

De jager op groot wild. Persoonsgerichte psychotherapie bij een getraumatiseerde, psychopathiforme man

Marion Verkade en Marijke Baljon*

Samenvatting

Inzichtgevende psychotherapie bij ernstig getraumatiseerde, psychopathiforme cliënten is omstreden. In de beschreven casus is hier toch voor gekozen vanwege de authentieke wens tot verandering, die bij patiënt voelbaar was naast daderaspecten, die werden uitgeageerd. De psychotherapeute ging uit van een benadering waarin cliëntgerichte, experiëntiële uitgangspunten en psychoanalytische elementen geïntegreerd worden, waarbij veel aandacht is voor de bespreking van de interactie in het hier en nu. Verandering bleek mogelijk binnen een echte en diepgaande therapeutische relatie. Binnen deze relatie konden de configuraties die als gevolg van trauma binnen het zelf waren ontstaan in kaart worden gebracht. De interactie tussen de configuraties werd gestimuleerd en de integratie ervan bevorderd. Traumabehandeling speelde hierin een belangrijke rol. Dit alles was mogelijk, doordat de psychotherapeute voldoende werd gesteund door haar professionele omgeving.

Trefwoorden: *persoonsgerichte traumatherapie, psychopathie, relationele diepgang*

Inleiding

Vanuit het cliëntgerichte denken is vaker gepubliceerd over het werken met forensische patiënten (De Haas, 1988; Hundersmarck, 1995; Vanhooren, 2006; Gunst, 2006). Uit de aard der zaak is onvoorwaardelijke acceptatie bij deze doelgroep niet vanzelfsprekend. Het voor de hand liggende en gebruikelijke antwoord is dat onvoorwaardelijke acceptatie van de persoon iets anders is dan goedkeuren van het gedrag. Hoe dat in de praktijk te brengen wordt in genoemde publicaties toegelicht aan de hand van geslaagde therapieën. Wij doen dat ook in navolgend artikel. We willen daarmee niet suggereren dat persoonsgerichte psychotherapie altijd mogelijk is bij deze doelgroep. Wel dat deze vorm van psychotherapie, bij een consistente aanpak met

* Marion Verkade is als GZ-psycholoog-psychotherapeut en behandelcoördinator van de locatie Assen werkzaam bij de AFPN, ofwel de Ambulante Forensische Psychiatrie Noord Nederland, onderdeel van GGZ-Drenthe. Zij voerde de beschreven behandeling uit.
Marijke Baljon is als klinisch psycholoog-psychotherapeut werkzaam in eigen praktijk te Groningen. Zij was als supervisor betrokken bij het eerste jaar van de beschreven behandeling.

veel aandacht voor de bespreking van de interactie in het hier en nu, een wezenlijke bijdrage levert aan terugvalpreventie. Wezenlijk voor dit succes is dat er vanaf het begin een op heling gerichte relatie van mens tot mens gevestigd kan worden (Tervoort, 2006). Mearns en Thorne (2000) geven hiervan een theoretische onderbouwing met het concept *relational depth*. Andere belangrijke concepten zijn *gedesorganiseerde gehechtheid* en *mentaliseren* (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Er zijn ook in de literatuur over *vroeg kinderlijke traumatisering* (Ogden, Minton & Pain, 2006; Baljon, Hardon & Kramer, 2004) aanknopingspunten te vinden voor de behandeling van deze moeilijke doelgroep.

De patiënt

De 37-jarige Jort is opgenomen in een forensisch psychiatrische kliniek, veroordeeld voor het eenmalig plegen van ontucht met een jong kind. Hij is bekend met gewelddadig gedrag, onder meer jegens zijn meerdere in het leger. Dit laatste kwam hem op ontslag te staan. Bij opname blijkt dat Jort kampt met zeer gewelddadige en sadistische fantasieën, die binnen zijn relaties met vrouwen door de jaren heen geleidelijk aan meer en meer op sadistische wijze werden uitgeleefd. Dit zou meermalen tot verkrachting binnen de relatie hebben geleid, zonder dat daarvan aangifte is gedaan.

De PCL-R geeft een duidelijk verhoogde score, die echter nog onder de cut-off valt (in de range 26-30). In strikte zin is hij dan ook geen psychopaat. Wel laat hij daarvan een groot aantal kenmerken zien die hem psychopathiform maken. Kort gezegd: een narcistische persoonlijkheid met een antisociale levensstijl. Daarnaast is er sprake van ernstige posttraumatische verschijnselen.

Jort geeft in de kliniek veel problemen. Hij zoekt spijkers op laag water en vindt waar hij wil een reden tot agressie. Hij stelt zich in de groep dreigend en minachtend op, weet medepatiënten haarfijn op hun kwetsbaarheden te pakken om ze op die manier te vernederen, en trekt zich waar hij kan terug. Door zijn verhalen over zichzelf en zijn verleden maakt hij medepatiënten bang en personeelsleden argwanend. Men is ervan overtuigd dat hij liegt, meent daar ook bewijzen voor te hebben, maar kan het niet echt hard maken. Dit frustriert hen, maar lijkt Jort vooral plezier te geven. Wanneer er in de groep aan zijn delictscenario wordt gewerkt, lijkt hij zijn verhalen bewust een afschrikwekkend karakter te geven waarmee hij indruk maakt op de andere patiënten. Tegelijkertijd is hij ook op zoek naar het waarom van zijn eigen sadistische neigingen, die hij zowel omarmt als verafschuwt. In gesprekken hieromtrent met de psychotherapeut van de afdeling blijkt Jort in staat en bereid tot het maken van een inwaartse en reflectieve beweging, en geeft hij bovendien indirect maar wel degelijk authenticiteit te kennen te worstelen met dader- versus slachtofferschap. Daarbij wordt duidelijk dat Jort vrijwel voortdurend suïcidale gedachten kent. In het verleden heeft hij ook meermalen een TS gepleegd door het innemen van een overdosis aan medicatie, en twee maal door te trachten zijn huis op te blazen terwijl hij daarin zelf aanwezig was.

Psychotherapie als vrijplaats

De psychotherapeut van de afdeling in de kliniek acht een psychotherapie gericht op het ontwikkelen van empathie voor het eigen slachtofferschap geïndiceerd. De gedachte daarbij is dat pas na het ontwikkelen van empathie voor zichzelf, er ruimte kan komen voor integratie, ontwikkeling van gewetensfuncties en empathie voor de ander. Hij stelt voor om de regulatie van de behandeling in de kliniek te laten

plaatsvinden en een psychotherapie aan te bieden op de ambulante afdeling van dezelfde instelling. Patiënt krijgt daar een vrijplaats aangeboden waarin hij in zijn eigen tempo meer van zichzelf kan laten zien. De psychotherapeut van de afdeling voor ambulante behandeling plaatst zich expliciet buiten de waarheidsvinding, in die zin dat zij zich richt op de geleefde ervaring en ervoor kiest om naast de waarheid van de patiënt te gaan staan. Er wordt afgesproken dat de psychotherapeut slechts contact zal hebben met de kliniek nadat dit met de patiënt is besproken. Alleen wanneer er sprake is van expliciete dreiging met gevaar naar anderen of zichzelf, zal de therapeut de kliniek daarvan zo nodig tegen patiënt's wil op de hoogte brengen.

Traumatische hechting en de basiscondities

De kindertijd van veel daders wordt veelal gekenmerkt door emotionele verwaarlozing en traumatisering. Hun hechtingstijl is overwegend gedesorganiseerd. Ze zijn meestal in een toestand van overleven. Hyperalert op signalen van onveiligheid zijn deze patiënten zeer gevoelig voor de echtheid bij de ander, en dus ook van de behandelaars. De ander wordt meestal niet als persoon ervaren, maar ingeschat op de mate waarin hij een gevaar vormt. In deze toestand is mentaliseren niet mogelijk (Fonagy en anderen, 2002; Vanhooren, 2006). Een vorm van pretherapie (Prouty, Van Werde & Portner, 2001) is nodig om de patiënt geleidelijk aan van overleven naar beleven te begeleiden. Daarbij is empathie niet vanzelfsprekend, vanwege de vaak agressieve kleuring van de beleving van de patiënt. Als we kunnen begrijpen wat de overlevingswaarde hiervan is, komt er meer ruimte voor acceptatie. Dat maakt uiteindelijk een corrigerende ervaring mogelijk in een ontmoeting van mens tot mens, 'in relational depth' (Mearns & Thorne, 2000). Daarbij is echtheid het belangrijkste. Sessieonderzoek wijst uit dat de reactie van therapeuten op vijandigheid van de patiënt meestal zowel helpende als kritische aspecten bevat (Safran & Muran, 2000). Dit is geen bezwaar als de therapeut deze kritische aspecten erkent. Vanuit haar echtheid dient de therapeut onacceptabel gedrag van de patiënt te begrenzen. De acceptatie van de persoon zelf blijft daarmee overeind. De begrenzing beschermt de authentieke kern van de patiënt bovendien tegen de eigen destructieve internalisaties.

Het eerste contact

Ik (Marion) ga de uitdaging aan. Bij de voorbereiding op het eerste gesprek ben ik me ervan bewust, dat het er voor wat betreft het vestigen van een werkrelatie, in de eerste gesprekken op aan zal komen (zie ook Tervoort, 2006). Ik bereid me daarop voor door intern ruimte te maken voor zowel de patiënt als voor al hetgeen hij bij me oproept.

Direct bij eerste kennismaking in de wachtkamer valt de hyperalertheid op. Dat is extra voelbaar door de wijze waarop Jort nadrukkelijk en met grote passen vlak achter mij loopt. Onaangenaam getroffen ervaar ik hoe hij mij stukje bij beetje in zich opneemt, alsof hij details en kwetsbaarheden nagaat en voor later opslaat.

Ik verken het beleefde in mijzelf tot de symbolisatie zich aandient: het voelt als 'opgevreten worden'. Op dat moment besef ik dat ik slechts met deze man zal kunnen werken wanneer ik zijn interactionele appel in de therapie aan de orde kan stellen.

Na een kort inleidend gesprek over zijn interacties op de afdeling, immers de belangrijkste aanleiding voor de verwijzing, vraag ik hem of ik iets met hem mag delen over wat ik in het contact met hem bij mijzelf gewaar wordt. Daarop deel ik eerder genoemde beleving met hem, leg hem uit waardoor deze is opgeroepen, en vraag vervolgens of hij daarvan iets herkent.

Een spannend moment. Jort heeft weliswaar ingestemd met de verwijzing, maar heeft zelf nog geen duidelijk idee van zijn hulpvraag. Alle energie richt zich vanaf het eerste moment op de relatie en het aftasten van de grenzen daarin. De sadistische afweer van zijn angst lijkt zich non-verbaal op de therapeut te richten. Als antwoord op de onverwachte transparantie van de therapeut kan hij ontkennend of bagateliserend zijn minachting uiten – wat tevens vermoedelijk het einde van een relatie nog voor de totstandkoming daarvan zou betekenen – of juist wederkerig reageren.

Jort kiest voor het laatste. Hij herkent wat ik vertel en beschrijft het zelf als de aanval die hij automatisch en bijna onopgemerkt pleegt, om meteen een voorsprong te hebben en de ander bij voorbaat uit te schakelen. De sadistische kleuring ervan herkent hij eveneens, en relateert hij meteen aan zijn delicten. Daarop volgt wat je een contracteringsmoment zou kunnen noemen. Aan de orde komen de grenzen en mogelijkheden van psychotherapie, en therapie in deze setting in het bijzonder. Ook wordt direct stilgestaan bij de interactionele problematiek zoals deze zich aandient en de betekenis daarvan voor de therapie. Naast de gebruikelijke afspraken wordt gesproken over mijn positie ten opzichte van de kliniek en over het belang van een open contact voor de werkzaamheid van de therapeutische relatie. Ik leg Jort uit dat het niet om waarheidsvinding te doen is maar om het verhelderen van de geleefde ervaring en het effect daarvan op onder meer wie hij is en hoe hij zichzelf ziet. Ook bespreken we expliciet de grenzen van de vertrouwelijkheid, welke slechts bij acute dreiging van geweld jegens zichzelf of anderen doorbroken zal worden, naast de verantwoordelijkheid die ik hierin nadrukkelijk van Jort verlang. Ik vraag hem ten slotte mijn veiligheid en persoonlijke integriteit te respecteren, omdat ik net als hij veiligheid nodig heb om in te kunnen werken. Jort valt daarbij stil, en zegt na enige tijd in reactie op mijn vraag wat er gebeurt: 'Dat betekent dat ik rekening met jou moet houden.'

Op dat moment is er even echt gelijkwaardig contact als gevolg van het volwassen appel dat er op zijn gezonde deel wordt gedaan.

Een diepgaande therapeutische relatie: echtheid en waardecondities

In dit eerste gesprek is een aantal momenten cruciaal voor het vestigen van een diepgaande therapeutische relatie: Jorts reactie op de transparantie van de therapeute, het bespreken van de grenzen en verantwoordelijkheden van de relatie, en het appel dat ze op hem deed om haar met respect te behandelen. De therapeute wordt vanaf het eerste moment geconfronteerd met de heftigheid van de projecties die ze zal moeten verdragen. Ze verzekert zich gedurende het hele traject, dat uiteindelijk ruim vier jaar zal duren, van steunpunten in haar professionele omgeving. Dat is onmisbaar om niet verstrikt te raken in vormen van tegenoverdracht.

Diagnostiek

Voor het empathisch begrijpen is een denkmodel nodig dat recht doet aan de laagdheid in de persoon van de patiënt. De therapeuten van de AFPN maken daarbij gebruik van het 'persoonlijk document' van Millon, Davis en Millon (1996). Dit

Figuur 1 Persoonlijk document volgens Millon

DSM-IV
As I: Chronische PTSS en DIS nao; plegen van pedofiel delict, seksueel geweld naar volwassene, suïcidaliteit
As II: persoonlijkheidsstoornis met narcistische en antisociale trekken (verhoogde PCL-R)
<i>Domein I: het gedrag.</i> Plaatst zich actief buiten (en boven) de groep. Buiten de kliniek lijdt betrokkene een teruggetrokken en zelfdestructief leven dat wordt gedomineerd door het vermijden van intimiteit met zijn partner, het vermijden van zorg voor zijn kind, gebruik van harddrugs, veelvuldig kijken van agressieve porno, et cetera.
<i>Domein II: het interpersoonlijk gedrag, de interactiepatronen.</i> Ontwrichtend gedrag op de afdeling, agressief en neerbuigend naar individuen, destructief naar zelf en anderen. Prooidier-interacties als uiting van een kwetsbare zelfbeleving.
<i>Domein III: (dagelijkse) cognities en basisassumpties.</i> Dan nog onduidelijk.
<i>Domein IV: het zelfbeeld/zelfgevoel, schema's:</i> idem. Betrokkene laat de ander nauwelijks toe. Het vermoeden is dat er achter de hypervigilantie en afwerende agressieve houding veel angst schuilgaat.
<i>Domein V: het temperament, de biologische aanleg, affecten.</i> Introvert temperament. Is gesteld op rust en alleen zijn, heeft een onafhankelijke attitude.
<i>Domein VI: de kwaliteit van de afweer.</i> Primitieve afweer overheerst.
<i>Domein VII: de kwaliteit van de eerste hechtingsobjecten.</i> De kwaliteit van de eerste hechtingsobjecten lijkt slecht, betrokkene lijkt het nodig te hebben de ander op grote afstand te houden om niet door de ander overspoeld te worden.
<i>Domein VIII: de interne organisatie:</i> borderlinestructuur.
As III: verscheidene littekens, opgelopen gedurende zijn tijd bij defensie. Blijvende schade in heup en rug vormen een dagelijkse belemmering in zijn bewegen.
As IV: sociaal maatschappelijke inbedding is slecht. Er zijn ouder/kind-problemen, relatieproblemen, problemen met de primaire steungroep, met politie en justitie en met het vinden /behouden van werk.

document beperkt zich niet tot een beschrijving volgens de DSM-IV, maar biedt een meeromvattend en 'verstehend' kader. Kern is de kwaliteit van en het vermogen tot hechting, te begrijpen als een resultante van een neurobiologische ontwikkeling binnen een hechtingsrelatie. Figuur 1 is de weergave van het persoonlijk document dat na de intake op de AFPN over Jort is opgesteld.

Behandelplan

De psychotherapeute kiest voor een benadering waarin cliëntgericht-experientiële uitgangspunten en psychoanalytische elementen worden geïntegreerd en waarbij veel aandacht is voor interactionele aspecten. Getracht wordt een reële relatie op te bouwen, waarin de therapeut zich als hulpego aan de patiënt beschikbaar stelt om de rigide en structuregebonden belevingswijzen van het fragiel proces weer vloeibaar en interactioneel te laten worden (Vanaerschot, 2006). Het kwetsbare zelfbeeld vol tegenstrijdigheden en met afgesplitste aspecten kan pas tot een complex geheel geïntegreerd raken wanneer de patiënt wordt geholpen om zijn beleving als zodanig te (h)erkennen en vast te houden, zodat hij deze impliciete betekenissen expliciet kan maken en eventueel kan delen. Aansluitend bij de pre-empathische ontwikkelingsfase (Binder, 1999) worden preverbale reflecties volgens Prouty (Prouty en anderen, 2001) zoals bijvoorbeeld het non-verbaal spiegelen gebruikt. De vervreemd geraakte geleefde ervaring kan hierdoor beschikbaar komen en opnieuw toegeëigd worden. Via de eerste stappen van het focussen (Gendlin, 1998) wordt vervolgens ruimte gemaakt voor het mentaliseren op deze ervaring, doordat ze eerst wordt uitvergroet, een gevoelde betekenis krijgt en uiteindelijk gesymboliseerd kan worden.

De interactionele werkwijze (Safran & Muran, 2000) is van belang omdat veel van de vervreemd geraakte geleefde ervaring in het hier en nu slechts voel- en kenbaar wordt in het interactionele handelen, vanuit onbewuste emotieschema's (Elliott en anderen, 2003). In ontwijkende dan wel confronterende relatiebreuken wordt de vermijding van agressieve dan wel kwetsbare gevoelens kenbaar. Processignalen die op deze relatiebreuken wijzen, worden zowel uit het (non)verbale gedrag van de patiënt, als uit de geleefde ervaring van de therapeut aan de patiënt afgeleid, en vervolgens aan hem voorgelegd. Dit is een complex proces dat een tweeledig bewustzijn en een grote mate van zelfacceptatie bij de therapeute vraagt.

Een *containende houding* is nodig wanneer de vervreemd geraakte ervaring herkend wordt en dan ten volle wordt beleefd. De arousal neemt toe en de patiënt geraakt daarbij gemakkelijk buiten zijn tolerantievenster (Ogden, Minton & Pain, 2006).

Er ontstaat zo een stappenplan, bestaand uit het doorlopen van verschillende fasen, waarbij nieuw materiaal steeds weer de noodzaak tot terugkeer naar een eerdere fase kan betekenen:

1. preverbale reflecties (Prouty en anderen, 2001);
2. situationele reflecties (Prouty en anderen, 2001) daaraan verbonden en/of het richten op de zintuiglijke waarneming in het hier en nu om de geleefde ervaring

- daaraan te verbinden (ik hoor ... ik zie ... ik voel ...);
3. een veilige plek zoeken;
 4. terug naar de eerste stappen van het focussen;
 5. het beeld dat met het focussen naar voren is gekomen op de juiste brandpuntsafstand zetten, zodat het bekeken kan worden maar de patiënt er niet door overspoeld raakt en erop kan mentaliseren;
 6. interactionele werkwijze.

Premotatiefase

Hoewel er een redelijke start gemaakt is, vergt de premotatiefase nog geruime tijd.

Uit Jort's verhaal blijkt dat hij eraan gewend is geraakt, in zijn justitiële maar ook al in zijn vroege geschiedenis, dat zijn waarheid als volstrekt onbelangrijk of zelfs als onwaarheid wordt beschouwd. Eerste doel is dan ook hem hierin een corrigerende ervaring te bieden, waarin hij zijn verhaal van begin tot eind kan en mag doen, in volle aandacht en ontvankelijkheid van de therapeut, die ervoor kiest om naast zijn waarheid te gaan staan.

Wanneer de relatie zich verdiept en er vertrouwen in de therapeut ontstaat, volgt een relaas waarin geweld, minachting en vernedering de boventoon voeren. Als Jort in dienst gaat, ontdekt hij dat zijn copingstijl in het leger een enorme kracht kan zijn. Zijn meerderen zien dit ook en doen daar hun voordeel mee door hem een daarop toegesneden functie toe te delen. In deze functie heeft Jort meermalen individuen moeten doden, hetgeen hij met name in de kliniek als vaandel voor zich uitdraagt. In zijn relaas wordt echter duidelijk dat deze doden hem 'opjagen'. Hij wordt er telkens mee geconfronteerd in herbelevingen en dromen.

Jorts wijze van spreken over de doden die hem opjagen is illustratief voor de innerlijke fragmentatie die hem beperkt en problemen bezorgt. Op het ene moment draagt hij deze doden en de kick voorafgaand aan het moment van leven nemen als een afschrikwekkend vaandel voor zich uit, en zet hij het in om anderen, inclusief de therapeut, op afstand te houden. Jort laat zich daarnaast ook zien als een schuw jong kind. Af en toe is zijn vertellen authentiek, is zowel de kick als de lijdensdruk waarneembaar en invoelbaar. Het verwacht me, en doet me telkens bij mijzelf nagaan: wat gebeurt er? Wat doet hij? Wat doet hij met mij? Waarom? Ik gebruik de supervisie bij Marijke om dit uit te zoeken. We vragen ons daarin af of er naast emotionele en lichamelijke mishandeling ook sprake is geweest van seksueel geweld. Aftastende vragen in deze richting stuiten in deze fase echter op het kille en afwerende schild van de man die gedood heeft en daarop kickte. De kracht waarmee Jort me van zich af stoot is groot, terwijl het appel om te blijven tegelijk in zijn ogen ligt. Het lijkt hem zelf te verwarren. Het blijft mogelijk om bij hem te blijven doordat de kwetsbaarheid van het niet geliefde kind door alles heen voelbaar blijft. Ook is er telkens opnieuw ruimte om met Jort te spreken over zijn interactioneel gedrag, het appel dat daarin schuilgaat en de gevolgen voor zijn relaties met anderen inclusief de therapeute.

Het verdeelde zelf en trauma

In de eerste fase van de therapie zijn er aanwijzingen voor dissociatie in een verdeeld zelf, doordat Jort zich in verschillende toestanden aan de therapeute presenteert. Het *verdeelde zelf* is als begrip door verschillende auteurs vanuit verschillende benaderingen beschreven. Van der Hart en Nijenhuis (Van der Hart, 1991; Nijenhuis, 1999) zijn daarin in Nederland koplopers, maar hun beschrijving van dissociatie is nogal statisch. Het begrip ‘verdeeld’ zelf, zoals in dit artikel gebruikt, betreft een procesmatige beschrijving van dissociatie (Elliott & Greenberg, 1997), waarvan met name Mearns en Warner de dynamiek inzichtelijk maken (Mearns & Thorne, 2000; Warner, 2000).

Op zichzelf kan het zelf bij een ieder beschouwd worden als een configuratie van zelfaspecten (Mearns & Thorne, 2000; Elliott en anderen, 2003). Vanuit de sociale aanpassing die nodig is om tot zelf-actualisatie te komen, ontstaan verschillende configuraties binnen het zelf, zoals bijvoorbeeld die van de innerlijke criticus. Deze configuraties co-existeren, maar kunnen ook tegenstrijdig zijn. De totale constellatie van het zelf wordt bepaald door de onderlinge dynamiek tussen de configuraties. Mearns en Thorne (2000) onderscheiden groeigerichte configuraties met een duidelijke actualisatietendens van de configuraties met een tegengestelde richting: zij die voorzichtiger zijn met en/of bang zijn voor groei en verandering vanwege de verstoring en het potentiële verlies dat daarvan het resultaat zou kunnen zijn. De zelf-protectieve functie van deze in de kindertijd ontstane delen kan volgens Warner (2000) zover gaan dat sommige configuraties gedissocieerd raken van anderen, soms zelfs zodanig dat de verschillende configuraties het bewustzijn van elkaars aanwezigheid verliezen.

Dit doet zich bij voorbeeld voor als de ouder die verzorgt op andere momenten dader is van mishandeling of misbruik. Anders gezegd: vroeg trauma kan leiden tot dissociatie en verdeeldheid van het zelf. In de therapie is het van groot belang om oog te hebben voor alle configuraties die er zijn, en om deze alle in hun functie te waarderen. Een valkuil die daarbij door Mearns en Thorne vooral voor persoonsgerichte therapeuten gezien wordt, is dat groei belemmerende configuraties vermeden worden. De therapeut richt zich bij voorkeur op de configuraties met een actualisatietendens. Dit leidt echter tot een conditionele relatie, met indirect gecommuniceerde ‘waardecondities’, en uiteindelijk tot een blokkade in de therapie. Dit wordt voorkomen als de therapeut zich empathisch opstelt ten aanzien van alle aanwezige configuraties. Als een soort systeemtherapeut bevordert hij de onderlinge interactie, zodat zij zich aan elkaar kunnen ontwikkelen, met als doel een flexibel zelf in de omgang met een variëteit aan zowel intra- als interpersoonlijke situaties.

Warner (2000) beschrijft de ervaring dat traumatische herinneringen vaak naar de oppervlakte komen wanneer de patiënt zich emotioneel gezonder gaat voelen. De herinneringen worden veelal getriggerd door gebeurtenissen als het zien van een film of het aangaan van een nieuw soort relatie. Deze kunnen gevoelens aanraken

gerelateerd aan het oorspronkelijke trauma. In dit stadium komen patiënten volgens haar vaak tot de conclusie dat ze deze herinneringen (of hun demonen) onder ogen moeten zien om verder te kunnen helen.

De configuraties van het verdeelde zelf in kaart gebracht

Jort lijkt zijn gedissocieerde zelfaspecten als het ware voorbewust te beleven. De aanwezigheid van de delen wordt bewust ervaren, zonder dat een van hen de persoonlijkheid volledig overneemt. Ze hebben verschillende intenties, gedachten en gevoelens, en maken de verwarrende gevoelens en gedragingen (gladheid, plotselinge depressie, angst, plotselinge destructieve impulsen, drugsgebruik en suicidaliteit) dan ook min of meer begrijpelijk. De therapeute krijgt behoefte aan een nieuwe diagnostische fase met daarin twee taken: het verhelderen van het verhaal, en de betekenis daarvan voor het uiteenvallen van het zelf in verschillende configuraties. Dit ter voorbereiding van een beleidswijziging richting traumatherapie. Ik kom met Jort overeen dat we de verschillende kanten van zijn persoonlijkheid, die we verder zelfaspecten zijn gaan noemen, samen zullen beschrijven. Jort toont zich bereid om zijn verhaal opnieuw van begin tot eind te vertellen. Telkens wordt er slechts een klein terrein ontgonnen. Het vraagt tijd en inspanning om contact te houden met dat deel van Jorts persoonlijkheid dat deze therapie en het contact met mij als therapeut wenst aan te gaan. Het resultaat is een nieuw behandelplan, waar de zelfaspecten zijn opgenomen (figuur 2).

Figuur 2 Het behandelplan rond de zelfaspecten

Je weet je problematiek onder woorden te brengen als een vorm van overcontrole, waarin je het gevoel hebt zowel je eigen poppenspeler als je eigen marionetten te zijn. Als poppenspeler ga je gemakkelijk over de grenzen van je marionetten, ofwel de verschillende deelaspecten van jezelf. Dit doe je met name wanneer de verschillende deelaspecten van jezelf veel en snel switchen, waarmee je in verwarring raakt en de angst voelt oplopen. Je schakelt dan over op de grotere, machtiger delen van jezelf waarin je afstand houdt en controle zoekt, de ander objecteert en soms zelfs tot prooi maakt. Hoewel dit je enerzijds een gevoel van controle (en daarmee veiligheid), 'vleugels' en 'voldoening' geeft, heb je er tegelijk last van. Dit lijkt verschillende kanten te hebben. Het ene is dat je wroeging krijgt omdat je weet dat dit 'jagen' en 'controleren' niet klopt/goed is, het andere dat de meer kwetsbare kanten van jezelf, ofwel (onder meer) de kindaspecten, hierdoor extra in verdrukking komen en in hun verlangens worden tekort gedaan.

Op dit moment (na de eerste vijf gesprekken) kun je de volgende deelaspecten onderscheiden:

1. Kind Jort: jonger dan 8 jaar, dat de behoefte heeft aan contact, zorg, koestering, aandacht en liefde, vriendschap, duidelijkheid, veiligheid en vertrouwen.
2. De Niet ertoe doende: 8 jaar oud. Basisschema van dit kind is: 'Ik krijg het niet, dus ik zal er wel geen recht op hebben'. Dit kind is bang, kwetsbaar en alleen.
3. Het ouderinproject met als basisschema's: 'Jij bent niets waard, je verdient dus niets en hoeft ook niets te verwachten', 'Jij hebt geen rechten' en 'Jij mag niet verlangen'.
4. Een groter kind, dat er dun en bleek uitziet, zich slap, verachtelijk voelt. Door moeder 'Lijkje' genoemd.
5. Daderinproject: een kille en opstandige volwassene, jager op groot wild, zoekend naar gevoelens van macht en voldoening, waarbij de mens (ander) tot prooi gemaakt wordt. 'Blaas de wereld maar op' en 'Ik lust je rouw' zijn gedachten die hier bij horen.

Aan de hand hiervan kan ik vervolgens psycho-educatief met Jort spreken over zijn gebrek aan integratie, over dissociatie, en hem methoden leren om dissociatie en desintegratie tegen te gaan door zichzelf terug te brengen in het ‘tolerantievenster’.

Traumabehandeling

Bij traumabehandeling zijn drie fasen te onderscheiden: stabilisatie en symptoomreductie, traumaverwerking en integratie (Van der Hart, 1991). Deze worden niet netjes achter elkaar afgewerkt. Met name tijdens traumaverwerking wordt er vaak teruggegrepen op de stabilisatiefase, wanneer het traumamateriaal de patiënt dreigt te overspoelen. Traumaverwerking dient bovendien gedoseerd plaats te vinden (Baljon, Hardon & Kramer, 2004).

Met Jort is maandenlang in de actualiteit van het hier en nu gewerkt aan stabilisatie en psycho-educatie rond de configuraties van het zelf. Naast het interactionele is veel gewerkt met proces-experientiële technieken (Elliott en anderen, 2003) om Jort dichterbij zijn beleving te brengen.

De klachten waarvan Jort in deze fase graag verlost wil worden zijn: de spanning en vervreemding die hij ervaart te midden van andere mensen, zijn nachtmerries, de herbelevingen, zijn geperverteerde seksualiteit. Klachten worden veelal nog aan externe factoren geweten. Veel wordt bij de kliniek, het behandelend personeel en diens zogenoemde gebrek aan inzicht, bekrompenheid en hypocrisie gelegd, af en toe krijgt vader de volle laag.

Wanneer hij verward of overspoeld raakt en dreigt te fragmenteren, help ik hem door hem te richten op zijn zintuiglijke waarneming en op het waarnemen van zijn eigen lichamelijkeheid. De eerste stap van het focussen, ruimte maken, is veelvuldig gebruikt. De therapeutische relatie verdiept zich naar het lijkt met iedere test zijnerzijds. Hij koppelt zijn klachten lang aan zijn belevenissen bij het Korps Mariniers. Het narratief krijgt geleidelijk aan meer diepgang. Het raakt geworteld in de vroege jeugd en begint steeds meer het karakter van een doorleefd levensverhaal te krijgen. Een enkele maal komt een duidelijke felt sense naar voren, een terugkerend vaag en abstract gevoel, dat zich vaak 's avonds voordoet wanneer de zon ondergaat. Dit grijp ik aan om te proberen of hij kan focussen. Het ruimte maken gaat vrijwel altijd goed. Het focussen op de felt sense is spannend, maar lukt Jort steeds beter. Het is alsof ik van buitenaf kan waarnemen wanneer hij, of liever de felt sense, zich sluit. Alsof er iets is dat niet geweten mag worden. Steeds duidelijker wordt hoezeer Jort zichzelf, maar ook zijn vader haat: dat hij hem had willen doden, en spijt kan hebben dat hij dit niet heeft gedaan. Hij zal nooit meer de kans krijgen om zich te wreken, daar vader is overleden. Moeder lijkt eveneens bepalend, maar krijgt geen rol in het verhaal toebedeeld, alsof ze dat niet waard is. Later blijkt dat moeder te bedreigend is om daarin een plaats te krijgen. Wanneer we komen te spreken over de dood van vader, die Jort op zijn sterfbed vroeg hem te vergeven, vraag ik hem dit keer niet wat er is gebeurd, maar vraag ik naar wat er te vergeven is ... Het kind doet van zich horen en uiteindelijk valt dan alles op zijn plaats. Stukje bij beetje wordt het beeld compleet gemaakt, doordat Jort vertelt over de ruzies thuis, de drank, de minachting, het emotionele, lichamelijke en seksuele geweld. De afschuw in vaders ogen. Over moeder die niets deed maar Jort op andere momenten wel uitlachte. Over de zeldzame mooie momenten met vader wanneer deze niet gedronken had, over het verlangen goed genoeg bevonden te worden. In een herbeleving waarvan ik als therapeut onverwacht getuige ben en waaruit ik Jort moet terug begeleiden naar het hier en nu is veel walging voelbaar. Ik word er als toeschouwer misselijk van en voel me tegelijk dader.

De door zowel vader als moeder gespiegelde en uitgeageerde afkeer en walging, lijkt als een concrete walging van zichzelf geïnternaliseerd te zijn. Deze geïnternaliseerde walging van het zelf is de walging die in het sadisme jegens het zelf en anderen wordt uitgeageerd. De focus van behandeling is daarmee ook intrapersoonlijk geworden.

Zelfzorg voor de therapeut

Ook de therapeut gaat deze periode niet in de koude kleren zitten. De overdracht is massaal aanwezig en vraagt een zeer intensief onderhoud van het zelf in supervisies, in beweging en muziek, in contemplatie. In deze periode voel ik me het ene moment dader, het volgende moment ervaar ik een sterk appel op mijn zorgende gevoelens. Een enkele keer ben ik bang dat Jort zich aan een ander zal vergrijpen en bespreek ik deze angst met hem, vraag ik hem om verantwoordelijke maatregelen te nemen. Eenmaal doe ik dit zelf voor hem. Meer dan eens ben ik bang dat Jort zich van het leven zal beroven, en dat hij dit bovendien op een agressieve wijze zal doen die ook anderen indirect schade zal doen. Ook ben ik bang voor mijzelf daarin. Het is moeilijk te voorspellen hoe je zult reageren, mocht een patiënt, met wie je zo intensief werkt, zich suïcideren. Ik treed in overleg met mijn team. Stoppen of toedekken is geen optie. De trauma's en zowel de angst als het geïnternaliseerde sadisme zijn zo aanwezig dat ze op geen enkele manier te vermijden zijn. Ik ben ervan overtuigd dat stoppen met de traumabehandeling vrijwel zeker tot een suïcide, of tot een nieuw destructief delict zal leiden. Besloten wordt tot doorgaan met de traumabehandeling, maar daarbinnen tijdelijk terug te gaan naar fase I om te voorkomen dat Jort overspoeld raakt. Ik vind een collega bereid om als 'vader' naast me te werken en mee te kijken door middel van de periodieke gesprekken rond medicatie.

Verder verloop van de behandeling

Het werken in de actualiteit en het focussen op wat daarin bij betrokkene teweeg wordt gebracht, wordt steeds afgewisseld met een interactionele gerichtheid en 'alliantiedialogen'. Daarin is het telkens van belang om oog te hebben voor het zelfaspect waarmee deze dialoog wordt gevoerd. De verschillende zelfaspecten hebben immers verschillende belangen, die voor een belangrijk deel met elkaar in conflict zijn. Ik doe waar mogelijk een beroep op het gezonde volwassen deel van Jort, vader van een zoon van zeven, om ruimte voor het innerlijk kind te vragen, om het zijn eigen weg te laten vinden en dit kind te helpen om zijn ruimte van leven te pakken. Daartoe roep ik het authentieke kind en de twee andere kindaspecten op. Hoewel ik me geregeld afvraag of het hout snijdt wat ik aan het doen ben, vraag ik hem me te vertellen wat hij voor dit kind voelt, wat hij aan talenten en mogelijkheden ziet, hoe hij het kind kan helpen deze te ontwikkelen.

Het kind neemt meer ruimte en lijkt ouder te worden. Hij krijgt een stem, en tracht zijn verlangen vorm te geven. Het blijkt een creatief kind, dat van muziek houdt, gedichten schrijft, oog heeft voor schoonheid en deze poogt te verbeelden. Later verbeeldt hij ook de incongruenties die hij waarneemt, en de misstanden die hij voelt. Het is dan alsof Jort gaat puberen en rebelleren, alsof hij de grenzen van Zelf en 'Omwereld' verkennt. Het ouderintjroject reageert daar voortdurend op.

Het bijzondere en mooie daarvan is dat er een dialoog tussen de zelfaspecten op gang komt. Het mondige kind gaat zich verweren. Dan kan er verwerkingsarbeid worden gedaan in een traumatherapie fase II, die veel meer experiëntieel en veel minder interactioneel is. Verwerkings- en enactment-taken komen meer naar de voorgrond: Het vertellen en hervertellen van traumatische gebeurtenissen, inclusief de geleefde ervaring, en het verlenen van betekenis daaraan.

Er volgt een periode van maanden waarin de vele trauma's vrij systematisch en binnen een zekere structuur worden doorgewerkt. Traumatische gebeurtenissen worden 'opgeroepen', we zoomen in op het ergste beeld, staan stil bij de gevoelens door dit beeld opgeroepen, wachten tot de felt sense zich aandient, vragen de felt sense wat het nodig heeft.

Door Jort als volwassene voor het kind te laten vechten en winnen worden traumatische gebeurtenissen met vader imaginair herschreven. Schuld en schaamtegevoelens komen uitvoerig aan de orde en worden bewerkt met de lege stoel en de twee-stoelen-techniek. De ik-sterkte en echtheid nemen toe. Jort kan meer en vaker congruent zijn en zijn geleefde ervaring met anderen, ook buiten de therapie, delen.

Existentiële fase: integratie

In de laatste fase neemt Jort meer verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven en problemen. Nadat hij zelfstandig is gaan wonen, vraagt hij, wanneer nodig, op eigen initiatief om time-outs en afgebakende crisisopnames van maximaal vijf dagen, in plaats van te wachten tot een ander dit onder drang voor hem regelt (Hendriks, Hanhart & Lancel, 2009). Er is nu ruimte voor het existentiële, waarbij betekenis wordt gegeven aan de invloed van de ervaring en het verwerken daarvan op het beeld dat Jort heeft van zichzelf in de wereld en in relatie met de ander.

Jort zet stappen. Iedere stap die zijn separatie en individuatie bevordert en bevestigt geeft tegelijk ook angst. Zijn weerstand wordt echter anders voelbaar. Bijvoorbeeld door de risicovolle en destructieve seksuele contacten die Jort aangaat ... of door de wijze waarop hij zich terug richt op vader en moeder, door gedichten en films te maken waarin een aanklacht tegen hen wordt verwoord en/of verbeeld. Soms lijkt het weerstand te zijn tegen de therapeut als betekenisdrager van de overdracht. Dit alles wordt besproken in het kader van de therapeutische relatie. Weonderzoeken hoe ik door mijn gedrag jegens Jort deze weerstand bevorderde. Op andere momenten lijkt het eerder alsof de jager in opstand komt tegen de vermindering van zijn 'levens- en handelingsruimte'. Doordat het kind meer en meer zijn eigen weg gaat, de kindaspecten integreren en meer kracht krijgen, wordt de jager meer en meer vleugellam gemaakt.

De jager die vriend leek maar vijand werd lijkt te duwen en trekken, neer te halen, zich bedienend van het ouderintject. Het kind neemt er echter afstand van, daarbij toestemming vragend en steun zoekend bij een nieuw introject; dat van de 'good enough therapist'.

De 'limited reparenting' waar ik op hoopte en hard voor heb gewerkt, lijkt in dit opzicht te slagen. Het maakt blij. Trots op het kind waarvan ik ben gaan houden, gelukkig wanneer ik het zie stralen en sprankelen. Maar ook angstig. Er is hoop gecreëerd. Wat als deze de bodem in wordt geslagen? Ik heb immers geen controle, kan hem daartegen niet beschermen.

De separatie zet zich verder voort. Jort zoekt een meer horizontale positie in de therapie en gaat zich op gezonde wijze separeren van de therapeute. Hij verbreedt zijn horizon, bespreekt zijn gedachten over velerlei maatschappelijke onderwerpen. Hij schrijft daarover gedichten, maakt filmpjes, wil mijn mening weten maar gaat er ook over in discussie.

Hoewel het gewas al enige tijd op het land staat, wordt duidelijk dat Jort angstig is de geboekte resultaten te oogsten. Niemand mag het zien, soms zelfs hijzelf niet. De drang het leven aan te gaan is groot, maar eveneens zeer beangstigend en maakt hem herhaaldelijk in meer of mindere mate suïcidaal. Het leven op authentieke wijze aangaan betekent immers het risico op tegenslagen, geknakte hoop, of zelfs nieuwe vernedering en afwijzing. De angst daarvoor blijkt in de interactie. De angst voor de vernedering waarop Jort anticipeert, uit zich in een schampere houding naar de therapeut, een ontkennen van enige vooruitgang, een opnieuw aangaan van gevaarlijke relaties buiten de therapie. Daarnaast zijn er ook kleine proefoogsten, die mits niet te fel belicht, zicht op een toekomst geven.

Jort legt nieuwe contacten, korter of langer durend, met een geheel ander karakter. Hij laat een nieuwe weerbaarheid zien jegens zijn familieleden, waardoor zijn positie verandert. Hij spreekt herhaaldelijk over zijn wens om zaken te vergeven, andere te laten liggen. Later komen er nieuwe vriendschappen, en wanneer deze hem de bevestiging bieden die de uitzonderingspositie van eerdere validatie in de therapie doorbreken, komt alles in een stroomversnelling.

Jort doet zichzelf mooie ervaringen cadeau. Hij geeft zichzelf meer prijs in zijn nieuwe relaties, zoekt bezigheden die bij de andere en eerder afgesplitste zelfaspecten passen, en ontmoet daarbij weer andere mensen die hem zonder dit te weten helpen verder te integreren. Jort vindt tegen al zijn verwachtingen in een nieuwe baan, die hem op het lijf geschreven is. Hij verdiept zijn vriendschappen, en ontdekt tot zijn eigen verrassing dat zijn 'schrijverij' een andere toon heeft gekregen. De relatie met zijn kind herstelt en verdiept zich, en daarmee eveneens de relatie met de moeder van zijn zoon. Hij krijgt een nieuwe relatie, met wie hij zijn verleden delen kan zonder daarin te blijven hangen. Hij kan zijn gevaarlijke kanten laten zien en er de verantwoordelijkheid voor nemen. Er komt ruimte voor een functionele relatie met zijn moeder.

Uiteraard is de afweer gebleven, in sommige opzichten toegenomen, maar op een rijper niveau: sublimatie en humor. Jort is in staat tot symbolisatie van zijn geleefde ervaring en kan deze delen. Configuraties hebben zich geïntegreerd tot een meer convergent geheel.

Tot slot

De therapie heeft ongeveer vier jaar geduurd en verkeert nu in een fase van geleidelijke afbouw. In de forensische psychiatrie is het gebruikelijk om na zo'n langdurige en intensieve behandeling gedurende langere tijd laag frequent in contact te blijven om op die manier een tijd een vinger aan de pols te houden. Het afscheid nadert en het schrijven van dit artikel heeft ook voor een belangrijk deel in dit kader gestaan. Het feit dat Jort dit artikel heeft gelezen in het kader van het geven van zijn toestemming, heeft bijgedragen aan de verdere integratie en het delen daarvan met belangrijke anderen in zijn nieuwe leven.

Zelf schrijft hij hierover dat hij het als een zwaar proces heeft ervaren dat veel van hem heeft gevraagd: in draagkracht, maar vooral ook in vertrouwen in zijn therapeut.

'Ik was op dat moment herhaaldelijk verschrikkelijk kwaad op haar omdat ze me stukken liet herbeleven, terwijl ik nog niet zag wat het op zou leveren. Herhaaldelijk heb ik er serieus aan gedacht om te stoppen, en zonder mijn vertrouwen in haar zou ik dit zeker ook hebben gedaan. Vertrouwen en openheid zijn voor mij de sleutel in de behandeling geweest en konden gemakkelijk beschadigd worden.' Verder vindt Jort het belangrijk om te vermelden dat 'de patiënt zich ervan bewust moet zijn dat hij een langdurig en meerjarig proces aangaat, waarin het vaak zal voorkomen dat hij na een stap vooruit te hebben gezet twee stappen terug zal vallen'.

Wij hebben in dit proces veel geleerd over hoe om te gaan met heftige trauma's en heftige gevoelens van tegenoverdracht. Als therapeut moet je jezelf waar nodig kunnen beschermen door innerlijk afstand te houden. Het gaat er vooral om dat je als therapeut laat zien dat je begrijpt hoe heftig het is en dat je 'erbij wilt blijven', dat je iemand in zijn pijn en angst niet alleen laat.

Correspondentieadres

Marion Verkade
Postbus 30007
9400 RA Assen
E-mail: marion.verkade@ggzdrenthe.nl

Literatuur

- Baljon, M.C.L., Hardon, B., & Kramers, M. (2004). Aan 'horen, zien en zwijgen' voorbij. Trauma-verwerking in een dagbehandelingsprogramma. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30(6), 414-430.
- Binder, U. (1999). Empathie en empathieontwikkeling met betrekking tot vroege, ernstige stoornissen. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 37(4), 266-278.
- Elliott, R., & Greenberg, L.S. (1997). Multiple Voices in Process-Experiential Therapy: Dialogues between Aspects of the Self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 225-239.
- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman R.N., & Greenberg, L.S. (2003). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*. Washington DC: APA.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*. New York: Other Press.

- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing (2nd ed.)*. New York: Bantam Books. (Vertaald door R. Maas (1981). *Focussen*. Haarlem: De Toorts.)
- Gunst, E. (2006). Mannen in burchten. Echtheid als middel tot contact in dadertherapie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 44(2), 103-116.
- Hart, O. van der (Red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose: handboek*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.
- Hoekstra, T., Hanhart, R.J., & Lancel, M. (2009). De crisiskaart in de forensische psychiatrie. Evaluatie van een project in Assen. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 64(10), 887-901.
- Hundersmarck, A. (1995). Individuele forensische psychotherapie. In G. Lietaer & M. van Kalmthout (Red.), *Praktijkboek gesprekstherapie. Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering* (pp. 277-286). Utrecht: De Tijdstroom.
- Mearns, D., & Thorne, B. (2000). *Person-centred therapy today*. London: Sage Publications.
- Millon, T., Davis, R.D., & Millon, C.M. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). *Somatiform Dissociation, Phenomena, Measurement and Theoretical Issues*. New York: Norton.
- Ogden, P., Minton, M., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York, London: Norton.
- Prouty, G., Van Werde, D., & Pörtner, M. (2001). *Pre-therapie*. Maarsen, Utrecht, Nederland: Elsevier.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Swildens, J.C.A.G. (1988/1997; vijfde druk). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tervoort, M. (2006). De therapeutische taak in forensisch psychiatrische behandeling: Het eerste gesprek. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 44(2), 117-123.
- Vanaerschot, G. (2006). Kwetsbare danspartners: over empathie bij fragiele belevingsprocessen. *Toegang tot de psychotherapie internationaal*, 14(2), 153-177. (Vertaling van It takes two to tango: On empathy with fragile processes (2004). *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2), 112-124.)
- Vanhooren, S. (2006). Ergens tussen zwart en wit. Psychotherapie met daders van seksuele delicten vanuit cliëntgericht perspectief. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 44(2), 85-102.
- Watkins, H.H., & Watkins, J.G. (1997). *Ego States: Theory and Therapy*. New York, London: Norton.
- Warner, M.S. (2000). Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process. In D. Mearns, & B. Thorne, *Person-centred therapy today*. London: Sage Publications.