaatsvervangende handelingen nog niet kunnen opgeven; met interpretaties komen die een of meer delen nog niet snappen of waar zij nog niet mee kunnen instemmen, in plaats van eerst heel aandachtig te luisteren naar de beweegredenen en opvattingen van deze delen; over het hoofd zien dat een bepaalde interventie pas kans van slagen heeft als alle betrokken dissociatieve delen met de interventie akkoord zijn; interventies uit fase 2 toepassen, maar op verzet stuiten omdat de therapeut onvoldoende aanvoelt dat het mentale niveau van de patiënt deze veeleisende handelingen nog niet toestaat; en deze interventies toepassen als nog niet duidelijk is welke dissociatieve delen bij een te integreren traumatische herinnering betrokken zijn of als zij daartoe nog niet gemotiveerd zijn.

Wat ook nogal eens voorkomt is dat therapeuten een taal gebruiken die onnodig technisch of gecompliceerd is, waar dissociatieve delen zich niet in herkennen en die op zijn minst sommige van hen niet volgen. De oplossing lijkt eenvoudig. Therapeuten doen er goed aan het taalgebruik van de patiënt dan wel een dissociatief deel van de patiënt over te nemen, bijvoorbeeld door soms bijna letterlijk te herhalen wat gezegd werd of door dezelfde kernbegrippen te gebruiken. Het is belangrijk dat zij vooral veel vragen voordat zij gaan interpreteren of conclusies gaan trekken.

Het blijkt echter dat 'therapeutisch dansen' – het balanceren tussen afstemmen, consensus bereiken en nieuwe handelingen ontwikkelen – niet zo simpel is en heel wat oefening vraagt. Dit komt mede doordat therapeuten vanuit hun eerste- en tweedepersoonsperspectief in de omgang met verschillende typen van dissociatieve delen tot handelingen geneigd kunnen zijn die voortvloeien uit handelingssystemen die in de gegeven context beter niet dominant kunnen zijn. Zij kunnen bijvoorbeeld de impuls voelen om wanhopige delen te redden, te strijden met daderimiterende delen en te vluchten voor suïcidale delen. Zoals chronisch getraumatiseerde patiënten er in veel situaties bij gebaat zijn om mentaal en fysiek efficiënter te handelen, bijvoorbeeld door minder impulsief te zijn en beter te reflecteren, dienen ook therapeuten steeds op een zo hoog mogelijk mentaal niveau te

functioneren. Dit geldt vooral als zij krachtige eigen emoties in de omgang met deze patiënten ervaren. Het is niet eenvoudig om daar altijd in te slagen. Goede intervisie en supervisie zijn dan ook onmisbaar.

Vooral bij rollenspelen kunnen therapeuten sterk doordrongen raken van het belang van empathisch afstemmen, consensus opbouwen, erkenning geven en geen ongepaste haast hebben om nieuwe handelingen te stimuleren. Het spelen van een rol van een bepaald dissociatief deel van de patiënt is een oefening die in dit opzicht heel effectief kan zijn. Therapeuten ervaren hierbij snel dat de in dit hoofdstuk beschreven therapeutische stappen van uitermate groot belang zijn, vooral ook met betrekking tot de sociale regulatie van hun gevoelens. Het is daarom goed dat zij oefenen met verschillende rollen: als een ANP die bang is om emotionele en lichamelijke gewaarwordingen te hebben, als een EP die alle hoop heeft opgegeven dat het leven ooit nog beter wordt en die daarom dood wil zijn, als een EP die heeft geleerd dat je je sterker voelt als je daders nadoet, als een EP die het lichaam moet verwonden omdat dit een verdoving van niet te dragen pijn geeft, of als een EP die doodsbang is voor volwassenen die iets van je willen (nieuwe handelingen stimuleren kan in het tweedepersoonsperspectief van zo'n deel als zodanig worden ervaren). Zij ervaren daarbij niet alleen hoe zij graag zouden hebben dat de therapeut op hen reageert, maar ook hoe het is om deel uit te maken van een geheel van dissociatieve delen die alle een eigen eerstepersoonsperspectief hebben, evenals een eigen tweedepersoonsperspectief op de therapeut en op elkaar.

De oude gedachte dat empathie en sociale regulatie van emoties uitsluitend mensen kenmerken en afhankelijk zijn van taal, berust op misvattingen. Wij mensen delen deze eigenschappen met sommige andere zoogdieren. Net als apen drukken ratten niet op een knop die voedsel verschaft als zij merken dat een soortgenoot daardoor een elektrische schok krijgt (Church, 1959). In sommige omstandigheden is voor hen het zien en horen lijden van een soortgenoot aversief. Chimpansees en bonobo's kunnen zich bovendien in elkaars positie verplaatsen, troosten elkaar op belangrijke momenten en tonen dankbaarheid (De Waal, 2005). Het socialebetrokkenheidssysteem bij primaten en de emotieregulatie die dit systeem mogelijk maakt, moeten derhalve al miljoenen jaren oud zijn. En het is dit systeem dat ten grondslag ligt aan psychotherapie bij chronische traumatisering.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (vierde editie). Washington, DC: APA.
- Appelfeld, A. (1994). *Beyond despair: Three lectures and a conversation with Philip Roth*. New York: Fromm.

- Austin, M.A., Riniolo, T.C., & Porges, S.W. (2007). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and Cognition*, 65(1), 69-76.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 78-82.
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2295-2301.
- Britton, J.C., Phan, K.L., Taylor, S.F., Fig, L.M., & Liberzon, I. (2005). Cortico-limbic blood flow in posttraumatic stress disorder during script-driven imagery. *Biological Psychiatry*, 57(8), 832-840.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, D.C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: Norton.
- Church, R.M. (1959). Emotional reactions of rats to the pain of others. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 52(2), 132-134.
- De Bellis, M.D., Chrousos, G.P., Dorn, L.D., Burke, L., Helmers, K., Kling, M.A., e.a. (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 78(2), 249-255.
- Delahanty, D.L., & Nugent, N.R. (2006). Predicting PTSD prospectively based on prior trauma history and immediate biological responses. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 27-40.
- Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(1), 10-15.
- Doussard-Roosevelt, J.A., Montgomery, L.A., & Porges, S.W. (2003). Short-term stability of physiological measures in kindergarten children: Respiratory sinus arrhythmia, heart period, and cortisol. *Developmental Psychobiology*, 43(3), 230-242.
- Dumoutheil, I., Burgess, P.W., & Blakemore, S.J. (2008). Development of rostral prefrontal cortex and cognitive and behavioural disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(3), 168-181.
- Dutra, L., Bureau, J.F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 383-390.
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 71-74.
- Ehling, T., Nijenhuis, E.R., & Krikke, A.P. (2008). Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: Preliminary findings. *Progress in Brain Research*, 167, 307-310.
- Eippert, F., Veit, R., Weiskopf, N., Erb, M., Birbaumer, N., & Anders, S. (2007). Regulation of emotional responses elicited by threat-related stimuli. *Human Brain Mapping*, 28(5), 409-423.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D.I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 29-36.
- Fossati, P., Hevenor, S.J., Graham, S.J., Grady, C., Keightley, M.L., Craik, F., e.a. (2003). In search of the emotional self: An fMRI study using positive and negative emotional words. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1938-1945.
- Giesbrecht, T., Lynn, S.J., Lilienfeld, S.O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in Dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617-647.
- Gillath, O., Bunge, S.A., Shaver, P.R., Wendelken, C., & Mikulincer, M. (2005). Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: Exploring the neural correlates. *NeuroImage*, 28(4), 835-847.
- Gleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120(1), 42-59.
- Gogtay, N., Giedd, J.N., Lusk, L., Hayashi, K.M., Greenstein, D., Vaituzis, A.C., e.a. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(21), 8174-8179.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.
- Hart, O. van der, & Steele, K. (1997). Time distortions in dissociative identity disorder: Janetian concepts and treatment. *Dissociation*, 10, 91-103.
- Harter, S., Bresnick, S., Bouchey, H.A., & Whitesell, N.R. (1997). The development of multiple role-related selves during adolescence. *Development and Psychopathology*, 9(4), 835-853.
- Hastings, P.D., Nuselovici, J.N., Utendale, W.T., Coutya, J., McShane, K.E., & Sullivan, C. (2008). Applying the polyvagal theory to children's emotion regulation: Social context, socialization, and adjustment. *Biological Psychology*, 79(3), 299-306.
- Heilman, K.J., Bal, E., Bazhenova, O.V., & Porges, S.W. (2007). Respiratory sinus arrhythmia and tympanic membrane compliance predict spontaneous eye gaze behaviors in young children: A pilot study. *Developmental Psychobiology*, 49(5), 531-542.
- Hermans, E.J., Nijenhuis, E.R.S., Honk, J. van, Huntjens, R., & Hart, O. van der (2006). State dependent attentional bias for facial threat in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, 141, 233-236.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Parijs: Félix Alcan.
- Janet, P. (1929). *L'évolution de personnalité*. Parijs: A. Chahine.

- Kolk, B.A. van der (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Kolk, B.A. van der, & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Kolk, B.A. van der, Greenberg, M., Boyd, H., & Krystal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of posttraumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20(3), 314-325.
- Kolk, B.A. van der, Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F. (1993). *Complex PTSD: Results of the PTSD field trials for DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Kolk, B.A. van der, & Hart, O. van der (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M.A., Neufeld, R.W., e.a. (2001). Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: A functional MRI investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1920-1922.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R.W., Gati, J.S., e.a. (2004). The nature of traumatic memories: A 4-T fMRI functional connectivity analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 36-44.
- Levesque, J., Joannette, Y., Mensour, B., Beaudoin, G., Leroux, J.M., Bourgouin, P., e.a. (2004). Neural basis of emotional self-regulation in childhood. *Neuroscience*, 129(2), 361-369.
- Liberzon, I., & Martis, B. (2006). Neuroimaging studies of emotional responses in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 87-109.
- Liberzon, I., & Sripada, C.S. (2008). The functional neuroanatomy of PTSD: A critical review. *Progress in Brain Research*, 167, 151-169.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Kirsch, I., Chaves, J.F., Sarbin, T.R., Ganaway, G.K., e.a. (1999). Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. *Psychological Bulletin*, 125(5), 507-523.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63-86, viii.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 387-394.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13(2), 233-254.

- Merckelbach, H., Campo, J. à, Hardy, S., & Giesbrecht, T. (2005). Dissociation and fantasy proneness in psychiatric patients: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 181-185.
- Metzinger, T. (2003). *Being no one: The self-model theory of subjectivity*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Minagawa-Kawai, Y., Matsuo, S., Dan, I., Naoi, N., Nakamura, K., & Kojima, S. (2009). Prefrontal activation associated with social attachment: Facial-emotion recognition in mothers and infants. *Cerebral Cortex*, 19(2), 284-292.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (2011, in druk). Consciousness and self-consciousness in dissociative disorders. In: V. Sinason (red.), *Trauma and dissociation: Conceptual, clinical and theoretical issues*. Londen: Routledge.
- Nijenhuis, E.R.S. (2011, ingediend ter publicatie). Trauma and derivative concepts.
- Nijenhuis, E.R.S., & Boer, J.A. den (2009). Psychobiology of chronic traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In: P.F. Dell & J.A. O'Neil (red.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp. 337-366). New York: Routledge.
- Nijenhuis, E.R.S., & Reinders, A.A.T.S. (2011, ingediend ter publicatie). Fantasy proneness in dissociative identity disorder.
- Nijenhuis, E.R.S., Hart, O. van der, & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In: H. d'Haenen, J.A. den Boer & P. Willner (red.), *Biological Psychiatry* (pp. 1079-1098). Londen: Wiley.
- Northoff, G. (2003). *Philosophy of the brain: The brain problem*. Amsterdam/Philadelphia: Jon Benjamins Publishing Co.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9(4), 855-879.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Porges, S.W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76, Suppl 2, S86-90.
- Putnam, F.W., & Trickett, P.K. (1997). Psychobiological effects of sexual abuse: A longitudinal study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 150-159.
- Reinders, A.A.T.S., Ekeren, M. van, Vos, H., Haaksma, J., Willemsen, A., Boer,

- J.A. den, & Nijenhuis, E.R.S. (2008). The dissociative brain: Feature or ruled by fantasy? *Proceedings of the First International Conference of the European Society of Trauma and Dissociation* (p. 30). Amsterdam, 17-19 april.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Paans, A.M.J., Korf, J., Willemsen, A.T.M., & Boer, J.A. den (2003). One brain, two selves. *NeuroImage*, 20, 2119-2125.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quak, J., Korf, J., Paans, A.M.J., Haaksma, J., Willemsen, A.T.M., & Boer, J.A. den (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60, 730-740.
- Reinders, A.A.T.S., Willemsen, A.T.M., Vos, H.P.J., Boer, J.A. den, & Nijenhuis, E.R.S. (2011, ingediend ter publicatie). *Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states*.
- Rodriguez-Srednicki, O. (2001). Childhood sexual abuse, dissociation, and adult self-destructive behavior. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(3), 75-90.
- Ross, C.A., & Joshi, S. (1992). Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 269-273.
- Roth, A.S., Ostroff, R.B., & Hoffman, R.E. (1996). Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: An open-label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(6), 233-237.
- Sar, V., Unal, S.N., & Ozturk, E. (2007). Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, 156(3), 217-223.
- Schopenhauer, A. (1958). *The world as will and representation* (2 dln). Clinton, MA: The Falcon's Wing Press.
- Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 9-30.
- Shevlin, M., Houston, J.E., Dorahy, M.J., & Adamson, G. (2008). Cumulative traumas and psychosis: An analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193-199.
- Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E.A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., & Buchsbaum, M.S. (2000). Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *American Journal Psychiatry*, 157(11), 1782-1788.
- Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116(1), 143-165.
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., & Navalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *The Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 397-426, vii-viii.
- Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R.J., & Bremner, J.D. (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *American Journal Psychiatry*, 163(4), 630-636.
- Waal, F.B.M. de (2005). *Our inner ape*. New York: Riverhead Books.