

Trauma, dissociatie en hypnose

Schrijver: Onno van der Hart

Hoofdstuk I. Schokkende gebeurtenissen en traumatische ervaringen

Definitie trauma DSM:

1. Betrekking op gebeurtenis die dood, ernstig letsel of bedreiging fysieke integriteit van eigen/ andere persoon inhoudt (objectief)
2. Daarbij ervaart de persoon intense angst, hulpeloosheid of afschuw bij gebeurtenis (subjectief)

Definitie schokkende gebeurtenis boek:

1. Een intens gevoel van **angst en machteloosheid** oproept bij de persoon in kwestie. (subjectief)
2. Een **acute ontwrichting** vormt in het leven van de persoon in kwestie. De **continuïteit** in diens bestaan wordt **doorbroken**.

Van een **traumatische ervaring** is sprake wanneer de persoon een voor hem of haar schokkende gebeurtenis direct heeft meegemaakt, daarvan getuige is geweest of erover gehoord heeft en daarop met intense angst en persoonlijke machteloosheid heeft gereageerd.

- De subjectieve beleving van het trauma is de essentie van de gebeurtenis
- De combinatie van objectieve en subjectieve aspecten bepalen of deze voor de betreffende persoon een schokkende c.q. traumatische ervaring betekent.
- Voor de behandeling is de subjectieve beleving het belangrijkste.
- Mate van traumatisering hangt af van heftigheid negatieve emoties en duur

Reactie op stressvolle situatie:

- Reacties gericht op de hantering van het probleem zelf (**probleemgerichte coping**)
- Reacties gericht op het reguleren van emoties (**emotiegerichte coping**)

Normaal: probleemgerichte en emotiegerichte coping bij stress. In minder controleerbare situatie (trauma) is probleemgerichte coping vaak niet mogelijk en wordt emotiegerichte coping meer gebruikt.

De **reacties** op traumatische ervaringen zijn in fasen in te delen:

1. Een eerste reactie van verbijstering en ongeloof, soms gepaard gaande met een emotionele uitbarsting
2. De afwisseling tussen herbeleving enerzijds en periodes van ontkenning en emotionele verdooving anderzijds
3. In gunstige gevallen, de uiteindelijke doorwerking of acceptatie.

Verwerking en integratie – 3 vraagstukken:

1. assimileren en integreren van gewone ervaringen
2. verwerking schokkende ervaringen
3. stagneren van verwerking (zoals bij trauma)

Ad 1 Hoe assimileren en integreren we gewone ervaringen?

Janet: Een **succesvolle integratie** van nieuwe ervaringen in ons geheugensysteem is gebaseerd op twee soorten activiteiten:

1. Geslaagde **directe adaptatie** (aanpassing) in de betreffende situatie zelf (primaire beheersing: veranderen omgeving)
2. **Verwoorden** van de betreffende ervaring en "bijschrijven" in ons geheugen. Secundaire beheersing: controle uitoefenen over **psychologische gevolgen** van veranderingen in externe realiteit (bv veranderen fundamentele veronderstellingen). Het bijschrijven van nieuwe ervaringen heeft tot gevolg dat we ons **bestaande geheugensysteem veranderen**: herordenen vroegere ervaringen, veranderen bestaande schemata.

Het essentiële **kenmerk** van een geslaagde assimilatie en integratie is het feit dat we de betreffende gebeurtenis in ons beleven hebben kunnen **afsluiten of afronden**.

Ad 2 Hoe assimileren en integreren we schokkende gebeurtenissen?

Schokkende gebeurtenissen zijn moeilijker te assimileren dan andere gebeurtenissen: acute ontwrichting en directe adaptieve actie is onmogelijk. In plaats daarvan ervaart de persoon een intens gevoel van machteloosheid. De gebeurtenis kan niet afgesloten worden met een gevoel van triomf, maar moet tot uiting komen in een vorm van **berusting**.

Als **reactie** op een schokkende gebeurtenis, gaan mensen op een andere manier naar de gebeurtenis kijken, en wel op een manier die hun helpt de situatie met enig herstel van hun gevoel van eigenwaarde, af te sluiten.

Coping = het hanteren van een bepaalde situatie.

In het onderzoek naar coping bleek dat er diverse vormen van hanteren van situaties van stress kunnen zijn:

1. Wishful thinking: fantaseren dat de werkelijkheid anders is
2. Tension reduction: spanningvermindering door eten, drinken, roken, medicijn- of drugsgebruik
3. Verbinden met degene die de macht heeft: identificatie met de agressor, een vorm van plaatsvervangende controle
4. Self blame: de machteloosheid reduceren door de oorzaak bij zichzelf te leggen.

Bij het verwerken van de schokkende gebeurtenis kunnen we een driedeling maken van de strategieën welke de mens hanteert:

- A. Cognitieve strategieën (emotiegerichte coping)
- B. Actiestrategieën (probleemgerichte coping)
- C. Het zoeken van sociale steun: een tussenvorm van probleemgerichte en emotionele stresshantering.

A Cognitieve strategieën.

Cognitieve strategie: zodanig herdefiniëren of beoordelen van gebeurtenis dat persoon deze kan afsluiten met gevoel dat hij ermee kan leven slachtoffer ervan te zijn geweest.

Doel: het neutraliseren van het gevoel van machteloosheid dat tijdens de schokkende gebeurtenis overheerste en het minimaliseren van de ontwrichting van het bestaan, met zo min mogelijke wijziging van de bestaande schemata.

Voorbeeld: Verkrachting/gewapende roofoverval: het zijn dan vooral de schemata die betrekking hebben op de eigen (on)kwetsbaarheid, de zelfwaardering en op de wereld zijn als een zinvol geheel, die onder druk zijn komen te staan en hersteld en bijgesteld moeten worden. Betekenisgeving speelt hier een grote rol.

De indeling die we hier we hier kunnen maken is:

- I. Het vinden van een oorzaak voor de schokkende gebeurtenis
- II. De eigen ervaring vergeleken met die van anderen
- III. Isolatie
- IV. Beklemtoning van de eigen controle
- V. Herordenen van het eigen bestaan

Ad I. Vinden van oorzaak

Deze vraag komt voort uit de diepgewortelde **veronderstelling** dat het **leven ordelijk en begrijpelijk** is. Een verklaring is nodig.

"Zelfbeschuldiging/self blame": slachtoffers achten zichzelf op de een of andere manier verantwoordelijk voor de gebeurtenis (bv overvallen of verkracht).

Functie: de angst op herhaling wordt verkleind: Door zichzelf een actieve rol toe te kennen, tracht de persoon in kwestie zijn of haar gevoel van beheersing van de wereld te behouden. Het gevoel van machteloosheid dat tijdens de schokkende gebeurtenis werd ervaren, wordt zo afgeweerd of genuanceerd. Er is daarbij een **verschil** of men de oorzaak (schuld) toeschrijft aan het eigen gedrag (is voor verandering vatbaar) of aan de eigen persoonlijkheid (leidt eerder tot depressiviteit).

Veel kinderen die slachtoffer zijn van incest en ander seksueel geweld lijden niet alleen verschrikkelijk onder dit misbruik, maar ook onder de gedachte dat het aan hen ligt dat dit hun steeds overkomt.

Ad II Vergelijken

Mensen blijken, na een bedreigende situatie zichzelf te gaan vergelijken met mensen die het erger hebben, die nog meer/ ergere dingen zijn overkomen.

Door zich door zo'n **vergelijking naar beneden** (ergere kant) relatief beter te voelen dan een ander, zijn slachtoffers in staat een vorm van zelfwaardering te bewaren.

Ad III Isolatie:

Deze strategie houdt het inperken van de betekenis van de gebeurtenis in. De gedachten hieromtrent hebben vaak een ietwat irrationeel karakter. Vb. het slachtoffer van een verkeersongeval denkt bijvoorbeeld dat alleen de plek waar het ongeval plaatsvond gevaarlijk is. Door de **gebeurtenis en de angst te koppelen aan en te beperken tot een bepaalde locatie**, wordt de schokkende ervaring (geografisch) geïsoleerd (**geografie van de angst**). Uiteraard gaat een dergelijke cognitieve strategie vaak gepaard met bepaalde acties, met name vermijding van de plaats des onheils.

Ad IV Beklemtonen eigen controle

We kunnen een gebeurtenis veel gemakkelijker achter ons laten, als we naar ons idee succesvol hebben opgetreden en er een gevoel van triomf aan over hebben gehouden. Gevoel van machteloosheid en falen is minder te hanteren. Als dit kan, zullen slachtoffers de **gedragingen van triomf op de voorgrond stellen**. (wanneer ze de dader schade hebben aangericht).

Ad V Herordenen eigen bestaan

Men leert iets van de gebeurtenis, verandert cognitieve schema's en er vindt **posttraumatische groei** plaats.

Veel mensen gaan het leven anders waarderen na een schokkende gebeurtenis. De bakens worden verzet, **bestaande opvattingen en prioriteiten worden heroverwogen en aan het eigen bestaan wordt een betekenis gegeven**.

B. Actiestrategieën

Cognitieve (met leren te maken hebbend) strategieën gaan dikwijls gepaard met **actiestrategieën: activiteiten gericht op het vergroten van een gevoel van controle om kans op herhaling te verkleinen**.

Voorbeelden: verhuizen, geheim telefoonnummer etc

Functie; deze en andere maatregelen herstellen het **gevoel van greep op het bestaan**, waardoor men zich niet meer zo kwetsbaar voelt en iets van zijn zelfvertrouwen herwint.

C. Het zoeken van sociale steun.

Degenen die deze steun krijgen en zich daarbij begrepen voelen, hebben een grotere kans om de schokkende gebeurtenissen te kunnen assimileren dan degenen die dit niet ervaren. **Begrip en troost zijn sociale bijdragen aan het afsluiten** van een schokkende gebeurtenis.

Redenen om slachtoffers te weren zijn:

1. Mensen begrijpen niet wat de slachtoffers hebben doorgemaakt ("heb je er nu nog last van?")
2. Mensen kunnen de slachtoffers verantwoordelijk houden ("had je maar niet....") Ze houden zelf de mythe van onkwetsbaarheid op.
3. Mensen zien de slachtoffers als verliezers
4. Men vindt hen weinig aantrekkelijk gezelschap wegens hun gedeprimeerdheid of hun neiging snel geïrriteerd te raken.

Veel slachtoffers zoeken / willen geen hulp.

Bij gewelddadige of seksuele traumatisering binnen het gezin (incest, kindermishandeling, vrouwenmishandeling) is de mogelijkheid tot dergelijke sociale steun ernstig beperkt of afwezig. Omdat de meest aangewezen - de ouders, partner - de dadars zijn, het trauma een taboe betreft en de slachtoffers onder druk gezet worden om geheimhouding te betrachten. Dit belemmert niet alleen de kans op herstel, maar compliceert de verwerking ingrijpend.

Tot slot

Bij schokkende gebeurtenissen moet je je dus afvragen hoe de verwerking in cognitieve zin is, en hoe de actie hierop is van het slachtoffer. Hoe meer sociale steun, hoe effectiever het verwerkingsproces. **Het belang** van het inzicht in deze strategieën voor de behandeling van ernstig getraumatiseerde mensen ligt in het volgende:

1. Ze maken duidelijk **hoe** de meerderheid van de door gebeurtenissen als geweld, rampen en ongelukken getroffen personen dergelijke **schokkende ervaringen in hun leven integreren**
2. Ze maken duidelijk dat **getraumatiseerden**, nadat zij hun angst hebben leren beteugelen, door het onder ogen zien van de meegemaakte verschrikkingen, deze toch ook **moeten assimileren en integreren**.

Het hierboven beschrevene heeft met name te maken met volwassenen. Kinderen zijn meer afhankelijk. Een eventueel trauma/seksueel misbruik maakt hen uiterst machteloos (totalitair) en de reactie kan dan zijn van die van ontkenning en dissociatie. Tevens zijn de cognitieve schemata van kinderen nog in ontwikkeling. Daardoor kunnen de schokkende feiten opgenomen worden in een vanzelfsprekend extreem onveilig wereld- en mensbeeld. Dit maakt in dit geval "verwerking" veelal (ook) tot een leerproces, waarin het gevoel van onveiligheid en het wantrouwen jegens andere mensen een belangrijke rol spelen.

Ad 3 De stagnatie van de verwerking

Reacties op traumatische ervaringen:

1. **Loochening** = alle vormen van min of meer opzettelijke ontkenning, vermindering en verdringing, tot en met min of meer automatische dissociatie.
2. **Herbeleving** (= intrusion) of herhaling van het trauma.

De **afwisseling** tussen loochening en herbeleving gaat net zo lang door **tot integratie bereikt is** (ingepast in actieve geheugen en cognitieve schemata), soms kan ze ook afwezig zijn zolang de herbeleving overheerst, of zolang de loochening domineert, een verschijnsel dat vaak na extreme, herhaalde traumata optreedt.

Horowitz ziet de neiging tot herhaling (in de vorm van gedachten, dromen, handelingen) als onderdeel van het verwerkingsproces. Hier is echter niet iedereen het mee eens. Als de verwerking een vorm aanneemt van herhalingsdrang, zal dit niet tot verwerking leiden.

Wat gebeurt er bij het stagneren van de verwerking?

Fixatie (vastzitten) aan het trauma – niet geïntegreerd. Dit kan tot uiting komen als:

1. **Herbeleving** van de traumatische ervaringen in de vorm van nachtmerries, "flashbacks" en dissociatieve episodes.
2. Manifestaties van traumatische herinneringen in de vorm van allerlei **klachten**, zoals onbestemde paniekaanvallen, fobieën woede-uitbarstingen en psychosomatische klachten.
3. Het **opnieuw ensceneren** van de traumatische ervaring zonder dat de persoon in kwestie dit als zodanig herkent. Extreme voorbeelden: een incestslachtoffer wordt prostituee; een getraumatiseerde oorlogsveteraan wordt huursoldaat; een slachtoffer van kindermishandeling/misbruik gaat zichzelf verwonden.
4. **Sociaal dienstbaar** gemaakte vormen van **herbeleving**/ zoals de sterke toewijding aan slachtoffers die dezelfde soort schokkende gebeurtenissen hebben meegemaakt. (Verbaal voortdurend getuigenis afleggen van hetgeen is gebeurd).

Naast deze specifieke vormen van vastzitten, zien we ook vaak dat de persoon in de persoonlijke ontwikkeling is gestopt. Bij gedissocieerde delen, zien we soms dat dit deel

gestopt is, terwijl de rest van de persoonlijkheid wel is doorgegroeid. (RTK: Innerlijke Kind problematiek?).

Type 1 en type 2 trauma

Ten aanzien van de gebeurtenissen kunnen we spreken van een type 1 en een type 2 trauma.

Type 1: eenvoudig. Eenmalig traumatische ervaring. Bifasisch reactiepatroon (loochening en herbeleving wisselen elkaar af). Uiting: posttraumatische stressstoornis of een fobie.

Type 2: complex. Herhaalde en vaak ook langdurige traumatisering. Een complex en pathologisch reactiepatroon verwachten. Het ego wordt hierbij aangetast. Complexe verschijnselen als persoonlijkheidsstoornissen (DIS)

Dissociatie

De meest directe, en vrijwel automatische, **verdediging** tegen het extreem bedreigende karakter van een traumatische ervaring is het dissociëren van die ervaring.

Dissociëren: het ontkoppelen van de traumatische gebeurtenis van het persoonlijk bewustzijn.

Ruwweg kan de persoon op **twee manieren dissociëren:**

1. **Volledig:** dan ontsnapt hij/zij mentaal aan de schokkende gebeurtenis door zich voor te stellen elders te zijn. Hierdoor maakt een ander deel van de persoonlijkheid de gebeurtenis mee en heeft het persoonlijk bewustzijn na afloop volledige amnesie voor de traumatische ervaring.
2. **Partieel** dissociëren. Hierbij kijkt de persoon in kwestie van een afstand toe naar wat er met hem of haar gebeurt. De tijdens de gebeurtenis optredende emoties en lichamelijke sensaties worden gedissocieerd, niet de visuele en auditieve beelden. Na afloop is er dan ook amnesie voor de traumatische gevoelens en sensaties.

Traumatische dissociaties worden in de regel niet constant in stand gehouden. Via dromen, flashbacks, nachtmerries etc. komen delen terug.

State-dependent learning: dat wat in een bepaalde fysiologische toestand wordt geleerd is niet gemakkelijk overdraagbaar aan een andere toestand en omgekeerd. Verkeert men in een andere toestand, dan is het geleerde moeilijk op te roepen. Hypnose, vaak ook gezien als een fenomeen met dissociatieve kenmerken, is om die reden dan ook goed te gebruiken als hulpmiddel in de therapeutische exploratie en assimilatie van traumatische herinneringen.

Latentieperiode/ incubatietijd:

Volwassenen in mindere en kinderen in meerdere mate zullen na het meemaken van een trauma een periode kennen van "**puur overleven**". In deze periode is er nog **geen verwerking**. Het lijkt dan alsof de persoon **klachtenvrij** is, echter de integratie en verwerking moet nog plaats gaan vinden. Wel tredt er dan "**numbing**" (= gevoelsvervlakking) op.

De traumatische herinnering

Na het meemaken van traumata, kunnen de herinneringen actief terugkomen, bij triggers. Niet bewust opgeroepen, maar te pas en te onpas, met gebruikmaking van alle zintuigen. Het zijn vooral de heftige herbelevingen van de schokkende gebeurtenis in de vorm van nachtmerries, flashbacks en dergelijke, die assimilatie en integratie verhinderen.

Wanneer het bewustzijn door een traumatische herinnering wordt gedomineerd, treden doorgaans reacties van heftige angst of paniek op, net als tijdens de oorspronkelijke schokkende gebeurtenis of soms nog erger. Dit kan zo erg zijn, dat tijdens de therapie de persoon er niet toe komt deze traumatische beelden te transformeren tot een "neutraal verhaal".

Pathologische kern: aspecten van het trauma dat het emotioneel dichtbij brengt. (en die vaak het meest gedissocieerd zijn). Komt de kern niet aan bod en wordt het niet opgelost dan is van een geslaagde assimilatie en integratie van de traumatische ervaring geen sprake.

Posttraumatische aftakeling: client is nog zo met trauma bezig dat hij lichamelijk en emotioneel aftakelt, slaapstoornissen, afgenomen spankracht, sociale en emotionele isolatie.

Kwetsbaarheid voor een trauma

Het feit dat de ene anders reageert op een trauma dan de andere komt door:

1. Kenmerken van de schokkende gebeurtenis zelf
2. Persoongebonden factoren
3. Kenmerken met betrekking tot de consequenties van de schokkende gebeurtenis.

Ad 1. Naarmate er tijdens de schokkende gebeurtenis van meer doodsdreiging sprake is/ is het risico van traumatisering groter. Hetzelfde geldt naarmate de persoon in kwestie zelf meer lichamelijk letsel heeft opgelopen, geconfronteerd is met de dood en verwondingen van andere betrokkenen, en de gebeurtenis langer duurt. Andere factoren die van belang zijn betreffen onder meer het onverwachte karakter van de gebeurtenis, de snelheid van de geboden hulp en de diverse specifieke situatiekenmerken. Bij seksueel misbruik van kinderen blijken onder andere de mate van lichamelijke dwang en geweld, de ingrijpendheid van de seksuele handeling, de duur en de frequentie, de mate van geheimhouding, de bijkomende affectieve verwaarlozing en de afhankelijkheidsrelatie met de dader (vb vader)bepalend voor de ernst van de traumatische reactie.

Ad 2. Tot de factoren die onder deze noemer gebracht worden behoren achtereenvolgens:

1. Genetische predispositie
2. (Psychische) gezondheid of premorbide persoonlijkheid
3. eerdere traumatisering
4. ontwikkelingsfase of leeftijd
5. andere bronnen van stress.

Ad 2.1 Geen research, te maken met temperament.

Ad 2.2 **Karakters** die niet bevorderlijk zijn voor snelle verwerking: een rigide persoonlijkheidsstructuur, moeite omgaan met emoties, spanning en belasting, een gevoel dat de eigen lotgevallen grotendeels buiten de eigen beheersing liggen ("external locus of control"), of voor het trauma reeds aanwezige problemen. Probleem research: pas achteraf vaststellen persoonlijkheid voor trauma.

Ad 2.3 Een **eerder trauma**, zoals verlies van een ouder op jeugdige leeftijd is een voorspellende factor voor verwerken van traumata. De ervaren machteloosheid kan afbreuk hebben gedaan aan het vertrouwen van het kind in het eigen vermogen om iets tegen dergelijke ervaringen van onmacht te doen. Het betekent dus een verlies aan veerkracht. Herhaalde traumatisering heeft dus een cumulatief schadelijk effect.

Dubbele emotie: een acuut trauma roept ook de emotionele reacties en beelden van vroegere trauma's op.

Ad 2.4 Is nog onbekend. Uitgaande van het belang van de cognitieve ontwikkeling valt echter te verwachten dat een schokkende gebeurtenis op jonge leeftijd meer ingrijpt.

Ad 2.5 Het bestaan van ernstige, chronische **stressvolle omstandigheden**, zoals ernstige ziekte, slepende zware financiële problemen beïnvloeden de psychische kracht en spankracht negatief en kunnen aldus een geslaagde assimilatie van de schokkende gebeurtenis verhinderen.

Ad 3. Sociale kenmerken: sociale ondersteuning of juist tekortkoming, vanuit instanties, werk, informeel

Traumatisering door intimi

Hierbij is de kans aanwezig, dat het kind zich gaat **identificeren met de agressor**. Als gevolg hiervan "verdwijnt" de dader als externe realiteit en wordt intra-psychisch. De belangrijkste emotionele transformatie hierbij is de **introjectie van het schuldgevoel** van de volwassene. Het kind neemt de schuld en de verantwoordelijkheid voor het gebeurde op zich en maakt zich los van de eigen overweldigende gevoelens van angst, pijn en razernij. Het behoudt op deze wijze de illusie van de goede, liefdevolle ouder, maar wordt zelf slecht: "de omgekeerde wereld". Dit schuldgevoel houdt ook later de band met de dader in stand en behoedt het kind voor de confrontatie met overweldigende gevoelens van eenzaamheid, angst, woede en machteloosheid. Het kind creëert zo, ten koste van het eigen gevoelsleven, als het ware een "gezonde wereld" met een "koesterende ouder". Het kind zit in een **conflict** tussen A. de natuurlijke behoefte om geliefd te worden door de agressor, en B. om uiting te geven aan de angst en razernij tegen de agressor. Het kind tracht dit conflict op te lossen door de schuld op zich te nemen. Ook het "horen van stemmen" kan verwijzen naar de agressor. De stemmen kunnen als herhalingsfenomenen beschouwd worden.

Object – relatie theorie: psychologisch loslaten van opvoeder en individu worden (separatie & individuatie). Normaal: innerlijke goede en slechte ouder integreren net als goede en slechte zelf.

Hoofdstuk 2: Trauma en dissociatie

Pierre Janet heeft dissociatie onderzocht, traumatische oorsprong ervan aangetoond en dissociatietheorie gemaakt.

MPS/ DIS is de meest complexe dissociatieve stoornis die we kennen. Deze patiënten hebben meestal een verleden van ernstige fysieke en/of seksueel geweld achter de rug.

Definitie dissociatie: het ontsnappen van bepaalde denkbeelden (idee fixes) en functies aan de controle en soms zelfs aan de kennis van het persoonlijk bewustzijn. Deze denkbeelden moeten niet gezien worden als abstracte ideeën maar meer als systemen of complexen van zintuiglijke beelden, gevoelens, emoties, gedachten en bijbehorende lichamelijke bewegingen. Emotioneel beladen bewustzijnstoestanden.

Traumatische herinnering

Traumatische herinnering:

- Geen herinnering in de normale zin van het woord, maar herbelevingen van het trauma in de vorm van nachtmerries, flashbacks of dissociatieve episodes waarin het trauma als het ware opnieuw wordt opgevoerd.
- Belangrijkste gedissocieerde “idees fixes” zijn traumatische herinneringen.
- Deze ontstaan als defensieve reactie tijdens trauma – ontkoppeling traumatische herinnering van rest persoonlijkheid. Het individu verkeert in een toestand van extreme gespannenheid en arousal: een veranderde bewustzijnstoestand die niet opgenomen wordt in het persoonlijk bewustzijn, maar losgekoppeld daarvan blijft bestaan.
- Denkbeelden kunnen groeikernen worden van onderbewuste automatismen, die eventueel tot een tweede persoonlijkheid uitgroeien.

De loskoppeling van denkbeelden (idee fixes) van de rest van de persoonlijkheid houdt in dat de persoon ze doorgaans negeert. De ideeën manifesteren zich dan in dromen en flashbacks, tijdens dissociatieve episodes zoals hysterische aanvallen of via automatisch schrijven.

Dissociaties gaan altijd gepaard met een **vernaauwing van het veld van bewustzijn**. Deze combinatie heeft tot gevolg, dat er steeds sprake is van een volledige of gedeeltelijke **amnesie** voor de traumatische herinnering, dwz de gedissocieerde emotioneel geladen toestand. De vormen waarin deze gedissocieerde emotioneel geladen toestanden en verwante dissociaties zich later manifesteren zijn onder te verdelen in:

1. Partiële dissociaties
2. Volledige dissociaties

Ad 1. Partiële dissociaties.

- A) Een bij incestslachtoffers veel voorkomende partiële dissociatie ten opzichte van het seksuele misbruik, is de **splitsing tussen cognitieve (observerende) en de affectieve (ervarend ego) kant** van hun ervaring. ("Ik zweefde naar het plafond"). Het gevolg is dat deze vrouwen afstandelijk en emotioneel praten over wat ze hebben meegemaakt. De gevoelens van angst, woede, verdriet en dergelijke en de lichamelijke sensaties zijn gedissocieerd.

- B) Conversieverschijnselen/ somatoforische dissociatieve verschijnselen: bewust zijn van een effect van het trauma (bv onvermogen om je stem te gebruiken), maar onbewust van het achterliggende trauma
- C) Een derde vorm van dissociatie heeft betrekking op het feit, dat cliënten zich soms **bewust zijn van een deel van hun persoonlijkheid**, een deel van henzelf, dat af en toe controle over hun gedrag overneemt. Dit is onder meer het geval bij het **hidden child phenomenon**. Cliënten bij wie dit voorkomt, kunnen zelf aangeven dat zij een gekwetst, angstig of getraumatiseerd kind in zich hebben. Dit kan veel voorkomen bij incestslachtoffers en andere mensen die als kind ernstig getraumatiseerd zijn. Als het verborgen kind het handelen domineert met zijn angsten, kinderlijk gedrag en fantasieën beseffen zij wel degelijk dat dit gedrag mede van henzelf is (=dus partieel).

Ad. 2 Volledige dissociaties.

- A) Volledige dissociaties treden op als het persoonlijke bewustzijn zich geheel en al aan de traumatische gebeurtenissen onttrekt. Er ontstaat dan **amnesie** voor de **gehele traumatische ervaring of voor** een bepaald, afschuwelijk detail van het trauma. (**pathogene kern**)
- B) Van een volledige dissociatie is ook sprake als een bepaald soort **gevoel of emotie** in zijn geheel wordt gedissocieerd. Vb. woede over hetgeen het slachtoffer van incest is overkomen. Tijdens black-outs kan dit echter vulkanisch opblazen. (gevolg: vernielingen zonder dat ze het zelf weten). **Blackouts** ontstaan door associaties met trigger.
- C) Het **hysterisch insult**. Janet beschreef hoe tijdens een hysterische aanval emoties geuit worden via **heftige lichaamsbewegingen**. Dit komt vaak voor bij vrouwen die seksueel werden misbruikt.
- D) Bij de meest complexe vorm van dissociaties kan een gedissocieerd deel van de persoonlijkheid zich zodanig uitbreiden (omdat het steeds meer herinneringen aan trauma's moet dragen), dat er een eigen ik bewustzijn ontstaat en zich een **aparte persoonlijkheid** ontwikkelt.

Hoe ontstaan dissociatieve persoonlijkheden?

"alterpersoonlijkheden" / "alter" / dissociatieve persoonlijkheden: apart deel van de persoon dat een eigen ikbesef heeft, een eigen gedragsrepertoire een verscheidenheid aan gevoelens die met wisselende intensiteit ervaren kunnen worden en een eigen levensgeschiedenis hebben.

Ontstaan:

- 1) Imaginaire speelkameraadjes - helpende alterpersoonlijkheden. (Deze verdwijnen na trauma uit persoonlijk bewustzijn, en wordt een nieuw speelkameraadje verzonnen)
- 2) Introjectie dader - agressieve en zelfdestructieve alters.

Reden ontstaan: persoon wil zich mentaal onttrekken aan een overweldigende situatie: in plaats van bewusteloos te raken bleef er dan een ander deel van de persoonlijkheid achter dat de betreffende gebeurtenis onderging.

Structurele dissociatie van de persoonlijkheid. Primaire structurele dissociatie

DIS: bestaan van gedissocieerde alterpersoonlijkheden

PTSS: Vergelijkbaar, maar hooguit een soort verdubbeling van de persoonlijkheid.

Het gaat hier meestal om een eenmalig trauma: verkrachting, overval o.i.d.

Er is een **EP = Emotionele Persoonlijkheid**, die staat klaar om actie te ondernemen, of niet als nodig: vechten, vluchten, vergrote waakzaamheid. De EP heeft een vernauwd bewustzijn en brengt situaties in verband met het trauma en reageert daar gelijk op.
ONP = Ogenshijnlijk normale persoonlijkheid, deze stelt alles in het werk het trauma te vermijden.

Bij de primaire structurele dissociatie is er 1 EP en 1 ONP. Dit kan zich op de volgende manieren manifesteren:

1. Na een periode van gespannenheid na het trauma lijkt er niets meer aan de hand te zijn. Het trauma is echter wel onbewust aanwezig.
2. Mengbeeld van ontkenning van het trauma & traumatische toestand. Gevolg = inperking van het gevoelsleven wat vaak een depressieve stemming geeft.
3. Het trauma kan ineens getriggerd worden waardoor de EP geactiveerd wordt.

Secundaire structurele dissociatie

Complexe PTSS. Het trauma is overweldigend of duurt langer, waardoor de EP verder wordt gedeeld. Er bestaan verschillende EP's en 1 ONP.

Tertiaire structurele dissociatie

Naast verdere disso van de EP ook van de ONP = kenmerkend voor DIS. Treedt vooral op wanneer onvermijdelijke aspecten van het dagelijks leven geassocieerd raken met vroeger trauma (triggers).

In stand blijven van structurele dissociatie

De ONP is fobisch voor traumatische herinneringen en voor de EP. Dit staat integratie in de weg. Hij kan allerhande fobie ontwikkelen om er maar niet mee geconfronteerd te worden.

Hoe kunnen zich bij volwassen PTSS-patiënten dissociaties voordoen in de vorm van persoonlijkheidsverdubbelingen?

1. Na de inwerking van een acuut trauma beheersen gespannenheid en arousal in eerste instantie het manifeste gedrag. Symptomen zijn angst en herbeleving.
2. Vervolgens neemt de traumatische reactie geleidelijk aan af en keert de oorspronkelijke persoonlijkheidstoestand weer terug. De gedissocieerde psychische structuur blijft aanwezig. ONP domineert bewustzijn en gedrag, EP is latent aanwezig.
3. 2^o mogelijkheid: een gedeeltelijke controle van de persoonlijkheid nadat de acute traumatische reactie het gedrag beheerst heeft. Er doet zich dan een mengbeeld voor. Kenmerken: uitingen van ontkenning van het trauma. Gevolg hiervan is: inperking van het gevoelsleven. Dit kan zich uiten in vormen van depressieve stemmingen. Bij trigger activatie EP.

Pathologische dissociatie vs. normale dissociatie

Dissociëren is weliswaar een adequate reactie op een abnormale, overweldigende gebeurtenis, maar het kan langdurige problematische gevolgen hebben. Traumatische dissociatie heeft de neiging zich te herhalen wanneer bij de persoon in kwestie hevige spanning wordt opgeroepen: het heeft een pathologisch en onvrijwillig karakter. Moderne auteurs: er is ook een vorm van meer vrijwillige dissociatie: denk aan autorijden en plotseling veel verder zijn; voor je uit staren en even "weg" zijn; men spreekt nu meer van "allegaagse trance". Ze bevatten echter niet een aparte bewustzijnskern. Wij hebben het met dissociëren met name over de traumatische vorm.

Hoofdstuk 3. TRAUMATISCHE HERINNERINGEN

In dit hoofdstuk zal ruim aandacht besteedt worden aan een van de kernsymptomen van posttraumatische stress (de traumatische herinnering) en aan de relatie daarvan met verwante verschijnselen/ zoals slaapstoornissen en traumatische rouw. Inzicht in deze materie vormt een van de pijlers van een adequate behandeling van getraumatiseerde patiënten.

Traumatische versus gewone herinneringen

Traumatische herinnering:

- Dissociëren
- Kan geheel of gedeeltelijk persoonlijk bewustzijn domineren:
 - Geheel: complete herbeleving (flashback) en soms amnesie erna
 - Gedeeltelijk: slechts bewust van enkele aspecten van de gebeurtenis (bv lichaamsbeweging of emoties, geen beelden)
- Niet vertelbaar / in cognitieve schemata opgenomen/ in levensgeschiedenis
- Opgeslagen als idee fixe: het totale complex van visuele, auditieve, kinesthetische etc. prikkels worden samen met de gedragingen, gedachten, gevoelens en emoties vastgezet
- Komt steeds terug in zelfde volgorde en vorm ipv adaptabel

Gewone herinnering:

- Verbaal
- Aanpasbaar aan wie we nu zijn, actuele omstandigheden

Primaire en secundaire idées fixes.

Een **primaire idee fixe** (primaire emotionele toestanden) kan het bewustzijn binnendringen in de vorm van een traumatische herinnering, een herbeleving in de vorm van indringende beelden, nachtmerries of automatisch gedrag. Zo'n herbeleving vindt plaats in een veranderde bewustzijnstoestand (gekenmerkt door een sterke emotionele lading).

Secundaire idee fixe (secundaire emotionele toestanden) ontstaan in afleiding van of in associatie met primaire idee fixe. Het zijn associatieve complexen, die herkenbaar zijn in dromen, fantasieën of symptomatisch gedrag. Voorbeeld: iets niet doen uit angst iets anders te krijgen. Toevallige secundaire idee fixe: door sterk toegenomen suggestibiliteit.

Behandeling: Als de traumatische herinnering (het primaire idee fixe) is opgelost, kan het secundaire idee fixe nog bestaan. En omgekeerd, als een secundaire idee fixe opgelost is, kan de kern van het probleem blijven bestaan en aanleiding geven tot nieuwe klachten.

Gelaagde presentatie:

- Een van de manieren waarop verschillende traumatische herinneringen en/of secundaire idee fixe aan elkaar gerelateerd zijn is een gemeenschappelijke bijbehorende **emotie**. Gebruik hiervan door **affectbrug** tijdens de hypnotische exploratie van traumatische herinneringen.
- Vaak komt eerst minst gedissocieerde laag aan bod

Pathologische kern/ pathogene kern traumatische herinnering:

- Elementen waarover de patiënt het langst zwijgt en het moeilijkst kan praten.
- Het zijn vooral deze elementen die de "fobie voor de (traumatische) herinneringen en bijbehorende vermijdingsreacties oproept.
- Zo'n element kan op alle dimensies van de traumatische ervaring betrekking hebben: realistische percepties van een aspect van het trauma (mes op keel tijdens verkrachting), tegelijkertijd of kort daarna optredende fantasiebeelden, lichamelijke sensaties zoals extreme pijn, bepaalde gedachten van de patiënt en uitspraken door derden tijdens of na het trauma gedaan.
- De pathogene perceptie of fantasie is gerelateerd aan een gedachte, de **pathogene kernuitspraak**. Vb. "Nu word ik vermoord"; "hij maakt me van binnen stuk". Ook kunnen kernuitspraken van anderen invloed hebben op een cliënt. Vb "Mijn God, ze is dood".

Dekherinneringen.

Freud onderscheidde drie soorten dekherinneringen:

1. "Onvolledige" herinneringen aan ervaringen uit de kindertijd/ waarin wat belangrijk en emotioneel beladen is, onderdrukt of weggelaten is en wat neutraal is behouden blijft. Volgens Freud komen de weggelaten elementen van de ervaring vaak in de loop van een behandeling boven water.
2. Herinneringen die bij nader inzien onjuist zijn, die betrekking hebben op ervaringen die zich in werkelijkheid helemaal niet in de beschreven situatie of plaats hebben afgespeeld.
3. Dekherinneringen die bestaan uit jeugdherinneringen die, op grond van een symbolische of andere overeenkomst, een scherm vormen over huidige, niet acceptabele verlangens van de dromer.

Dekherinneringen als onvolledige traumatische herinneringen zijn in termen van de dissociatietheorie op te vatten als de **niet of minst gedissocieerde elementen** van de traumatische ervaring. (Komen als eerste aan bod)

De dekherinneringen, als in feite onjuiste herinneringen, kunnen vaak gezien worden als **secundaire ideeën fixes**, ontstaan naar aanleiding van bepaalde traumatische ervaringen en bestaande uit fantasieën of dromen waarin het trauma wat betrokkenen, inhoud en plaats betreft, vervormd is.

Dissociatie versus verdringing.

Verdringing vertoont een grote verwantschap met dissociatie, echter moet er wel van onderscheiden worden. **Verdringing**: gebeurt van bewustzijn naar onbewustzijn en in horizontale vlak, bewuste en onbewuste stroom. 'wegdrukken'.. **Dissociatie**: verticale vlak. EP en ONP bestaan parallel, gelijktijdig aanwezige bewustzijnsstromen. 'ontvluchten'.

Het "triggeren" van traumatische herinneringen.

- Indien een getraumatiseerd persoon in een omstandigheid komt te verkeren die op een of andere manier lijkt op het doorgemaakte trauma, kan de traumatische herinnering met eventuele bijbehorende psychische structuur gereactiveerd worden en de sturing over het bewustzijn, gevoel en gedrag plotseling overnemen. Dit oproepen of reactiveren van de traumatische herinnering noemen we triggeren.

- Het bekendste voorbeeld is de flashback. Mensen die op het moment van de flashback in de nabijheid van de cliënt verkeren, kunnen op dat moment worden aangezien als mensen die bij de traumatische ervaring aanwezig waren.
- Triggers hoeven niet per se een gelijkenis te hebben met centrale kenmerken van de oorspronkelijke traumatische gebeurtenis. Als bij de persoon in kwestie maar via een associatief proces de verbinding met het trauma wordt gelegd, vindt de herbeleving plaats.

Triggers kunnen we als volgt onderverdelen:

- Aan de tijd gerelateerde stimuli
- Gebeurtenissen uit het dagelijkse leven
- De eigen gemoedstoestand van de persoon
- Specifieke fysiologische toestanden
- Stimuli die intimidaties reactiveren
- Actuele trauma's die hieronder met het verschijnsel van de "dubbele emotie" in verband worden gebracht.

Het verschijnsel van de dubbele emotie.

Deze term verwijst naar het feit dat een actuele traumatische gebeurtenis niet alleen aanleiding geeft tot een daarbij passende emotionele reactie van de persoon in kwestie, maar tegelijk ook de beelden en emoties van een vroeger trauma oproept. Het gevolg is een extra hevige emotionele beleving, waarin waarnemingen van het actuele trauma en beelden van het vroegere trauma door elkaar lopen.

Traumatische herinneringen en slaapstoornissen.

Het herbeleven van traumatische herinneringen in de vorm van nachtmerries wordt algemeen als een van de kernsymptomen beschouwd van posttraumatische stress. Nachtmerrie: REMslaap – dromen. Night terror: non-REM slaap – autonome activiteit als zweten, motorische onrust. Inslaap en doorslaapmoeilijkheden. Snacht minder psychische controle.

Traumatische herinneringen en onverwerkte rouw (traumatische rouw).

Met betrekking tot rouwproblematiek onderscheiden we drie apart syndromen:

1. Chronische rouw waarbij de relatie met de overledene door sterke afhankelijkheid gekenmerkt wordt
2. Ambivalente rouw waarbij die relatie conflictueus is geweest
3. Onverwachte rouw die optreedt na volkomen onverwacht overlijden.

In het laatste geval kan de manier waarop het slachtoffer is overleden, bij de nabestaande een trauma achterlaten. Naast het moeten verwerken van het verlies waarop de nabestaande in het geheel niet was voorbereid, wordt deze geconfronteerd met traumatische beelden van het sterven. De nabestaande leidt aan **traumatische rouw**. De traumatische herinneringen, waarop de persoon in kwestie immers met paniek en angst reageert, staan de verwerking van het verlies in de weg. Zij moeten eerst opgelost worden wil de rouwproblematiek behandeld kunnen worden.

Dit oplossen kan geschieden door het herinterpreteren van de beelden door de therapeut. Hierdoor wordt de fobie opgeheven, de nachtmerries van kwaliteit laten veranderen en het rouwproces op gang brengen. Echter zo'n herinterpretatie hoeft niet per definitie aan te slaan.

Hoofdstuk 4. POSTTRAUMATISCHE STOORNISSEN

Traumatische ervaringen kunnen aanleiding geven tot de ontwikkeling van uiteenlopende psychische of psychosomatische klachten en stoornissen. Dit totaal noemen we het **traumaspectrum**.

Psychische stoornissen welke hiermee in verband worden gebracht kunnen worden onderverdeelt in:

1. Historische diagnoses
2. Acute stressstoornissen
3. Chronische stressstoornissen
4. Dissociatieve stoornissen
5. Andere stoornissen en probleemgebieden.

Dit zijn allen stoornissen welke na een traumatische ervaring kunnen ontstaan.

1. Historische diagnose

Er zijn vele namen geweest voor traumatische neurosen. De wetenschap had moeite met het ontwikkelen van een eenduidige visie. Voorbeelden diagnoses: railway spine (letsel), Shell shock, KZ syndroom, schrikneurosen (Vietnam), ongevalsneurose, Gross stress reaction etc.

Traumatische neurosen:

Aan deze verschijnselen ligt een groot trauma ten grondslag. Echter de wetenschap is er nog lang niet uit hoe een en ander functioneert. De meest recente benaming is acute stress disorder en acute stress reaction.

Postconcentratiekamp- en "survivor" syndroom:

Dit syndroom is ook bekend onder de naam **KZ-syndroom**. Het bestaat onder meer uit een verminderde betrokkenheid bij de persoonlijke en sociale omgeving, verlies aan belangstelling voor dagelijkse bezigheden, apathie, pessimisme en afgenomen seksuele behoeften.

Ook de mensen die de oorlog hadden overleefd, niet in concentratiekampen hadden gezeten, konden dit soort verschijnselen krijgen. We noemen het dan **survivor syndroom**. Het wordt tegenwoordig algemeen erkend, dat een acute reactie op extreme oorlogsstress gevolgd kan worden door een latentieperiode waarin de persoon in kwestie geen klachten lijkt te hebben of tekenen vertoont van problemen met de assimilatie van diens traumatische herinneringen. Na een periode van vele jaren kunnen dan alsnog deze syndromen optreden.

2. Acute stressstoornissen.

Deze worden gekenmerkt door;

1. De persoon heeft een traumatische gebeurtenis meegemaakt met als kenmerken:
 - A) de persoon onderging, zag of werd geconfronteerd met een of meer gebeurtenissen waarbij sprak was van werkelijke dan wel dreigende dood of verminking, of een bedreiging van de lichamelijke integriteit van de persoon zelf of van anderen.
 - B) de reactie was gekenmerkt door hevige angst, machteloosheid of verschrikking.
2. Ofwel tijdens, ofwel na de schokkende gebeurtenis, vertoont de persoon drie (of meer) van de volgende dissociatieve symptomen:

- A) een gevoel van verdoving, onthechting of de afwezigheid van emotioneel reageren
 - B) een afname van de bewuste gewaarwording van de omgeving (in een roes verkeren)
 - C) derealisatie
 - D) depersonalisatie
 - E) dissociatief geheugenverlies (de onmogelijkheid om zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren)
3. De traumatische ervaring wordt aanhoudend herbeleefd op ten minste een van de volgende manieren: herhaalde beelden, gedachten, dromen, illusies, flashbacks of het gevoel de ervaring opnieuw te beleven, of toename van onlust bij terugdenken aan het trauma.
 4. Opvallende vermijding van triggers, prikkels die herinneringen aan het trauma oproepen (bijvoorbeeld gedachten, gevoelens, gesprekken, handelingen, plaatsen, bepaalde personen).
 5. Opvallende verschijnselen van angst of verhoogde arousal (bijvoorbeeld slaapproblemen, prikkelbaarheid, slechte concentratie, verhoogde waakzaamheid, versterkte schrikreactie, rusteloosheid).
 6. De stoornis veroorzaakt onlust of inperking van het sociale, beroepsmatige of andere belangrijke gebieden van functioneren die van klinische betekenis is. Of afname van het vermogen noodzakelijke dingen te doen, zoals het vragen van de aangewezen hulp, of sociale steun van familieleden.
 7. De stoornis duurt ten minste twee dagen en ten hoogste vier weken, en begint binnen vier weken na de schokkende gebeurtenis.
 8. De stoornis is niet het directe gevolg van het gebruik van middelen, of een lichamelijke aandoening.

Acute stress reactie: treedt op binnen 1 uur (hevige angst etc), duurt hoogstens twee dagen.

Stoornissen die hieronder vallen zijn: **combat stress reaction** en de **partus stress reaction**. Partus stress reaction: paniek bij de bevalling. Moeders kunnen daarna ook geen persoonlijke band met het kind opbouwen. Oorzaak: voorgeschiedenis van infertiliteit en gecompliceerde zwangerschappen -> vrees om baby te verliezen en konden zich niet afwenden van de gevreesde rampzalige uitkomst van de zwangerschap.

3. Chronische stressstoornissen.

A) Hieronder valt de **PTSS = posttraumatische stressstoornis**. De mate van dissociatie tijdens en na schokkende gebeurtenis zijn een predictor van de ontwikkeling van PTSS/. De PTSS wordt onderverdeeld in drie subgroepen:

1. Symptomen die betrekking hebben op het **herbeleven** van de traumatische gebeurtenissen:
 - A) terugkerende en indringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis.
 - B) herhaaldelijk akelig dromen over de gebeurtenis
 - C) plotseling handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw begint
 - D) Intens psychisch lijden bij blootstelling aan de gebeurtenissen die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken, of elk jaar op de dag dat het trauma plaatsvond
 - E) Fysiologische reacties op de blootstelling aan gebeurtenissen die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.

2. Symptomen die betrekking hebben op het hardnekkig **vermijden van prikkels** die bij het trauma hoorden of **afstomping** van de algemene reactiviteit:
 - A) pogingen gedachten of gevoelens horend bij het trauma te vermijden
 - B) pogingen activiteiten of situaties die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
 - C) onmogelijkheid zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren (psychogene amnesie)
 - D) duidelijke verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten.
 - E) gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
 - F) beperkt uiten van affect
 - G) gevoel van beperkter toekomst
3. Symptomen die betrekking hebben op een voortdurende **verhoogde prikkelbaarheid**:
 - A) moeite met inslapen of doorslapen
 - B) prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
 - C) moeite met concentreren
 - D) overmatige waakzaamheid
 - E) buitensporige schrikreacties

Iemands klachten komen in aanmerking voor de diagnose PTSS/ als er ten minste 1 uit de eerste, 3 uit de tweede en 2 uit de derde categorie aanwezig is. Bovendien moeten deze symptomen langer dan een maand duren.

B) Duurzame persoonlijkheidsverandering na een catastrofale ervaring:

Mensen die aan symptomen van criteria voor PTSS voldoen hebben vaak ook andere klachten (vb schaamte, haat/ dankbaarheid jegens dader, libidoverlies, wanhoop, vies/ vernederd voelen, zelfverwijt, verlies status).

Kenmerken bij de diagnose “Duurzame persoonlijkheidsverandering na een catastrofale ervaring”:

- een vijandige of wantrouwende houding tegenover de wereld
- sociale teruggetrokkenheid
- gevoelens van leegheid of hopeloosheid
- voortduren ‘op scherp’ staan
- vervreemding

De aandoening wordt vaak voorafgegaan door PTSS, de symptomen moeten ten minste 2 jaar aanwezig zijn.

DESNOS = Stoornis van extreme stress niet anderszins omschreven.

Vaak voldoen DESNOS patiënten ook aan de criteria van PTSS. Persoon heeft een grotere kans op DESNOS als het trauma langer heeft geduurd en de bescherming minder was, bv op jongere leeftijd. (Volwassenen ontwikkelen eerder PTSS).

De **symptomen** zijn:

- A. Veranderingen in **gevoels- of impulsregulatie** (*agressie, zelfmutilatie, onkwetsbaar voelen etc.*)
- Chronische en doordringende depressieve stemming of gevoel van leegte of van doodsheid
 - Lichamelijke zelfdestructieve handelingen, zoals zelfmutilatie
 - Chronische suïcidale preoccupatie
 - Te sterk onderdrukte woede of overmatig uiten van woede
 - Te sterk onderdrukte of overmatige expressie van **seksuele** behoeften
- B. Veranderingen in **aandacht of bewustzijn** (*disso episoden*)
- Voorbijgaande dissociatieve episoden
 - Depersonalisatie of derealisatie
 - Amnesie voor traumatische gebeurtenissen
 - Voortdurende preoccupatie met de victimisatie-ervaring
- C. Veranderingen in **zelfperceptie** (*gevoel blijvend beschadigd te zijn, schuld – schaamte, vernedering etc.*)
- Een algemeen gevoel ineffectief te zijn in de omgang met de omgeving, dat niet beperkt is tot de traumatische ervaring en dat varieert van een gebrek aan zelfvertrouwen tot volledige verstarring
 - Het geloof dat men blijvend beschadigd is door de stressor
 - Overdreven gevoel van schuld of verantwoordelijkheid voor het trauma
 - Voortdurende schaamte, verlegenheid of vernedering omdat anderen weet hebben van de traumatische ervaring
 - Het gevoel dat niemand anders de traumatische ervaring kan begrijpen
 - Onjuiste inschatting van de ernst van de verwondingen die door toedoen van de stressor zijn ontstaan
- D. Verandering in de **waarneming van de dader**
- Overnemen van verwrongen opvattingen van de dader met betrekking tot interpersoonlijk gedrag (bv geloven dat het ok is dat ouders sex hebben met kinderen, of dat echtgenoot vrouw slaat)
 - Onjuiste idealisering van de dader of paradoxale dankbaarheid (bv gegijzelde is dankbaar dat hij niet dood is)
 - Voortdurende preoccupatie met het pijn doen of vernederen van de dader
- E. verandering in **relaties met anderen** (*geen vertrouwen meer, zelf dader worden, kwetsbaarheid*)
- Onvermogen om anderen te vertrouwen of intiem contact met hen aan te gaan
 - Toegenomen kwetsbaarheid om opnieuw het slachtoffer te worden van een andere dader of traumatische gebeurtenis
 - Anderen slachtoffer maken op dezelfde manier als men zelf gevictimiseerd is
- F. Lichamelijke klachten (somatisering)
- Spijsverteringsstoornissen
 - Chronische pijn
 - Cardiopulmonale stoornissen
 - Conversie
 - Seksuele stoornissen
- G. Veranderingen in **betekenissystemen** (*overtuigingen, religie, toekomstbeeld*)
- Wanhoop en hopeloosheid met betrekking tot de toekomst
 - Verlies van eerder aangehangen overtuigingen zonder vervanging daarvoor

4. Dissociatieve stoornissen.

Dissociatieve stoornissen: stoornis of verandering van de normale integratieve functies van identiteit, geheugen, bewustzijn of waarneming van de omgeving. (iets te ruim begrip, en somatoforme klachten ontbreken)

We onderscheiden:

1. Dissociatieve amnesie
2. Dissociatieve fugue
3. Multiple persoonlijkheidsstoornis
4. Depersonalisatiestoornissen

Ad 1. Dissociatieve amnesie:

Beschrijving: amnesie voor een schokkende gebeurtenis, gedeelte ervan of van tijd voor of na de gebeurtenis. De dissociatieve amnesie begint plotseling, meestal na ernstige psychosociale stress. De stress heeft vaak betrekking op een dreiging van lichamelijk letsel of dood, onaanvaardbare impulsen (vb buitenechtelijke verhouding), onverdraaglijke situaties (vb in de steek gelaten zijn door echtgenoot). Komt veel voor bij oorlogsomstandigheden en seksueel misbruik in de kindertijd.

Voornaamste kenmerk: de cliënt kan één of meerdere perioden, belangrijke persoonlijke gegevens niet meer herinneren, en die te veel omvatten om als gewone vergeetachtigheid te worden bestempeld.

- Het kan een op zichzelf staande stoornis zijn of onderdeel van een meeromvattende PTSS.
- Aanzienlijk lijden of verstoring functioneren

Ad 2. De dissociatieve fugue

- Kenmerk: plotseling weggaan van huis of de werkplek en onvermogen eigen verleden te herinneren. *Zo'n fugue kan een periode duren (dagen, weken, maanden). Als je eruit komt, kun je amnesie hebben voor wat er gedurende de fugue tijd is gebeurd. Als je in de fugue zit, kun je je eigen verleden niet herinneren.*
- Verwarring over de eigen identiteit of aannemen nieuwe identiteit
- Aanzienlijk lijden of verstoring functioneren
- Het volgt op ernstige psychosociale stress en/of overmatig alcoholgebruik. Het komt voort uit dagdromen die het gevolg zijn van onbewuste motieven. Tijdens het dissociëren worden de fantasieën omgezet in gedrag.

Ad 3. Multiple persoonlijkheidsstoornis (MPS) = dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Kenmerken:

- Aanwezigheid van twee of meer persoonlijkheden binnen 1 persoon (elk met eigen betrekkelijk langdurig patroon van het zich bewust zijn van, het in verhouding staan tot en het denken over de omgeving en zichzelf)
- Ten minste twee van deze persoonlijkheden of persoonlijkheidsvormen bepalen regelmatig volledig het gedrag van betrokkene
- Onvermogen zich belangrijke persoonlijke gegevens te herinneren en die te veel omvatten om verklaard te kunnen worden door gewone vergeetachtigheid (blackouts, uit blackout komen in onbekende omgeving zonder te weten hoe er te

zijn gekomen, uitgebreide amnesie voor de jeugd na 5 jaar, andere vorm van amnesie tussen alterpersoonlijkheden)

- Niet het gevolg van gebruik van middelen of neurologische/ somatische aandoening
- De oorsprong ligt bij een in de jeugd doorgemaakt trauma.

Ad 4. Depersonalisatiestoornis:

Het vervreemd zijn van eigen lichaam en geest. Men beschouwt zichzelf niet als vertrouwd maar als vreemd en eigenaardig. Naast de stoornis kunnen deze symptomen ook bij andere stoornissen voorkomen – schizofrenie, DIS. Behoort tot de kernverschijnselen van de acute traumareactie, in het bijzonder bij kampoverlevenden.

Disso stoornis niet anderszins omschreven:

Voorbeelden die ook kenmerk van dissociatieve stoornis hebben maar niet 1 – 4 zijn:

- meer dan 1 persoonlijkheid maar die niet voldoet aan DIS criteria
- de omgeving als onwerkelijk ervaren (derealisatie) maar zonder depersonalisatie
- disso toestanden
- trance- toestanden (verminderd bewustzijn met verminderd / selectief reageren op prikkels uit omgeving)
- bewustzijnsverlies, stupor of coma die niet het gevolg is van somatische aandoening
- Ganset-syndroom: antwoorden geven die vaak 'net niet juist' zijn.

5. Andere stoornissen en probleemgebieden.

1. Borderline persoonlijkheidsstoornissen
2. Conversiestoornissen
3. Depressie
4. Psychosen
5. Dwangneurosen
6. Verslaving
7. Psychosomatische gevolgen
8. Persoonlijheidsveranderingen
9. "Vicarious traumatization"

Ad I. Borderline persoonlijkheidsstoornissen

Borderline persoonlijkheidsstoornis wordt algemeen gezien als ontwikkelingsstoornis, die reeds tijdens de eerste levensjaren aanvangt. Het is aannemelijk, dat tot de ongunstige opvoedingsomstandigheden, die kunnen leiden tot een BPS, tevens fysiek en seksueel misbruik van kinderen behoren. Daarom is het aannemelijk dat veel mensen met een BPS in feite een mengbeeld vertonen van een ontwikkelingsstoornis en een posttraumatische stoornis (vanwege chronische traumatisering in kindertijd). Het is belangrijk, dat het vinden van een verband tussen de borderline-problematiek en de, tot dan toe vaak geheim gehouden, traumatische achtergrond en het uitvoeren van daarbij passende behandeling vaak tot dramatische verbeteringen leidt bij deze patiënten die over het algemeen als zeer moeilijk behandelbaar worden beschouwd.

Basiskenmerk: voortdurend patroon van instabiliteit in stemming, relaties en zelfbeeld, beginnen in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, blijkend uit ten minste 5 van beneden genoemde kenmerken

1. Krampachtig proberen te voorkomen feitelijk of ingebeeld in de steek gelaten te worden

2. Een patroon van instabiele en intense relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatige idealisering en kleinering
3. Identiteitsstoornissen: uitgesproken en voortdurende onzekerheid over zelfbeeld of zelfgevoel
4. Impulsiviteit op ten minste twee terreinen die betrokkene mogelijk kunnen schaden, bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, overmatig veel eten
5. Terugkerende suïcidale dreigingen, gebaren, gedragingen of automutilatie
6. Affectabiliteit: opvallende wisselingen van een normale naar een depressieve stemming, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen
7. Chronisch gevoel van leegte
8. Onaangepaste, intense woede of gebrek aan beheersing van de woede, bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen
9. Tijdelijke, door stress opgeroepen achterdochtig denken of ernstige dissociatieve symptomen.

Veel DIS patiënten voldoen ook aan BPS diagnose, en andersom leiden ook veel BPS'ers aan DIS. Het essentiële verschil tussen BPS en DIS is, dat bij de BPS de persoon zich wel als 1 persoon blijft ervaren in de diverse situaties; geen identiteitswisselingen en amnestische periodes..

Ad 2. Conversiestoornissen.

Conversiestoornis: uiterlijk zichtbare manifestaties van onderbewuste ideeën fixes (die karakter van mentale beelden hebben). Janet toonde aan dat symptomen als contracturen en verlammingen niet het neuro-anatomisch model volgden, maar het beeld dat de patiënt had van de betreffende lichaamsfunctie ("mentale ongelukken"). Voorbeeld: verlamming zonder redelijke oorzaak. Hierbij is de patiënt zich niet bewust van het opzettelijk tonen van het symptoom.

Kenmerken in DSM (maar op Freud gebaseerd, niet heel goed)

- Symptomen van verlies van, of verandering in de willekeurige motorische of sensorische functies wat zou kunnen wijzen op een lichamelijke aandoening
- Psychische factoren worden verondersteld in etiologische zin samen te hangen met het symptoom wegens een verband in de tijd tussen een psychosociale stressfactor die kennelijk samenhangt met een psychisch conflict of verlangen en het begin of de exacerbatie van het symptoom
- Betrokkene is zich niet bewust van het opzettelijk tonen van het symptoom
- Het symptoom kan niet, na voldoende onderzoek, verklaard worden door een bekende lichamelijke aandoening, of het gebruik van middelen, en is niet ene binnen de cultuur geaccepteerde vorm van reageren
- De klachten veroorzaken aanzienlijk lijden of verstoring van het sociaal, beroepsmatig of andere belangrijke gebieden van functioneren
- Het symptoom is niet beperkt tot pijn of een seksuele functiestoornis

Nu wordt dit symptoom ook wel "dissociatieve stoornissen van motoriek en zintuiglijke gewaarwording" of "somatoforme dissociaties" genoemd. Hypnose vormt hierbij een middel om het onderliggende idee fixe te exploreren en eventueel te modificeren.

Ad 3. Depressie.

Kenmerken tobben, zich gespannen voelen, interesseverlies, geen toekomstperspectief zien en verminderde seksuele belangstelling. Depressie kun je tot de late verschijnselen van PTSS rekenen. De combi van een chronische PTSS met depressie komt vaak voor. Vitale uitputting is een toestand gekenmerkt door sterke en permanente gevoelens van vermoeidheid. Het heeft enkele overeenkomsten met depressie, maar is daar niet gelijk aan.

Ad 4. Psychosen.

Een kortdurende psychose (1 dag tot max 1 maand van psychotische symptomen) kan een traumatische oorsprong hebben. Psychosen schijnen wat vaker voor te komen bij mensen met een oorlogstrauma, incestervaring.

Psychose als gevolg van traumatische ervaring(en) kan een dissociatief karakter hebben:

- 1.) de psychose is omringd door disso verschijnselen
- 2.) de psychose zelf is een disso toestand
- 3.) een splitsing van de psyche heeft zich voorgedaan
- 4.) onderbewuste verschijnselen doen zich voor
- 5.) er is sprake van veranderde bewustzijnstoestanden; Dit komt onder meer tot uiting in de hoge hypnotiseerbaarheid van de patiënt.

In plaats van psychofarmaca psychotherapie is hier hypnotherapie aangewezen.

Een ernstige vorm van PTSS kan lijken op een schizofreen ziektebeeld. Flashbacks met herbeleving kunnen worden opgevat als hallucinaties, en de mededeling van de cliënt dat de wereld vijandig is, kan worden uitgelegd als een waandenkbeeld.

Ad 5. Dwangneurose.

Er is weinig geschreven over een verband met een trauma hierbij. Wel komen dwangverschijnselen voor bij cliënten met eetstoornissen.

Ad 6. Verslaving.

Een verslavend middel kan gebruikt worden om trauma herinneringen onder controle te houden (vorm van zelfmedicatie) of het kan ook dienen om aan actuele trauma omstandigheden te ontsnappen, zoals mishandeling door echtgenoot.

Ontstaat door:

- Persoon komt in depressieve toestand door traumatische ervaring of andere overbelasting
- Stimulerend effect alcohol bevredigt behoefte persoon aan stimulatie

Behandeling:

- Help de cliënt te minderen met het middel en het naleven van gezonde leefregels.
- Aanpakken van het onderliggende probleem / thema alcohol als ontsnapping/ oorzaak depressie wegnemen (vaak trauma)
- Niet zomaar het middel afpakken zonder dat er iets voor in de plaats komt (wat levert het op?).
- Leer patiënt zinvolle activiteiten te ondernemen waar eveneens een stimulerende werking vanuit gaat.

Ad 7. Psychosomatische gevolgen

Psychosomatische klachten vaak veroorzaakt door emotionele problemen. Voorbeelden: vroegtijdige veroudering, verhoogde bloeddruk, hartinfarct, asthma, maagzweren, reuma etc.

Alexithymie = afwijkend patroon van affectief en cognitief reageren bij mensen met psychosomatische ziekten: moeite met het onder woorden brengen van gevoelens & emoties en het onderscheiden van emoties en lichamelijke sensaties. Andere kenmerken zijn fantasiearmoede en een concrete denkwijze. Is het gevolg van sterke onderdrukking en regressie van gevoelens.

Hypochondere preoccupatie: pluriforme klachten over verschillende orgaansystemen, vaak met angst.

Eetstoornissen als anorexia nervosa en bulimia nervosa houden vaak verband met traumatische ervaringen, in het bijzonder incest.

Ad 8. Persoonlijkheidsveranderingen.

Symptomen van traumatische stress kunnen een permanent karakter aannemen en een onderdeel worden van de persoonlijkheid. Vooral op jeugdige leeftijd getraumatiseerden ervaren posttraumatische symptomen vaak als "bij hen behorend".

Voorbeelden:

- Negatieve hypochondrie: nooit ziek zijn of klachten aangeven.
- Hyperactiviteit
- Bewust worden van paranormale vermogens na een trauma.

Ad 9. "Vicarious traumatization".

Dit is het verschijnsel dat therapeuten die traumapatiënten behandelen, zelf het risico lopen getraumatiseerd te raken.

Dit lijkt op het posttraumatic stress disorder bij proxy, wat wil inhouden, het verschijnsel dat een kind de symptomen van een PTSS ontwikkelt, terwijl het niet zelf aan de schokkende gebeurtenis heeft blootgestaan, maar wel in nauw contact is met het slachtoffer, meestal een van de ouders.

Het vragen naar traumatische ervaringen!

Cliënten zullen in de praktijk over minder trauma's vertellen dan ze eigenlijk hebben meegemaakt. Komt door: er niet naar vragen en de cliënt die er amnesie voor heeft.

Tevens bleekt dat veel van de traumatische ervaringen bij genoemde stoornissen terug te voeren zijn op seksuele traumata / geweld in jeugd. Bij MPS is dat in meer dan 90% het geval. Deze stoornis wordt dan ook als een vroege jeugd PTSS beschouwd.

Het vragen naar traumatische ervaringen is. over het algemeen belastend voor de patiënt en onderzoeker, zeker als het ervaringen betreft die hij of zij nooit eerder verteld heeft of als deze ervaring betrekking heeft op seksueel en fysiek geweld in de kinderjaren.

Eisen waaraan de vragensteller moet voldoen:

1. De vragensteller moet zich rustig en op z'n gemak voelen.
2. Stel vragen rustig, direct en concreet (incest = te vaag en kan al weerstand oproepen)
3. Breng structuur aan, voorkom hiermee 'zwemmen' of teveel de 'diepte in te gaan.'

4. Cliënt kan vooraf aangeven of er onderwerpen vermeden moeten worden en dit respecteren
5. Aansluiten op de betekenis die de cliënt aan zijn ervaringen geeft
6. Respect tonen, oprechte belangstelling tonen, empatische houding, niet veroordelend en moraliserend
7. Cliënt wil zich begrepen voelen maar pas op voor tegenoverdracht als je trauma's teveel gaat 'begrijpen'

Vragen te stellen bij seksuele of fysieke traumata in de kinderjaren:

1. Heb je tot je twaalfde jaar steeds bij je beide ouders gewoond?
2. Herinner je je uit je kinderjaren vervelende seksuele ervaringen, bijvoorbeeld met een familielid of iemand anders die je kende? Met wie was dat? Hoe oud was je toen? Herinner je dat ook met andere mensen? Ben je verkracht? Kwam er voor zover je weet geweld aan te pas?
3. Was je als kind wel eens bang voor je moeder of vader? Wanneer was je bang en waarvoor? Hoe straffen je ouders je als ze boos op je waren? Werd je ook wel eens geslagen? Heb je hier wel eens verwondingen, blauwe plekken of hoofdpijn aan overgehouden? Werden alle kinderen bij jullie thuis even vaak zo gestraft? Heb je hier wel eens met iemand over gesproken? Heb je later in je leven (nog) wel eens meegemaakt dat je geslagen werd? Heb je later meegemaakt dat je tot seksuele contacten gedwongen werd die je niet wilde?

Tijdens zo'n interview komen traumata die het meest gedissocieerd zijn, en waar de patiënt het het moeilijkst mee heeft, niet aan bod.

Traumatische stoornissen en dissociatie:

Verskillende soorten psychische stoornissen:

1. Je hebt psychische stoornissen die door traumatische ervaringen zijn veroorzaakt (traumatische neurosen, acute stress stoornis, PTSS)
2. Dissociatieve stoornissen: doorgaans ook veroorzaakt door trauma ervaringen
3. Stoornissen die soms wel en soms niet aan trauma gerelateerd zijn (conversiestoornis, depressie, fobie/ paniekstoornis)

Stoornis gebaseerd op trauma wordt gekenmerkt door disso verschijnselen. Niet alleen voor de herinnering zelf maar ook in de vorm van uiteenlopende andere symptomen.

Posttraumatische aftakeling.

Bij veel getraumatiseerde mensen is er sprake van een verlaagd niveau van mentaal functioneren (verminderde spankracht) en een verminderde psychische energie. Dit komt tot uiting in een ruime verscheidenheid aan symptomen en klachten, zoals depressieve klachten, geagiteerd gedrag, angsten, psychosomatische klachten, verminderde impulscontrole, het niet meer aankunnen van de verantwoordelijkheid in het dagelijks leven en tenslotte, vitale uitputting.

De behandeling van deze mensen zal er eerst op gericht moeten zijn dat het niveau van mentaal functioneren verhoogd moet worden, alvorens de aandacht op de traumatische herinnering en andere dissociatieve problematieke kan worden gericht.

Hoofdstuk 5. Het herkennen van dissociatieve stoornissen, in het bijzonder de Dissociatieve Identiteits Stoornis (DIS)

Basiskenmerk van de dissociatieve stoornissen: een stoornis of verandering van de normale integratieve functies van bewustzijn, geheugen, identiteit, of waarneming van de omgeving.

Het stellen van de diagnose DIS is lastig o.a. omdat het ook aan andere psychiatrische stoornissen voldoen en cliënten zich vaak niet met dissociatieve klachten aanmelden maar met tal van andere. Daarom kan passende therapie soms wel vele jaren duren. Naast 'onderdiagnosticeren' bestaat er ook 'overdiagnosticeren.' Vooral mensen met borderline of theatrale persoonlijkheid zijn kwetsbaar voor het imiteren van DIS. Cliënten met DIS proberen dit te verhullen, bij nagebootste DIS wordt dit door de cliënt wel onder de aandacht gebracht. Vaststellen gebeurt met behulp van vragenlijsten en interview.

Het vaststellen van dissociatieve verschijnselen

Deze kunnen zijn;

1. Lacunes in het geheugen
2. Verwarring over eigen identiteit (gestoorde zelfbeleving)
3. Verandering in het bewustzijn: depersonalisatie en derealisatie.

Ad 1) Lancunes in het geheugen:

één van de gevolgen van dissociëren tijdens vroeger trauma kan zijn dat er later gedissocieerde episodes voorkomen. Mensen kunnen trauma jeugdervaringen zijn vergeten, gedeelten ervan of zelfs vele jaren en leeftijdsfasen. Cliënten met DIS zijn zich nauwelijks bewust van de **amnesie**. Ze geven voorbeelden die ze zelf als onbelangrijk afdoen zoals bv. van alledaagse handelingen die ze willen gaan doen, maar dan gedaan blijken te hebben.

Ad 2) Veranderingen in het bewustzijn

Depersonalisatie = dissociëren tussen het observeren en ervarend ego. Gevoel los te staan van eigen mentale processen of het lichaam, alsof die van buitenaf waargenomen worden. Dit gaat vaak gepaard met derealisatie.

Derealisatie = wijziging in de waarneming van de omgeving, het gevoel van realiteit over de wereld gaat verloren. Deze verschijnselen treden vaak het sterkst op tijdens of na angstige ervaringen, crises, periodes van slecht slapen en nachtmerries of innerlijke conflicten.

Ad 3) Verwarring over eigen identiteit (gestoorde zelfbeleving):

Cliënten met DIS geven aan dat er een voortdurende **interne strijd** is waarbij ze zichzelf **gespleten of niet als een eenheid** beleven. Het is een strijd van verschillende delen in henzelf die vaak als **stemmen** intern en soms van buitenaf worden gehoord. Vaak is er extreme spanning om erover te vertellen omdat dit wordt verboden door de binnenwereld.

Ad 1. Lacunes in het geheugen

Vragen:

- A) Maak je wel eens mee dat je in een auto of trein zit en opeens veel verder bent dan je gedacht had?
- B) Overkomt het je wel eens dat je naar de t.v. kijkt of naar iemand luistert en je opeens ontdekt dat je een gedeelte gemist hebt?
- C) Vragen over black-outs in het verleden worden eerlijker beantwoord: Is het vroeger op school wel eens voorgekomen, dat je een proefwerk kreeg of met een les bezig was die de hele klas kende, terwijl jij de stof nog nooit gezien had?
- D) Had je op school altijd dezelfde cijfers of wisselde dat soms sterk?
- E) Werd je vroeger wel eens beschuldigd van liegen of van dingen die je niet had gedaan?
- F) Kwam het wel eens voor dat je na school door moeder ervan beschuldigd werd dat je vaak veel te laat thuis kwam?

Indirecte vragen die betrekking hebben op "black-outs" zijn:

- A) Maak je wel eens mee dat je onder je bezittingen dingen aantreft waarvan je je niet herinnert hoe je daaraan gekomen bent?
- B) Merk je wel eens dat je iets wilt gaan doen en dat je tot de ontdekking komt dat je het al gedaan hebt?
- C) Gebeurt het wel eens dat je ergens bent en niet weet hoe je daar gekomen bent?
- D) Vind je wel eens briefjes of aantekeningen die jezelf gemaakt moet hebben maar die je niet herkent en niet thuis kunt brengen?
- E) Maak je het wel eens mee dat mensen je blijken te kennen die je zelf niet herkent?
- F) Vertellen mensen uit je omgeving wel eens dingen over je die volgens jou niet waar kunnen zijn?

Ad 2. Verwarring over eigen identiteit (gestoorde zelfbeleving).

Een serie vragen waarin weer een zekere opbouw zit, kan enig inzicht geven in de manier waarop cliënten het gefragmenteerd zijn van hun persoonlijkheid ervaren:

- A) Veel mensen hebben wel eens het gevoel dat er een strijd binnen hen plaatsvindt, omdat het ene deel dit wil en een ander deel iets anders. Heb jij dat ook wel eens? Gaat het om twee of om meerdere delen of kanten van jezelf, die in strijd zijn?
- B) Heb je wel eens het gevoel iets tegen je eigen wil te doen, alsof je gedwongen wordt door een ander deel in je?
- C) Heb je wel eens het gevoel dat er woorden uit je mond komen waar je geen controle over hebt?
- D) Heb je wel eens het gevoel dat het is alsof je je eigen gedachten hardop in je hoofd hoort?
- E) Hoor je wel eens stemmen in je hoofd die je vertellen wat je moet doen of commentaar geven op wat je aan het doen bent?

Ad 3. Veranderingen in het bewustzijn: depersonalisatie en derealisatie

Voel je je wel eens heel onwerkelijk, alsof je niet echt leeft of volledig als een automaat handelt? / Heb je wel eens het gevoel alsof je je in een droom of in een mist bevindt en de wereld van een afstand bekijkt? / Heb je ooit het gevoel gehad alsof je buiten jezelf geplaatst was, alsof je als een toeschouwer naar jezelf keek? / Heb je wel eens het gevoel als door een wolk naar de wereld te kijken? / Heb je wel eens de ervaring dat het is alsof je lichaam niet van jou is? / Heb je ooit het gevoel gehad dat je armen of benen groter of kleiner leken dan gewoonlijk? / Heb je ooit het gevoel gehad dat een deel van je lichaam niet verbonden was met de rest van je lichaam? / Ervaar je wel eens dat je

geen pijn of honger voelt? / Heb je ooit het gevoel gehad dat je omgeving onwerkelijk was of dat eigen vrienden of je eigen huis je vreemd voorkwamen?

Het bevestigen van het bestaan van dissociatieve persoonlijkheden: het is lastig DIS met zekerheid vast te stellen omdat persoonlijkheden tijdens zittingen zich niet zomaar manifesteren en je enkele maanden de persoonlijkheden zou moeten observeren. Elke persoonlijkheid bij DIS heeft consistent gedrag, verschillende motoriek, leeftijd, kijk op de wereld enz. Het bijhouden van een **dagboek** kan een hulpmiddel zijn voor diagnose.

Het gebruik van hypnose als diagnostisch instrument: mensen met DIS zijn in de regel zeer goed hypnotiseerbaar, toch is het af te raden om te gebruiken tijdens het diagnosticeren. Je zou ongewild kunnen meewerken aan het ontstaan van een nagebootste DIS.

De diagnose MPS

De belangrijkste klachten van MPS waarvoor de cliënt hulp zoekt zijn:

- Depressieve klachten met meervoudige suïcidepogingen
- Lichamelijke klachten, vnl. buikklachten en hoofdpijn
- Slaapstoornissen met vaak voorkomende nachtmerries
- Fobische klachten
- Somatoforme dissociatieve verschijnselen (conversieverschijnselen) als stemverlies
- Toeval verschijnselen zonder organische aanwijzingen
- Auditieve en visuele hallucinaties
- Zelfmutilatie
- Eetstoornissen

Amnesische perioden worden ontkent of daar bestaat ook amnesie over.

De andere persoonlijkheid laat zich tijdens de therapie niet zien, maar regisseert als het ware achter de coulissen de cliënt. Dit doet het o.a. door stemmen in het hoofd.

Behandeling

De behandeling moet als hoofddoelinden hebben:

1. Een goede **samenwerking** tussen disso persoonlijkheden t.b.v. vermindering van klachten,
2. een meer geïntegreerde persoonlijkheid. **Integratie** heeft niet alleen betrekking op trauma's maar ook op de eenwording van de disso persoonlijkheden

Over het algemeen kan men de groep cliënten indelen in een ontvankelijke en een niet ontvankelijke groep. Bij de laatste groep is met name stabilisatie en symptoomreductie van belang.