

# Psychotherapie en hervonden herinneringen deel I

## Fasegerichte traumabehandeling tegenover *Recovered Memory Therapy*

ONNO VAN DER HART EN ELLERT NIJENHUIS

---

*ONNO VAN DER HART is bijzonder hoogleraar bij de capaciteitsgroep klinische psychologie, Universiteit Utrecht, hoofd onderzoek aan het Cats-Polm Instituut in Bilthoven.*

*ELLERT NIJENHUIS is als psycholoog/psychotherapeut verbonden aan de polikliniek van psychiatrisch ziekenhuis Drenthe, Assen, en als onderzoeker aan het Cats-Polm Instituut in Bilthoven.*

*De auteurs danken dr. Nel Draijer voor haar commentaar op een eerdere versie van beide artikelen.*

---

De herinnering was de oorzaak van de ziekte, omdat ze was gedissocieerd. Ze stond apart, los van alle sensaties en ideeën die tezamen iemands persoonlijkheid vormen; ze ontwikkelde zich in isolement, zonder beheersing en zonder tegenwicht; de ziekelijke symptomen verdwenen toen de herinnering weer deel uitmaakte van de synthese die onze persoonlijkheid tot stand brengt.

Pierre Janet (1925, p. 674; vertaling auteurs)

Het zich herinneren van traumatische ervaringen, waaronder seksueel misbruik in de kindertijd, kent drie patronen. De herinneringen zijn voortdurend oproepbaar; deels niet en deels wel oproepbaar (gedeeltelijke amnesie); of niet oproepbaar (volledige amnesie). Wanneer iemand zich een trauma herinnert na een periode van amnesie, menen sommigen dat de betreffende zogenoemde hervonden herinneringen per definitie fictief van aard zijn en toegeschreven moeten worden aan recovered memory therapy. In dit artikel wordt deze opvatting onder de loep genomen. Beschreven wordt dat de zich ontwikkelende standard of care voor de behandeling van posttraumatische stress bestaat in een fasegerichte benadering. Deze benadering wordt nader toegelicht.

*Dit is deel 1 van het artikel over psychotherapie en hervonden herinneringen. Deel 2 van dit artikel geeft richtlijnen voor de praktijk.*

## INLEIDING

In de jaren negentig ontstond een hevige controverse over de vraag naar de validiteit van zogeheten hervonden ofwel uitgestelde herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd (zie onder meer Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Crombag & Merckelbach, 1996; Draijer, 1996; Van der Hart & Nijenhuis, 1995; Loftus, 1993). Sommige deelnemers aan het debat vestigden er de aandacht op dat in hun kindertijd getraumatiseerde mensen voor dat trauma enige tijd volledige of gedeeltelijke amnesie kunnen hebben. Volgens hen kunnen deze mensen zich op een gegeven moment, in psychotherapie of daarbuiten, herinneren wat hun in hun jeugd is overkomen. De resultaten van een groot aantal empirische studies lijken hun gelijk te geven. Onder deze empirische studies zijn er inmiddels 57 over seksueel misbruik in de kindertijd (volgens het meest recente onderzoek van Brown, Schefflin & Whitfield, in druk) en goed gedocumenteerde gevalsbeschrijvingen (bijvoorbeeld Corwin & Olafson, 1997; Duggal & Sroufe, 1998).

Er waren ook deelnemers die beweerden dat dergelijke hervonden herinneringen geheel of gedeeltelijk op fictie berusten. Zich baserend op sociaalpsychologische laboratoriumexperimenten menen zij dat deze herinneringen grotendeels het gevolg zijn van suggestieve beïnvloeding door therapeuten. Zij omschrijven de behandelingen waarin dergelijke suggestieve beïnvloeding zou plaatsvinden als vormen van *recovered memory therapy* (Kihlstrom, 1996; Ofshe & Watters, 1993). De praktijk leert dat zij in sommige gevallen gelijk hebben gehad.

Inmiddels begint zich een nuancering van standpunten en vraagstellingen of te tekenen, die Lindsay (1997) als volgt samenvat:

*Niemand zou kunnen betogen dat het onmogelijk is dat mensen zich lang vergeten trauma's uit hun kindertijd herinneren. Integendeel, het bewijs ter zake ondersteunt de veronderstelling dat mensen zich voorheen vergeten trauma's uit hun kindertijd kunnen herinneren. [...] Evenzo [...] zou niemand willen betogen dat het onmogelijk is dat mensen gaan geloven dat zij in hun kindertijd trauma's hebben ondergaan die feitelijk niet zijn voorgekomen [...]. We kunnen met enige zekerheid beweren dat beide fenomenen voorkomen. Wat ons te doen staat is het aanpakken van een veelheid aan vragen met betrekking tot hoe en waarom en wanneer zulke verschijnselen optreden, wat ze betekenen en hoe we erop zouden moeten reageren. (p. 2/3; (vertaling auteurs)*

Toch komt het nog voor dat herinneringen aan trauma, in het bijzonder aan seksueel misbruik in de jeugd, die zich voor het eerst in een psychotherapie aandienen per definitie worden toegeschreven aan de genoemde *recovered memory therapy* (RMT) en als zodanig worden gediskwalificeerd (Van Koppen & Merckelbach, 1998). In dit artikel constateren wij twee vormen van deze RMT en stellen wij deze RMT tegenover de fasegerichte behandeling van posttraumatische stress. Deze fasegerichte benadering is onderdeel gaan uitmaken van de zich ontwikkelende *standard of care* voor de behandeling van patiënten van wie klachten bij aanvang, of in de loop van de therapie in verband worden gebracht met vroegere traumatische ervaringen. *Standard of care* slaat in dit verband op de werkwijze die het forum van deskundigen voorstaat op grond van wetenschappelijk onderzoek en in de vakliteratuur beschreven klinisch waardevol gebleken en ethisch verantwoorde methoden (Brown, 1995; Courtois, 1997b). Daarnaast heeft de *standard of care* betrekking op tal van andere aan diagnostiek en behandeling gerelateerde aspecten. Zo wordt van traumatherapeuten onder meer verwacht dat zij hun behandelingen afstemmen op de snel groeiende experimentele, empirische en klinische literatuur over traumatische stress en geheugen, zich bijscholen op het terrein van traumagerelateerde diagnostiek en behandeling, en deelnemen aan intercollegiaal overleg (vergelijk Brown, 1995; Brown e.a., 1998; Courtois, 1996; 1997a,b,c,d).

In een aansluitend artikel besteden wij aandacht aan richtlijnen voor de therapeutische werkwijze bij herinneringen aan traumatische ervaringen in de jeugd waarvoor geen extern bewijs aanwezig is. Voor alle duidelijkheid, deze

gerapporteerde herinneringen kunnen betrekking hebben op herinneringen aan trauma waarvan de patiënten zich altijd bewust zijn geweest (voortdurend oproepbare herinneringen); herinneringen waarbij bepaalde aspecten van trauma, of bepaalde trauma's als geheel, steeds oproepbaar zijn geweest en andere dat (nog) niet zijn (fragmentaire herinneringen); en herinneringen die pas na verloop van tijd oproepbaar zijn (uitgestelde herinneringen) (Cameron, 1996; Harvey & Herman, 1994; Herman & Harvey, 1997). Het debat van de afgelopen jaren had echter vooral betrekking op de validiteit van deze uitgestelde herinneringen.

### RECOVERED MEMORY THERAPY EN HAAR GRONDSLAGEN

Recovered memory therapy heeft in wezen betrekking op twee soorten benaderingen: RMT in engere zin en RMT in ruimere zin. Onderscheid van beide benaderingen is belangrijk, want de eerste benadering is in strijd met de genoemde *standard of care* en de tweede kan in bepaalde gevallen op haar plaats zijn.

#### RMT in engere zin

McElroy en Keck (1995) beschrijven RTM in engere zin als volgt:

*[...] een psychotherapeutische benadering die steunt op de veronderstelling dat een reeks van psychiatrische symptomen en stoornissen voortvloeit uit verdrongen herinneringen aan seksueel misbruik in de jeugd en dat het alsnog oproepen van deze herinneringen aan misbruik noodzakelijk is om de psychiatrische symptomen en stoornissen af te zwakken af te genezen.* (p. 731; vertaling auteurs)

Volgens deze visie moeten deze verdrongen herinneringen met behulp van technieken zoals hypnose, droominterpretatie en geleide fantasie worden opgehaald. Zodra een dergelijke herinnering opkomt, bespreekt de therapeut deze herhaaldelijk tot de patiënt haar aanvaardt als een juiste weergave van de feiten. Ook waar de herinnering zich ogenschijnlijk spontaan uitbreidt tot een meeromvattend verhaal, met steeds gruwelijker details, neemt de therapeut zonder meer aan dat deze constructie op feiten berust. Aarzelingen van de patiënt over de authenticiteit van de herinneringen vat de therapeut op als een teken van weerstand om de werkelijkheid onder ogen te zien. Voorbeelden van RMT in engere zin zijn de adviezen en therapeutische technieken die Bass en Davis (1988) en Fredrickson (1992) voorstaan.

#### RMT in ruimere zin

Een omschrijving van RMT in ruimere zin is te zien bij Kihlstrom (1996).

Naar zijn idee heeft RMT betrekking op een ruime verscheidenheid aan therapeutische technieken die op de volgende drie vooronderstellingen zijn gebaseerd:

*(a) De huidige symptomen van de patiënt vloeien voort uit voorafgaande traumatische ervaringen; (b) de patiënt heeft het vermogen verloren om zich deze gebeurtenissen voor de geest te halen; en (c) het opheffen van deze symptomen vereist dat de patiënt zich het trauma alsnog bewust wordt (of tenminste erkent dat het plaatsvond).* (p. 298; vertaling auteurs)

Kihlstrom (1996) beschouwt ook niet als sterk suggestief bekend staande en algemeen geaccepteerde psychotherapeutische methodieken, zoals de psychoanalyse, als voorbeelden van per definitie suggestieve RMT. Vandaar dat zijn visie als RMT in ruimere zin kan worden aangeduid. Overigens is het noemen van de psychoanalyse als vorm van RMT een ironisch gegeven, omdat de klassieke psychoanalyse sinds Freuds herroeping van zijn zogenoemde verleidingstheorie het odium heeft herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd veeleer te verklaren in termen van wensvervullende fantasieën dan in termen van feitelijk misbruik (Herman, 1992; Masson, 1984).

Een tweede reden om Kihlstroms visie als RMT in ruimere zin aan te duiden is zijn veronderstelling dat uitgestelde herinneringen niet alleen op seksueel misbruik in de kindertijd betrekking hebben, maar meer in het algemeen op welk trauma dan ook.

Verder nemen Kihlstrom en geestverwanten aan dat traumatherapeuten RMT toepassen en dat de uitgestelde herinneringen waarmee zij te maken krijgen pseudo-herinneringen zijn die aanleiding kunnen geven tot het zogenoemde fictieve herinneringssyndroom (false memory syndrome). Kihlstrom en geestverwanten vinden tenslotte dat patiënten alleen in psychotherapie aan suggestieve beïnvloeding blootstaan.

### UITGANGSPUNTEN RMT EN ONDERZOEKGEGEVENS

Zijn de hierboven genoemde uitgangspunten in overeenstemming met onderzoeksgegevens? Wij proberen dit aan de hand van de volgende vragen na te gaan.

Hebben uitgestelde herinneringen uitsluitend betrekking op seksueel misbruik in de kindertijd?

Kihlstrom heeft gelijk als hij stelt dat uitgestelde herinneringen niet alleen op seksueel misbruik betrekking hebben. Onderzoek geeft aan dat uitgestelde herinneringen zich onder meer voordoen na seksueel misbruik in de kindertijd (Draijer, 1996). Dit blijkt uit zowel retrospectief als prospectief onderzoek, onderzoek op random en nonrandom steekproeven, en bestudering van diverse klinische en niet-klinische populaties. In deze verschillende onderzoeken werd totale amnesie gerapporteerd door 4,5 tot 68% van de gevallen en gedeeltelijke amnesie door 12 tot 45%. Onderzoek wijst ook uit dat meer of minder omvattende amnesie op andere schokkende gebeurtenissen betrekking kan hebben, zoals lichamelijke mishandeling, verkrachting, oorlogservaringen en ongevallen. De prevalentie van gerapporteerde amnesie varieerde in verschillende onderzoeken van 8 tot 40% Elliott (1997) stelde bijvoorbeeld vast dat het getuige zijn geweest van huiselijk geweld of van moord op of suïcide van een geliefde persoon in 36%, respectievelijk 42% van de gevallen tot gedeeltelijke of totale amnesie aanleiding had gegeven. Zien dat anderen gewond raken of zelf gewond raken in oorlogssituaties gaf dit resultaat bij 38%. Brown en anderen (1998), en ook Draijer (1996) en Van der Hart en Nijenhuis (1995) concludeerden op grond van gedegen literatuurstudie dat totale of gedeeltelijke amnesie voor traumatische ervaringen een robuust gegeven is en een verschijnsel is dat zich voordoet bij een subgroep van door verschillende vormen van trauma getroffen mensen.

Is RMT een erkende vorm van psychotherapie en wordt deze door erkende psychotherapeuten toegepast?

Volgens een overigens omstreden werkgroep van het Britse *Royal College of Psychiatrists* (Brandon, Boakes, Glaser & Green, 1998) is RMT niet een welomschreven behandeling, maar een etiket dat de werkwijze aangeeft van een heterogene groep van therapeuten die de uitgangspunten van RMT in engere zin onderschrijven en deze bewust of onbewust toepassen.

Empirische onderbouwing van deze bewering ontbreekt en waar onbewust toegepaste RMT in bestaat beschrijft de werkgroep niet. In de wetenschappelijke literatuur komt RMT in engere zin niet voor als een geaccepteerde psychotherapeutische benadering (Alpert, 1995). Specialisten op het gebied van traumabehandeling waarschuwen juist tegen dit soort praktijken en bijbehorende opvattingen (zie voor een overzicht Grunberg & Ney, 1997)

Een bepaalde theoretische oriëntatie van RMT in ruimere zin wordt wel door diverse trauma-experts aangehangen. Dit wil zeggen, zij menen dat sommige symptomen kunnen verwijzen naar voorgaande traumatisering; dat gedeeltelijke of totale amnesie voor trauma mogelijk is; en dat behandeling van traumatische herinneringen soms voorwaarde is voor herstel. Deze overwegingen impliceren echter niet de toepassing van suggestieve therapeutische technieken gericht op het ophalen van vermoede herinneringen aan trauma. Deze zijn evenmin een pleidooi voor het exploreren van herinneringen aan schokkende gebeurtenissen bij iedere amnestische patiënt of voor het zonder meer voor waar houden van uitgestelde herinneringen aan trauma. Waar het hierbij wel om gaat, hopen wij hieronder duidelijk te maken.

Zijn uitgestelde herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd steeds een gevolg van RMT of een andere vorm van psychotherapie?

Een groeiend aantal studies toont aan dat uitgestelde herinneringen slechts in een minderheid van de gevallen opkomen tijdens psychotherapie (zie bijvoorbeeld: Albach, Moorman & Bermond, 1996; Andrews, Morton, Bekerian, Brewin, Davies & Mollon, 1995; Cameron, 1996; Elliott, 1997; Herman & Harvey, 1997). Bijvoorbeeld Elliott (1997) stelde bij een gestratificeerde random steekproef uit de Amerikaanse bevolking vast dat van de respondenten die zich de een of andere vorm van trauma herinnerden (72%), 17% fragmentaire herinneringen en 15% uitgestelde herinneringen aan trauma rapporteerden. Eerder niet oproepbare herinneringen aan trauma waren vooral in het bewustzijn teruggekomen na confrontatie met bepaalde radio- en televisieprogramma's (54%) en bij gebeurtenissen die deden denken aan de oorspronkelijke traumatische ervaringen (37%); psychotherapie was de minst vaak genoemde oorzaak (14%). Er zijn geen empirische gegevens bekend die uitwijzen dat uitgestelde herinneringen aan trauma die voor het eerst opkomen tijdens psychotherapie het resultaat zijn van RMT in engere of ruimere zin.

Is het waarheidsgehalte van uitgestelde herinneringen aan trauma van dubieuzer aard dan de validiteit van voortdurend oproepbare herinneringen? Uit onderzoek blijkt dat herinneringen aan trauma, die voor het eerst in de context van psychotherapie naar voren komen, niet meer of minder accuraat zijn dan voortdurend oproepbare herinneringen aan dergelijke gebeurtenissen (Dalenberg, 1996; Herman & Harvey, 1997). In veel gevallen waren tenminste kern en strekking accuraat van de herinneringen aan misbruik die zich voor het eerst in psychotherapie hadden voorgedaan. Williams (1995) vond aanwijzingen dat hetzelfde geldt voor uitgestelde herinneringen die buiten de context van therapie opkwamen. Dit neemt niet weg dat in een aantal gevallen psychotherapie de aanleiding tot fictieve herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd kan zijn geweest. McElroy en Keck (1995) publiceerden hiervan een voorbeeld.

Zijn uitgestelde herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd toe te schrijven aan het fictieve herinneringssyndroom?

Volgens Kihlstrom (1996) is dit syndroom een door therapeuten geïnduceerde toestand, waarbij iemands identiteit en inter-persoonlijke relaties volledig in het teken staan van een herinnering aan een traumatische ervaring die zich feitelijk niet heeft voorgedaan, maar waarin iemand desondanks sterk gelooft. Daarnaast is de fictieve herinnering de aanleiding tot verstoorde betrekkingen met de vermeende dader(s) en mensen die aan de herinnering geen geloof hechten. Tenslotte is de herinnering het product van wat in dit artikel is omschreven als RMT. Volgens Kihlstrom blijkt de objectieve onwaarheid van herinneringen uit langdurige amnesie, herinneringen aan onwaarschijnlijke gebeurtenissen en ontkenning door beschuldigten.

Wetenschappelijk bewijs voor het bestaan van het fictieve herinneringssyndroom ontbreekt vooralsnog. Hovdestad en Kristiansen (1996) gingen na of vrouwen met uitgestelde herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd voldeden aan de criteria voor dit syndroom. Het bleek dat deze criteria onderling niet gecorreleerd waren, wat vraagtekens doet zetten bij de constructvaliditeit van het syndroom; dat vrouwen met uitgestelde herinneringen zich op deze criteria niet onderscheiden van vrouwen met voortdurend oproepbare herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd - dit wijst op ontbrekende discriminatieve validiteit van het syndroom; en dat beide groepen een gering aantal vrouwen telden dat voldeed aan de criteria van het syndroom - dit is in strijd met de bewering dat uitgestelde herinneringen aanleiding geven tot het fictieve herinneringssyndroom. Bovendien twijfelden betrokkenen sterker aan de validiteit van uitgestelde herinneringen aan trauma dan aan de validiteit van voortdurend oproepbare herinneringen. De mate waarin iemand geloof hecht aan een herinnering zegt echter weinig over het waarheidsgehalte van de herinnering.

Is psychotherapie de enige bron van mogelijk suggestieve beïnvloeding? Psychotherapie vindt niet in een sociaal vacuüm plaats. Wat patiënten zich

herinneren en wat zij hiervan onder woorden brengen is ook een effect van diverse bronnen en vormen van beïnvloeding, die uiteenlopen van suggestie en overreding tot bedreiging met straffen zoals uitstoting of nog erger (Brown e.a., 1998). Tot deze andere bronnen behoren onder meer de al dan niet terechte ontkenning door beschuldigen dat misbruik plaatsvond. Deze ontkenning kan uitdrukkelijk, maar ook subtiel zijn en met bedreiging gepaard gaan. Uitspraken van sceptici over de invaliditeit van uitgestelde herinneringen en de kwaliteit van psychotherapie waarin deze herinneringen aan trauma aan bod komen, kunnen ook van invloed zijn op wat patiënten zich herinneren en zeggen. Deze sceptici verzuimen te overwegen dat patiënten door suggesties of overreding dat trauma niet plaatsvond, geheel of ten dele accurate herinneringen voor fictief kunnen gaan houden. De kans daarop lijkt niet gering: opkomende, accurate herinneringen aan trauma zijn in het begin vaak nog fragmentair of onduidelijk (Cameron, 1996; Dalenberg, 1996; Van der Kolk & Fisler, 1995); patiënten zijn vaak geneigd om te geloven dat opkomende herinneringen aan trauma fantasieën zijn, terwijl later kan blijken dat deze geheel of gedeeltelijk accuraat en valide zijn; door naasten misbruikte patiënten zijn vaak geneigd daders in bescherming te nemen en zichzelf te diskwalificeren; en de ontkenning van daders en familieleden dat trauma plaatsvond kan een krachtige en aanhoudende bron van beïnvloeding zijn om ook valide herinneringen aan misbruik te herroepen (Brown e.a., 1998).

Concluderend stellen wij dat uitgestelde herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd of ander trauma zich zowel binnen als buiten therapie kunnen aandienen en voor een groter of kleiner deel overeen kunnen komen met feitelijke gebeurtenissen. Omdat het waarheidsgehalte van uitgestelde (en voortdurend oproepbare) herinneringen aan schokkende gebeurtenissen in afwezigheid van onafhankelijke gegevens onzeker is, is het belangrijk deze herinneringen niet zonder meer voor (geheel) waar of onwaar te houden. Trauma-experts bevelen RMT in engere zin niet aan en er zijn geen aanwijzingen dat erkende psychotherapeuten deze werkwijze toepassen. De veronderstelling dat uitgestelde herinneringen op verschillende typen van schokkende gebeurtenissen betrekking kunnen hebben is juist, maar de andere uitgangspunten van RMT in ruimere zin stemmen niet overeen met onderzoeksresultaten.

#### **FASEGERICHTE BEHANDELING VAN POSTTRAUMATISCHE STRESS**

Reguliere psychotherapie, ook als zij betrekking heeft op getraumatiseerde patiënten, wordt voorafgegaan door een fase van degelijk psychiatrisch en diagnostisch onderzoek. Hierbij wordt er niet vanuit gegaan dat een enkele klacht, zoals boulimie of een fobie, gebaseerd is op seksueel misbruik in de kindertijd of ander trauma waarvoor nog amnesie zou bestaan. Pope en Brown (1996) zeggen hierover het volgende:

*De stand van wetenschappelijke kennis over seksueel misbruik in de kindertijd is dat dit misbruik een (niet de) risicofactor is voor de ontwikkeling van een reeks stoornissen, zoals posttraumatische stressstoornis, dissociatieve identiteitsstoornis en verschillende depressieve stoornissen. We vinden het echter van groot belang erop te wijzen dat er geen enkel symptoom, syndroom of diagnose is die het noodzakelijk gevolg is van seksueel misbruik in de kindertijd. (p. 130; vertaling auteurs)*

De behandeling wordt gericht op de stoornis en de problematiek die na zorgvuldig onderzoek is vastgesteld, niet op de stoornis of achterliggende problematiek die eventueel vermoed wordt (Van der Hart & Van der Velden, 1995). Goede diagnostiek omvat ook het informeren naar traumatische gebeurtenissen, bijvoorbeeld met behulp van vragenlijsten, en de manier waarop die gebeurtenissen volgens de patiënt zijn verdere leven hebben beïnvloed (Read & Fraser, 1998). Wanneer een patiënt zich geen misbruik herinnert of dit rapporteert, is behandeling voor posttraumatische stress uiteraard niet aan de orde. Een dergelijke behandeling

volgt alleen wanneer de patiënt tenminste fragmentarische herinneringen aan traumatische ervaringen heeft.

De fragmentatie van de herinnering kan betrekking hebben op een gebeurtenis (zich bepaalde wezenlijke feiten ervan wel herinneren en andere niet), op aspecten van een of meer ervaringen (bijvoorbeeld wel weet hebben van trauma's, maar de bijbehorende emoties missen), maar ook op verscheidene gebeurtenissen. In het laatste geval weet iemand bijvoorbeeld wel hoe en wanneer het misbruik ooit begon en eindigde, maar heeft hij amnesie voor de tussenliggende traumatische ervaringen. Het komt ook voor dat patiënten die menen voortdurende herinneringen aan trauma te hebben, later ontdekken dat hun herinneringen fragmentair waren (Gold, Hughes & Hohnacker, 1994).

Veel deskundigen beklemtonen fasegerichte behandeling van posttraumatische stress, variërend van een eenvoudige posttraumatische stressstoornis (PTSS) tot een complexe dissociatieve stoornis als de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS, voorheen mps) (zie bijvoorbeeld Brown e.a., 1998; Courtois, 1996; Van der Hart, 1995; Herman, 1992; Horevitz & Loewenstein, 1994; McCann & Pearlman, 1990a). Deze uit de klinische praktijk voortgekomen fasegerichte benadering is voorlopig min of meer de *standard of care* - voorlopig, omdat systematisch onderzoek naar effectieve behandeling van posttraumatische stress door chronische traumatisering nog in de kinderschoenen staat (Van der Kolk, McFarlane & Van der Hart, 1996). Bovendien zijn de ervaringen met psychotherapie voor complexe posttraumatische stress nog beperkt.

In de regel gaat het bij de toepassing van zo'n fasemodel om een vorm van psychotherapie waarin psychodynamische en cognitief-gedragstherapeutische principes geïntegreerd worden. Hierbij is het speuren naar mogelijke traumatische herinneringen niet de primaire focus (Alpert, 1995; Brown e.a., 1998; Courtois, 1996; Van der Hart, 1995; Herman, 1992; Horevitz & Loewenstein, 1994; Kluft, 1996). Hoewel in de literatuur een uiteenlopend aantal fasen wordt genoemd, gaat de consensus onder trauma-experts in de richting van een drie-fasemodel, waarvan de oorsprong ligt in Janet's pionierswerk (Van der Hart, 1995; Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989). Elke fase kent haar eigen specifieke *healing tasks* (Kepner, 1995). De achtereenvolgende fasen zijn gericht op: 1) stabilisatie en symptoomreductie; 2) behandeling van traumatische herinneringen; en 3) persoonlijkheidsre-integratie en rehabilitatie.

Bij de behandeling van de complexe dissociatieve stoornissen gaat het per fase om respectievelijk 1) het overwinnen van de fobie voor gedissocieerde identiteiten (Nijenhuis, 1994, 1995); 2) het overwinnen van de fobie voor gedissocieerde traumatische herinneringen (Janet, 1904; Van der Hart & Op den Velde, 1995); en 3) het overwinnen van de fobieën voor een gewoon leven en voor hechting (Nijenhuis, 1994). In de behandeling van PTSS en de dissociatieve amnesie (APA, 1994) kunnen de eerste twee doelen samenvallen, omdat de angst en het vermijdingsgedrag dan louter betrekking hebben op het gedissocieerde deel van de persoonlijkheid dat de traumatische herinnering bevat (Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998). De klinische praktijk leert dat het in de regel niet alleen om de vermindering van zo'n traumatische herinnering per se gaat, maar ook om bijbehorende aspecten van de persoonlijkheid of het zelf waar men geen raad mee weet (Kafka, 1997)

Het fasemodel wordt niet toegepast op een strikt lineaire manier, maar heeft veeleer het karakter van een spiraal. Steeds wanneer volgende fasen aan bod komen, wordt ook teruggerepen op voorgaande (Courtois, 1996; Liebowitz, Harvey & Herman, 1993).

Janet (1925) merkte al op dat de behandeling van traumatische herinneringen niet alleen veel zittingen kan vergen, maar ook vol valkuilen zit. Voortijdige exploratie en behandeling van gerapporteerde traumatische herinneringen kunnen aanleiding geven tot pathologische regressie, decompensatie, automutilatie en suïcidaal gedrag. Daarom moet slechts met de tweede fase van de behandeling worden begonnen, wanneer de patiënt voldoende stabiliteit, vaardigheden, vermogen om met sterke emoties te kunnen omgaan en egosterkte heeft bereikt (Boon & Van der Hart, 1995, 1996; Courtois, 1995). Zolang hierin nog onvoldoende is voorzien, blijft de behandeling beperkt tot de fase van stabilisatie en symptoomreductie (Boon & Van der Hart, 1996; Horevitz & Loewenstein, 1994).

Er zijn patiënten die volstaan met het bereiken van de doelen van fase 1, eenvoudig omdat zij het gevoel hebben de draad van hun geven weer te kunnen oppakken. Therapeuten moeten dit uiteraard respecteren; zij kunnen de deur openlaten voor een eventueel vervolcontact. Er zijn ook therapeuten die de neiging hebben de behandeling te beperken tot louter het verbeteren van overlevingsstrategieën, dus tot fase I (Miltenburg & Singer, 1997). Hiermee kunnen echter tal van patiënten tekort gedaan worden.

Voor traumabehandeling bij patiënten met dissociatieve identiteitsstoornis hebben Boon en Van der Hart (1996) een aantal factoren genoemd die aanleiding kunnen vormen om van fase-2-behandeling af te zien. Deze factoren hebben betrekking op de levensfase van de patiënt en de aanwezigheid van levenscrises; de mate waarin de patiënt zich bewust is van vroegere traumatische ervaringen; de mate waarin er naast de dissociatieve identiteitsstoornis ook sprake is van een persoonlijkheidsstoornis; het huidige functioneren; en doorgaand misbruik. Hierbij gaat het doorgaans niet om de aanwezigheid van een enkele factor, maar om een combinatie. De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis of andere ernstige comorbiditeit kan ook een reden zijn om van fase-2-behandeling af te zien. Hieraan moet worden toegevoegd dat de behandeling van patiënten met dissociatieve identiteitsstoornis en andere chronisch getraumatiseerde mensen in ontwikkeling is. Mogelijk maken nieuwe benaderingen, zoals op stabilisatie gerichte groepen gedurende fase 1 en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (E M D R) in het kader van fase 2, het mogelijk dat meer patiënten dan nu baat kunnen hebben bij een behandeling die meer is dan alleen stabilisatie en symptoomreductie.

### **FASE I STABILISATIE EN SYMPTOOMREDUCTIE**

De eerste behandelfase van door medemensen getraumatiseerde patiënten omvat meestal twee complementaire benaderingen: een op de therapeutische relatie gerichte benadering, die in het teken staat van het overwinnen van de fobie voor de therapeut; en een probleemgerichte benadering, waarin het leren omgaan met symptomen en het leren van alledag centraal staan.

#### **Relatiegerichte benadering**

Veel traumatische ervaringen die kinderen ondergaan, zoals mishandeling en seksueel misbruik, worden hun aangedaan door mensen aan wier zorg zij zijn toevertrouwd. Hierdoor krijgen deze kinderen niet alleen posttraumatische stresssymptomen en vaak aan het trauma gerelateerde dissociatieve symptomen, maar ook relationele en hechtingsproblemen (Crittenden, 1997). Zij gaan zich onveilig voelen in hechtingsrelaties en proberen deze te vermijden (Anderson & Alexander, 1996). Daarnaast kunnen zij ook een extreme angst krijgen om aan hun lot overgelaten te worden (Gunderson, 1996). Bovendien kunnen zij voortdurend verzeild raken in inter-persoonlijke conflicten en kunnen zij kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen ontwikkelen (Alexander, Anderson, Brand, Schaefer, Grelling & Kretz, 1988). Tal van misbruikte kinderen ontwikkelen een zogenoemde gedesorgeriseerde en gedesorienteerde hechting (Carlson, Cichetti, Barnett & Braunwald, 1989; Liotti, 1992; Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod & Silva, 1991; Main & Morgan, 1996). Deze vorm van hechting hangt samen met het gegeven dat de misbruiker zowel een bron van betrouwbare veiligheid (onderdak, voeding, verzorging) als van bedreiging kan zijn en bestaat uit abrupte wisselingen van hechtingsgedrag (bijvoorbeeld zich vastklampen aan de ouder) en defensieve gedragspatronen (bijvoorbeeld verstijven en verstillen). Crittenden (1998) merkte volgens ons terecht op dat deze vorm van hechting waarschijnlijk niet gedesorgeriseerd is, maar juist een eigen, zij het onvoldoende begrepen organisatie kent: een die zowel uit hechtingsgedrag als uit defensieve reacties bestaat (zie ook Nijenhuis, Vanderlinden & Spinhoven, 1998; en Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden, Van Dyck & Van der Hart, 1998).

Als volwassenen met een dergelijke achtergrond in therapie komen, kunnen deze moeilijkheden met hechting in sterke mate gereactiveerd worden. Mede daarom besteden traumatherapeuten in fase 1 veel zorg en aandacht aan de ontwikkeling van de therapeutische relatie (Davies & Frawley, 1994). In fase 1 staat de samenwerking



van patiënt en therapeut centraal. De begrenzingen en de verwachtingen over en weer worden besproken en er worden duidelijke afspraken over gemaakt. Dit kan een zware opgave zijn, waarvan inzicht in en hantering van traumatische overdracht en tegenoverdracht een noodzakelijk onderdeel is (Davies & Frawley, 1994; Nicolai, 1991). Patiënten kunnen hun therapeut gaan zien als iemand die erop uit is hun vertrouwen te winnen om daar vervolgens misbruik van te maken (Courtois, 1997c). Daarom kunnen zij zich extreem angstig voor de therapeut voelen en de neiging hebben hem of haar op de proef te stellen, buitengewoon afstandelijk te blijven, woedend te zijn en dergelijke. Zij kunnen de therapeut ook ervaren als een goede ouderfiguur of redder aan wie zij zich vast willen klampen of door wie zij verzorgd of gered willen worden (Courtois, 1997c).

Veel voorkomend is het alterneren tussen beide patronen van traumatische overdracht. Dit is wellicht het meest zichtbaar in patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Bij een complexe dissociatieve stoornis kunnen sommige identiteiten de therapeut redelijk vertrouwen, terwijl andere dat allerm minst doen. Volgens Barach (1991) hangen problematische overdrachtsverschijnselen bij D 1 S vooral samen met het weer geactiveerd worden van hechtingsgedrag dat een aanpassing was aan afstandelijke, afwijzende en mishandelende primaire verzorgers.

Al kan de therapeutische relatie zich in positieve zin sterk ontwikkelen, reactivering van traumatische herinneringen (dus ook in fase a van de behandeling) gebeurt ook in de vorm van reenactment in de overdracht. De patiënt beleeft de therapeut dan letterlijk als de dader - iets wat vooral voorkomt als een ouder de dader is geweest - en gaat zich overeenkomstig gedragen. Relatiegerichte benaderingen stellen dit gegeven centraal (Bromberg, 1994; Hegeman, 1997; Schwartz, 1994).

Vooraf wanneer iemands jeugd in het teken stond van ernstige emotionele verwaarlozing en mishandeling, is de fobie voor hechting groot, inclusief de fobie voor hechting aan de therapeut. Het kind zal bepaalde hechtingspatronen hebben ontwikkeld om zich in deze traumatische opvoedingssituatie te handhaven (Crittenden, 1997). In plaats van zichzelf te zijn, leert het kind hechtingsgedrag te vertonen dat een aanpassing is aan een traumatiserend milieu. Het toont niet (meer) zijn ware gezicht, maar een zogenaamd vals-zelf. Het kind legt dan in wezen een schijncontact. Wezenlijk contact wordt uit angst voor herhaalde afwijzing en de diepe kwetsing die daarmee samenhangt vermeden, maar de hunkering naar contact is juist groot. In de woorden van Hedges (1997):

*Contact is wat wordt gevreesd, want het belooft liefde, veiligheid en troost die uiteindelijk niet verwezenlijkt kunnen worden en die de patiënt herinneren aan de abrupte inbreuken op het vertrouwen in de vroege kindertijd. (p. 114; vertaling auteurs)*

In de mate dat zich een fobie voor hechting heeft ontwikkeld, kleurt deze de behandeling overigens ook in eventuele volgende fasen.

### **Probleemgerichte benadering**

in de regel moet de relatiegerichte benadering gepaard gaan met een probleemoplossende aanpak voor onder meer de dissociatieve en posttraumatische stresssymptomen, en omgekeerd. De patiënt wordt bijgestaan in de ontwikkeling van vaardigheden op een aantal probleemgebieden, waarvoor onder meer de volgende therapeutische procedures zijn ontwikkeld (Boon & Van der Hart, 1995, 1996; Brown & Fromm, 1986; Brown e.a., 1998; Linehan, 1993; McCann & Pearlman, 1990a)

- Interventies gericht op het bevorderen van de veiligheid van de patiënt, waaronder het voorkomen van hertraumatisering.
- Algemeen toepasbare steunende/structureerende interventies, onder meer gericht op het bevorderen van een regelmatig dag- en nachtritme en de aanpak van uiteenlopende klachten en problemen, waaronder fobieën, slaapstoornissen, depressieve klachten, verslaving en lichamelijke klachten.
- Geven van uitleg (psycho-educatie) over posttraumatische stress en waar nodig dissociatie, niet alleen aan de patiënt, maar ook aan diens partner of gezin.

- Leren van manieren van omgaan met, en in bedwang houden van traumatische herinneringen (inclusief bijbehorende fysiologische reactiviteit); aanpak van andere posttraumatische stress symptomen, zoals chronische hyperarousal en emotionele verdooving.
- Bij complexe dissociatieve stoornissen: het bevorderen van samenwerking tussen de therapeut en de onderscheiden gedissocieerde identiteiten, en ook tussen deze identiteiten onderling. Deze procedure staat in het teken van het overwinnen van de fobie voor gedissocieerde identiteiten, waarbij wordt gewerkt volgens een angsthiërarchie. Begonnen wordt met het opheffen van de vermijding van identiteiten met functies in het dagelijks leven in plaats van identiteiten die intense woede of andere heftige emoties bewaren en daardoor in de regel meer angst oproepen.
- Aanpak van cognitieve distorsies en negatieve basisaannamen, die vaak rechtstreeks gerelateerd zijn aan trauma.
- Ontwikkelen van een protocol voor crisisinterventie.
- Symptoombestrijding, waarbij de toepassing van diverse technieken, waaronder hypnotische technieken, zinvol kan zijn. Los van de verwachting van de therapeut kan bij het achterhalen van de betekenis van symptomen vermijding naar of herinnering aan trauma plaatsvinden.

Wanneer de patiënt voldoende stabiliteit, zelfcontrole en egosterkte heeft bereikt, en hij of zij het gevoel heeft weer verder te kunnen in het leven, zou de therapie in principe afgesloten kunnen worden. Behandeling van traumatische herinneringen is immers geen doel in zichzelf (Van der Kolk e.a., 1996). Maar naarmate herinneringen aan traumatische ervaringen zich blijven voordoen, bijvoorbeeld in de vorm van nachtmerries en flashbacks, is de behandeling hiervan aangewezen mits de draagkracht van de patiënt en zijn omgeving dit toelaten. In de praktijk blijkt dat de correctie van cognitieve distorsies bijzonder moeilijk is als de traumatische ervaringen die hiertoe aanleiding hebben gegeven onvoldoende zijn geïntegreerd in de persoonlijkheid.

## FASE 2 DE BEHANDELING VAN TRAUMATISCHE HERINNERINGEN

De schadelijke werking van traumatische herinneringen ligt vervat in hun dissociatieve karakter. Het zijn geen gewone, narratieve herinneringen, maar onwillekeurige, pijnlijke en sterk emotionele en lichamelijke ervaringen, die niet of onvoldoende geïntegreerd in het autobiografisch geheugen zijn (Janet, 1925; Van der Hart & Op den Velde, 1995; Van der Kolk & Fisler, 1995; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). De ervaring leert dat deze traumatische herinneringen met hun sensomotorische karakter pas worden omgezet in gewone narratieve herinneringen, wanneer deze integratie alsnog plaatsvindt (Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). De patiënt moet hiertoe de fobie voor de traumatische herinnering overwinnen, zoals die bijvoorbeeld door Appelfeld (1993) verwoord is over traumatische herinneringen aan de Holocaust:

*Zodra een herinnering of een spoor daarvan op het punt stond in ons op te komen, vochten we ertegen als ging het om kwaadaardige geesten. (p. 18; vertaling auteurs)*

Bij de behandeling van traumatische herinneringen gaat het om de aspecten: synthese, realisatie en integratie (Van der Hart e.a., 1993).

### Synthese

Synthese wil zeggen het opheffen van het gedissocieerde karakter van een traumatische herinnering en bijbehorende aspecten van de persoonlijkheid; het gaat niet om het uiten van heftige emoties, het afreageren (Brown & Fromm, 1986; Van der Hart & Brown, 1992). Na zorgvuldige voorbereiding vindt dit proces plaats via gecontroleerde reactivering van de verschillende aspecten van deze herinnering.

Vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch perspectief kan de fobie voor traumatische herinneringen worden behandeld als elke fobie, namelijk door een

combinatie van gedoseerde exposure en preventie van pathologische responsen (Nijenhuis, 1994). Essentieel voor een geslaagde synthese is dat de mate van stress beperkt blijft. Paniek en re-dissociatie moeten voorkomen worden. Omdat zo'n synthese soms omvangrijk traumatisch materiaal omvat (zie Boon & Van der Hart, 1995) wordt in de regel de weg der geleidelijkheid gevolgd. Dit houdt in dat de traumatische herinneringen met bijbehorende emoties, zoals angst, woede, schaamte en schuldgevoelens, bij stukjes en beetjes aan bod komen. Steeds wordt nagegaan of de patiënt de confrontatie aankan (Boon & Van der Hart, 1995; Klufft, 1996). De weg der geleidelijkheid wordt ook bewandeld door traumabehandeling of te wisselen met procedures die horen bij fase 1.

#### **Realisatie en integratie**

Door synthese verliest de traumatische herinnering haar sensomotorische karakter en leert de patiënt het trauma onder woorden te brengen. Hierna begint het proces van de integratie van deze, nu narratieve, herinnering in het autobiografisch geheugen van de patiënt. De patiënt moet het trauma niet alleen kunnen vertellen zonder het daarbij opnieuw te beleven, maar:

*[...] moet weten het trauma in verband te brengen met andere levensgebeurtenissen, het een plaats te geven in het levensverhaal dat ieder van ons ononderbroken opbouwt en dat voor ieder van ons een wezenlijk deel van onze persoonlijkheid uitmaakt. Een gebeurtenis is niet tot een bevredigende oplossing gebracht, is niet volledig geassimileerd, zolang we er alleen op reageren in de vorm van op de buitenwereld gericht gedrag en niet ook in de vorm van een innerlijke reactie, in woorden die we tot onszelf richten, in de samenstelling van een verhaal over de gebeurtenis dat we aan anderen en onszelf vertellen, en in het plaatsen van dit verhaal als een van de hoofdstukken uit onze persoonlijke geschiedenis." (Janet, 1925, p. 662; vertaling auteurs)*

Dit impliceert onder meer dat de patiënt zich gaat realiseren wat hem of haar is aangedaan. Aan de ene kant lucht dit op: de betreffende ervaring dient zich niet meer aan als herbeleving, maar komt in het teken van de voltooid verleden tijd te staan. Aan de andere kant wordt sterker dan voorheen beseft waar het werkelijk om gegaan is en wat de gevolgen ervan zijn en zijn geweest. Rouw is hierop een passende reactie (Herman, 1992; Van der Hart e.a., 1993):

De patiënt moet leren intens te rouwen over de verloren, onherstelbare jeugd; de eenzaamheid en de pijn die zijn ondergaan en dat nog zullen worden; het verlies aan geld, tijd, opleiding, werk, relaties en energie besteed aan het trachten weg te stoppen van of worstelen met de nasleep van het trauma; en tenslotte, de vreselijke waarheid die iemand gedurende de rest van zijn of haar leven met zich zal moeten meedragen. Rouwen, met al zijn pijn en kwelling, heeft uiteindelijk ook een helende werking. Het stelt de overlevende in staat om onrealistische verwachtingen op te geven, de werkelijkheid onder ogen te zien, en zodoende, zich volledig te richten op het heden met een heldere kijk op de realiteit en nieuwe doelen voor ogen - met droefheid, maar ook met nieuw verworven wijsheid. (Van der Hart e.a., 1993, p. 172)

De praktijk wijst uit dat het in dit opzicht bij patiënten met een complexe dissociatieve stoornis, waarbij als extra complicatie verschillende gedissocieerde identiteiten vaak uiteenlopende herinneringen aan en opvattingen over het (traumatische) verleden hebben, om een langdurig proces gaat. Hoewel een geslaagde synthese van een traumatische herinnering niet nog eens overgedaan hoeft te worden, doet zich nog veel ander traumatisch materiaal voor dat aan bod moet komen. Het zich realiseren en integreren van het traumatisch verleden zijn een steeds weerkerende opgave, zolang de persoonlijkheid van de patiënt nog in onderscheiden delen is opgesplitst.

#### **Actieve en passieve mishandeling**

Over het geheel genomen komen in eerste instantie die herinneringen aan bod die betrekking hebben op trauma's waarin daders de patiënt daadwerkelijk iets

hebben aangedaan, zoals seksueel misbruik, fysieke en actieve emotionele mishandeling. Later komen vaak traumatische emoties aan bod die betrekking hebben op wat de daders hebben nagelaten: emotionele verwaarlozing met bijbehorende eenzaamheid en in samenhang daarmee, de hechtingstrauma's. Deze worden soms als traumatischer beleefd dan de actieve mishandeling.

Ook hierbij geldt dat deze traumatische eenzaamheid een gedissocieerde ervaring is, waardoor synthese is aangewezen. De complicatie hierbij is vaak dat deze eenzaamheid als een vorm van traumatische overdracht ook in het contact met de therapeut ervaren wordt, waardoor de therapeutische relatie sterk onder druk komt te staan.

#### **Uitgestelde herinneringen die tijdens therapie opkomen**

Terwijl de prevalentie van totale amnesie voor chronische traumatisering in de jeugd waarschijnlijk laag is, komen fragmentaire herinneringen veel voor. De behandeling van traumatische herinneringen moet aansluiten bij de (al dan niet fragmentaire) herinneringen waarvan de patiënt zich bewust is, niet bij vermoed trauma (Kluft, 1996). In de loop van de behandeling kunnen zich echter nieuwe herinneringen aan trauma aandienen. In onze ervaring gaat het daarbij vaak om ernstiger (aspecten van) trauma. De mogelijkheid moet echter niet worden uitgesloten dat het gaat om geheel of deels fictieve herinneringen of om gebeurtenissen die iemand anders overkwamen, maar die als eigen herinneringen worden beschouwd (zie voor een voorbeeld Van der Hart & Van der Velden, 1995).

Uitgestelde traumatische herinneringen kunnen betrekkelijk spontaan opkomen in de loop van een behandeling, dat wil zeggen zonder dat er sprake is van suggestieve beïnvloeding door de therapeut, zoals het stellen van leidende vragen of het aanhoudend vissen naar herinneringen. Traumatische herinneringen kunnen zich op een gelaagde manier presenteren. De realisatie en integratie van de ene herinnering creëert als het ware ruimte voor de volgende (Van der Hart & Op den Velde, 1995; Janet, 1898; Kluft, 1996). Van invloed op deze terugkeer van herinneringen zijn het door de therapie toegenomen gevoel van veiligheid en weerbaarheid, waardoor de patiënt kennelijk in staat is zich meer bewust te worden van wat voorheen op afstand gehouden moest worden (Gold & Brown, 1997).

#### **RMT in ruimere zin**

Het doel van fase 2 is niet het opsporen van traumatische herinneringen, maar het integreren van gedissocieerde herinneringen en verwante verschijnselen ten dienste van het helen van de persoonlijkheid. Er zijn in de regel geen speciale technieken voor nodig om deze gedissocieerde herinneringen op te roepen. Het is vaak toereikend ruimte te geven aan spontane herinnering in een therapeutisch klimaat waarbij de patiënt zich gerespecteerd en veilig kan voelen (Enns, Campbell & Courtois, 1997).

Er zijn echter twee soorten problemen waarbij RMT in ruimere zin wel aangewezen kan zijn: voor de stoornis dissociatieve amnesie en voor uiteenlopende klachten met een onduidelijke etiologie die met een symptoomgerichte aanpak niet blijken te verdwijnen. Voor de behandeling van dissociatieve amnesie verwijzen we naar Loewenstein (1997) en Van der Hart en anderen (1998). Voor exploratie van de oorzaak van onbegrepen klachten bestaat een aantal technieken, zoals de zogenoemde affectbrug en ideomotorische signalen (Edelstein, 1981; Van der Hart, 1995; Kivits, 1998), waarbij allerlei traumatische of conflictueuze ervaringen naar voren kunnen komen. Brown en anderen (1998) hebben deze technieken geordend in termen van de kans op optreden van pseudo-herinneringen, met wat voor inhoud dan ook. Therapeuten passen deze technieken uiteraard alleen toe nadat zij patiënten hebben voorgelicht over de voor- en nadelen ervan en hun zaakkundige instemming (*informed consent*) hebben verkregen. Daarnaast houden zij herinneringen aan schokkende gebeurtenissen die door toepassing van deze technieken mogelijk naar voren komen, niet zonder meer voor waar (zie het artikel 'Psychotherapie en hervonden herinneringen - deel II. Richtlijnen voor de praktijk').

### FASE 3: PERSOONLIJKHEIDSREÏNTEGRATIE EN REHABILITATIE

In deze fase staat het overwinnen van de fobie voor een gewoon leven en voor hechting centraal. Een van de opgaven in deze behandelfase is dat de patiënt zichzelf een ruimer perspectief in ruimte en tijd gaat toestaan: niet meer een (over)leven van dag tot dag, maar een zelfbewustzijn waarbij het hier-en-nu centraal staat en is ingebed in een helder besef van verleden en toekomst. Hierbij moet de patiënt de moed opbrengen om op een andere manier met zichzelf en anderen om te gaan dan als slachtoffer. Dit betekent onder meer echt contact en intieme relaties durven aangaan. Als het goed is heeft de therapeutische relatie daarvoor de basis gelegd.

Traumatisering gaat vaak gepaard met de ontwikkeling van negatieve zelfbeschrijvingen als 'ik ben waardeloos', 'ik ben altijd het slachtoffer' en 'het is allemaal mijn schuld', en met negatieve verwachtingen over andere mensen zoals 'niemand is te vertrouwen' en 'als ik me echt kwetsbaar maak, dan zal ik worden gepakt' (Janoff-Bulman, 1992; Kleber & Brom, 1992; McCann & Pearlman, 1990a). Om een gewoon leven te kunnen leiden dus niet meer als slachtoffer moeten deze basisaannames over zichzelf en anderen gewijzigd worden. Hieraan wordt al gewerkt in de eerste twee behandelfasen, maar pas na het bereiken van de doelen van deze fasen is hiervoor de weg echt vrij. De patiënt leert zichzelf een nieuwe plaats te geven temidden van andere mensen en zal zodoende nieuwe eisen stellen aan relaties. Contacten met mensen die daar niet in mee willen gaan kunnen afvallen en in nieuwe contacten staat gelijkwaardigheid doorgaans voorop.

Omdat trauma de persoonlijke ontwikkeling in een aantal opzichten heeft belemmerd, gaat de patiënt diverse inhaalacties ondernemen op het gebied van opleidingen, werk, vriendschappen en seksualiteit. Dit laatste gebied vraagt voor patiënten met seksueel misbruik in de kindertijd in de regel extra zorg.

De afronding van de behandeling kan herinneringen oproepen aan verlies en verlating (Courtois, 1997b). De therapeut doet er goed aan om met de patiënt de mogelijkheid tot een aantal vervolggesprekken ter ondersteuning of, waar aangewezen, tot vervolgetherapie af te spreken.

### DISCUSSIE

Fasegerichte behandeling is aangewezen bij complexe psychische stoornissen na herhaalde traumatisering, maar kan ook op zijn plaats zijn bij minder ingewikkelde problematiek die samenhangt met een eenmalige overweldigende ervaring. Als de draagkracht van de patiënt toereikend is, kan bij een eenmalig trauma vlot met de tweede fase worden begonnen. Is deze te gering, dan zal de therapeut zich toch eerst moeten richten op doelen en werkwijzen van fase 1.

Fasegerichte behandeling voor posttraumatische stress is doorgaans geen vorm van RMT in ruimere zin, laat staan RMT in engere zin. Voor zover het gaat om fase a, heeft de fasegerichte therapie een aantal kenmerken gemeen met RMT in ruimere zin, maar dit is geen argument om ze aan elkaar gelijk te stellen. Therapeuten zijn niet gespitst op het achterhalen van trauma dat zij vermoeden. Integendeel, een van de doelen van fase I is juist het tegengaan van intrusieve herinneringen aan trauma en hiermee verband houdende symptomen zoals nachtmerries, flashbacks en dissociatieve episoden. Desondanks kunnen zich tijdens fase I voor het eerst uitgestelde traumatische herinneringen voordoen. Dit verschijnsel kan een effect zijn van het zich veilig voelen in de therapiesituatie en het afnemen van de fobie voor gedissocieerde identiteiten: afname van intrapsychische vermijding van zich schokkende gebeurtenissen herinnerende gedissocieerde identiteiten geeft toename van kans dat patiënten zich deze herinneringen ook in hun gewone bewustzijnstoestand bewust worden.

De *standard of care* voor de behandeling van complexe posttraumatische stress, inclusief klachten en stoornissen waar seksueel misbruik in de kindertijd of ander trauma aan ten grondslag ligt, omvat een ruime verscheidenheid aan therapeutische vaardigheden en voorzorgsmaatregelen. Het gaat om veeleisende therapieën, die dan ook aan ervaren psychotherapeuten voorbehouden zouden moeten blijven. En dan nog zou niet iedere therapeut zich tot dergelijke specialistische arbeid in staat of

aangetrokken hoeven te voelen. Verwijzing naar deskundige collega's in plaats van ontkenning van de traumaproblematiek is dan aan te bevelen. Psychotherapie kan psychische schade aan therapeuten berokkenen.

Gezien de extra emotionele en professionele eisen die aan de behandeling van getraumatiseerde patiënten worden gesteld, lopen traumatherapeuten echter een bijzonder risico (Grunberg & Ney, 1997). De zogenoemde memory war die er over uitgestelde herinneringen heerste (Pezdek & Banks, 1996) heeft daarbij nog eens voor een extra belasting gezorgd. Het toenemende aantal waarschuwingen voor secundaire traumatisering bij psychotherapeuten van getraumatiseerde patiënten (Figley, 1995; Van der Hart, Defares & Mittendorff, 1995; Herman, 1992; McCann & Pearlman, 1990b; Pearlman & Saakvitne, 1995) en adviezen voor preventie en behandeling hiervan is hoogst relevant voor therapeuten die met dit onderwerp te maken krijgen in hun behandelingen en van daaruit soms ook in het juridische circuit. In hun analyse van de richtlijnen die een tiental professionele verenigingen, elk afzonderlijk, voor de omgang met uitgestelde herinneringen heeft opgesteld, constateren Grunberg en Ney (1997) dat er bijzonder weinig aandacht aan dit punt is besteed. Eigenlijk heeft alleen *Division 17 (Committee on Women)* van de *American Psychological Association* dit onderwerp van emotionele competentie serieus genomen. Tot de richtlijnen van deze APA-D IV 17 voor het voorkomen van secundaire traumatisering behoren: vermijd isolement; vermijd een caseload die te zeer uit patiënten met een traumageschiedenis bestaat; blijf je bewust van je persoonlijke omstandigheden en draagkracht; besteed aandacht aan zorg voor jezelf ga zelf in therapie gedurende persoonlijke crises; zoek consultatie of steun wanneer het ook maar nodig is; heb je een vergelijkbare achtergrond als die van de patiënt, wees je bewust van over- of onderidentificatie met zijn misbruikgeschiedenis.

#### LITERATUUR

Zie voor de (overigens beperkte) literatuurgegevens deel II van dit artikel.