

Over splitsen, splijten en dissociëren

N.J. NICOLAI

Mevrouw drs. N.J. Nicolai heeft een eigen praktijk als psychiater in Rotterdam en is daarnaast werkzaam bij de Riagg RNW te Vlaardingen.

Splitsen als afweerstrategie is een centraal kenmerk van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Voor de dissociatieve stoornis is dissociëren een centraal kenmerk. Tussen deze beide afweervormen wordt in vele psychoanalytische theorieën geen onderscheid gemaakt, terwijl klinisch sprake is van een grote overlap in symptomatologie en verschijningsvorm tussen beide typen stoornissen. In dit artikel wordt betoogd, dat splitsen een algemeen afweermechanisme is, dat zich niet beperkt tot de zogenaamde vroege stoornissen en dat dezelfde dynamiek vertoont als dissociëren. Bij de borderline persoonlijkheidsstoornis is sprake van een onvermogen tot integratie van verschillende zelf- en objectbeelden op grond van cognitieve en affectieve instabiliteit. Hierbij maakt het niet uit hoe deze zijn ontstaan. Bij zowel dissociatieve stoornissen als de borderline persoonlijkheidsstoornissen wordt de relatie met vroeg-kinderlijk seksueel misbruik en mishandeling steeds beter geboekstaafd.

Voor de behandeling is echter van belang dat er een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen borderline persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. De behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis vereist een andere aanpak dan die van dissociatieve stoornissen. Op grond van literatuuronderzoek wordt geconcludeerd, dat het splitsen van objecten bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis op een primitievere psychische organisatie terug te voeren lijkt dan dissociatie.

Inleiding

Wat wordt er eigenlijk gesplitst als we het over splitsen als afweermechanisme hebben? Wat is de overeenkomst tussen het afsplitsen van traumatische herinneringen en gevoelens en het splitsen van verschillende zelf- en objectbeelden? Of zijn dit zaken van verschillende orde? Deze vragen lijken op het eerste gezicht academisch van aard, maar als we de fenomenologische en dynamische overeenkomsten en verschillen tussen de borderline persoonlijkheidsstoornis en de dissociatieve stoor-

nissen in ogenschouw nemen, blijken ze van belang. Met name als het gaat om de behandeling van deze ziektebeelden.

In dit artikel onderzoek ik de verschillende betekenissen, die het begrip splitsen in de psychoanalytische literatuur en de trauma theorieën heeft gekregen. Centraal staat de vraag wat er precies bedoeld wordt, wanneer er over splitsen wordt gesproken en welke dynamiek eraan ten grondslag ligt.

Een antwoord op deze eerste vragen kan ons helpen bij de vraag of de borderline persoonlijkheidsstoornis en de dissociatieve identiteitsstoornis manifestaties zijn van eenzelfde intrapsychische dynamiek of dat we hier te maken hebben met twee verschillende aandoeningen met elk een eigen etiologie en dynamiek, die alleen op het niveau van symptomen enige overlap vertonen.

Borderline- en dissociatieve stoornis: overeenkomsten en verschillen

Er bestaat de laatste jaren verschil van mening over het antwoord op de vraag of de dissociatieve identiteitsstoornis, zoals de meervoudige persoonlijkheidsstoornis tegenwoordig heet, een aparte klinische entiteit is of een vorm van de borderline persoonlijkheidsstoornis (Gabbard,1994). Klinisch vertonen zij overeenkomsten. Automutilatie, impulsief en ander zelf-destructief gedrag komen bij beide voor. Hier komt bij dat patiënten met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis de borderline persoonlijkheidsstoornis vaak als eerste diagnose of als bijkomende diagnose krijgen (Horevitz & Braun, 1984).

Verschillende tests zoals de Dissociatie Ervaringsschaal (DES) en het Diagnostisch Interview voor Borderline persoonlijkheidspathologie (DIB) laten zien dat het onmogelijk is beide aandoeningen te onderscheiden. Kemp, Gilbertson en Torem (1988) onderzochten tien patiënten met een borderline persoonlijkheid en tien met een dissociatieve identiteitsstoornis. Er bestond op de variabelen presentatie, symptomen en voorgeschiedenis nauwelijks verschil tussen beide groepen. Scores op diverse schalen op de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) bleken onvoldoende te differentiëren.

In hun onderzoek bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in cluster B van de DSM-IV hebben Boon en Draijer (1993) ook ernstige dissociatieve pathologie gevonden. In dit onderzoek onderscheiden zij een groep patiënten met zogeheten echte borderline persoonlijkheidsstoornis en een dissociatieve groep. De eerste groep wordt gekenmerkt door heftige reacties in het contact; de tweede groep door meer cooperatie en zelfreflectie dan bij de eerste groep. De laatste groep heeft een geschiedenis van trauma's en veel meer dissociatieve symptomen. Veel van wat in de klinische praktijk als borderline gediagnosticeerd wordt is in feite een disso-

ciatieve stoornis, zo is de conclusie van de schrijfters. Het onderscheid is alleen te maken met het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*.

Hiermee kunnen dissociatie symptomen als depersonalisatie en derealisatie, tijd kwijt zijn, identiteitsverwarring, identiteitswijziging en amnesie worden vastgesteld.

Door recent onderzoek bij patiënten met borderline pathologie is komen vast te staan, dat een groter percentage dan verwacht een geschiedenis heeft van seksuele en/of fysieke kindermishandeling (Baker, Silk, Westen, Nigg & Lohr, 1992; Herman, 1992; Herman, Perry & Van der Kolk, 1989; Nigg, Silk, Westen, Lohr, Gold, Goodrich & Ogata, 1991; Ogata, Silk, Goodrich, Lohr, Westen & Hill, 1990; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz & Frankenburg, 1989). Herman gaat zelfs zover dat zij de borderline persoonlijkheidsstoornis een posttraumatische stoornis noemt.

Gunderson en Sabo (1993) hebben onderzoek verricht naar de fenomenologische en conceptuele overeenkomst tussen posttraumatische stressstoornissen en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Zij concluderen, dat de borderline pathologie voor een groot deel veroorzaakt wordt door traumatische gebeurtenissen in de kinderjaren. De borderline persoonlijkheidsstoornis heeft dus, net als de dissociatieve pathologie, een traumatische etiologie. Maar betekent deze overeenkomst in traumatische gebeurtenissen in de kinderjaren nu ook, dat sprake is van een zelfde dynamiek?

Paris en Zweig-Frank (1992) hebben zich verzet tegen deze oppervlakkige gelijkstelling evenals Kroll (1993) en Marmer en Fink (1994). Volgens deze auteurs is de borderline persoonlijkheidsstoornis van een andere orde dan de dissociatieve identiteitsstoornis of posttraumatische stoornissen.

Consequenties voor de behandeling

Een helder onderscheid tussen beide categorieën is wel van belang voor een juiste keuze voor behandeling. De psychotherapeutische behandeling van de meeste borderline problematiek is gericht op het leren hanteren van het emotionele tumult en de impulsiviteit (Linehan, 1991; Westen, 1990, 1991) of de behandeling is gericht op het integreren van gesplitste objectbeelden (Kernberg, 1984; Kernberg, Selzer, Koeningsberg, Carr & Appelbaum, 1989). De trend in de behandeling van borderline patiënten is de laatste jaren verschoven van langdurige en intensieve, psychodynamisch geïnspireerde psychotherapie naar cognitief-gedragstherapeutische therapie (Humelen, 1992; Linehan, 1993; Linehan, Armstrong, Suarez & Heard, 1991) of een pragmatische, kortdurende, no-nonsense-

behandeling met contracten en kleine doelen (Dawson & Mac-Millan, 1993).

De behandeling van patiënten met dissociatieve stoornissen, waaraan traumatische ervaringen ten grondslag liggen is een geheel andere. Ze zijn gericht op het omhoog halen van herinneringen, het doorbreken van de amnestische barrière, het verwerken van traumatische ervaringen en het integreren van de afgesplitste persoonlijkheidsdelen (Herman, 1992; Kluft & Fine, 1993; Putnam, 1989; Ross, 1989). Een psychotherapeutische behandeling van een patiënt met een dissociatieve identiteitsstoornis vertoont vele trekken van een langdurige, inzichtgevende, psychodynamische therapie aan de steunende kant van het spectrum (Berman, 1981; Brenner, 1994; Davies & Frawley, 1994; Loewenstein & Ross, 1992).

Hoewel de huiver voor destructieve cathartische doorbraken al genoopt heeft tot voorzichtigheid en tot een sterkere nadruk op symptoomstabilisatie (Van der Hart, 1991; Herman, 1992), is traumaverwerking toch de doelstelling van een dergelijke therapie. Gecontroleerd, prospectief onderzoek naar de effecten van traumaverwerking versus symptoombehandeling ontbreekt vooralsnog. Eveneens ontbreekt een goed doordachte rationale over wat nu precies te doen bij welke vorm van splitsen, reden om dit begrip aan een nadere bestudering te onderwerpen.

SPLITSEN

Vier betekenissen

Voorafgaand aan een nadere analyse van het begrip splitsen vanuit een psychoanalytische en objectrelatie-theoretische invalshoek, geef ik eerst een viertal uiteenlopende omschrijvingen van splitsen. Hieruit blijkt al dat conceptuele helderheid nodig is.

De eerste betekenis komt uit de psychoanalytische theorie. Hierin wordt splitsen tegenwoordig beschouwd als een primitief afweermechanisme, dat samen met projectieve identificatie en loochening behoort tot de centrale afweerstrategieën van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Dit cluster van afweerstrategieën staat de laatste jaren steeds meer in de belangstelling, evenals het onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen en hun behandeling (Kernberg, 1984; Westen, 1991)

Klinisch manifesteert splitsen zich in het bestaan van onverenigbare zelf en objectrepresentaties. De tegenstrijdigheid in gevoelens over en beschrijvingen van zelf of ander blijft buiten het bewustzijn van de persoon en wanneer hij / zij erop gewezen wordt, vergroot dit de angst. Een snelle oscillatie tussen tegenstrijdige zelfbeelden kan ook een aanwijzing voor splitsen zijn (Kernberg, 1984). We zien deze klinische mani-

festaties terug in de criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Ahktar en Byrne (1983) noemen splitsen zelfs een van de belangrijkere aanwijzingen voor het bestaan van de borderline- en narcistische persoonlijkheidsstoornis.

In een tweede, meer interactionele betekenis wordt splitsen gebruikt om aan te geven, dat het gedrag of het verhaal van een patiënt in staat is in een team van behandelaars tegenovergestelde en antagonistische gevoelens en gedragingen op te roepen. Deze betekenis van de term splitsen wordt vooral gevonden in de literatuur over klinische psychotherapie (Gabbard, 1994).

De splitsing verloopt meestal volgens de lijnen goed-slecht, medelijden-irritatie, grenzen stellen-emotionele nabijheid. Dit weerspiegelt de innerlijke conflicten van de patiënt, die in groter verband uitgegeerd worden. Deze vorm van splitsing blijkt niet voorbehouden aan patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Andersom kan dan ook niet gesteld worden, dat een patiënt die deze reacties oproept 'borderline' is.

Het begrip splitsen wordt ten derde gebruikt om het proces van altervorming aan te geven bij patiënten met dissociatieve stoornissen. Overigens, ook patiënten bij wie geen sprake is van een afgesplitste identiteit, omdat er geen sprake is van amnesie of bewustzijnsdalingen of -verstoringen, benoemen hun innerlijke aanwezigen als afgesplitste delen.

Dit woordgebruik wordt ook in de theorievorming over dissociatieve stoornissen gehanteerd (Kluft, 1992; Putnam, 1989; Ross, 1989). Zo hebben veel getraumatiseerde cliënten het over 'het kind in zichzelf' of 'de dader in zichzelf'. Deze worden beleefd als niet bij henzelf behorend. Er is een grote overlap met het concept van ego-states en het concept state-dependent learning (Watkins & Watkins, 1993).

Ten vierde wordt de term gebruikt om aan te geven dat bepaalde gevoelens niet in het bewustzijn komen: 'hij heeft zijn woede afgesplitst'. In die zin gebruikt, lijkt het op verdringen of affectisolatie.

Ook in de praktijk is het niet altijd even eenvoudig uit te maken of er nu sprake is van splitsen of van dissociëren. Als voorbeeld van de ingewikkelde verhouding tussen deze twee mechanismen kan het volgend vignet dienen.

»Een vrouw van achter in de dertig heeft meerdere alters. Een aantal 'kleintjes', die de herinneringen bewaren aan traumatische gebeurtenissen en onder andere twee mannelijke alters, die kenmerken vertonen van de vader [identificatie met de agressor] die haar vroeger mishandelde, maar die toch ook duidelijk psychisch bewerkt zijn en in die zin een gedifferentieerde constructie vormen. Ze zijn gekleurd door de wens hem

als beschermer te ervaren en door haar invoelingsvermogen in wat hem als jonge man, zelf ernstig mishandeld, bezighield.

Daarnaast ontkent de cliënte regelmatig dat er iets aan de hand is geweest. Er is nooit sprake van mishandeling geweest, er is nooit sprake van misbruik geweest, dus heeft zij ook geen dissociatieve stoornis [louchening]. Dit is in tegenspraak met niet alleen haar eerdere verhalen, maar ook met een ziektegeschiedenis als kind, waardoor een aantal gevolgen van mishandeling destijds door artsen en leerkrachten geboekstaafd zijn. Terwijl zij ontkent, zegt zij zelf dat ze ook wel weet, dat ze het ontkent, maar er zijn soms van die momenten, dat ze niet weet wat nu wel en wat niet waar is. [Hier lijkt sprake van de afweervorm splijting, door Freud in 1938 geformuleerd; op dit afweerbegrip ga ik later in dit artikel in.]

Als ze terugdenkt aan vroeger is het, alsof er iets in haar hoofd gebeurt: 'alsof de blik waarmee ik naar de wereld kijk, verschuift'. Ze doet haar best niet aan de akelige dingen te denken en haar herinneringen aan haar lagere schooltijd zijn gekleurd door haar voortdurend proberen ergens juist niet aan te denken. Daarnaast is er ook amnesie voor veel gebeurtenissen gedurende de lagere schooltijd. Ze kan me de ene keer een verhaal vertellen en de volgende keer is ze vergeten, dat ze het me vertelde. Of ze vertelt een verhaal, alsof het niet haarzelf betreft. Ze zegt dan, dat ze weet dat het in haar leven gebeurd is, bijvoorbeeld omdat ze de littekens ziet, maar ze kan het zich niet als iets eigens herinneren.

Als ze even voelt dat er wel sprake was van mishandeling, en de verschrikkelijke ervaringen doordringen, worden ze wel als van haarzelf beleefd. Ze is dan heel verdrietig. Op die momenten ervaart ze mij dan als een mens, dat aardig voor haar is en bij wie ze zich vertrouwd voelt. Ze voelt zich daarna ook beter. Pijnklachten die ze heeft, zoals een voortdurende pijn in een been dat in haar kindertijd tweemaal gebroken was en die meestal optreden zonder verbinding met een herinnering, verdwijnen zodra de pijn en de gebeurtenis gekoppeld worden in haar beleving. Maar vervolgens maakt de realisering dat zij een gewelddadige vader had haar bang. Als zij denkt dat er niets gebeurd is, dan is hij een aardige man, van wie ze veel hield en ben ik iemand die altijd onaardig en kil is net als haar moeder. [Bij het laatste zien we ook de splitsing in object-representaties.]«

Splitsen in de psychoanalyse

Het tegenwoordige gebruik van de term splitsen in de psychotherapie is voornamelijk ontleend aan het werk van Kernberg. Hij omschrijft splitting als een afweermechanisme, dat 'het ego beschermt tegen conflict door het dissociëren of actief uit elkaar houden van tegenstrijdige ervaringen van het

zelf en belangrijke anderen.' (Kernberg, 1984, p.15; vert. NJN). In Kernbergs definitie komt de term dissociatie voor en in de erop volgende alinea stelt Kernberg splitsing op één lijn met dissociatie. Dit is op zijn minst verwarrend.

In moderne traumatheorieën, maar ook bij Freud wordt zowel dissociatie als splitsing dan ook op een andere manier gedefinieerd. Alvorens op het hedendaagse gebruik van de termen in te gaan komt nu eerst de geschiedenis van deze begrippen bij Freud aan de orde.

De diverse vertalingen van Freuds bijdragen hebben verwarring teweeg gebracht over de begrippen splitsen en splijten. In 1938 wordt door de vertalers voor het eerst het woord splitsen gebruikt voor het Duitse *Spaltung*, dat in het college uit 1933 nog vertaald wordt als splijting. Dat dit niet zonder consequenties is, blijkt wel uit het gebruik van deze termen in het Nederlands, waar splitsen de betekenis van uiteengaan of verdelen in gelijkvormige delen heeft, terwijl splijten betekent: het met een scherp voorwerp uiteendrijven. Splitsen lijkt te verwijzen naar een reversibel proces, terwijl splijten naar iets blijvends verwijst.

In zijn vroege geschriften gebruikt Freud (1894) de term *Spaltung* om aan te geven, dat in het psychische apparaat twee verschillende fenomenen aanwezig zijn, die niets van elkaar weten. Het gaat dus om het gesplitst zijn van bewustzijn en Freud zag dit als de kern van de hysterie.

In het topografisch model van rond 1915 vat Freud splitsen op als een horizontale splitsing tussen dat wat bewust en dat wat onbewust is. In het economische gezichtspunt ontwikkelt het zich tot het concept van verdringing als centrale afweer. In het structurele model van 1926 wordt dit verdringen dan een van de afweervormen van het Ik tegenover zich opdringende driftmatige impulsen.

Freuds vroege definitie lijkt sterk op het begrip dissociatie, zoals dit in de moderne traumatheorie gebruikt wordt (Laplanche & Pontalis, 1973). Historisch lijken Freud, Breuer en Janet het wel eens te zijn over de door hen beschreven fenomenen, te weten: het gesplitst zijn van het bewustzijn, de *double conscience*, en de dissociatie van psychologische fenomenen. Ze hanteerden echter verschillende verklaringsmodellen. Freud hanteerde de verklaring van het conflict; Janet die van de constitutionele of door trauma's veroorzaakte zwakte van associaties (Laplanche & Pontalis, 1973).

In 1933 behandelt Freud in de *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* opnieuw de splijting [ik volg hier de vertaling – NJN] van het Ik, waar hij beschrijft hoe het Ik zichzelf als object neemt en kan observeren. Deze splijting in een ervarend en in een observerend Ik wordt later een van de hoekstenen voor het begrip van het samenwerkingsverbond

tussen analyticus en analysant, wanneer het gezonde observerende deel van de patiënt een verbond sluit met de analyticus tegen het meer zieke aspect van de persoonlijkheid.

Splijting staat hier in het teken van adaptatie. Immers, alleen wie op enigerlei wijze over zichzelf kan nadenken en op het eigen gedrag kan reflecteren, kan in de dagelijkse werkelijkheid binnen- en buitenwereld met elkaar verenigen. De kracht van het Boven-ik kan van deze adaptatie een probleem maken als een te streng Boven-ik zich meester maakt van deze observerende kant en daardoor de belevende kant voortdurend op de kop gezeten en gekleineerd wordt.

In dit college maakt Freud duidelijk dat wat in eerste aanleg een gezonde Ik-functie is, namelijk zelfreflectie en introspectie, kan verworpen worden door allerlei (intra)psychische wederwaardigheden en conflicten. De splijting wordt dan een probleem, in plaats van adaptief te zijn. Belangrijk in dit opzicht is ook de betekenis van verinnerlijking van en identificatie met de ouders waardoor de splijting een ernstig belemmerend conflict tussen geweten en belevend Ik kan opleveren, enkel door de mate waarin het onbewuste Boven-ik sadistische aspecten heeft gekregen.

Deze tweede definitie van Ik-splijting legt de nadruk op de adaptatieve functie van het splijten tussen ervarend en observerend Ik. De kwaliteit van de vroege relaties is voor een deel verantwoordelijk voor de mate waarin dit observeren niet tot kwellen en bestraffen wordt. In deze structurele optiek van Freuds theorie zijn Ik-functies en gewetensfuncties voor een deel ook onbewust.

Freud komt in 1938 terug op het concept splitsing in de 'Splitsing van het Ik in het afweerproces'. Zoals al gezegd, hier wordt weliswaar *Spaltung* met splitsen vertaald, maar het begrip *Spaltung* bij Freud verwijst meer naar iets blijvends. Dit blijkt uit zijn opmerkingen over de 'scheur in het Ik'. De term *Ich-Spaltung* beperkt zich in aangehaald artikel tot de psychoses en fetisjisme. Hij beschouwt het als een afweer van een conflict, waarbij een keuze gemaakt moet worden tussen de erkenning van een reëel gevaar, waarbij men afziet van de driftbevrediging, of de realiteit loochent teneinde de bevrediging te kunnen volhouden. Het ik maakt echter geen keus: 'Het antwoordt op het conflict met twee tegenovergestelde reacties, beide geldig en effectief. Enerzijds wijst het met behulp van bepaalde mechanismen de realiteit af en laat het zich niets verbieden, anderzijds erkent het in één adem het reële gevaar, aanvaardt de angst ervoor als ziektesymptoom en poogt het zich er later tegen te verweren' (Freud, 1938, p. 251). De prijs is echter hoog: 'een scheur in het Ik, die nooit meer heelt maar mettertijd groter zal worden' (Freud, 1938, p. 252).

In het vignet dat Freud daarna geeft, wordt het mechanisme van de loochening van de externe realiteit, in casu de ge-

castreerde staat van vrouwen beschreven. Er ontstaat geen compromis. Er bestaan twee houdingen: 'vrouwen hebben geen penis, dit kan mij dus ook overkomen' en 'vrouwen hebben er wel een, (gesymboliseerd in de vorm van een fetisch)'. En beide bestaan dus naast elkaar. Ze beïnvloeden elkaar niet. Deze twee beelden kunnen naast elkaar bestaan omdat elk van beide waarnemingen geloofwaardig wordt. De betekenis van het loochenen en ontkennen van de externe realiteit is in de huidige discussie over splitsen onderbelicht.

In 1938 legt Freud aldus meer de nadruk op de Ik-splijting als intrasystemisch en structureel. Wat oorspronkelijk de betekenis van afweer had en later van adaptatie, krijgt structurele gevolgen. Hij maakt dan ook de belangrijke opmerking: 'De twee contrasterende reacties op het conflict blijven bestaan als kern van een Ik-splitsing. Het gehele proces komt ons zo zonderling voor, omdat wij de synthese der Ik-processen voor vanzelfsprekend houden. Kennelijk hebben we het bij het verkeerde eind. De zo buitengewoon belangrijke synthetische functie van het Ik kent haar eigen voorwaarden en is aan een hele reeks stoornissen onderhevig', (Freud, 1938, p. 252). Het accent ligt hier niet meer op de oorzaken van de splitsing, maar op het probleem van integratie of synthese (Freud, 1938; Trijsburg, 1992).

In het artikel 'Het psychische apparaat en de buitenwereld' stelt Freud (1941), dat het ook in de normale ontwikkeling vaak gebeurt dat het Ik zich tegen een als pijnlijk ervaren eis van de buitenwereld wil beveiligen door waarnemingen te loochenen.

LeCoultré pakt in 1967 het thema van de splitsing van het Ik op. Hij noemt het alleen splijting. Hij benoemt het centrale mechanisme van de neurose het conflict tussen twee aspecten van het Ik: 'een volwassen, doch verarmd Ik en een primitief Ik, tussen een Ik dat zichzelf gaarne allerlei bevredigingen zou willen schenken, doch daarin gehinderd wordt door een infantiel Ik dat door allerlei angsten geremd is' (p.120). Hij verwijst in zijn artikel naar de chronische depersonalisatie, die het gevolg is van deze splitsing of splijting en naar de rol van psychische trauma, die een afsplitsing van delen van het Ik hebben veroorzaakt.

Freud en LeCoultré beschrijven een intrasystemisch proces, dat twee bewustzijnsinhouden uit elkaar houdt omdat een externe realiteit als te pijnlijk ervaren wordt. Ik stel voor dit mechanisme *splijten* te noemen. Zo kan het onderscheiden worden van het begrip splitsen zoals dit in de objectrelatietheorie gebruikt wordt. Splijten is op te vatten als een verticaal fenomeen, omdat het alle instanties betreft: Ik, Boven-Ik en Es. Splijting kan in dienst van het Ik staan en in dienst van de afweer. Als afweer kan het leiden tot een structurele stoornis in de synthetische functie van het Ik. Splijten en loochenen horen

bij elkaar als twee zijden van de medaille. In essentie komt het erop neer dat er als het ware twee waarheden naast elkaar bestaan: het is waar en tegelijkertijd is het niet waar.

Splitsen in objectrelatietheorieën

Bleuler ontwikkelde rond de jaren twintig de term splitsing als een fundamenteel symptoom van schizofrenie. De doorwerking daarvan is later terug te vinden bij Kleins theorie van de schizoïde mechanismen. Kernberg op zijn beurt, ontleende zijn definitie van splitsen aan Melanie Klein (1988). Het gaat bij deze laatste om de splitsing van objectrepresentaties. Deze objecten worden door de baby al op zeer jonge leeftijd in tegenstrijdige beelden plus bijbehorende gevoelens ervaren. Het gehate slechte object wordt naar de buitenwereld geprojecteerd. Het goede object blijft binnen. Opgroeien is een toenemende integratie van deze tegenstrijdige beelden en gevoelens. Zodra deze tegenstrijdigheid verdragen kan worden, ontstaat de depressieve positie.

Dit is anders dan Fairbairn postuleerde (1944). In zijn praktijk in Edinburgh werkte hij met verwaarloosde en getraumatiseerde patiënten. Op grond van deze ervaring ontwikkelde hij in betrekkelijk isolement in de jaren veertig zijn objectrelatietheorie (Celani,1993). Volgens Fairbairn bestaat er een centraal ego, dat onder goede omstandigheden in associatie met een ideaal-object tot een gezond zelf kan uitgroeien. Essentieel in zijn theorie is de afhankelijkheid van en hechting aan de verzorgers van een kind en de behoefte om een relatie in stand te houden, ten koste van veel.

Als dit ideale object niet goed is, dat wil zeggen als sprake is van verwaarlozing van basisbehoeften, maar ook van mishandeling of misbruik, dan wordt het slechte object geïnternaliseerd. Dit betekent: het beeld van de slechte ouder. Dit slechte object wordt volgens Fairbairn gesplitst in een gefantaseerd opwindend object en in een verwaarlozend en afwijzend object. Deze deelobjecten worden gekoppeld aan delen van het Ik.

Dat deel van het Ik, dat in relatie staat met de afwijzende ouder noemt hij het anti-libidineuze Ik. Het andere deel, dat verlangt, hoopt en werkt naar een (geïdealiseerde) verbinding met de goede ouder noemt hij het libidineuze Ik. Het Ik bestaat dus uit twee sub-ego's (een hoopvol en een afgewezen) en twee deel-objecten (een fantastische ouder en een verschrikkelijke ouder). Het afgewezen Ik ervaart zichzelf als slecht, nietswaardig en schuldig.

Het anti-libidineuze ego heeft alle kenmerken van de interne saboteur, die verantwoordelijk is voor de negatieve therapeutische reacties, die we bij patiënten met een vroege stoornis zo regelmatig zien. Fairbairn zag het splitsen van het Ik als een gevolg van een tekortschietende omgeving, als ver-

dediging tegen traumatische gebeurtenissen en dientengevolge als een verstoring in de vroege objectrelaties (Celani,1993).

Volgens Klein, Fairbairn en later ook Mahler, is het gesplitst zijn in verschillende objectbeelden echter een basiservaring van elk kind. Integratie van de goede en slechte objectbeelden ontstaat, wanneer het kind door een voldoende veilige en consistente omgeving leert verschillende ervaringen te koppelen aan één object dat in de loop van de ontwikkeling beleefd kan worden in één persoon met een apart bestaan met goede én slechte trekken.

Vroege stoornissen in de interactie, een ontbreken van een *goodness of fit* tussen omgeving en kind (of in Kernbergs opvatting: een te sterke agressie), zouden dit proces van integratie kunnen verstoren. Door Kernberg en Klein wordt splitsing beschouwd als een ontwikkelingsfase, maar splitsing kan ook het gevolg zijn van een afweer tegen onverdraaglijke angst. Of er dan sprake is van een ontwikkelingsachterstand, een regressie op basis van innerlijke conflicten of een ego-defect blijft contro-versieel.

Bij borderline pathologie zou sprake kunnen zijn van een niet of nooit tot stand gekomen integratie. Men zou echter ook kunnen veronderstellen, dat ernstige mishandeling of seksueel misbruik door ouders en verzorgers, juist door de onverdraaglijkheid van het verraad in relatie tot het afhankelijk zijn van zorg en liefde, de objectsplitsing in stand houdt en welke integratie dan ook onmogelijk maakt.

Tot slot: vier denkmodellen

Op grond van de bevindingen in de literatuur kom ik tot drie denkmodellen, waarin splitsing en splijting een centrale rol spelen. Daaraan kan als vierde het model van de affectdisregulatie worden toegevoegd.

Freud en LeCoultré

Splijting van het Ik is een centraal afweermechanisme, dat in meer of minder mate bij iedereen een rol speelt, dat verantwoordelijk is voor de scheiding tussen een ervarend en observerend Ik en dat de kiem vormt van het vermogen tot reflectie. Als stereotype afweer kan het leiden tot de meer of minder ernstige vormen van depersonalisatie. Structurele splijting verwijst naar een probleem met de integratie tussen twee verschillende werkelijkheden. Dit gaat gepaard met het mechanisme van loochening en leidt tot een gelijktijdig weten en niet weten.

Het is als afweermechanisme niet voorbehouden aan personen met een ernstige stoornis in de persoonlijkheidsont-

wikkeling. Het kan afweer zijn tegen een overspoeld worden door driften of door een externe overweldiging. Hierbij maakt het voor het Ik niet uit, waar het gevaar vandaan komt: 'het Ik wordt door overwegingen van veiligheid beheerst' (Freud, 1941, p.141). Komt het gevaar van buiten, in de vorm van geweld van ouders waar het kind voor overleving van afhankelijk is, dan zal het meer de werkelijkheid moeten loochenen. Bij rouw of de dreiging van ernstige ziekte kan loochening en splijting ook een rol spelen.

Kernberg en Klein

Splitsen is een vroeg afweermechanisme, dat aanwezig is vanuit biologisch gefundeerde agressieve driften. Iedere baby is in zijn vroege ontwikkeling in de greep van deze primitieve schizoïde mechanismen. Groter worden is een kwestie van integratie, het leren binnenhouden van wat eerst onverdraaglijk was, het in gehelen zien, wat eerst deelobjecten waren. Voor een dergelijke ontwikkeling is wel een bepaalde mate van omgevingsveiligheid nodig. Wanneer deze er niet is, dan blijft het afweermechanisme door bijvoorbeeld een te sterke agressie bestaan of het vormt als het ware een defect, dat bij de eerste de beste hindernis geactiveerd wordt.

Fairbairn en Winnicott

Splitsen ontstaat als de afhankelijkheidsbehoeften van het kleine kind verstoord worden in de vroege relaties met de ouders. De splitsing ontstaat als er onvoldoende introjected reliability van de omgeving is, zoals Winnicott (1989) stelt. Fairbairn beweert hetzelfde. Splitsing is dus gevolg van een tekort aan veiligheid in objectrelaties. Als splitsen eenmaal is ontstaan, dan geeft dit aanleiding tot een verstoorde ontwikkeling van objectrelaties en dit kan later tot persoonlijkheidsstoornissen aanleiding geven.

Splitsen als gevolg van affectdisregulatie

Een volgende opvatting is, dat splitsen verwijst naar een cognitieve-functiestoornis, die op haar beurt weer gevolg is van heftige, elkaar uitsluitende gevoelens. Deze affectieve swings hebben te maken met een stagnatie in de ontwikkeling van de affectrepresentaties (Hummelen,1992; Lane & Schwartz,1987; Westen, 1991).

Over de etiologie van de affectdisregulatie verschillen de opvattingen. Paris (1994) legt verband met (genetisch bepaalde) impulsiviteit en affectieve instabiliteit. Linehan (1993) deelt deze hypothese, maar legt nadruk op de leergeschiedenis en de relatie met omgevingsinvloeden.

Volgens sommige auteurs is affectdisregulatie een post-traumatische reactie (Herman, Perry & Van der Kolk, 1989; Kroll, 1993; Westen, Ludolph, Mistle, Ruffins en Block, 1990). Het splitsen kan dan opgevat worden als een, weliswaar rigide, manier om orde in de chaos te houden. Op dezelfde manier kan ook automutilatie een controlefunctie hebben. Zolang het maar mogelijk blijft de wereld te verdelen in goed en kwaad, links en rechts hoeft iemand zich niet zo overspoeld te voelen door gevoelens van angst, woede en schaamte.

DISSOCIEREN

Zoals we in het bovenstaande zien zijn er twee verschillende kennisgebieden, waarin *splitting*, zoals het in het Angelsaksisch taalgebruik heet, verwijst naar twee verschillende concepten. Het verwijst naar de splijting van het Ik als adaptatie of als afweer en het verwijst naar het splitsen, zijnde het niet kunnen synthetiseren van zelf- en objectbeelden, als afweer of als structureel tekort.

Hoe is dissociëren hier in te passen, zeker gezien het feit, dat veel auteurs de termen door elkaar gebruiken? Hoewel de begrippen afkomstig zijn uit verschillende kennisterreinen en theoretische kaders, is het de vraag of splitsen, splijten en dissociëren in feite niet hetzelfde is. Op het eerste gezicht lijkt het lood om oud ijzer te zijn hoe de mechanismen genoemd worden. Hierboven heb ik al aangegeven dat symptomatologie, verschijningsvorm en klinische presentatie van de dissociatieve identiteitsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis nauwelijks verschil vertonen. Fenomenologisch lijkt er dus weinig verschil. Een mogelijkheid kan zijn dat we hier te maken hebben met een overlap tussen verschillende syndromen. De overeenkomsten zijn dus duidelijk. De vraag is echter toch of er verschillen zijn. Conceptuele helderheid is vooral van belang in de diagnostiek en behandeling.

Historie en definitie

Janet was in 1887 niet de eerste die de term gebruikte, maar wel degene die het fenomeen het meest uitgebreid onderzocht en beschreef. Hij verstond onder dissociatie het ontsnappen van bepaalde denkbeelden en functies aan de controle en de kennis van het persoonlijk bewustzijn (Van der Hart, 1991). Het gaat dus om een splitsing tussen verschillende bewustzijnsinhouden.

Deze bewustzijnsinhouden kunnen gevoelens, zintuiglijke sensaties, herinneringen, cognities zijn. Of het nu om een eenmalig trauma gaat of een langdurige, diep in de ontwikkeling ingrijpende reeks gewelddadige en seksuele grensoverschrijdingen gaat, het gevolg is dat de (herinnering aan) onver-

draaglijke schokkende gebeurtenissen uit het bewustzijn geweerd worden door middel van wat in de traumatheorie een verticale splitsing heet (Van der Hart, 1991; Gabbard, 1994).

Hiermee wordt dissociatie onderscheiden van verdringing. Dit laatste wordt als horizontaal geconceptualiseerd in het structurele model van de menselijke psyche. Bij verdringen is er sprake van een conflict tussen wensen, verboden en angsten, waarbij de wensen en verlangens in principe gesymboliseerd zijn, maar die door de eisen van het Boven-Ik onverdraaglijk zijn en daarom worden verwezen naar het onbewuste. Bij dissociatie gaat het om inhouden, die nog niet gesymboliseerd zijn en dus in de vorm van vage en onbenoembare lichamelijke sensaties en beelden afgesplitst zijn van het dagelijks en persoonlijk bewustzijn.

Door de huidige onderzoekers op het gebied van trauma en dissociatie wordt vooral de nadruk gelegd op de dissociatie van herinneringen (amnesie), lichamelijke sensaties (leidend tot lichamelijke gevoelloosheid of somatopsychische derealisatie) (Allen, 1993; Putnam, 1992). Spiegel (1990) benadrukt het aspect van de auto- of zelfhypnose bij dissociatie: het is een manipulatie van het bewustzijn om een onverdraaglijke werkelijkheid niet te kennen, voelen of ervaren.

Verder is er een onderscheid te maken tussen volledige en partiële dissociatie. Deze laatste leidt tot depersonalisatie, derealisatie of de splitsing tussen gevoel en verstand (Boon & Draijer, 1993; Ensink, 1992; Van der Hart, 1991). Het lijkt erop dat partiële dissociatie en het begrip Ik-splijting veel overeenkomsten hebben. Ik-splijting leidt immers ook tot depersonalisatie en derealisatie (LeCoultré, 1967, De Blécourt, 1995). De overeenkomsten tussen beide gelden niet meer in het geval van de uitgebreidere vormen van dissociatie, die aanleiding geven tot stoornissen in het persoonlijk bewustzijn, de herinnering of de identiteit zoals het geval is bij de dissociatieve stoornissen.

Traumatische ervaringen

De correlatie tussen dissociatie en traumatische ervaringen in de kindertijd is inmiddels in vele onderzoeken bevestigd (Chu & Dill, 1990; Coons, 1984; Spiegel, 1990). De relatie tussen dissociatie en een geschiedenis van seksueel en fysiek geweld is het sterkst bij de dissociatieve identiteitsstoornis: 94% van de onderzochte patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis waren als kind zowel fysiek als seksueel mishandeld. Het centrale mechanisme bij complexe posttraumatische stoornissen (Herman, 1992) is dus het gebruik van dissociatie als verdedigingsstrategie tegen overweldigende ervaringen in relatie met ouders en verzorgers waar een kind niet aan kon ontsnappen.

Het ontstaan van alters

Dissociatie wordt beschouwd als een vorm van zelf-hypnose, van toestandafhankelijke, pre-operationele leerprocessen onder de invloed van heftige affecten, opgeroepen door traumatische ervaringen. Spiegel en Cardeña (1991) karakteriseren dissociatie als een gestructureerde scheiding van mentale processen, maar anders dan bij splitsing van objectrelaties gaat het vooral om het Zelf: 'het Zelf is afgescheiden van zijn eigen ervaring' (Allen, 1993).

In ego-psychologische taal zou men kunnen zeggen, dat het overweldigende van de traumatische ervaring leidt tot een verstoring van de ik-functies denken, voelen, waarnemen en zich herinneren. Het ontstaan van alters en meerdere persoonlijkheidsdelen kan beschouwd worden als een concretisering van deze toestandafhankelijke en door zelf-hypnose opgeroepen clusters van gedachten, gevoelens, wensen en affecten.

Alters hebben volgens de psychoanalytische auteur Marmer (1980) kenmerken van transitionele objecten. Reiss (1993) vat dissociatie op als het gevolg van het uit elkaar vallen van de potentiële ruimte tussen realiteit en fantasie door traumatische overweldiging van deze innerlijke ruimte. In deze uiteengevallen potentiële ruimte kunnen volgens Reiss de alters beschouwd worden als functionele waandenkbeelden, die als doel hebben een cohesief Zelf in stand te houden. Hij noemt alters dan ook narratieve constructies. Dit spooft met het klinische feit, dat veel alters dienen als *self soothing* fantasieën. Ernstige traumatisering blijkt vooral het mechanisme van dit zelfgeruststellende gedrag te verstoren.

Putnam (1992) legt echter de nadruk op het feit, dat in de ontwikkeling van jonge kinderen een wisseling van behavioural states heel normaal is. Het begrip is naar mijn idee het best te vertalen met gedragsstaten. Onder deze term verstaat hij de specifieke patronen van psychologische en fysiologische variabelen, die tezamen optreden en over de tijd heen relatief stabiel zijn. Deze gedragsstaten omvatten variabelen als energie, activiteitsniveau, spraak, affect, cognitieve processen, houding, gebaren. Deze staten werken als transformator voor binnenkomende sensorische prikkels. Een vrolijk kind zal anders reageren op het aanbieden van eten dan een slaperig kind. Dit leidt tot staat-afhankelijk leren: in sommige staten is ander materiaal van betekenis en wordt ander materiaal uit het geheugen opgediept dan op andere momenten. Wanneer iemand aanwezig is op een begrafenis dan komen herinneringen aan diens persoonlijke verliezen makkelijker omhoog dan tijdens een spannende sportwedstrijd. Een kind dient in de ontwikkeling over deze verschillende gedragstoestanden heen een geïntegreerd zelfbeeld te ontwikkelen en moet ook leren de gedragsstaten te moduleren.

Dissociatieve en borderline stoornis

Het ontstaan van dissociatieve stoornissen wordt in de meeste traumatheorieën beschouwd als een stoornis in de integratie van zelfbeelden en als een ontwikkelingsstoornis op basis van een tekort aan ouderlijke bescherming en een teveel aan ouderlijke grensoverschrijding.

Opvallend is dat de gevoelige leeftijd voor het ontwikkelen van een dissociatieve stoornis later verondersteld wordt dan de gevoelige leeftijd voor het ontstaan van een borderline persoonlijkheidsstoornis (zie ook hieronder). Ensink (1992) vond dat ernstig misbruik juist tussen het tiende en twaalfde jaar de hoogste dissociatiescores te zien gaven.

De functie van dissociatie in de latentie is nog onvoldoende onderzocht. Mocht het gebruik van dissociatie van geheugen en herinnering als afweer juist zijn top bereiken in de latentietijd, dan zou verklaard kunnen worden dat de dissociatieve stoornis eerder een stoornis is in de integratie van zelfbeelden. Immers, in de latentie ontstaat een duidelijke scheiding tussen innerlijke zelfrepresentaties en objectrepresentaties: het onderscheid tussen Ik en Ander. Ontwikkelingspsychologisch is dit ook de tijd, waarin het concrete operationele denken tot stand komt.

Is er bij borderline pathologie nu sprake van een trauma of van een ontwikkelingsstoornis? In de loop van de ontwikkeling van Freuds theorie (zie hiervoor) is datgene wat niet gesynthetiseerd kan worden en dus tot splijting leidt, verschoven van een externe gebeurtenis, het psychotrauma, naar een innerlijk conflict. In de theorievorming over het splitsen en de ontwikkeling van de borderline pathologie is de pathogenese verschoven van het conflict naar het defect. Het defect ontstaat door een tekort aan verinnerlijkte veiligheid en structuur.

Over het algemeen wordt de oorzaak bij een zeer vroege verstoring in de ouder-kindrelatie gelegd, en met name in de moeder-kindrelatie. Auteurs verschillen nogal van mening over welk kernconflict het meeste gewicht heeft. Auteurs, die zich op de theorie van Mahler over separatie en individuatie baseren, leggen het bij het *rapprochement-conflict*: het kind wil groter groeien, maar de moeder verdraagt de groeiende onafhankelijkheid niet. Fairbairn legt het bij de splitsing in sub-ego's om het goede ouderbeeld vast te houden.

Hoe dan ook, het zwaartepunt ligt bij een zeer vroege verstoring, waarbij vooral de moeder-kindrelatie in het geding is. Het is nog niet duidelijk hoe latere gebeurtenissen en ontwikkelingsinterferenties zoals traumatisering zich verhouden tot het ontstaan van borderline pathologie. Niet iedereen, die ernstige trauma's heeft meegemaakt ontwikkelt een borderline persoonlijkheidsstoornis en niet iedereen met een borderline

persoonlijkheidsstoornis heeft trauma's in zijn voorgeschiedenis. Er bestaat wel een sterke correlatie.

Hiervoor is al aangegeven, hoe vaak een geschiedenis van misbruik en geweld bij cliënten met borderline pathologie voorkomt. Zanarini en Gunderson vonden bovendien bij 90% van de door hen onderzochte borderline patiënten disfunctionele ouders. En zoals bekend verondersteld mag worden: een ouder houdt niet op disfunctioneel te zijn zodra het kind de rapprochement-fase bereikt heeft. De hypothese lijkt gerechtvaardigd dat het hier om een specifieke cumulatie van gebeurtenissen gaat, waarbij het niet kunnen integreren van objectrepresentaties niet alleen een gevolg is van hele vroege ontwikkelingsfactoren, maar ook van latere traumatische gebeurtenissen. Bij voortdurende of toenemende stress wordt teruggegrepen op ontkenning, loochening, ik-splijtende en andere afweervormen, waardoor objectsplitsing opnieuw optreedt of wordt volgehouden.

De binnenwereld van een patiënt met borderline pathologie ziet er dan ook anders uit. In de meeste klinische beschrijvingen ligt de nadruk op de gebrekkige scheiding tussen zelf- en objectrepresentaties. Fonagy, Moran en Target (1993) beschrijven op grond van hun onderzoek naar een populatie vrouwen met een klinische diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis, dat hun innerlijk beleven gekenmerkt werd door een zich voortdurend overweldigd voelen door traumatische herinneringen, zonder reflectie op hun eigen denken en voelen. Een theory of the mind ontbreekt. Hij concludeert dat patiënten met een ernstig trauma in hun jeugd een grotere kans maken op het ontwikkelen van een borderline persoonlijkheidsstoornis, wanneer zij reageren met een remming van het vermogen tot zelfreflectie (Fonagy, 1991; Fonagy, Moran & Target, 1993; Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991). De klinische borderline groep verwacht zichzelf in de tegenstrijdigheden en in de pogingen de luisteraar in een concordante of complementaire positie te krijgen, let wel: schijnbaar zonder zich van deze tegenstrijdigheden bewust te zijn.

Fonagy (1991) wijst erop, dat mishandeling door de ouder een defensiestrategie kan oproepen waarbij het object geen eigen gedachtewereld heeft. Borderline pathologie ontstaat als dit vermogen tot reflectie afwezig blijft. Reflectie, zo stelt hij, betekent dat je je kunt voorstellen dat een ander er een eigen idee op na houdt, een eigen innerlijke wereld heeft en dat deze wereld kan verschillen van je zelf (representational diversity). Maar als je je té goed in kunt leven in de innerlijke wereld van een ouder, die tegelijkertijd dader is, dan leidt dit tot vernietiging van het zelf.

Sachsse (1995) stelt het iets anders. Heftige trauma's leiden als het ware tot de dood van het object: het vermogen te

bedenken wat een ander denkt wordt actief afgeweerd. Het object wordt daardoor geesteloos, of houdt zelfs op met bestaan. Marmer en Fink (1994) beschouwen deze afweer door de - ontkenning van de mentale wereld van de ander als een van de belangrijkste kenmerken van borderline objectrelaties. Daardoor blijft de grens tussen zelf en ander altijd wazig, de ander kan altijd even kwaadaardig zijn als de oorspronkelijke ouder; de mogelijkheid tot integratie wordt door de angst ondergraven, de ambivalentie wordt nooit verdragen, de oscillatie blijft doorgaan, omdat niet geweten mag worden wat de ouder dacht.

De defensie bij meer neurotische (dat wil zeggen meer georganiseerde vormen van afweer) bestaat uit het afkapselen en verdringen van de herinneringen. In het vignet zien we dat deze cliënte haar object niet dood maakt, maar zich empathisch inlevend een alter maakt van het verinnerlijkt object.

Volgens mij bestaat de defensie bij een dissociatieve stoornis in eerste instantie uit het loochenen van een ondraaglijke realiteit. Ver-volgens wordt de loochening splijting van het Ik: 'Dit is wel waar en dit is niet waar'. De oscillatie betreft in eerste instantie de aard van de ervaring en de werkelijkheid, niet de oscillatie van de gevoelens en meningen. Om deze loochening en splijting in stand te houden is een manipulatie nodig van het bewustzijn in de vorm van amnesie. Vervolgens leidt dit het uitbouwen van de gespleten aspecten met verinnerlijking van de agressor, fantasieën over gewenste relaties en gewenste Ik-idealen. De aspecten van loochening en Ik-splijting worden dan secundair en structureel doorgetrokken naar zelfrepresentaties, objectrepresentaties, Boven-Ik en id. Het wordt dan een echte verticale splijting, die het gehele Zelf betreft.

Bij de meeste mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis is de opbouw van alters toch vaak onder te verdelen in een aantal functionele clusters, hoe gefragmenteerd sommige ook mogen zijn en van hoeveel er ook sprake is. Meestal is er wel sprake van de dader, de afwezige of hardvochtige moeder, het onschuldige kind, de rebelse, boze en opstandige puber, de promiscue en gewaagde kant, die seksuele contacten voor haar rekening neemt, de verstandige gevoelloze actor, die het verkeer met de buitenwereld verzorgt en de zorgzame, geidealiseerde moeder.

Marmer en Fink (1994) geven in hun recente artikel over de overeenkomsten tussen de dissociatieve identiteitsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis een aardige metafoor: de innerlijke structuur van een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis is op te vatten als een grote gymnastiek- of fabriekshal met een uiterst gevoelige thermostaat aan de buitenzijde. Als de thermostaat aanslaat is het óf gloeiend heet

óf ijsig koud in de hal. De patiënt met DIS is te vergelijken met een fabrieksgebouw vol kleine kamertjes met elk een eigen thermostaat. Tussen de kamers is onderling nauwelijks verbinding en sommige kamertjes zijn zo klein of ver weg, dat ze bijna vergeten zijn.

Dissociëren: zowel splitsen als splijten

Zoals eerder gesteld behelst het dissociëren een splijting van bewustzijnsinhouden. Het bevat elementen van loochening: 'Dit is niet gebeurd'. 'ik ben niet hier, maar ik zweef aan het plafond.' 'Dit overkomt mij niet, maar een ander.' Voorts is er een splijting: 'Dit verschrikkelijke gebeurt wel; nee, toch niet.' Maar tegelijkertijd vindt ook een splitsing plaats tussen beelden (of mentale representaties) van de daders of de niet-ingrijpende ouder. Om te blijven functioneren in een gezin, waar de ouder de ene dag gewoon lijkt en 's avonds met een verwrongen gezicht je vastbindt en misbruikt, is het van levensbelang de beelden van deze ouder uit elkaar te houden.

Het zal duidelijk zijn, dat splitsing in objectbeelden niet los kan staan van splitsing van zelfbeelden. Immers wat gesplitst wordt, betreft niet zozeer het beeld van de persoon op zich, maar de gevoelens over de relatie met deze persoon (Sands, 1994). De behoefte van het Ik aan veiligheid zorgt ervoor dat onaangename of sadistische aspecten van de ouder geloofend worden. Zonder splijting geen splitsing. Andersom geldt dit niet: er kan wel sprake zijn van splitsing in de zin van het niet kunnen samenbrengen van onverenigbare objectbeelden, zonder dat er sprake is van splijting.

Men zou zich kunnen voorstellen dat bij de borderline pathologie de nadruk ligt op het onvermogen tot synthetiseren, terwijl de groep dissociatieve patiënten een grotere verscheidenheid aan afweermechanismen vertoont. We zouden ook kunnen stellen, dat objectconstantie het probleem is bij patiënten met een borderline stoornis, terwijl bij de patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis de kern de splijting in de Ik-functies en zelfbeelden betreft. In de ambulante klinische praktijk lijkt het of sommige patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis ondanks hun vele identiteiten een stabiel beeld hebben van anderen.

De cognitieve mogelijkheden van sommige alterpersoonlijkheden, met name de hoofdpersoon, worden vaak gekenmerkt door het vermogen abstract te denken en het vermogen tot conceptualisatie, terwijl andere alters een regressieve, primitieve aard vertonen. In een studie naar de psychologische kenmerken van patiënten met dissociatieve stoornissen vonden Armstrong en Loewenstein (1990) ook een grotere mate van ego-organisatie. Voorts vertoont de interactie tussen patiënt en therapeut meestal andere kenmerken. Vaak is

een beter samenwerkingsverband mogelijk. Als de behandeling goed van start is gegaan met duidelijke grenzen, stabiliteit, een goede werkrelatie verloopt het therapeutisch proces tenslotte ook anders (Gabbard, 1994, Loewenstein & Ross, 1992).

Mogelijk is er sprake van een spectrum. Aan de ene kant zien we klinisch redelijk functionerende patiënten, zoals Kluff die ook beschrijft (1992). Aan de andere kant zien we een groep patiënten die tekenen van een borderline organisatie vertoont en daarnaast een dissociatieve stoornis heeft. Er zijn dus klinische aanwijzingen, dat patiënten met een dissociatieve stoornis niet dezelfde zijn als patiënten met een borderline persoonlijkheidsstructuur, maar dat er wel een grote mate van comorbiditeit kan bestaan.

BESCHOUWING

De termen splitsen, splijten en dissociëren worden door verschillende auteurs door elkaar gebruikt, maar verwijzen elk naar een eigen kennisgebied. Door de recente nadruk op splitsen als de primitieve afweerstrategie ten opzichte van objectrelaties, verwijzend naar de borderline pathologie, kon het splitsen niet goed een plaats krijgen; het splitsen, zoals dat kenbaar wordt in de zin van waarneming (zien en niet zien), cognitie (weten en niet weten) zelfbeleving (ernaast staan en ernaar kijken), herinnering en gevoelens. Deze fenomenen werden verwezen naar het domein van de Janetiaanse psychologie. Daardoor werd echter weer onzichtbaar, dat geen waarneming, geen sensaties, geen feit los te zien is van innerlijke beelden van het zelf en anderen. Als een vrouw die misbruikt is de waarneming splitst, 'Het is niet gebeurd', dan splitst ze tegelijkertijd ook het beeld van de ouder: 'ik heb dus een gewone vader'. Als zij de beleving van haar lichaam ontkent, dan loochent ze een deel van haar eigen zelfbeeld (zie ook Sands, 1994).

Er bestaan dus de volgende drie varianten van Ik-Splijting.

- De horizontale splijting, tussen onbewuste en bewuste aspecten binnen het ego, gericht op de externe werkelijkheid. Deze is van verdringing te onderscheiden, omdat het daarbij gaat om driftderivaten.
- De beginnende verticale splijting: bewust versus bewust, binnen het ego. Het tegelijkertijd erkennen en ontkennen van een externe realiteit.
- De volledige verticale splijting, en dan hebben we het over altervorming.

Goed beschouwd blijkt Freud in zijn laatste levensjaar de spijker op de kop geslagen te hebben. Splijten is namelijk een volstrekt normaal afweermechanisme. Het gaat gepaard met het uit elkaar houden van twee werkelijkheden, waarbij onmiskenbare feiten geloofwaardig moeten worden. Of deze feiten nu een intern conflict betreffen of de waarheid of onwaarheid van een externe gebeurtenis, dat maakt voor het Ik niets uit. Wanneer iets waargenomen en ervaren is, dan is het al binnengekomen, ook als het overweldigend is voor het individu.

Splijten is dus een alledaags fenomeen, dat op zich geen directe relatie houdt met een bepaald soort persoonlijkheidsstructuur, maar meer een noodzakelijk fenomeen om bepaalde overweldigende gebeurtenissen uit het bewustzijn te houden. Het gaat hierbij om kwantitatieve verschillen, zoals dit altijd het geval is bij elke afweer. In sommige situaties is het onontbeerlijk voor de psychische gezondheid. Wanneer het te star gehanteerd wordt dan slaat het nut om in een belemmering van het dagelijks functioneren.

Traumatische gebeurtenissen kunnen deze splijting oproepen. Splijten is dan ook een vorm van dissociëren: het uit elkaar halen van wat bij elkaar hoorde, het apart beleven van twee werkelijkheden. Maar om te kunnen splijten moet er dus al een structuur zijn. Om de boom te kloven, het touw uit elkaar te halen moet er al een bepaalde structurele organisatie zijn.

Dissociëren is echter meer dan splijting alleen. Het omvat enkelvoudige vormen van afweer zoals loochening, depersonaliseren, derealiseren tot zeer complexe vormen als altervorming.

Het splitsen, toegeschreven aan patiënten met een borderline organisatie lijkt eerder te berusten op een stoornis in het synthetiseren van uit elkaar liggende gevoelens en gedachten. Er blijkt op grond van de literatuur een groep patiënten te zijn, die van jongs af aan zo onveilig en ambivalent gehecht was, dat zij hierdoor affectieve en cognitieve-functiestoornissen ontwikkelen, die het hun onmogelijk maken verschillende belevingen, zelfbeelden, gevoelens en gedachten te integreren. Het lijkt bij deze groep te gaan om het onvermogen tot zelfreflectie, het zich niet kunnen verplaatsen in de innerlijke wereld van een ander als zijnde anders dan die van jezelf. Het woord splitsen lijkt hier eigenlijk niet zo op zijn plaats, omdat er niet eerst een geheel was wat in stukken uiteen valt, maar om een onvermogen bij elkaar te brengen wat in de loop van de ontwikkeling bij elkaar hoort.

Voor de behandeling heeft inzicht in een gedifferentieerde diagnostiek ontegenzeggelijk veel belang. Het is wijs om noch met patiënten met borderline pathologie noch met patiënten met

een dissociatieve identiteitsstoornis een ongestructureerde, openleggende therapie te beginnen. Bij de eerste categorie is gebrek aan structuur een invitatie tot overspoeld raken en onhanteerbare regressie. Bij de tweede groep gaat het zicht op de lokale en voor een niet getrainde observator vaak onbepaalde dissociatieve signalen verloren in een openleggende therapievorm, waarbij een stilte meervoudige betekenissen kan hebben. Aan de andere kant zou een cognitief-gedragsmatige aanpak van patiënten met een dissociatieve stoornis zoals de laatste jaren aangeraden wordt voor borderline patiënten, de integratieve mogelijkheden van sommige patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis te kort kunnen doen.

Voor de groep met een redelijk integratievermogen en een hoge mate van onverwerktheid van traumatische gebeurtenissen is het integreren of reorganiseren van traumatisch materiaal een noodzakelijke voorwaarde voor het oplossen van de stoornis. Voor de groep patiënten die overweldigd is door traumatische gebeurtenissen en die in emoties en cognities gevangen blijft in een ambivalent gevoel van overweldigd te zijn door traumatische ervaringen, is een therapie te verkiezen, die allereerst deze cognitieve en affectieve stormen leert te hanteren en niet meteen op het traumatische materiaal duikt. De traumatische werkelijkheid ontkennen of doodzwijgen daarentegen is absoluut niet aan te bevelen. Het is de therapeutische kunst te laveren tussen het serieus nemen van de realiteit van misbruik en mishandeling en het voldoende afstand houden om de cognitieve distorsies en emotionele betekenissen bewerkbaar te maken.

Van groot belang is het ten slotte om zich niet alleen maar blind te staren op de psychiatrische symptomen, maar een profiel te maken van de integratieve vermogens, de flexibiliteit van afweerstrategieën en de reversibiliteit van cognitieve beperkingen.

Met dank aan Wim Trijsburg voor zijn waardevolle commentaar bij eerdere versies van dit artikel.

LITERATUUR

- Ahktar, S., & Byme, J.P. (1983). *The concept of splitting and its clinical relevance*. American Journal of Psychiatry, 140,1013-1016
- Allen, J.G. (1993). *Dissociative processes: theoretical underpinnings of a working model for clinician and patient*. Bulletin of Menninger Clinic, 57, 287-309.
- Armstrong, J., & Loewenstein, R. (1990). *Characteristics of patients with multiple personality disorder and dissociate disorders on psychological testing*. Journal of Nervous and mental diseases, 178,448-458.
- Baker, L., Silk, K.R., Westen, D., Nigg, J.T., & Lohr, N.E. (1992). *Malevolence, splitting and parental ratings by borderlines*. Journal of Nervous and Mental Diseases, 180, 258-264.
- Berman, E. (1981). *Multiple personalities: psychoanalytic perspectives*. International journal of Psychoanalysis, 62, 283-300.
- Blécourt, B. de (1995). *Voelen denken en handelen in de psychoanalyse*. Assen: Van Gorcum.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brenner, I. (1994). *The dissociative character: a reconsideration of multiple personality*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 42, 819-846.
- Celani, D.P. (1993). *The treatment of the borderlinepatient: applying Fairbairn's objectrelationstheory in the clinical setting*. Madison: International Universities Press.
- Chu, J.A., & Dill, D.L. (1990). *Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse*. American Journal of Psychiatry, 147, 887-892.
- Coons, P.M. (1984). *The differential diagnosis of multiple personality patients. A comprehensive review*. Psychiatric Clinics of North America, 7, 51-67.
- Davies, J.M., & Frawley, M.G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood abuse*. New York: Basic Books.
- Dawson, D., & MacMillan, H. (1993). *Relationshipmanagement of the borderline patient*. New York: Brunner/Mazel.
- Ensink, B.J. (1992). *Confusing realities. A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. Amsterdam: VU University Press.
- Fairbairn, W.R.D. (1944). *Endopsychic structure considered in terms of objectrelations*. Internationaljournal of Psychoanalysis, 25,1&2.
- Fonagy, P. (1991). *Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient*. International Journal of Psychoanalysis, 72, 639-656.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S., & Higgitt, A. (1991). *The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. Infant Mental Health Journal,13, 200-217.
- Fonagy, P.G., Moran, G. S., &Target, M. (1993). *Aggression and the psychological Self*. International Journal of Psychoanalysis, 74, 471-485.
- Freud, S. (1894). *Die Abwehr-neuropsychosen*. In Gesammelte Werke 1, 60-74.
- Freud, S. (1933). *De ontleding van de psychische persoonlijkheid*. In *Colleges inleiding tot de psychoanalyse*. Nieuwe reeks. In *Inleiding*

- tot de psychoanalyse 3, Ned. editie 1990 (vert. W. Oranje). Meppel: Boom.
- Freud, S. (1938). *De splitsing van het Ik in het afweerproces*. In *Psychoanalytische theorie 3*, Ned. editie 1988 (vert. W. Oranje). Meppel: Boom.
- Freud, S. (1941). *Het psychische apparaat en de buitenwereld* In *Inleiding tot de psychoanalyse*, Hoofddlijnen van de Psychoanalyse, pp. 144-147 (vert. Th. Graftdijk). Meppel: Boom.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-tv edition*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G., & Sabo, A.N. (1993). *The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD*. *American Journal of Psychiatry*, 150,19-27.
- Hart, O. van der (red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. Nederlandse vertaling *Trauma en herstel* (1993). Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Herman, J., Perry, C., & Kolk, B.A. van der (1989). *Childhood trauma in borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Horevitz, R.P., & Braun, B.G. (1984). *Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases*. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 69-87.
- Hummelen, J.W. (1992). *Het cognitieve organisatieniveau van de borderline-patient*. *Tijd-schrift voor Psychotherapie*, 18, 59-69.
- Kemp, K.A., Gilbertson, A.D., & Torem, M. (1988). *The differential diagnosis of multiple personality disorder from borderline personality disorder*. *Dissociation*, 141-46.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1986). *Borderline personality organisation*. In M.H. Stone (Ed.), *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C., & Appelbaum, A.H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Klein, M. (1988). *Notes on some schizoid mechanisms*. In M. Klein, *Envy and gratitude and other works*. Londen: Virago.
- Kluft, R. P. (1992). *A specialist perspective on multiple personality disorder*. *Psychoanalytic Inquiry*, 12,139-172.
- Kluft, R.P., & Fine, C.G. (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/Borderlines in therapy: Finding the balance*. New York: Norton.
- Lane, R.D., & Schwartz, G.E. (1987). *Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology*. *American Journal of Psychiatry*, 144,133-143
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1973). *The language of psychoanalysis*. Londen: Karnac Books.
- LeCoultré, R. (1967). *Splijting van het Ik als centraal neuroseverschijnsel*. In P.J. van der Leeuw, E.C.M. Frijling-Schreuder & P.C. Kuiper (red.), *Hoofdstukken uit de hedendaagse psychoanalyse*. Arnhem: Van Loghum Slaterus.

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). *Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients*. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Loewenstein, R.J., & Ross, D.R. (1992). *Multiple personality and psychoanalysis*. *Psychoanalytic Inquiry*, 12,13-49.
- Marmer, S.S. (1980). *Psychoanalysis of multiple personality*. *International Journal of Psychoanalysis*, 61, 439-459.
- Marmer, S.S., & Fink, D. (1994). *Rethinking the comparison of borderline personality disorder and multiple personality disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 743-771
- Nigg, J.T., Silk, K.R., Westen, D., Lohr, N.E. Gold, L.J., Goodrich, S., & Ogata, S. (1991). *Objectrepresentations in the early memories of sexually abused Borderline Patients*. *American Journal of Psychiatry*, 148, 864-869.
- Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., Lohr, N.E., Westen, D., & Hill, E.M. (1990). *Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 147,1008-1013.
- Paris, J. (1994). *Borderline personality disorder. A multidimensional Approach*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- Paris, J.D., Nowlis, D., & Brown, R.B. (1988). *Developmental factors in the outcome of borderline personality disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 29,147-150.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1992). *A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37,125-128.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis & treatment of multiple personality disorder*. New York: Guild-ford.
- Putnam, F.W. (1992). *Are alterpersonalities fragments or figments?* *Psychoanalytic Inquiry*, 12,95-112.
- Reiss, B.E. (1993). *Towards a psychoanalytic understanding of multiple personality disorder*. *Bulletin of Menninger Clinic*, 57,309-319.
- Ross, C.A. (1989). *Multiple personality disorder*. New York: Wiley & Sons.
- Sachsse, U. (1995). *Die Psychodynamik der Borderline Persönlichkeitsstörung als Trauma folge*. *Forum der Psychoanalyse* 11, 50-61.
- Sands, S. (1994). *What is dissociated?* *Dissociation*, 7,145-151.
- Spiegel, D. (1990). *Hypnosis, dissociation & trauma. Hidden and overt observers*. In J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation*, M-142. Chicago: University of Chicago Press.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). *Disintegrated experiences: the dissociative disorders revisited*. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
- Trijsburg, R.W. (1992). *Over het loochenen van de werkelijkheid*. In R.W. Trijsburg, R.A.M. Erdman & J. Passchier (red.), *Psychoanalyse in onderzoek*. Liber Amicorum voor Prof dr Frans Verhage. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Watkins, H.H., & Watkins, J.G. (1993). *Ego-statetherapy in the treatment of dissociative disorders*. In R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.

- Westen, D. (1990). *Towards a revised theory of borderline object relations: contributions of empirical research*. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 661-693.
- Westen, D. (1991). *Cognitive-behavioral interventions in the psychoanalytic psychotherapy of borderline disorders*. *Clinical Psychology Review*, 11, 213-230.
- Westen, D., Ludolph, P., Misse, B., Ruffins, S., & Block, J. (1990). *Physical and sexual abuse - in adolescent girls with borderline personality disorder*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 55-66.
- Winnicott, D.W. (1989). *The concept of clinical regression compared with that of defence organisation*. *Psychoanalytic Explorations*, Londen: Karnac Books.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O., & Frankenburg, F.R. (1989). *Childhood experiences of borderline patients*. *Comprehensive Psychiatry*, 30,18-25.