

Janina Fisher

# Innerlijke zelfvervreemding overwinnen na trauma

Het onderscheiden  
en verenigen  
van persoonlijkheidsdelen



Uitgeverij Mens!

Uitgeverij Mens!  
Brammershoopstraat 12/16  
7858 TC Eeserveen  
0599-74 50 47  
info@uitgeverijmens.nl  
uitgeverijmens.nl

*Vertegenwoordiging in België*  
Mythras Books, Antwerpen

*Vertaling*  
Ghislaine de Thouars

*Redactie*  
Vitataal tekst & redactie, Feerwerd, met medewerking van:  
Jolanda Treffers

*Omslagontwerp*  
Elzo Hofman, In Ontwerp, Assen

*Opmaak en vormgeving*  
Cathy Gerver, Studio Nico Swanink, Haarlem

*Druk- en bindwerk*  
Wilco BV, Amersfoort

Derde druk 2022

Original title: *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors:  
Overcoming Internal Self-Alienation*  
Copyright © 2017 Janina Fisher

Nederlandse uitgave: Copyright © 2018 Uitgeverij Mens!, Eeserveen, The Netherlands  
Authorised translation from the English language edition published by Routledge,  
a member of the Taylor & Francis Group LLC

Alle rechten voorbehouden inclusief het recht van reproductie in zijn geheel of in delen in welke vorm dan ook. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or disclosed, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN 978 94 6316 037 7  
NUR 777

# Inhoud

Dankwoord 11

Inleiding 15

- 1 De neurobiologische erfenis van trauma: hoe wij gefragmenteerd raken 45
- 2 Delen begrijpen, traumatische responsen begrijpen 69
- 3 Werken met veranderende rollen voor cliënt en therapeut 81
- 4 Leren om onze zelden te zien: een inleiding tot werken met delen 117
- 5 Vriendschap sluiten met onze delen: compassiezaadjes zaaien 135
- 6 Gecomplieerde behandeling: traumatische gehechtheid 175
- 7 Werken met suïcidale, zelfdestructieve, eetgestoorde en verslaafde delen 211
- 8 Behandelproblematiek: dissociatieve systemen en stoornissen 241
- 9 Herstel van het verleden: onze zelden omarmen 307
- 10 Herstellen wat verloren is gegaan: de verbinding met onze jonge zelden verdiepen 353
- 11 Veilig en welkom: de ervaring van verworven veilige gehechtheid 391

Bijlage A Vijf stappen naar ontmenging 421

Bijlage B Meditatiekring voor persoonlijkheidsdelen 423

Bijlage C Techniek voor innerlijke dialoog 427

Bijlage D Behandelmodel voor herstel van innerlijke gehechtheid 431

Bijlage E Logboek voor dissociatieve ervaringen 435

Bijlage F De vier vragen om vriendschap te sluiten 437

Register 439

## **Overzicht van diagrammen**

- 4.1 Het structurele-dissociatiemodel 122
- 4.2 Delen herkennen aan de rol die ze spelen 124
- 5.1 Het probleem tekenen 150
- 5.2 Via een diagram een oplossing voor het systeem  
in kaart brengen 152

# Inleiding

## Hoe dit boek is ontstaan

De diepgewortelde zelfvervreemding of intense zelfhaat van getraumatiseerde cliënten is zo ondoorgrondelijk dat therapeuten zich vaak gefrustreerd, onthand en niet bij machte voelen om aan de hulpvraag tegemoet te komen. Waarom lijken cliënten in staat van oorlog met zichzelf te verkeren? Of met ons? Hoewel de cliënt is gekomen voor verlichting van de zware last van traumagerelateerde symptomen en problemen, kan de opgave om zelfvervreemding in te ruilen voor zelfcompassie overweldigend of weerzinwekkend zijn. Noch de cliënt, noch de therapeut kent een taal om uit te leggen welke innerlijke strijd er wordt geleverd in de geest en in het lichaam van de cliënt. Binnen een geestelijke gezondheidszorg die afwijzend staat tegenover het idee dat de persoonlijkheid en identiteit kunnen fragmenteren en compartimentaliseren, worden therapeuten zelden opgeleid om afsplitsing op te merken, laat staan de strijd op leven en dood om zeggenschap die wordt gevoerd tussen zelden met tegenovergestelde doelen en instincten.

De reden waarom ik dit boek heb geschreven is dat ik bekendheid wil geven aan een manier om onze meest gecompliceerde en problematische cliënten te conceptualiseren. Vaak torsen ze een 'onomkeerbare' diagnose zoals een persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis II of zelfs schizofrenie mee. Binnen het veld van traumabehandeling hebben mijn landgenoten en ik drie decennia lang met vallen en opstaan kennis vergaard over trauma door ons te laten onderwijzen door cliënten: over hun binnenwereld, over hun intrusieve en overweldigende symptomen, en over hoe het is om te wonen in een lichaam dat is georganiseerd rondom de verwachting van vernietiging of verlating. Bij gebrek aan

een benadering die specifiek was toegesneden op de behoeften van getraumatiseerde cliënten, moesten we allemaal improviseren, nieuwe technieken en interventies ontwerpen, afwachten wat er werkte en daar dan aan vasthouden – hetzij omdat de interventies effectief waren, hetzij omdat cliënten ze als prettig ervoeren.

In de jaren negentig werd ik als wetenschappelijk medewerker en supervisor aan het Trauma Center van Bessel van der Kolk diepgaand beïnvloed door het neurologische onderzoek dat ons perspectief op trauma radicaal begon te veranderen en door Bessels geloof dat het lichaam ‘traumasporen’ oploopt (Van der Kolk, 2014/2016). We begonnen in te zien dat traumagerelateerde stoornissen geen stoornissen van gebeurtenissen waren, maar stoornissen van lichaam, hersenen en zenuwstelsel. Het neurobiologische perspectief veroorzaakte ook een tweede verschuiving in het denken: als de hersenen en het lichaam intrinsiek adaptief zijn, is de erfenis van traumatische responsen ook een weerspiegeling van een poging tot aanpassing in plaats van een bewijs voor pathologie.

Verschijselen die klinisch gepresenteerd worden hetzij als vastzitten en weerstand, hetzij als een onbehandelbare diagnose, hetzij als gedrag dat aan persoonlijkheidsstoornissen is gerelateerd, zijn binnen dit neurobiologische perspectief eenvoudigweg een uiting van de manier waarop iemand zich lichamelijk en mentaal heeft aangepast aan een gevaarlijke wereld waar alleen ‘bescherming’ was te vinden bij dezelfde verzorger die de cliënt in gevaar bracht. Elk symptoom is ooit een ingenieuze oplossing van het lichaam geweest om een schijn van veiligheid te bieden aan het zich ontwikkelende kind of de bedreigde volwassene. Inmiddels geloof ik dat een traumagerelateerd probleem dat de cliënt bij de hulpvraag aangeeft, in werkelijkheid een bewijs van grote moed is en een relevanter verhaal vertelt dan de gebeurtenissen die iemand zich bewust herinnert.

Naarmate ik meer bekendheid kreeg als expert op het gebied van traumabehandeling, klopten er steeds meer cliënten bij mij aan met de vraag: ‘Waarom word ik niet beter? Mijn therapeut en ik hebben een uitstekende relatie, maar er is geen enkel symptoom dat minder wordt. Volg ik de verkeerde therapie? Of is er iets mis met mij?’ Als ik hoorde wat cliënten en hun therapeuten tevergeefs hadden geprobeerd, kon

ik geen ‘fout’ of verkeerd gekozen behandeling ontdekken. Wel kon ik soms vanuit het perspectief van adviseur zien wat zowel de therapeut als de cliënt ontging: de cliënt was gefragmenteerd. Om zich te kunnen aanpassen was een splitsing van het zelf en van de identiteit noodzakelijk, en die splitsing was zo ingrijpend dat de binnenwereld van deze persoon in een slagveld was veranderd. Wat me ook opviel was de opluchting van deze cliënten als ik hun psycho-educatie gaf over dissociatieve splitsing als normale aanpassing aan trauma. Eerst gaf ik hun uitleg over de theorie van structurele dissociatie (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006), daarna vertaalde ik hun worsteling naar de taal van delen en de taal van dierlijke verdedigings- en overlevingsmechanismen, de hoeksteen van de structurele-dissociatietheorie. Terwijl ik aan het praten was, zag ik vaak aan hun gezicht dat ze het herkenden, alsof ik hun niets nieuws vertelde, maar hun alleen maar een taal aanbood om eindelijk te beschrijven wat ze al lang beseften, maar waarvoor ze nog geen woorden hadden gehad. Ze voelden zich niet gestigmatiseerd of nog ‘gekker’, maar waren eerder gerustgesteld door het structurele-dissociatiemodel. Het centrale principe – dat ze door het splitsen gewoonweg beter in staat waren geweest om zich aan te passen en te overleven in een onveilige wereld – hielp zelfs erg trotse, narcistische mensen om de fragmentatie te ervaren als een bevestiging van hun overleving en niet als het zoveelste bewijs van een tekortkoming van hun kant.

Terwijl ik op deze manier werkte met allerlei verschillende cliënten, werd het me steeds duidelijker dat er iets opmerkelijks gebeurde nadat zij hun verwonde, verloren en eenzame delen ‘adopteerden’ of liefdevol omarmden. De minachting voor zichzelf, de zelfhaat en de ontkoppeling begonnen spontaan plaats te maken voor zelfcompassie. Terwijl het idee van ‘aardig zijn’ en ‘zorgen’ voor zichzelf of compassie hebben met zichzelf weezin en vermijding opriep, kon iedere cliënt geholpen worden om zijn of haar kinddeel te ‘zien’ en er liefdevol en zorgzaam mee om te gaan. En naargelang ze relaties van innerlijke gehechtheid met die jonge zelden ontwikkelden, kon ik hen zien helen.

Wat helen inhoudt is uiteraard subjectief: voor sommige cliënten betekent het dat ze weer in staat zijn te functioneren, dat ze gewoonweg weer zeggenschap over hun eigen leven krijgen. Maar ik merkte op dat de cliënten die liefdevolle gehechtheidsrelaties begonnen te vormen

met hun jonge zelden, op een veel dieper niveau heelden. Doordat ik zag hoe ze een band opbouwden met het kind dat ze ooit waren geweest en voelden hoe hun schaamte en zelfhaat wegsmolten, raakte ik ervan overtuigd dat hun 'volwassen' linkerhersenhelft in staat was om een relatie aan te gaan met de 'kinderlijke' rechterhersenhelft, omdat die als onschuldig en klein werd ervaren en spontaan warmte en beschermingsdrang opriep. Doordat ze zich betrokken gingen voelen bij hun verweesde innerlijke kind, transformeerde hun innerlijke toestand en ontstond er eindelijk een warme, liefdevolle omgeving waarin ze zich veilig voelden. Het mooiste was nog wel dat het duidelijk was dat deze aanpak niet alleen een transformatie teweegbracht, maar voor cliënten ook nog eenvoudig was zodra ze elementaire vaardigheden hadden geleerd om innerlijke gehechtheidsrelaties met hun delen aan te gaan.

Het boek is bedoeld voor een breed scala aan therapeuten en voor een nog breder scala aan cliënten. Tijdens het schrijven wilde ik vooral problemen aankaarten die spelen bij chronisch getraumatiseerde mensen, zoals de cliënten die mij benaderen voor een consult. Deze mensen, jong en oud, doen hun uiterste best om te herstellen van de erfenis van hun trauma's en zijn verward als ze die niet kunnen verwerken ondanks goede therapie, effectieve behandeling, ondersteunende relaties of zelfs een bevredigend leven in het heden. Ook wilde ik een manier beschrijven om effectief en respectvol samen te werken met getraumatiseerde cliënten die de hoop en het vermogen om te functioneren hebben verloren of die afhankelijk zijn van ziekenhuizen, familieleden of geliefden om voor hen te zorgen tijdens hun worsteling met zelfdestructieve neigingen die leiden tot suïcidaal, zelfbeschadigend, verslavingsgerelateerd of eetgestoord gedrag. Hoewel onderzoek van de afgelopen decennia uitwijst dat er een relatie bestaat tussen vroegkinderlijke mishandeling en een latere diagnose van borderline-persoonlijkheidsstoornis, komt het maar zelden voor dat mensen met een borderlinediagnose worden behandeld als traumacliënten of dat ze worden herkend als mensen van wie de borderlinesymptomen logischerwijs en tragischerwijs voortvloeien uit de onveilige omstandigheden van hun jeugd.

De onbevooroordeelde Departments of Mental Health van de staten Massachusetts en Connecticut gaven mij de waardevolle gelegenheid



om het behandelmodel dat ik in dit boek beschrijf uit te proberen met een aantal van hun cliënten uit de hoogste risicogroep. Ik ontdekte dat een behandelmodel dat rondom traumagerelateerde splitsing en compartimentalisatie georganiseerd was, deze cliënten in staat stelde om te stabiliseren, om een leven buiten een psychiatrische instelling op te bouwen en om in te zien dat hun aanvallen op het eigen lichaam een dappere poging van het ene deel waren om kortstondig verlost te zijn van de pijnlijke, impliciete herinneringen van andere delen. Dit boek is ook bedoeld voor getraumatiseerde mensen die ‘het te boven zijn gekomen’, die de prestigieuze baan en het liefdevolle gezin hebben waar ze naar verlangden, die een aangenaam en bevredigend leven leiden, maar nog altijd worstelen om te genieten van de kwaliteit van leven waarvoor ze zo hard hebben geknokt. En het boek is ook bedoeld om hoop te bieden aan mensen die misschien wel stabiel zijn, maar van wie de innerlijke kwaliteit van leven nog altijd even somber en pijnlijk is als hun traumatische verleden, ondanks de veiligheid, de steun en het zinvolle werk in hun uiterlijke leven.

Het behandelkader dat in dit boek wordt beschreven, is niet bedoeld voor de behandeling van één specifieke diagnose. Het is bedoeld om te gebruiken met en ten behoeve van alle getraumatiseerden, ongeacht of iemand de diagnose posttraumatische-stressstoornis (PTSS) heeft gekregen of een gangbare traumagerelateerde diagnose zoals ADHD, bipolaire stoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis of een dissociatieve stoornis, of nog nooit met een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg heeft gepraat. Als jij, lezer, door andere mensen in de steek bent gelaten, bent aangevallen, bedreigd, verlaten, geterroriseerd of mishandeld en nog altijd de emotionele en fysieke erfenis van die ervaringen met je meedraagt, of als jij als hulpverlener met zulke mensen werkt, dan ben ik ervan overtuigd dat dit boek je zal aanspreken.

## **Fragmentatie en innerlijke machtsstrijd**

Tien jaar geleden begon mij een heel karakteristiek patroon op te vallen tijdens consulten met getraumatiseerde mensen die vroegen om

mijn advies als deskundige, zodat ze konden begrijpen waarom ze niet vooruitkwamen met hun behandeling. Deze cliënten deelden een uniek kenmerk: oppervlakkig gezien waren ze allemaal een geïntegreerd, heel persoon, maar er manifesteerden zich ook overduidelijke tekens van innerlijke fragmentatie. Ze ervoeren intense conflicten tussen enerzijds traumagerelateerde percepties en impulsen (bijvoorbeeld: ‘Het allerergste zal gebeuren’ of ‘Als ik niet als eerste wegga, word ik verlaten’) en anderzijds een beoordeling van gevaar in het hier-en-nu: ‘Ik weet dat ik hier veilig ben – ik zou mijn kinderen niet in dit huis laten wonen als het niet veilig was.’ Ze leden aan paradoxale symptomen: aan de ene kant wilden ze vriendelijk en medelevend tegen anderen zijn of een spiritueel leven leiden en aan de andere kant hadden ze last van intense woede of zelfs gewelddadige opwellingen. Zodra hun conflicten in kaart waren gebracht, werden de patronen beter waarneembaar en kregen ze betekenis. Beide kanten van het conflict wezen op een andere manier om het onoverleefbare te overleven, op een samenvoeging van tegenstellingen die zo vaak onlosmakelijk verbonden blijken zijn met traumatische ervaringen. Cliënten konden zich goed vinden in een verklarend model dat al hun reacties beschreef als logisch en noodzakelijk in de context van bedreiging of verlating, en dat deze reacties herdefinieerde als overlevingsresponsen van afzonderlijke delen van het zelf. Deze cliënten begonnen snellere, duurzamere vooruitgang te boeken.

Het theoretische model dat de beste verklaring biedt voor de fenomenen die deze mensen beschreven, was het structurele-dissociatiemodel van Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis en Kathy Steele (2004). Het model is geworteld in een neurowetenschappelijk perspectief en is in Europa algemeen aanvaard als traumamodel, zodat het goed aansloot bij mij, want ik ben een overtuigd aanhanger en woordvoerder van een neurobiologisch georiënteerde benadering van trauma en traumabehandeling. De theorie (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006) beschrijft hoe de aangeboren, fysieke structuur van de hersenen en de twee afzonderlijke, gespecialiseerde hersenhelften het mogelijk maken dat er onder omstandigheden die bedreigend zijn een ontkoppeling tussen de linkerhelft en rechterhelft plaatsvindt. Aangezien de linkerhersenhelft doorgaans positief, taakgericht en

logisch blijft denken en handelen tijdens een stresstoestand, wierpen deze schrijvers de hypothese op dat het ontkoppelde, linkerhelft-gedeelte van de persoonlijkheid op taken van het dagelijkse leven gericht blijft, terwijl de andere hemisfeer een impliciet rechterhelft-zelf herbergt dat in de overlevingsmodus blijft steken: voortdurend rekenend op gevaar, klaar om te vluchten, bevroren van angst, biddend om redding of te beschaamd om iets anders te doen dan zich te onderwerpen.

Bij iedere individuele cliënt kon ik zien dat het gemakkelijker was om bepaalde delen te erkennen of zich ermee te identificeren, terwijl andere delen gemakkelijker genegeerd konden worden of afgewezen als 'niet-ik'. Ook innerlijk waren er conflicten tussen de delen: was het veiliger om te bevriezen of te vechten? Om hulp te roepen? Gezien maar niet gehoord te worden? Ook merkte ik op dat de innerlijke relaties tussen deze gefragmenteerde aspecten van het zelf een reflectie waren van de traumatiserende omgeving waarvoor ze ooit een uitweg waren geweest. Het zelf dat door de linkerhersen helft gedomineerd wordt en zich op het heden oriënteert, zal de overlevingsgerichte, door de rechterhersen helft gedomineerde delen vermijden of veroordelen als eigenschappen die aangepast zouden moeten worden, terwijl de impliciete, aan de rechterhersen helft gerelateerde delen van de persoonlijkheid evenzeer vervreemd zullen zijn van wat zij ervaren als een zwakke of afwezige andere helft. Het functionerende zelf blijft stug doorgaan en probeert wanhopig 'normaal' te zijn – maar voelt zich daardoor vervreemd van de intrusieve communicatie van de delen of wordt erdoor overvallen.

## **De prijs van zelfvervreemding: een 'vals zelf'**

Cliënten die mishandeling, verwaarlozing en andere traumatische ervaringen hebben doorstaan, melden vaak dat zij beter functioneren door hun compartimentalisatie, maar dat zij vervolgens gebukt gaan onder het gevoel een bedrieger te zijn of te 'doen alsof'. Als cliënten niet beseffen dat elk deel van de persoonlijkheid vanuit een evolutionair perspectief even 'echt' en noodzakelijk is, kunnen zij de intense, tastbaar aandoende herinneringen van het 'niet-ik'-kind gemakkelijk verkeerd interpreteren als 'echter' dan de ervaring van het 'zelf dat

normaal doorleeft', dat koppig de ene voet voor de andere blijft zetten of 'blijft doorgaan met doorgaan', zelfs als het wordt geconfronteerd met overweldigende pijn. Zonder een verklarend denkmodel dat deze tegenstrijdigheden begrijpelijk maakt, kunnen mensen niet weten dat hun intense gevoelens en vervormde perceptie duiden op fragmentatie en geen bewijs zijn van bedrog of innerlijke tekortkomingen die worden gemaskeerd door het vermogen om te functioneren.

In de loop der tijd kunnen de meeste mensen deze zelfvervreemding alleen in stand houden tegen een prijs van steeds verder toenemende zelfverachting, ontkoppeling van emotie, verslaving of zelfdestructief gedrag en een verhevigende innerlijke machtsstrijd tussen kwetsbaarheid en controle, liefde en haat, nabijheid en afstand, schaamte en trots. Hoewel ze ernaar verlangen om geliefd, veilig en welkom te zijn, worden veel getraumatiseerde cliënten heen en weer geslingerd tussen angstig aan iemand vastklampen en juist iemand wegduwen, zelfhaat of weinig geduld hebben met andermans zwakke punten, verlangen om gezien te worden en verlangen om onzichtbaar te zijn. Jaren later vertonen zij tijdens therapie symptomen van angst, chronische depressie, lage eigenwaarde, vastlopen in het leven of diagnoses zoals PTSS, bipolaire stoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis en zelfs dissociatieve stoornissen. Omdat ze zich er niet bewust van zijn dat de symptomen niet alleen voortkomen uit de traumatiserende gebeurtenissen, maar ook door een innerlijke-gehechtheidsstoornis die de traumatische gehechtheid uit de vroege jeugd weerspiegelt, hebben de therapeut en de cliënt geen kader om de chaos en/of het vastlopen te begrijpen zodat die misschien al snel buiten het bereik liggen van hun beste behandelingspogingen.

## **Traumatische gehechtheid als complicatie in traumatherapie**

In de kringen van traumabehandelaars waar ik in de afgelopen vijftientig jaar als behandelend hulpverlener heb gewerkt, zijn generaties 'beste behandelmodellen' herhaaldelijk in twijfel getrokken doordat de kwetsbaarheid van cliënten werd getriggerd

door schijnbaar onschuldige stimuli, zodat ze werden meegesleurd in de ‘trauma-draaikolk’ en overweldigd werden door pijnlijke emoties en fysiologische responsen. Voor sommige cliënten voelt het heden nauwelijks beter dan het verleden. Sinds mijn postdoctorale wetenschappelijke werk in 1991 in de kliniek van Judith Herman en sinds ik in 1995 als supervisor en trainer ben gaan werken bij het Trauma Center van Bessel van der Kolk, hebben mijn collega’s en ik onder leiding van Bessel van der Kolk gezocht naar nieuwe methoden of interventies die onze cliënten misschien kunnen bevrijden van de verraderlijke gevolgen van het traumatische verleden. Maar ook al zijn de vernieuwingen stevast een verbetering ten opzichte van achterhaalde interventies, toch schieten ze altijd enigszins tekort. Alle nieuwe inzichten of vernuftige behandelmethoden helpen bepaalde cliënten die we voorheen niet wisten te bereiken, maar ze zijn nooit de oplossing voor iedereen – of ze verlichten bepaalde symptomen, maar verminderen andere niet. En voor sommige getraumatiseerde mensen lijkt het verloop van een behandeling zelfs op de lange termijn te bestaan uit twee moeizame stappen voorwaarts gevolgd door een stap achteruit, waarbij de cliënt het spreekwoordelijke rotsblok tegen een steile helling omhoog heeft geduwd tijdens de sessie van afgelopen week, om er tijdens de volgende sessie achter te komen dat de rots weer onderaan de heuvel ligt.

Nog problematischer is het verschijnsel dat de traumagerelateerde verlangens naar en angst voor relaties bij sommige cliënten allebei zo intens zijn dat de therapie en de therapeut geen veiligheid en troost bieden, maar eerder pijnlijke verlangens, wantrouwen, overmatige waakzaamheid en boosheid of juist angst en schaamte oproepen. Ik heb het boek geschreven in de hoop dat de behandelbenadering die ik hier beschrijf, deze cliënten en hun therapeuten kan helpen om deze problemen te omzeilen en op te lossen.

## **Vastlopen: traumagerelateerde innerlijke conflicten**

Op dit punt voelt de cliënt zich vaak slechter in plaats van beter en de therapeut begint te twijfelen aan zijn of haar eigen vaardigheden.

Beiden vragen zich af: 'Doe *ik* iets verkeerd?' Wat noch de cliënt, noch de therapeut beseft is dat een vastgelopen therapie een weerspiegeling is van traumagerelateerde innerlijke conflicten tussen gefragmenteerde zelden die worden uitgevochten op het podium van de psychotherapie. Als we twijfelen aan onze vaardigheden als therapeut of het gedrag van de cliënt veralgemeniseren tot overdracht of weerstand, dan missen we de gelegenheid om deelgenoot te worden van de re-enscenering die zich afspeelt in de innerlijke, gefragmenteerde wereld van de cliënt. Als die fragmentatie van de persoonlijkheid niet wordt begrepen kan dat leiden tot gelijktijdige, tegenovergestelde doelen zoals 'ik wil sterven' en 'ik moet beslist blijven leven', 'ik wil me hechten, maar ik wil niet dat iemand weet dat ik dat belangrijk vind' of 'ik veracht en verafschuw mezelf, ik kijk op naar anderen, maar ik veracht en verafschuw hen zodra ik zie dat ze geen haar beter zijn dan andere autoriteitsfiguren'.

Alhoewel ik het boek geschreven heb voor de therapeut die op zoek is naar manieren om alsnog hulp te bieden aan cliënten voor wie andere methoden niet passend of afdoende zijn geweest, heb ik het ook geschreven voor de getraumatiseerde die in therapie wil gaan. Sinds het begin van de jaren negentig heb ik gezocht naar subtielere, minder hertraumatiserende manieren om de effecten van traumatische ervaringen te behandelen. Ik vond het nooit kloppen dat een therapie voor mensen die diep verwond zijn geraakt, eenzelfde intense pijn zou moeten veroorzaken. Ik heb altijd geloofd dat het voor mijn cliënten al erg genoeg was dat hun kindertijd of adolescentie hun waren afgepakt, maar het was absoluut onaanvaardbaar om toe te staan dat de erfenis van trauma hun ook nog een volwassen leven zou ontnemen. En het is al evenzeer onacceptabel dat de verwerking van trauma net zo angstaanjagend en overweldigend zou moeten zijn als de vroegkinderlijke ervaringen zelf, en dat alle latere relaties, zelfs de therapeutische relaties, als even bedreigend worden ervaren als die in hun jeugd. Zolang we jong zijn hebben onze verzorgers een bijna complete zeggenschap over onze binnenwereld en de macht om niet alleen pijnlijke en prettige emoties op te roepen, maar ook om verwachtingen te wekken over de manier waarop relaties functioneren. Volwassenheid, met haar belofte van mogelijke autonomie, stelt ons eindelijk in staat om afstand te nemen van pijnlijke ervaringen,

om te kiezen in welke mate we iets of iemand vertrouwen en om te onderhandelen over grenzen en intimiteit – maar zo voelt het niet voor traumacliënten. Hun lichaam herinnert zich nog altijd de ervaring van geen zeggenschap hebben over genot of pijn. Bij de ontwikkeling van deze benadering was het mijn doel om trauma aan te pakken op een manier die zou aanvoelen als genezend, die zou getuigen van overleving in plaats van slachtofferschap; die in het lichaam warmte en prettige gevoelens zou oproepen in plaats van doodsangst.

Het is de bedoeling dat dit boek cliënten en therapeuten aanspreekt die werken met trauma, gehechtheidsstoornissen en dissociatie zoals die zich voordoen in complexe en tegenstrijdige symptomen, zelfvervreemding, innerlijke conflicten en moeizame therapeutische relaties of impasses. Therapeuten worden stelselmatig gehinderd door de effecten die zelfvervreemding heeft op de therapie: schaamte, bestraffende zelfhaat, separatieangst en verlatingsangst, zelfdestructief gedrag, onvermogen om zichzelf te kalmeren of te verzorgen, angst voor hoop, voor geluk en voor zelfcompassie. Opleidingen voor psychotherapeuten bieden weinig informatie over traumatische gehechtheid of hoe ongediagnosticeerde traumagerelateerde fragmentatie of splitsing een eenvoudige verwerking van trauma kan bemoeilijken, of over de behandeling van dissociatieve stoornissen als onderdeel van een constellatie van traumagerelateerde stoornissen. De genezing van traumatische verwondingen en traumagerelateerde fragmentatie hangt uiteindelijk af van de relatie die iemand heeft met zijn of haar zelf – of zelve. Zelfvervreemding zal altijd verwerking van het verleden belemmeren door het opwerpen van een innerlijke Berlijnse Muur die de aanvaarding dat ‘het’ is gebeurd in de weg staat, evenals het vermogen om het kind te verwelkomen dat het doorstaan en overleefd heeft.

## **Hoe dit boek is opgezet**

Net als elk ander boek weerspiegelt dit boek de ervaringen en theoretische denkkaders van de auteur. Als praktiserend clinicus ben ik verbonden geweest aan het Trauma Center van Bessel van

der Kolk (sinds 1996) en het Sensorimotor Psychotherapy Institute van Pat Ogden (sinds 2003) en daarom onderschrijf ik theoretische modellen omtrent trauma die zijn geworteld in de neurowetenschap en gehechtheidsonderzoek. Ik vind het belangrijk dat wij als therapeuten begrijpen waarom wij de ene behandeling of interventie kiezen en niet de andere. Zelfs als de interventies die ik kies niet meteen ‘succes’ hebben, kan ik nog steeds terugvallen op de theorie om te begrijpen waarom niet – zodat ik mijn volgende interventie kan baseren op wat er aan de vorige ontbrak. In de hoofdstukken die volgen, zal ik theoretische opvattingen over trauma, dissociatie, neurobiologie en gehechtheid integreren met een praktische, praktijkgerichte benadering van de behandeling van deze zaken, die voor zowel de cliënt als de therapeut toegankelijk zou moeten zijn. Om de cliënt te helpen om voorbij het niveau van praten te reiken heb ik voor deze manier van werken interventies geïntegreerd uit een aantal therapeutische benaderingen, zoals Sensorimotor Psychotherapy (Ogden et al., 2006), Internal Family Systems (Schwartz, 2001), op mindfulness gebaseerde benaderingen (Pollack, Pedulla, & Siegel, 2014) en klinische hypnose.

Toen ik een ontwerp opstelde voor een manier om klinisch te werken met het structurele-dissociatiemodel, praktiseerde en doceerde ik Sensorimotor Psychotherapy (Ogden & Fisher, 2015/2017; Ogden et al., 2006), zodat het vanzelfsprekend was dat ik mijn kennis over het lichaam en het zenuwstelsel integreerde met wat ik wist over delen van de persoonlijkheid vanuit mijn werk met cliënten met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Aangezien in de structurele-dissociatietheorie elk deel wordt gedreven door een dierlijk verdedigingsmechanisme (dat wil zeggen: vechten, vluchten, enzovoort), was het verband met het lichaam gemakkelijk te leggen. Hoe het lichaam vluchtgedrag organiseert verschilt duidelijk van de organisatie van vechten of geveinsde dood. Ik werkte al met de lichaamstaal van Sensorimotor Psychotherapy, maar ik had ook een taal nodig die passend was voor het werken met dissociatieve delen: een taal van delen. Jaren geleden heb ik voor mijn werk met DIS-clieënten zwaar geleund op Richard Schwartz’ (1995) benadering van Internal Family Systems (IFS), die therapeuten de taal van delen vloeiend leert spreken. Niet alleen wordt van hen gevraagd dat ze deze taal met hun cliënten spreken, er



wordt ook verwacht dat ze zich bewust worden van hun eigen delen. Aangezien zowel IFS als Sensorimotor Psychotherapy op mindfulness zijn gebaseerd, passen ze ook naadloos binnen mijn benadering van mindfulness van delen, waarin ik cliënten eerst help om voorlopig alleen hun lichaam en gemoedstoestanden te scannen op communicaties van hun gefragmenteerde zelden.

Wat mij aanvankelijk had aangetrokken in IFS voor mijn werk met DIS, was het concept van 'zelf' en 'zelf'-leiderschap (Schwartz, 2001). 'Zelf' verwijst naar aangeboren eigenschappen die ieder mens in onbeschadigde vorm bezit, hoeveel mishandeling en trauma hij of zij ook heeft meegemaakt. Voorbeelden van zulke eigenschappen zijn nieuwsgierigheid, helderheid (het vermogen tot metabewustzijn of -perspectief), creativiteit, rust, moed, vertrouwen en verbondenheid. Binnen IFS vloeit genezing voort uit de inzet van deze eigenschappen als tegengif voor de pijnlijke ervaringen van de verbannen kinddelen. Ik had een groot stabiliserend effect gezien bij mijn DIS-clieënten als ik de groei van deze eigenschappen bij hun volwassen zelf bevorderde en hun kinddelen leerde om hulp te vragen van een 'zelf-leidend', verstandig volwassen zelf, dat hen kon bijstaan bij hun angsten en eenzaamheid. Toen ik merkte dat fragmentatie niet alleen optrad bij cliënten met dissociatieve stoornissen, kwamen het structurele-dissociatiemodel en IFS goed van pas. De structurele-dissociatietheorie is een traumatheorie die in gelijke mate van toepassing is op cliënten met PTSS, complexe PTSS en een borderline-persoonlijkeitsstoornis. IFS is een delentheorie die op ieder mens van toepassing is, niet alleen op getraumatiseerde mensen met dissociatieve stoornissen. Gesteund door deze ideeën begon ik mijn eigen melange van interventies en technieken vanuit Sensorimotor Psychotherapy en IFS te gebruiken bij cliënten met complexe PTSS, die voor een consult kwamen en verschillende benaderingen wilden uitproberen. Ook gebruikte ik mijn melange steeds vaker met cliënten die waren vastgelopen of te maken hadden met een crisis, grote verwarring of 'terminale ambivalentie'. Net als in het geval van borderlineclieënten zorgden aandachtig bewustzijn en de toekenning van elk symptoom aan delen (gebaseerd op IFS) voor een adempauze waardoor cliënten nieuwsgierig konden worden naar deze

delen, minder bang werden, en zelfs empathie voor de delen gingen voelen.

Hoofdstuk 1, *De neurobiologische erfenis van trauma: hoe wij gefragmenteerd*, schetst het uitgangspunt met een beschrijving van dissociatief splitsen en fragmentatie als adaptieve respons op abnormale ervaringen. Om afstand te nemen van overweldigende gebeurtenissen en het gevoel van een 'goed ik' te behouden, moeten cliënten de persoonlijkheidsstoelstanden verwerpen waarvoor ze zich schamen, die hen intimideren of die ze ervaren als 'niet-ik', zodat ze ook het trauma kunnen verwerpen (Bromberg, 2011). Het vermogen om twee parallelle reeksen ervaringen op te slaan in één brein en lichaam wordt ondersteund door het split-brain-onderzoek in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw (Gazzaniga, 1985) en door neurologisch onderzoek met hersenscans tussen 1990 en 2010. Daaruit bleek dat traumatiserende gebeurtenissen worden opgeslagen als impliciete emotionele en fysieke toestanden, en niet in de vorm van een chronologisch verhaal. De introductie van het structurele-dissociatiemodel in 2000 bood de eerste neurologische verklaring voor dissociatieve splitsing en compartimentalisatie (Van der Hart et al., 2000). In tegenstelling tot eerdere modellen van dissociatieve fragmentatie legt deze theorie niet de nadruk op de compartimentalisatie van het geheugen. De centrale stelling is dat structurele dissociatie een overlevingsgerichte adaptieve respons is op de specifieke eisen van een traumatiserende omgeving, en deze respons maakt een splitsing van de linker- en rechterhersenhelft mogelijk, waardoor de verwerping van 'niet-ik'-delen of traumagerelateerde delen wordt ondersteund, evenals het vermogen om te functioneren zonder een besef dat men getraumatiseerd is. De splitsing ondersteunt ook de ontwikkeling van door dierlijke verdedigingsmechanismen aangestuurde delen van de persoonlijkheid die dienen om te overleven in gevaarlijke omstandigheden.

Hoofdstuk 1 biedt een theoretisch fundament voor traumawerk vanuit een neurobiologisch perspectief en verklaart de noodzaak van een op delen gebaseerde benadering van de behandeling. Door te werken met een delenbenadering kunnen therapeuten effectiever werken met cliënten met complexe stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen.

# Register

## A

aandachtig getuige zijn 256  
aandachtig opmerken 140, 353  
aangeboren neiging 53  
aanpassing, lichamelijk en mentaal 16, 120  
achterover leunen tijdens therapie 369, 427  
acting in 121  
acting out 121  
adaptieve projectieve identificatie 416  
adempauze 27  
adrenaline 70, 218  
affecttolerantie 102, 176  
afstemming 30, 350, 366, 374, 384, 408, 415  
    tussen kind en verzorger 325  
afzonderlijke momenten van  
    gefragmenteerde ervaringen 263, 407  
agressie, als therapeut werken met 294  
amygdala  
    en mindfulness 137  
    geactiveerde 73, 86, 96  
    overlevingsresponsen 70  
andere gespecificeerde dissociatieve  
    stoornis (AGDS) 57, 121  
angsten, innerlijke 380, 428  
angst zonder uitweg 178  
anorexia 219  
autobiografische herinneringen 177  
autonome arousal 219  
    disregulatie 227  
    reguleren 369  
autoregulatie 176

## B

baby  
    dialoog met moeder 205  
    hechting aan moeder 175, 416  
    reageren op beangstigende  
        gehechtheidspersoon 178  
    resonantie met moeder 384  
bedrieger, gevoel een ~ te zijn 46  
behandeling  
    meerdere bewustzijnstoestanden 84  
    traumageoriënteerde 83  
    vastlopen 23, 82  
    voorgeschiedenis als symptoom van  
        innerlijke splitsing 59  
    weerstand tegen 82  
Benjamin, J. 182  
beschaamd deel 141, 146, 157, 236, 312  
beschermend deel 310, 381  
    nieuwe doelstelling en missie 383  
besluiteloosheid als symptoom van  
    innerlijke splitsing 60  
Bessel van der Kolks Trauma Center 16, 23, 25  
betekenis toekennen 96, 131, 164  
    versus onderscheidend  
        waarnemen 141  
bevriezend deel 71, 127, 131, 167, 203, 209, 222, 237, 416  
    en overdracht 189  
bewegingsinterventie tijdens  
    therapie 112  
bewustzijn  
    gaten overbruggen 278  
    ononderbroken 269

borderline-persoonlijkheidsstoornis 27,  
57, 121, 180, 242  
verwarring met onveilig-  
gedesorganiseerde gehechtheid 195  
brandweerdeel 50, 227  
breuk en herstel 368, 417, 431

## C

cliënt  
te meegaand 379  
veranderende rol van 81  
coherentie 402  
narratief 402  
compartimentalisatie  
zie dissociatieve  
compartimentalisatie  
conflicten tussen gehechtheidzoekend  
en vluchtdeel, impact op therapie 187  
controlerend-bestaftend gedrag 181,  
221  
controlerende  
gehechtheidsstrategieën 181, 221  
controlerend-zorgend gedrag 181, 221  
corpus callosum 51  
cortisolafgifte 70

## D

deelgenoot van de getuigenis 94  
delen  
aanvaarding en afstemming op 415  
aanvaarding van gedisreguleerde  
delen 411  
activiteit ontcijferen 263  
autonoom functionerende 254  
behandelbenadering 84  
beschaamd 312  
bewustzijn van delen door de  
therapeut 196  
communiceren met 374, 410  
delen zien 148  
disidentificeren met  
traumagerelateerde delen 323  
emotioneel contact met kinddeel  
ontwikkelen 337  
empathie voor 109, 146, 366, 372,  
392, 432  
en relatie met huidig leven 164

erkennen/integreren 39, 48, 236, 308  
gastvrijheid bieden door gastheer of  
-vrouw 162  
herkennen en begrijpen 65, 109, 117  
informerend over het heden 289  
innerlijke worsteling tussen  
delen 130  
interesse voor 137  
kalmeren om triggeren van andere  
delen te voorkomen 234  
model 32, 49  
niet veroordelen 281  
nieuwe doelstelling en missie 383  
normaal doorlevend deel,  
samenwerking met andere  
delen 260, 298  
ontbreken van bewust besef 274  
ontmengen 33, 36, 42, 132, 150, 156,  
262, 277, 292, 324  
orde herstellen 258  
overdracht tijdens therapie 189  
samenwerking van therapeut met één  
deel voorkomen 203  
signalen van aanwezigheid  
herkennen 129  
stem geven 431  
switchen 145, 270, 280  
taal van delen 50, 127, 165, 197, 201,  
292  
therapeut als coach 282  
therapeut luistert naar delen 196  
triggeren van andere delen 235  
vermengen met 33, 102, 143, 155,  
262, 277, 312, 409  
verschuiven van delen 142  
vijf stappen naar ontmenging 421  
vriendschap sluiten met de eigen  
delen 171  
waarnemen 137  
zelfdestructieve delen erkennen 230  
zorgen uiten 366  
depersonalisatie 246  
depressie 22, 47, 58, 65, 71, 81, 235  
derealiserend 246  
dialectische gedragstherapie (DGT) 227  
dierlijke verdedigingsmechanismen 55,  
122, 228

dissociatief splitsen 17, 19, 28, 53, 121  
 als mentale vaardigheid 395  
 ontkenning van 48  
 symptomen 59  
 traumagerelateerd 17, 19  
*zie ook* dissociatieve  
 compartimentalisatie; dissociatieve  
 fragmentatie

dissociatieve amnesie 245

dissociatieve compartimentalisatie 45,  
 121, 270, 274  
 helen 395, 401  
*zie ook* dissociatieve fragmentatie;  
 dissociatief splitsen

dissociatieve fragmentatie 19, 28  
 biologische basis van 51  
 mishandelde kinderen 45  
 signalen herkennen 56  
 symptomen 58  
 verloochening 48, 118, 120, 409  
*zie ook* dissociatieve  
 compartimentalisatie; dissociatief  
 splitsen

dissociatieve fugue 245

dissociatieve identiteitsstoornis  
 (DIS) 26, 57, 121, 145  
 herkennen 242  
 omstreden 241  
 onderdiagnostiek 123

dissociatieve stoornissen 36, 49  
 beoordelingsinstrumenten 249  
 diagnosticeren 245  
 moment bepalen voor diagnose 247  
 omstreden 241  
 onderdiagnostiek 123

Dissociative Experiences Scale 250

dood veinzen 26, 29, 70, 101, 118, 178

Dorahy, M.J. 246

dorsaal vagaal systeem 219

duaal bewustzijn 156, 163, 269, 292, 321,  
 324, 335  
 als behandelbenadering 85  
 en mindfulness 137, 148, 419  
 vasthouden 367

dyadische dans van therapeut en  
 cliënt 204

**E**

eetstoornissen 188, 218  
 neurobiologische basis voor 35  
 ontwikkeling tijdens puberteit 224

emoties  
 ervaren als bedreigend 214  
 ondraaglijke emoties beteugelen 215  
 zelfregulatie 215

emotionele resonantie 30, 371, 384, 404,  
 410

empathie voor de eigen delen 109, 146,  
 366, 372, 392, 432

empathisch tekort 192

endorfinen 218

enkelvoudig-bewustzijnsmodel 30

erotische overdracht 185

ervaring, gevoelde beleving oproepen  
 van 337

existentiële veilige gehechtheid 403,  
 404, 414

expliciete herinneringen 75  
 erkennen 89

Eye Movement Desensitization and  
 Reprocessing (EMDR) 138

**F**

fasegericht behandelmodel 84, 88

fobie voor therapie en de therapeut 182

fragmentatie  
*zie* dissociatieve fragmentatie

fugue, episoden van 245

**G**

gastvrijheid bieden aan het zelf 162

Gazzaniga, M.S. 277

geconditioneerd aangeleerd gedrag  
 afleren 268

gehechtheid 39  
 als somatische en emotionele  
 ervaring 408  
 angst voor innerlijke 341  
 controlerende strategieën 181, 221  
 drang tot 117  
 en zelfdestructief gedrag 220  
 erfenis van transgenerationale 404  
 existentiële veilige 403, 404, 414  
 gehechtheidsrelaties ontwikkelen 336

- herdefinitie van onveilig-  
gedesorganiseerde 187
  - herinneringen aan
    - vroegkinderlijke 176
  - herstel van innerlijke
    - gehechtheidsrelaties 346, 417, 431
  - innerlijke 341, 368, 417, 431
  - innerlijke ~ ontwikkelen 368
  - manifestaties van onveilig-  
gedesorganiseerde 191
  - met beangstigende verzorger 178
  - naar gehechtheid verlangend  
deel 125
  - onveilig-gedesorganiseerde 176, 178,  
195, 295, 312, 313
  - resonantie tussen moeder en  
kind 384
  - traumatische 22, 33, 175
  - type D 178
  - veilige 39, 325, 336, 371
  - veilige ~ ontwikkelen 388
  - verworven veilige 34, 39, 41, 114, 136,  
333, 389, 391
  - vorming in kindertijd 102
  - Gehechtheidsbiografisch Interview  
(GBI) 42
  - gehechtheidspersonen
    - als bron van gevaar 178
    - conflicterende nabijheidzoekende  
neiging en vecht- en  
vluchtresponsen 53
    - conflicterende nabijheidzoekende  
neiging en vecht- en  
vluchtresponsen 220
    - veilige gehechtheid ontwikkelen 325
  - gehechtheidzoekend deel 138, 151, 184,  
221, 288, 295
    - en overdracht 189
    - relatie met het vechtdeel 194
  - geparentificeerd kind 119, 221
  - gerichte mindfulness 137
  - 'goed kind' 45, 120
  - Grigsby, J. 72
- H**
- Hart, O. van der 20, 53, 54, 86, 182
  - heden
    - aanwezig zijn in het heden 78
    - verbinden met het verleden 265, 366
  - helen, de subjectieve aard van 17
  - helend verhaal 403
  - herinneren
    - acties en reacties 75
    - ongevraagd 74
    - sprakeloosheid 95
  - herinneringen 29
    - autobiografische 177
    - erkenning van expliciete en  
impliciete 89
    - ervaringen inbedden in een  
neurobiologisch gereguleerde  
omgeving 91
    - expliciete 75
    - geheugenproblemen als symptoom  
van innerlijke splitsing 61
    - gevoelsherinneringen 176
    - impliciete 48, 75, 130, 176, 185, 226,  
392, 431
    - onthullen 255
    - pathogene kernen 86
    - respons van hersenen op 73
    - rol van het geheugen 357
    - spontaan herinneren 46
    - transformatie 79, 114
    - traumatisch ~ ophalen 47
    - verwerken 113, 156, 355
    - verwerking van 30
  - herinneringen verwerken 30, 113, 156,  
355
  - Herman, J. 23
  - hersenen
    - linkerhersen helft 38, 73, 85, 277, 362,  
405, 419
    - meerdere bewustzijnstoestanden  
vasthouden 85
    - negativiteitsfout 74
    - rechterhersen helft 20, 38, 85, 363,  
405, 419
    - respons op traumatische  
herinnering 73
    - splitsing van rechter- en  
linkerhersen helft 20, 28, 49, 121
  - herstellende ervaringen 374
  - Hesse, E. 178
  - hippocampus 72

hypnose, klinische 26, 85, 138  
hypothalamus in overlevingsrespons 70

## I

identiteitsverwarring 246  
identiteitswijziging 246  
impliciete herinneringen 48, 75, 130, 176, 185, 226  
  bang zijn voor 213  
  erkennen 89  
  oproepen tijdens therapie 83  
  verbonden met triggers 392, 431  
impulsen tot zorgzaamheid  
  ontwikkelen 380  
impuls om te vertellen 94  
innerlijk splitsen  
  *zie* dissociatief splitsen  
innerlijke achterdocht en angst 380  
innerlijke dialoog 270, 278, 293, 348, 354, 369  
  aangaan 365  
  compassie bieden aan kinddelen 370  
  en vier vragen om vriendschap te sluiten 375  
innerlijke gehechtheid  
  angst en fobieën voor 341  
  herstellen 346, 418, 431  
  ontwikkelen 368  
  *zie ook* gehechtheid  
instant-vermenging 157  
integratie  
  definitie 391  
  van het zelf 39, 49, 176, 236, 317  
interactieve regulatie 176  
Internal Family Systems (IFS) 26, 50, 130, 138, 227, 300, 369  
  concept van zelf 166  
  vermenging van delen 142

## K

kalmeren, delen 236  
kaping, dissociatieve 57, 99, 126, 145, 188, 231, 254, 261, 267, 311  
kind  
  breuk en herstel 368, 417  
  coregulatie met verzorger 325  
  gefragmenteerd raken 46

hersenenontwikkeling en  
  dominantie 51  
  overlevingsresponsen  
    op beangstigende  
      gehechtheidspersonen 178  
kindeel 27, 33, 60, 76, 87, 90, 98  
  aanvoelen 38, 348  
  andere delen laten zorgen voor 328  
  band opbouwen met normaal  
    doorlevend deel 18, 329, 358  
  communiceren met 374  
  compassie bieden aan 370  
  emotionele band ontwikkelen  
    met 336  
  empathie voor 109, 146, 366, 372, 392, 432  
  en emoties 214  
  ‘goed kind’ 45  
  horen 417  
  luisteren naar en reageren op 320  
  onder de vleugels nemen 333  
  ‘slecht kind’ 21, 45, 109  
  veilige plekken in het normale  
    volwassen leven 396  
klinische hypnose 26, 85, 138  
Kolk, B. van der 16, 23, 26, 73, 79  
Korzekwa, M. 124, 242  
Kurtz, R. 357  
kwetsbaarheid 110, 119, 135, 192, 213, 225, 234, 311, 381  
kwijtgeraakte tijd 245, 265, 280

## L

lichaam  
  aanpassing aan trauma 16  
  als gedeeld geheel 110  
  gebruik van ~ om verlichting te krijgen 217, 224  
  hulpmiddel om gehechtheidsrelaties te vormen 336  
lichaamstaal 112  
liefdevolle aanwezigheid 357  
linkerhersenhelft 73, 85  
  afsplitsing van rechterhersenhelft 20, 28, 50, 121  
  bij dissociatieve stoornissen 38  
  concentreren op dagelijkse bezigheden 21

- functies 363
- retrospectief bewustzijn
  - ontwikkelen 277
  - traumaverwerking 419
  - veilige gehechtheid 405
- Liotti, G. 53, 180
- logboek voor dissociatieve
  - ervaringen 43, 280, 435
- M**
- Main, M. 178
- mediale prefrontale cortex 85
- meditatiekring voor
  - persoonlijkheidsdelen 375, 423
- meervoudig bewustzijn 30, 50
  - behandelbenadering 84
- meervoudige
  - persoonlijkheidsstoornis 241
- meervoudigheid 50
- Meichenbaum, D. 79, 131, 141
- middelenmisbruik
  - verlichting biedend 219, 225
- mindfulness 85, 135, 292, 321, 351, 423
  - benadering 27, 37, 40
  - geëxternaliseerde 148
  - gerichte 137
  - in traumabehandeling 137
- moeder
  - dialogoog met baby 205
  - hechting met baby 416
  - resonantie met baby 384
  - zie ook* verzorger
- Myers, C. 54
- N**
- nabijheidzoekend gedrag 53, 117, 294
  - conflicterend met veiligheid 178, 220
- narratief van chronologische
  - gebeurtenissen tijdens therapie 46, 82, 88
- narratieve coherentie 402
- narratieve expressie 256
- negativiteitsfout 74
- neurobiologische regulatie door
  - therapeut 102
- nieuwsgierigheid naar het eigen
  - zelf 127, 137, 139, 263, 331, 354, 417, 427, 432
- Nijenhuis, E. 20, 53, 86, 182
- normaal doorlevend deel 71, 122, 141, 150, 152, 186, 187
  - band opbouwen met kinddeel 358
  - compassie bieden aan kinddelen 370
  - contact leggen met 167
  - erkenning door de therapeut 308
  - gedisreguleerde delen
    - aanvaarden 411
  - grotere aanwezigheid 284
  - ondersteunen 400
  - prefrontale cortex inschakelen 260
  - samenwerking met andere delen 207, 260, 298, 329, 350
- O**
- Ogden, P. 26, 267
- onderwerpend deel 138, 141, 207, 221
  - en overdracht 189
- ongevraagd herinneren 74
- ononderbroken bewustzijn 269
- ontbrekende ervaringen 405, 415
- ontmengen met eigen delen 33, 36, 42, 132, 150, 156, 262, 277, 292, 324
  - vijf stappen naar 421
- onveilig-gedesorganiseerde
  - gehechtheid 176, 178, 195, 295, 312
  - herdefiniëren 187
  - manifestatie van 191
  - op eenjarige leeftijd 53
- onveilig gedrag 35, 193
- oogcontact 177
- oppositieel-opstandige
  - gedragsstoornis 180
- organiciteit 300
- ouder
  - afhankelijkheid van 117
  - regulatie van zenuwstelsel kind door
    - kalmering 102
  - zie ook* moeder
- overdracht van delen naar therapeut
  - tijdens therapie 189
- overeten 219
- overlevingsgedrag 82
  - innerlijke conflicten 130
  - veranderen 291



overlevingsresponsen 17, 20, 28, 46,  
70, 118, 130, 206, 307  
van kinderen tegenover  
  beangstigende verzorgers 178  
overmatige waakzaamheid 23, 29, 39,  
47, 54, 58, 71, 81, 214, 308, 368

## P

paraatheid voor potentieel gevaar 71  
parallele verwerking 137  
parasympathische dorsale vagale  
  systeem 178  
parasympathische zenuwstelsel in  
  overlevingsrespons 70  
pathogene kernen van het geheugen 86  
Pat Ogdens Sensorimotor  
  Psychotherapy Institute 26  
persoonlijkheid  
  enkelvoudig versus meervoudig  
    bewustzijn 30  
  fragmentatie 45  
  traumagerelateerde delen van de 54,  
    121, 167  
poortwachterdeel 302, 341  
posttraumatische-stressstoornis  
  *zie* PTSS (posttraumatische-  
  stressstoornis)  
praatkuur 47, 88, 113  
prefrontale cortex 92, 94, 96, 99, 129,  
130, 146, 331  
  blokkering van 267  
  en het normaal doorlevende deel 260  
  en mindfulness 137  
  ontwikkeling door vroegkinderlijke  
  gehechtheid 176  
procedureel geleerde gehechtheid 177  
psycho-educatie 99, 162, 201, 292, 380  
  over zelfdestructief gedrag 216  
psychofarmaca  
  ontbrekende respons als symptoom  
  van innerlijke splitsing 60  
psychotisch aandoende symptomen 246  
psychotische overdracht 185  
PTSS (posttraumatische-  
  stressstoornis) 27, 94, 121

## R

realiteitstoetsing 76  
  en vermenging met de eigen  
  delen 155  
rechterhersenhelft 85  
  afsplitsing van linkerhersenhelft 28,  
  50, 121  
  bij dissociatieve stoornissen 38  
  functies 363  
  linkerhersenhelft 20  
  overlevingsmodus 21  
  traumaverwerking 419  
  veilige gehechtheid 405  
re-encenerend gedrag 73  
regressie  
  als symptoom van innerlijke  
  splitsing 60  
  als therapeut werken met 294  
  regressieve ervaringen 246  
regulatie  
  autonome disregulatie 228  
  autoregulatie 176  
  coregulatie van kind en  
  verzorger 325  
  interactieve 176  
  neurobiologische regulatie door  
  therapeut 102  
  zelfregulatie van emoties 215  
relationele gewoonten 176  
resonantie, emotionele 30, 384, 404, 410  
retrospectief bewustzijn  
  ontwikkelen 277

## S

schadebeperkende strategie 317  
schizofrenie 246  
Schore, A. 205, 416  
Schwartz, R. 26, 142  
SCID-D 250  
seksueel gedrag, onveilig 193  
Sensorimotor Psychotherapy 92, 95,  
112, 138, 161, 228, 300, 356, 369  
Siegel, D. 40, 41, 49, 391  
'slecht kind' 45, 109  
sociale-betrokkenheidssysteem 301  
Somatic Experiencing 138  
somatische interventie 369

somatische symptomen van innerlijke splitsing 59  
 splitsen  
     *zie* dissociatief splitsen  
 sprakeloosheid bij herinneren van trauma 95  
 stapje naar achteren zetten tijdens therapie 369  
 Steele, K. 20, 53, 86, 182  
 Steinberg, M. 245  
 stemmen horen 246  
 Stevens, D. 72  
 stroomdiagram van delen 148  
 structurele dissociatie 106, 222, 355  
 structurele-dissociatiemodel 17, 20, 26, 28, 32, 36, 121, 166, 201, 229, 243, 311  
 suïcidaliteit 193  
     als symptoom van innerlijke splitsing 61  
     associatie met trauma 211  
     neurobiologische basis voor 35  
     ontwikkeling tijdens puberteit 224  
 switchen tussen delen 145, 270, 280  
 sympathische zenuwstelsel 70, 213

## T

taal van delen 31, 50, 127, 165, 201, 292  
 techniek voor innerlijke dialoog 42, 236, 427  
 Teicher, M. 51  
 therapeut  
     als assistent-cortex 95  
     als deelgenoot van narratief van cliënt 91  
     als neurobiologische regulator 102  
     als regisseur en coach 108  
     bewustwording van de meerdere delen van een cliënt 196  
     cliënten de taal van delen laten spreken 201  
     cliënten triggerende emoties laten blokkeren 318  
     coach van meerdere delen 282  
     dialoog met cliënt 205  
     druk om therapiedoelen te halen 355  
     fobie voor 182  
     geduld en doorzettingsvermogen 297

geen partij kiezen voor een deel 203  
 informatie van cliënt krijgen 254  
 liefdevolle aanwezigheid  
     bevorderen 357  
 veranderende rol van 81  
 via luisteren delen opmerken 196  
 vooringenomenheid 379  
 werken met regressie en agressie 294  
 zelfheling aanmoediging 300  
 therapie  
     bondgenootschap met vechtdeel 191  
     fobie voor 182  
     impact van conflicten tussen gehechtheidzoekend en vluchtdeel 187  
 tijdoriëntatie, verlies van 252, 265, 278  
 trauma  
     aanpassing 89  
     afstand nemen van 118, 220, 353  
     associatie met onafhankelijke hersenontwikkeling 51  
     associatie met zelfdestructief gedrag 211  
     en beangstigende gehechtheid 178  
     en controlerende gehechtheidsstrategieën 181, 221  
     geactiveerde gevoelens tijdens therapie 47  
     onderscheiden van triggers 92  
     Trauma-Informed Stabilization Treatment (TIST) 228  
     traumatische responsen 28  
     verwerking 30, 113, 156, 356  
     verwerking en verworven veilige gehechtheid 413  
     traumagerelateerde fragmentatie *zie* dissociatieve fragmentatie  
     traumagerelateerde triggers 92, 226, 235, 318, 354, 392  
     traumagerelateerd procedureel leren 54  
     Trauma-Informed Stabilization Treatment (TIST) 228  
     trauma-logica 97  
     traumalogica 142  
     Trauma Symptom Inventory 250  
     traumatische gehechtheid 22, 33, 175  
     traumatische herinneringen *zie* herinneringen

triggers 225, 235, 318, 354  
 activeren 197  
 onderscheiden van trauma 92  
 verbonden met impliciete  
 herinneringen 392  
 type D-gehechtheid 178

## U

uitwissend deel 268, 273, 294

## V

vals zelf 21, 55  
 onderuithalen 362  
 vastlopen in de behandeling 23, 82  
 vechtdoel 26, 36, 56, 61, 71, 89, 117, 122,  
 125, 136, 141, 205, 222, 311  
 bondgenootschap aangaan met 191  
 en agressie 295  
 en innerlijke achterdocht 380  
 erkennen 230  
 nieuwe doelstelling en missie 383  
 ontwikkeling tijdens puberteit 224  
 relatie met het gehechtheidzoekende  
 deel 151, 194  
 veilige gehechtheid 39, 325, 336  
 als somatische en emotionele  
 ervaring 408  
 bevorderen 368  
 intergenerationele erfenis 413  
 ontwikkelen 388  
 resonantie tussen moeder en  
 baby 384  
 transgeneratieerfenis 404  
 verworven 34, 39, 41, 114, 136, 403  
 veiligheid  
 bespreken met therapeut 206  
 conflicterend met nabijheid 178, 220  
 gevoel van ~ creëren 326  
 ventraal vage systeem 326  
 verbaal narratief over ervaringen in het  
 verleden 46, 83, 88  
 verbannen deel 50, 227, 369  
 verbannen kinddeel 27  
 verdriet van opluchting 304, 371, 408  
 verlatingsangst 25, 34, 59, 185, 237, 295,  
 299, 312, 376  
 verleden  
 erkennen 78, 89

onderscheiden van het heden 92  
 praten over en herbeleven 47, 83, 88  
 relatie met verleden  
 reorganiseren 356  
 verbinden met het heden 265, 366  
 verloochenen, de ander 48, 118, 120,  
 409  
 vermengen met de eigen delen 33, 102,  
 143, 155, 262, 277, 312, 409  
 automatisch 157  
 en realiteitstoetsing 155  
 verslavingsgedrag 188  
 als symptoom van innerlijke  
 splitsing 61  
 neurobiologische basis voor 35, 36  
 traumagerelateerd 212  
 verlichting biedend 219, 227  
 vertellen, impuls om te 94  
 vertrouwen  
 ontwikkelen 348  
 vergroten 39, 271, 322  
 verwachtingen, ontwikkeld door  
 baby's 178  
 verworven veilige gehechtheid 34, 39,  
 41, 114, 136, 389  
 en traumaverwerking 413  
 verworven veiligheid 41  
 verzorger  
 als bron van gevaar 178  
 coregulatie met kind 325  
*zie ook* ouder  
 vier vragen om vriendschap te  
 sluiten 43, 330, 342, 349, 375, 437  
 visueel focussen van de eigen delen 148  
 vluchtdeel 34, 61, 71, 122, 130, 187, 206,  
 222  
 en innerlijke achterdocht 380  
 en overdracht 189  
 erkennen 230  
 nieuwe doelstelling en missie 383  
 ontwikkeling tijdens puberteit 224  
 vriendschap sluiten met de eigen  
 delen 133, 171  
 vrij associëren 103

## W

waarneming versus betekenis  
 toekennen 141

ware zelf 56  
wijs verstand 166, 321  
wijs zelf 228  
window of tolerance 71, 102, 176, 180,  
186, 197, 368

## Z

Zanarini, M.C. 124, 242  
zelf  
aansturen 227  
acceptatie van meerdere delen 133  
als gastheer of -vrouw  
verwelkomend 162  
compassie voor 17, 33, 135, 161  
concept 27, 166  
vals 21  
vals en waar 55  
vals zelf onderuithalen 362  
vervreemding van 21, 25, 38, 120,  
133, 135, 171, 236, 346  
zelfheling 300  
zelfbesef, geïntegreerd 39, 49, 176, 236,  
317  
zelfcompassie 15, 17, 33, 135, 161  
zelfdestructief gedrag 47, 193, 212  
als symptoom van innerlijke  
splitsing 61  
bijdragen aan 213  
en de hechtingsdrang 220  
erkennen 230  
neurobiologische basis voor 35  
om verlichting te brengen 215, 225  
oorzaken behandelen 226  
zelf-energie 166, 321  
zelfkalmering 25, 27, 176, 214  
zelfleiderschap 27, 300  
zelfondermijnende verhalen 131, 141,  
356  
zelfonthulling, angst voor 183  
zelfregulatie van emoties 215  
zelfsabotage als symptoom van  
innerlijke splitsing 60  
zelfvervreemding 21, 25, 38, 120, 133,  
135, 171, 236, 347  
voorkomen 410  
zelven  
omarmen 307

zenuwstelsel 55  
autonome aanpassing aan trauma 29  
en mindfulness 137  
gedisreguleerd 103, 128, 179  
somatische interventies voor  
regulatie 332  
zorgen geuit door delen 366  
zwijgend deel 381