

NEL DRAIJER EN WILLIE LANGELAND

*Een tweedimensionaal model voor diagnostiek en indicatiestelling bij vroegkinderlijke traumatisering*

# Trauma, hechting en verwaarlozing



(foto Bram Saeys/HH)

Dit artikel beoogt om behandelaars steun te bieden bij de beoordeling van psychische stoornissen als gevolg van vroegkinderlijk trauma al dan niet gecombineerd met verstoring van de hechtingsrelatie. Het biedt een ruimtelijk model om over de (psychotherapeutische) behandelbaarheid van deze stoornissen te kunnen nadenken.

De afgelopen decennia is de deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling van complexe stressstoornissen na vroegkinderlijke traumatisering bij volwassenen sterk gegroeid. Hoewel psychotherapie hiervoor de eerste keuze behandeling is, weet men inmiddels dat niet alle complexe stressstoornissen hiermee goed te verhelpen zijn. Dit roept de vraag op naar indices voor de (psychotherapeutische) behandelbaarheid. Het is duidelijk dat veel traumatische ervaringen die kinderen ondergaan hen worden aangedaan door mensen van wie zij afhankelijk zijn en die hen eigenlijk zouden moeten beschermen. Als gevolg hiervan ontwikkelen getraumatiseerde kinderen niet alleen posttraumatische stress symptomen, maar eveneens ernstige problemen in hun affectregulatie en in hun relaties met andere mensen, waar ze tot op volwassen leeftijd last van houden. Vooral persoonlijkheidspathologie kan hier mede het gevolg van zijn. Deze gecombineerde problematiek kan de behandelbaarheid – in de zin van bereikbaarheid voor psychotherapie – beperken. De relatie met de therapeut kan in belangrijke mate bepaald worden door angst, wantrouwen, boosheid en behoefte aan controle. Angst voor het contact kan zo groot worden, dat patiënten en behandelaars vastlopen in de therapeutische relatie. Ook kan de sterke behoefte aan controle vorderingen in herstel onmogelijk maken.

Daarnaast komt het voor dat cliënten zich tot een therapeut wenden met de mededeling dat ze als kind seksueel misbruikt zijn en dat ze dat trauma willen verwerken, terwijl tijdens de intakefase blijkt dat blootstelling aan herinneringen daaraan (exposure) niet de focus van de behandeling

zou moeten zijn, maar eerder de verstoring van de hechtingsrelatie. Sommige patiënten schrijven al hun ellende aan bepaalde ervaringen toe, terwijl die niet noodzakelijkerwijs de oorzaak van hun latere problemen hoeven te zijn. Anderzijds zijn de gevolgen van vroege traumatisering niet eenduidig en kan men allerlei klachten ontwikkelen. Deze klachten zijn voor volwassenen goed beschreven: posttraumatische stress stoornis (PTSS), angsten, woede, depressie, revictimisering, zelfbeschadiging, problematisch middelengebruik, suïcidaliteit, dissociatie, affect disregulatie, negatief zelfbeeld en interpersoon-

lijke problemen (zie Draijer, 2003). De kunst is om uit te vinden welke behandelmogelijkheden het meest geschikt zijn voor welke cliënt. Ter illustratie een casus (zie venster onderaan de pagina).

### Het spectrum van traumagerelateerde stoornissen en hun etiologie

De klinische literatuur beschrijft bij cliënten die als kind herhaaldelijk getraumatiseerd zijn symptomen en stoornissen op de volgende gebieden: cognitie (geheugen, reflectief functioneren), affect (disregulatie, onvermogen om heftige

*Mw. K. is een 36-jarige, alleenstaande vrouw. Zij is bij herhaling in moeilijkheden gekomen in haar werk en zit nu in de WAO vanwege terugkerende burn-out klachten. Tijdens het intakegesprek vertelt ze dat ze als kind misbruikt is door een grootvader. Indertijd heeft ze daar nooit over gesproken. Nu wil ze dat misbruik eindelijk wel eens gaan verwerken omdat ze gebukt gaat onder de nare herinneringen eraan. Zij heeft inmiddels al meerdere behandelingen achter de rug gericht op traumaverwerking, maar haar problemen lijken maar niet weg te gaan. Ze vertelt bovendien over geïrriteerde reacties van eerdere behandelaars: ze zou te veel aandacht vragen en niet beter willen worden. Bij kennismaking zie ik een vriendelijke maar gedecideerde vrouw die zeker lijkt te weten wat ze wil en boos is op de vorige behandelaars. Als ik haar klachten uitvraag, duikt onmiddellijk de incestgeschiedenis op, maar een duidelijke PTSS kan ik er niet van maken. Het probleem lijkt veel meer in de relationele sfeer te liggen: het niet krijgen wat ze zo graag zou willen*

*hebben, teleurgesteld raken en geïrriteerde reacties oproepen. Als ik haar geschiedenis navraag, blijkt het met de grootvader om incidentele betastingen te zijn gegaan, waarmee ze naar haar gevoel niet bij haar moeder terecht kon. Moeder had een moeizaam huwelijk en leunde nogal op haar. Mijn conclusie is dat deze vrouw veel meer belast is geweest door 'parentificatie' - het tot 'ouder' zijn gemaakt door haar ouder -, dan door het misbruik, maar dat dit laatste voor haar gemakkelijker is aan te wijzen als oorzaak van haar problemen dan de veel diffusere parentificatie. Vanuit mijn achtergrond als psychodynamisch behandelaar besluit ik tot een overdrachtsgerichte psychotherapie (2x p.w.) met een focus op het gevoel altijd voor de ander te moeten zorgen om aandacht te verdienen. Het misbruik zal daarbij zijdelings aan de orde komen, voor zover dat in het hier en nu problemen geeft en niet alleen een verhaal is om aandacht te genereren.*

emoties te dempen, onvermogen om te voelen), bewustzijn (dissociatie), identiteit en zelforganisatie (identiteitsverwarring, fluctuerend zelfgevoel, fragmentering) en relaties (wantrouwen, problemen met afhankelijkheid, projecties van dader-slachtoffer-representaties) (Herman, 1992). Vroegkinderlijk traumagerelateerde gevolgen en aan verwaarlozing of hechtingsproblemen gerelateerde gevolgen gaan vaak samen (zie Draijer 1988, 2003 en Courtois & Ford, 2009).

Het geheel van gevolgen van vroegkinderlijk trauma al of niet gecombineerd met hechtingsproblemen/affectieve verwaarlozing bestaat uit een spectrum van psychische klachten variërend van *geen enkel* symptoom of klacht gerelateerd aan de ervaringen in de kindertijd tot algehele psychiatrische *invaliditeit*, in de vorm van zowel ernstige persoonlijkheidsproblematiek als ernstige posttraumatische, dissociatieve problematiek en affect disregulatie. Lenore Terr (1991) maakt het inmiddels vaak gehanteerde onderscheid tussen Type I trauma, een enkelvoudige schokkende gebeurtenis die kan resulteren in simpele of chronische PTSS en Type II trauma bij chronische traumatisering met veel complexere en uiteenlopende gevolgen dan alleen PTSS. De klinische praktijk confronteert ons bovendien met 'Type III trauma': extreme stress, waarbij hersenspoeling, isolatie en sensorische deprivatie een rol spelen die resulteert in ernstige dissociatieve stoornissen, zoals dissociatieve identiteitsstoornis, veelal met ernstige comorbiditeit onder andere in de vorm van persoonlijkheidspathologie.

Deze grote variëteit in gevolgen heeft uiteraard te maken met de grote verschillen in de aard en de ernst van de vroege traumatisering en in cumulatieve van verschillende belastende c.q. traumatische ervaringen (o.a. Briere e.a., 2008), de grote verschillen in affectief klimaat (de kwaliteit van de vroege hechting ten opzichte van de belangrijkste verzorgers, affectieve verwaarlozing) en in de mate van sociale ondersteuning (o.a. Cloitre e.a., 2008), en tenslotte, de grote verschillen in de leeftijd (ontwikkelingsfase) waarop het begon (Draijer & Boon, 1993). Waarschijnlijk zijn er ook relevante individuele neurobiologische verschillen, zoals genetische factoren en vroege omgevingsfactoren (bijvoorbeeld stress van de moeder tijdens de zwangerschap) en gen-omgevingsinteracties, maar deze spelen diagnostisch gezien momenteel nog geen rol (zie bijvoorbeeld Brown & Harris, 2009).

### Het model: twee dimensies

Het spectrum van traumagerelateerde stoornissen is in het model ingekleurd vanuit twee dimensies: 1) de ernst van de traumatisering en de cumulatieve daarvan en 2) de ernst van de affectieve verwaarlozing ofwel de kwaliteit van de vroege hechtingsrelatie met de ouders. Bij de ernst van de traumatisering gaat het om het moment in de ontwikkeling van het kind waarop het plaatsvond (leeftijd), de mate van overweldiging (dwang, geweld, druk tot geheimhouding), de mate van herhaling (frequentie en duur) en de mate van afhankelijkheid van het kind van de dader als het gaat om interpersoonlijke traumatisering.

Deze *traumadimensie* komt vooral tot uitdrukking in de ernst van de posttraumatische, dissociatieve problemen en in problemen in de affectregulatie, maar ook in het onvermogen om te vertrouwen binnen een therapeutische relatie en om verbinding aan te gaan.

## Hoe meer affectieve verwaarlozing en hechtingsproblemen, hoe problematischer de therapeutische relatie

Op de *onveiligheid- en verwaarlozingsdimensie* varieert de ernst van de mate van ervaren onveiligheid in de vroege hechtingsrelaties, evenals de mate van affectieve verwaarlozing (zie bijvoorbeeld Bierer e.a., 2003). Deze dimensie is gerelateerd aan de gehechtheidpatronen en voorgeschiedenis van de ouders (zie Cassidy & Shaver, 1999) en komt het meest tot uitdrukking binnen de therapeutische relatie: hoe meer affectieve verwaarlozing en hechtingsproblemen, hoe problematischer de therapeutische relatie – het 'voertuig' van een behandeling. Ook is er vaak sprake van meer persoonlijkheidsproblematiek en varieert het vermogen om te voelen, te beseffen wat er aan de hand is en daar woorden aan te geven met de mate van affectieve verwaarlozing. Patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) worden bijvoorbeeld gekenmerkt door een onveilige (gepreoccupeerde) of – als ook sprake is van vroeg trauma – een gedesororganiseerde gehechtheid. Het vermogen om te reflecteren op het eigen mentale leven en dat van anderen blijkt daarbij verstoord (Fonagy &

Target, 1997). In de klinische praktijk wordt het contact met patiënten met een gedesorganiseerde gehechtheidstijl vaak gekenmerkt door plotse linge verstoringen of breuken in het contact (Nicolai, 2009).

Deze twee dimensies in het spectrum van traumagerelateerde stoornissen zijn uiteraard niet onafhankelijk van elkaar, doordat vroege traumatisering en verstoring van de hechtingsrelatie en affectieve verwaarlozing vaak samen gaan (zie Draijer, 2003). Beide hebben grote invloed op de biologische, psychologische en gedragsmatige ontwikkeling van het kind.

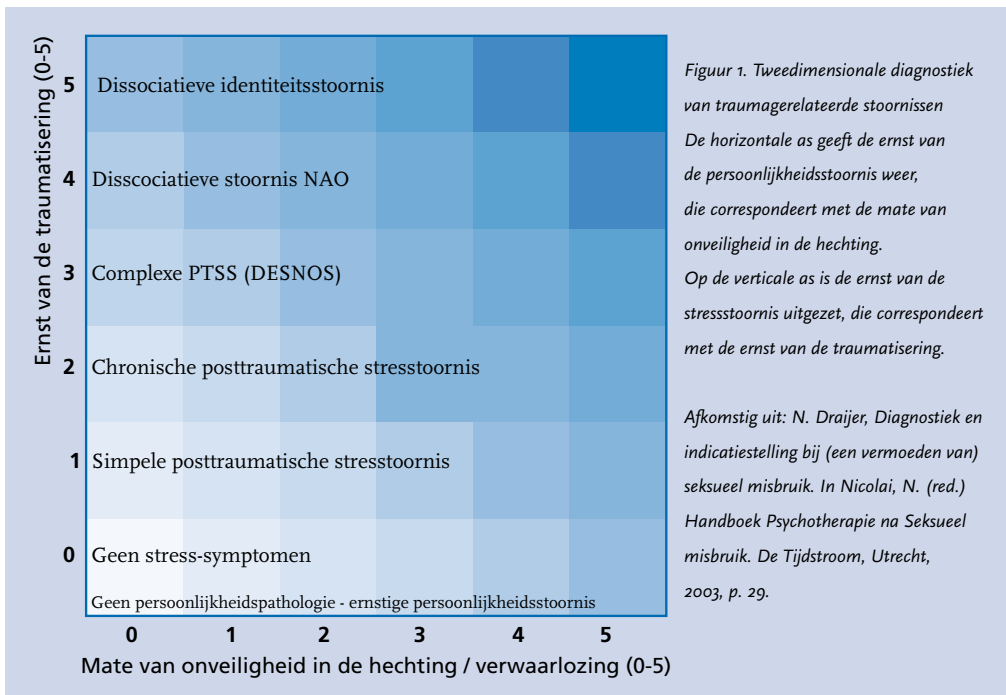
Het dimensionale model kan als hulpmiddel

gebruikt worden om ‘patient-based’ – op maat – indicatiestelling beter te onderbouwen. Het doet recht aan de complexiteit van chronisch getraumatiseerde patiënten, omdat bij hen een DSM classificatie vaak tekort schiet. Het model biedt houvast bij het taxeren van de psychotherapeutische behandelbaarheid. Ook helpt het hypothesen formuleren over behandelduur, waarbij uiteraard rekening gehouden moet worden met andere prognostische factoren, zoals persoonlijke omstandigheden, doorgaand misbruik of mishandeling, motivatie voor de behandeling en eerdere ervaringen met andere behandelingen. Behandeling zal in de regel langer duren naarmate de problematiek op beide assen complexer

van aard is en het niveau van functioneren lager is. Het model is niet per se aan één enkele therapeutische benadering gekoppeld.

Alles bij elkaar genomen kan men de traumagerelateerde stoornissen dus lokaliseren in een tweedimensionale ruimte (zie figuur 1). De verticale as correspondeert met de ernst van de posttraumatische stress symptomen, affect disregulatie en dissociatie; de horizontale as correspondeert met de mate van persoonlijkheidspathologie, waaronder eveneens affect disregulatie. Hoe donkerder het vakje, hoe ernstiger de stoornis, hoe problematischer de psychotherapeutische behandelbaarheid. Rechtsboven is een gebied van pathologie die eigenlijk niet bereikbaar is voor psychotherapie en daar zou bijvoorbeeld begeleid wonen een oplossing kunnen zijn, waarbij een externe structuur geboden wordt omdat dat innerlijk niet haalbaar is.

Verticaal kunnen we ons ook de ernst van de traumatisering voorstellen en horizontaal de ernst van de affectieve verwaarlozing c.q. de onveiligheid van de hechting. Deze voorstelling van zaken is door onderzoek bevestigd, zoals bijvoorbeeld in de studie van Alexander en collega's (1998) waarin kenmerken van het misbruik de PTSS symptomen voorspellen en veiligheid van de hechting een eigen rol speelt in distress, depressie en persoonlijkheidsstoornissen, onafhankelijk van de invloed van de ernst van het misbruik. In het onderzoek van Bierer e.a. (2003) bleek de ernst van de persoonlijkheidspathologie vooral gekoppeld aan de affectieve verwaarlozing en emotionele mishandeling.



In het landelijke incestonderzoek (Draijer, 1988) constateerden we al de onderlinge samenhang van de twee dimensies. Dat geldt ook voor de latere symptomen: posttraumatische stress is verweven met verstoringen in object relaties en zelf-beeld (zie Draijer, 2003). Zo blijken bij adolescenten met stoornissen in de object relaties, gevoelens van vervreemding en sociale incompetentie niet samen te hangen met PTSS symptomen, maar met de leeftijd waarop de traumatisering was begonnen en of het een ouder betrof (Haviland e.a., 1995). Wat betreft de innerlijke wereld blijkt uit een overzicht van 12 studies dat een voorgeschiedenis van mishandeling en misbruik geassocieerd is met een kwaadwillende object wereld in de volwassenheid (Ondruff, 2000): De ervaren onveiligheid van vroeger zet zich door in beleefde onveiligheid in het heden. Hoe meer onveiligheid er vroeger was, hoe gevaarlijker de therapeutische relatie overdrachtelijk beleefd wordt, hoe lastiger de behandeling.

### **De traumadimensie: traumagerelateerde stoornissen**

Op de traumadimensie lopen de stoornissen op in ernst van geen stressgerelateerde stoornis via (simpele en chronische) PTSS en complexe PTSS naar dissociatieve stoornissen met de meest extreme, Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS). Bij een (simpele en chronische) *post traumatische stressstoornis* (PTSS) gerelateerd aan vroege traumatisering komen vaak nachtmerries, flashbacks of herbelevingen voor, afgewisseld door episodes van vermijding (van seksualiteit bijvoorbeeld), loochening (van het trauma zelf) en gevoelsvervlakking. De intrusieve symptomen

veroorzaken de meeste lijdensdruk en vallen daardoor meer op dan de overige symptomen. Cliënten klagen over slaapproblemen door nachtmerries en over angstige 'beelden' die ze plotseling zien. Ze kunnen bijvoorbeeld tijdens seksueel contact hun partner aanzien voor hun vader. Ook kan het gebeuren dat ze hun behandelaar aanzien voor de dader van weleer. De intimiteit en afhankelijkheid in het contact 'triggert' traumatische associaties met de bijbehorende overweldigende angsttoestand. Bij dergelijke herbelevingen kan het contact met de werkelijkheid tijdelijk verloren gaan (derealiserende); het 'alsof'-karakter van de herbeleving is dan verdwenen en de cliënt is zeer angstig. Ter onderscheid met een psychose is het van belang na te gaan of buiten deze traumatische intrusies de realiteitstoetsing intact blijft. Van trauma gerelateerde hallucinaties wordt wel verondersteld dat ze een andere etiologie hebben dan hallucinaties bij schizofrenie (zie o.a. Kaufman e.a., 1997). Ze nemen niet af bij neuroleptica, maar wel bij psychotherapie. Onderzoek hiernaar ontbreekt nog. Men spreekt van 'chronische' PTSS als de symptomen langer dan een half jaar aanwezig zijn. Diagnostisch is het van belang om na te gaan hoe vaak de intrusies (herbelevingen, flashbacks) plaatsvinden en onder welke omstandigheden ze vaker optreden. Zeer frequente intrusies zonder aanwijsbare oorzaak vormen vaak een onderdeel van een dissociatieve stoornis of van een complexe PTSS.

De diagnose PTSS met geassocieerde kenmerken ofwel *complexe PTSS* – ook wel 'Disorders of extreme distress not otherwise

specified' (DESNOS) genaamd – is ontwikkeld omdat bij chronische traumatisering binnen afhankelijkheidsrelaties niet alleen bovenstaande PTSS-symptomen optreden, maar vooral ook problemen in de affectregulatie (agressieve uitbarstingen of juist geremde agressie; zelfdestructief gedrag), relationele problemen (problemen met het vertrouwen van anderen; sociaal isolement), en problemen met zelfbeeld (het gevoel waardeloos te zijn). Deze complexe PTSS op As I overlapt zoals te verwachten is met een borderline diagnose op As II. Uit de DSM-IV 'field trials' bleek dat naarmate patiënten meer en langduriger getraumatiseerd zijn, zij vaker voldoen aan de criteria voor complexe PTSS (Roth e.a., 1997).

Onder de diagnose *Dissociatieve Stoornis Niet Anderszins Omschreven* (DSNAO) vallen alle patiënten bij wie dissociatie het belangrijkste symptoom vormt – in de vorm van bijvoorbeeld amnesieën, depersonalisatie, derealisatie, stemmen horen – maar die niet voldoen aan de criteria van één van de overige in de DSM-IV omschreven dissociatieve stoornissen. Zo kan een patiënt wel derealisatie ervaren, maar geen depersonalisatie, zodat de diagnose 'depersonalisatiestoornis' niet van toepassing is. Ook kan er sprake zijn van een onvolledige dissociatieve identiteitsstoornis, waarbij de verwarring bij de patiënt nog zo groot is dat deze geen informatie kan geven over amnesie of afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden. Van de (complexe) dissociatieve stoornissen is DSNAO de diagnose die men in de praktijk het meest stelt. Veelal is er naast de DSNAO op As I, ook

sprake van borderline kenmerken of een borderline persoonlijkheidsstoornis. Ook komt het voor dat de patiënt een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis heeft ontwikkeld.

Tenslotte de *Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS)*, gekenmerkt door ernstige amnesie in het heden en een fluctueren van de identiteit. Bij eerste presentatie is het veelal niet onmiddellijk duidelijk dat het om deze stoornis gaat: er is veel comorbiditeit (suïcidaliteit, automutilatie, eetstoornissen, stemmen horen, somatisatie klachten, overmatig gebruik van psychoactieve middelen; borderline problematiek). De dissociatieve symptomen worden met schroom en terughoudendheid gepresenteerd (zie Boon & Draijer, 1995). Hoewel onderzoek de validiteit van deze stoornis voldoende heeft aangetoond, wordt het bestaan ervan nog steeds door sommige klinici betwijfeld. De diagnostiek is tamelijk gecompliceerd, met name de differentiaaldiagnostiek ten opzichte van de persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien zijn er patiënten die de stoornis nabootsen. Ook bij DIS geldt dat het diagnostisch van groot belang is om de mate van persoonlijkheidspathologie op As II vast te stellen.

Overigens heeft men in tegenstelling tot de posttraumatische stressstoornissen voor de diagnostiek van de dissociatieve stoornissen geen informatie nodig over eventuele traumata in de voorgeschiedenis.

### **De onveiligheid- en verwaarlozingsdimensie: persoonlijkheidspathologie**

Naarmate er meer onveiligheid en affectieve

verwaarlozing in de voorgeschiedenis is, neemt de bijkomende *persoonlijkheidspathologie* toe. In de meeste gevallen gaat het om de eerder genoemde *borderline persoonlijkheidsstoornis*, welke gekenmerkt wordt door onstabiele interpersoonlijke relaties (gekenmerkt door idealisering en/of verguizing), door impulsief en zelfdestructief gedrag (automutilatie, suïcidaliteit), door disregulatie van het affect (stemmingswisselingen, het onvermogen om gevoelens te verdragen, woede-uitbarstingen), identiteitsverwarring en gevoelens van leegte. Bij de borderline organisatie van de persoonlijkheid zijn er sterk wisselende belevingen van zichzelf en de ander (object-representaties), maakt men gebruik van primitieve afweer (loochening, projectieve identificatie, splitsing) en is er een onvermogen tot het verdragen van ambivalenties. Patiënten met een BPS worden gekenmerkt door een onveilige (gepreoccupeerde) of – indien ook sprake is van trauma – een gedesorganiseerde gehechtheid. Bij de diagnostiek is het van belang het niveau van functioneren vast te stellen evenals het vermogen tot integratie. Psychotische episoden komen als onderdeel BPS vaak voor, evenals de eerder genoemde traumagerelateerde hallucinaties.

Diagnostisch dient men zich te realiseren dat er dus zowel sprake is van een duidelijke overlap van borderline kenmerken met kenmerken van de genoemde trauma-gerelateerde stoornissen (PTSS, complexe PTSS en de dissociatieve stoornissen), als van co-morbiditeit tussen BPS en respectievelijk PTSS, complexe PTSS, dissociatieve stoornis NAO, depersonalisatiestoornis en DIS. Uiteraard zijn er ook combi-

naties mogelijk met andere persoonlijkheidsstoornissen, zoals bijvoorbeeld de antisociale of de afhankelijke.

### **Evidence based behandelen**

Tot nu toe komt het sterkste bewijs voor de werkzaamheid van exposure behandeling uit systematische reviews of meta-analyses over gerandomiseerde klinische trials (RCT's) van patiënten met simpele of chronische PTSS (Cloitre, 2009), naar verhouding dus relatief gezien minder complexe pathologie. Er bestaat nog maar weinig onderzoek naar behandeluitkomst onder patiënten met complexe PTSS en PTSS met comorbide stoornissen (Dorrepaal e.a., 2006; Schottenbauer e.a., 2008), evenals onder patiënten met complexe dissociatieve stoornissen. Bewezen effectieve openleggende *trauma-focused* behandelmethoden voor (simpele) PTSS, zoals 'imaginaire exposure', zijn bij de complexe traumagerelateerde stoornissen niet in eerste instantie geïndiceerd wegens het risico van ontregeling (Chu, 1998). Stabilisatie en het vestigen van een hechte behandelrelatie is dan eerst noodzakelijk (zie bijv. ook Boon & Van der Hart, 1996). Slechts 20% van de patiënten met complexe traumagerelateerde stoornissen zou baat hebben van een alleen op exposure gerichte interventie (Cloitre e.a., 2006). Bij complexe stressstoornissen na vroegkindelijke traumatisering ligt het accent eerst op het vergroten van veerkracht (stabiliseren, oftewel symptoomreductie in het heden) en herstel van verbinding (een band op bouwen, en in de relatie werken). Pas daarna wordt gekeken of exposure tot de mogelijkheden behoort. Boon (1997) ontwikkelde hiertoe voor de ernstige dissociatieve

stoornissen een checklist: middelengebruik en doorgaand misbruik behoren o.a. tot de contra-indicaties voor openleggend werken. Ook hoeft trauma niet altijd de focus van de behandeling te zijn, *trauma-informed* – waarbij het trauma wel onderkend en erkend wordt, maar geen focus van de behandeling is – lijkt soms zinvoller, zeker wanneer verstoring van de hechtingsrelatie belangrijker is voor de huidige klachten. Bij patiënten bij wie hechtingsproblemen en vroege traumatisering samen gaan, vereist behandelen kennis en vaardigheden om behandelaspecten van beide terreinen te combineren. Ook behandelingen die primair gericht zijn op de persoonlijkheidspathologie (zoals Schema Focused Psychotherapie, Transference Focused Psychotherapie, Mentalization Based Treatment) bieden expliciet of impliciet een kader voor de behandeling van complexe traumagerelateerde problematiek naast ernstige persoonlijkheids-pathologie; zij werken vooral in het hier en nu, maar gaandeweg komt ook traumatisch materiaal aan bod.

Toekomstig onderzoek zal verder moeten uitwijzen welke behandelvormen het beste zijn voor welke cliënt. Wetenschappelijk wordt RCT-onderzoek als gouden standaard beschouwd. Behandelaren daarentegen hebben behoefte aan naturalistisch onderzoek, vanwege grotere gelijkheid met de populaties waarmee zij geconfronteerd worden. Bovendien is gezien de hoge graad van chroniciteit, complexiteit en comorbiditeit van de groep patiënten met complexe traumagerelateerde stoornissen als gevolg van vroegkinderlijke traumatisering naturalistisch

onderzoek relevanter (Spinazzola e.a., 2005; zie ook Leichsenring, 2005). Dit type onderzoek kan ook bijdragen aan de verdere wetenschappelijke onderbouwing van het geschetste twee dimensionale model.

Dit artikel is een (geactualiseerde) bewerking van een uitgebreider hoofdstuk over diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis (Draijer, 2003).

## Literatuur

- Alexander, P.C., R.A. Neimeyer & V.M. Follette, 'Adult attachment and longterm effects in survivors of incest', in: *Child Abuse and Neglect* vol. 22 (1998) pp. 45-61.
- Bierer, L., R. Yehuda, J. Schmeidler, V. Mitropoulou, A.S. New, J.M. Silverman & L.J. Siever, 'Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses', in: *CNS Spectrums* vol. 8 (2003) pp. 737-740, 749-754.
- Boon, S. & N. Draijer, *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.
- Boon, S. & O. van der Hart, 'Stabilisatie en symptoomreductie in de behandeling van patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* vol. 38 (1996) pp. 159-172.
- Boon, S., 'The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contra-indications', in: *DISSOCIATION* vol. X (1997) 2, pp. 65-79.
- Briere, J., S. Kaltman & B.L. Green, 'Accumulated childhood trauma and symptom complexity', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 21 (2008) pp. 223-226.
- Brown, G.W. & T.O. Harris, 'Depression and the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism: A review and a hypothesis concerning gene – environment interaction', in: *Journal of Affective Disorders* vol. 111 (2008) pp. 1-12.
- Cassidy, J. & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford, 1999.

- Chu, J.A., *Rebuilding Shattered Lives. The Responsible Treatment of Complex Post Traumatic and Dissociative Disorders*. John Wiley & Sons, 1998.
- Cloitre, M., 'Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique', in: *CNS Spectrums* vol. 14 Supplement (2009) pp. 32-43.
- Cloitre, M., L.R. Cohen & K.C. Koenen, *Treating survivors of childhood abuse*. London: Guilford Press, 2006.
- Cloitre, M., C. Stovall-McClough, P. Zorbas & A. Charuvastra, 'Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 21 (2008) pp. 282-289.
- Courtois, C. & J.D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide*. New York: Guilford Press, 2009.
- Dorrepaal, E.K. Tomaes & P.J. Draijer, 'Stabilisatiecursus als antwoord op complexe posttraumatische stressstoornis. Diagnostiek, behandeling en onderzoek bij vroeggetraumatiseerde vrouwen met een complexe posttraumatische stressstoornis', in: *Tijdschrift voor psychiatrie* vol. 48 (2006) 3, pp. 217-22.
- Draijer, N., *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1988.
- Draijer, N., 'Diagnostiek en indicatiestelling bij (een vermoeden van) seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. State of the art', in: N. Nicolai (red.), *Handboek psychotherapie na seksueel misbruik* (pp. 21-45). Utrecht: De Tijdstroom, 2003.
- Draijer, N. & S. Boon, 'Trauma, dissociation and dissociative disorders', in: S. Boon & N. Draijer, *Multiple personality disorder in the Netherlands* (pp.177-194). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1993.
- Fonagy, P. & M. Target, 'Attachment and reflective function: Their role in self-organization', in: *Development and Psychopathology* vol. 9 (1997) pp. 679-700.
- Haviland, M.G., J.L. Sonne & L.R. Woods, 'Beyond posttraumatic stress disorder: object relations and reality testing disturbances in physically and sexually abused adolescents', in: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 34 (1995) pp. 1054-1059.
- Herman, J., *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992.
- Kaufman, J., B. Birmaher & S. Clayton, 'Case study: Trauma-related hallucinations', in: *Journal of American Academic Adolescent Psychiatry* vol. 36 (1997) pp. 1602-1605.
- Leichsenring, F., 'Are psychodynamic and psychoanalytical therapies effective? A review of empirical data', in: *International Journal of Psychoanalysis* vol. 86 (2005) pp. 841-868.
- Minnen, A. van, *Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten*. Inaugurale rede, Radboud Universiteit Nijmegen, 2008.
- Nicolai, N., 'Gedesorganiseerde gehechtheid. Van babyonderzoek tot behandeling', in: *Tijdschrift voor Psychoanalyse* vol. 15 (2009) pp. 16-28.
- Ornduff, R., 'Childhood maltreatment and male-violence: quantitative research findings', in: *Clinical Psychology Review* vol. 20 (2000) pp. 997-1018.
- Roth, S., E. Newman & D. Pelcovitz, 'Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 10 (1997) pp. 539-555.
- Schottenbauer, M.A., C.R. Glass, D.B. Arnkoff, V. Tendick & S.H. Gray, 'Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations', in: *Psychiatry* vol. 71 (2008) pp. 134-168.
- Spinazzola, J., M. Bauwstein & B.A. van der Kolk, 'Posttraumatic stress disorder outcome research: The study of unrepresentative samples?', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 18 (2005) pp. 425-436.
- Terr, L., 'Childhood traumas: An outline and overview', in: *American Journal of Psychiatry* vol. 148 (1991) pp. 10-20.

NEL DRAIJER, klinisch psycholoog-psychotherapeut-psychoanalyticus, werkt als universitair hoofddocent bij de Vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit/GGZinGeest te Amsterdam.  
Willie Langeland, sociaal wetenschapper, is werkzaam als senior onderzoeker bij het Landelijk Centrum voor Vroegkinderlijke chronische Traumatisering te Utrecht.