

Behandeling van cliënten die (ritueel) misbruik door georganiseerde dadernetwerken rapporteren

Reflectie op bijna dertig jaar ervaring

Suzette Boon

Inleiding

Op verzoek van de redactie van dit tijdschrift naar aanleiding van de hier gepubliceerde bijdrage van collega Marinkelle heb ik, na enig aarzelen, een bijdrage geschreven over mijn ervaringen en die van vele collega's bij de behandeling van cliënten die deze ernstige vormen van (soms nog doorgaand) misbruik rapporteren. Waarom die aarzeling en terughoudendheid? Het onderwerp heeft in het verleden uitsluitend geleid tot heftige controverse en aandacht in de media en heeft niet bijgedragen tot een beter begrip van cliënten die dergelijke traumageschiedenissen rapporteren. Behandelaren - waaronder ikzelf - werden afgeschilderd als halvegaren die dit of hun cliënten vertelden voetstoots voor 'waar' aan te nemen. Sterker nog, in een ten geleide in dit tijdschrift (Van Daele & Louteslager, 2010) leest men bijval voor de stelling (van de Canadese filosoof Ian Hacking) dat therapeuten eigenlijk alleen de angsten van cliënten serieus mogen nemen, wanneer er overtuigend juridisch bewijs is voor het seksueel of ritueel misbruik dat door een cliënt wordt gerapporteerd. Anders zou het gaan om schadelijke en schandelijke aanmoediging van angsten die niet op feiten berusten.

Een dergelijke voor psychotherapie onhoudbare stelling nodigt niet uit om (opnieuw) in het openbaar te reflecteren op deze ingewikkelde behandelingen. Anderzijds is de behandeling van cliënten die rapporteren misbruikt te worden door georganiseerde netwerken nog steeds een actueel onderwerp, met name bij centra in de ggz die zich hebben gespecialiseerd in het behandelen van ernstig getraumatiseerde cliënten met een complexe post-traumatische stressstoornis (PTSS) of dissociatieve stoornissen. De dilemma's in dergelijke behandelingen (in deze bijdrage nader toegelicht) worden

niet opgelost door te zwijgen maar door ervaringen met collega's te delen en te blijven zoeken naar manieren om deze cliënten zo goed mogelijk bij te staan.

Anders dan in de bijdrage van Marinkelle zal ik niet ingaan op allerlei inhoudelijke details over gerapporteerde gebeurtenissen en gruwelijkheden, omdat ik niet geloof dat dit relevant is voor een goede behandeling. Het kan zelfs een valkuil zijn, om je als behandelaar in te veel gruwelijke details te verliezen. Het gaat er juist om dat de behandelaar in staat is de grote lijnen vast te houden in de behandeling en zich niet te verliezen of laten afleiden door dergelijke details. Ook onthoud ik mij van iedere poging tot waarheidsvinding of willen bewijzen dat 'het echt bestaat'; dat is aan justitie. Ik heb grote twijfel of de *survey* van Marinkelle en collega's en ook een andere recente grote internationale *survey* (Rutz, Becker, Overkamp & Karriker, 2008) op basis van een gedetailleerde vragenlijsten aan therapeuten en cliënten, bijdragen tot een betere behandeling van deze problematiek.

In deze bijdrage zal ik achtereenvolgens iets uiteenzetten over de manier waarop ik te maken kreeg met het fenomeen georganiseerd misbruik, de cliënten die daarover rapporteren, de netwerken, de behandeling en de valkuilen daarbij.

Achtergrond

Midden jaren tachtig van de vorige eeuw werden wij, collega's werkzaam op een afdeling sociale psychiatrie, voor het eerst geconfronteerd met het verschijnsel ritueel misbruik. Dat gebeurde tijdens een workshop van een Amerikaanse collega over diagnostiek en behandeling van DSM-III dissociatieve stoornissen; op zich al diagnostische categorieën waar controverse over bestond, met name over de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS). Wij presenteerden casuïstiek van cliënten met symptomen en gedragingen waar we weinig van begrepen. De cliënten over wie het ging, waren allen onder behandeling vanwege ernstige psychiatrische symptomen, waaronder chronische dissociatieve symptomen en posttraumatische stressklachten, maar daarnaast ook vanwege klachten zoals ernstige eetproblematiek, chronische suïcidaliteit en vaak ernstige vormen van automutilatie.

Wij hadden vooral vragen over de betekenis van tekeningen, kennelijk gemaakt door dissociatieve (kind)delen, van bizar ogend misbruik met veel symboliek zoals omgekeerde kruizen, het pentagram en mensen met gewaden en kappen, maar ook teksten, vaak in spiegelbeeld geschreven. Dit materiaal was in de loop van de behandeling aan ons gegeven en de cliënten, zoals zij zich in de regel aan ons presenteerden, hadden zelf vaak amnesie voor het tekenen of schrijven en waren zeer vermijdend en angstig. Als zij zich realiseerden dat zijzelf dit materiaal hadden getekend of geschreven, was hun oordeel over henzelf zeer duidelijk: zij moesten wel knettergek zijn en bizarre fantasieën en gedachten hebben.

Wij kregen toen van die Amerikaanse collega te horen dat sommige symptomen van onze cliënten en deze tekeningen aanwijzingen konden zijn dat

de cliënten vormen van ritueel misbruik hadden meegemaakt. Vergelijkbaar materiaal was ook naar voren gekomen tijdens behandelingen in de Verenigde Staten en in een aantal andere Europese landen, zoals Duitsland en Groot-Brittannië (Huber, 1995; Sinason, 1994; Tate, 1991). Overigens is dergelijk materiaal volgens sommigen juist de belangrijkste bron van het ontstaan van een wereldwijde ritueel-misbruikepidemie, waarbij behandelaars uit verschillende continenten elkaar beïnvloedden en zij op hun beurt weer kwetsbare cliënten beïnvloedden (die dan dit materiaal zouden produceren om hun therapeuten te behagen of aandacht te vragen).

In de jaren daarna kwam het thema ritueel misbruik toenemend in de media, allereerst in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, vooral door spraakmakende processen en onderzoeken onder grote groepen jonge kinderen op kinderdagverblijven of scholen, bij wie georganiseerd ritueel misbruik werd vermoed. Dit vermoeden was gebaseerd op de vele consistente verhalen en tekeningen van deze vaak zeer jonge kinderen. Dit resulteerde in heftige polarisatie tussen zogenaamde *believers* en *nonbelievers*. De *nonbelievers*, die onvoorwaardelijk geloven in hun eigen gelijk, spraken van massahysterie waarbij ouders, onderzoekers en hulpverleners deze kinderen door overbetrokkenheid en onprofessioneel handelen al deze gruwelijkheden hadden wijsgemaakt. Collega's uit de Verenigde Staten die ten prooi gevallen waren aan deze massahysterie zouden vervolgens suggestiebehandelaars elders in de wereld, zoals wijzelf, deze onzin wijsmaken. Ook Nederland ontkwam niet aan intense controverse over het thema.

In de Verenigde Staten werd een nieuw syndroom geïntroduceerd: het *false memory syndrome* (Pedzek & Banks, 1996). Mede beïnvloed door de *I see you*-cultuur resulteerde dit in een lange reeks juridische processen, waarbij veelal volwassen cliënten hun therapeuten ervan beschuldigden dat zij hun fictieve herinneringen hadden aangepraat. Zij eisten - en kregen vaak (maar niet altijd) - enorme schadevergoedingen. Het betrof zaken waarbij sprake was van vermeend ritueel misbruik, maar het ging zeker niet alleen om dergelijke extreme getuigenissen van cliënten, maar bijvoorbeeld ook om seksueel misbruik door een enkele dader (zoals de vader van de persoon in kwestie). Het *false memory syndrome* en alle rechtzaken over fictieve herinneringen hadden in de Verenigde Staten een grote invloed op psychiaters en psychotherapeuten die zich met deze patiëntengroep bezighielden; sommigen van hen stopten helemaal met het behandelen van deze patiënten, anderen besloten er in het openbaar (ook op wetenschappelijke congressen) nooit meer over te spreken.

Toch bleven meldingen van georganiseerd misbruik opduiken, soms zodanig overtuigend dat zij niet zonder meer afgedaan konden worden als verzinsels van suggestiebehandelaars of volwassenen en hun overbetrokken behandelaars, ook in Nederland. Het tv-programma *NOVA*, met Paul Witteman als interviewer, besteedde in 1993 twee uitgebreide uitzendingen aan het fenomeen, naar aanleiding van elf meldingen van vermoeden van georganiseerd ritueel misbruik bij de jeugdinspectie. Ik werkte destijds mee aan dit programma, samen met Theo Compennolle (hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam). Het voelde als 'je nek uitste-

ken', omdat duidelijk was dat een dergelijk programma olie op het vuur zou zijn voor hen die vonden dat het bestaan van dergelijk misbruik per definitie onzin is of ontsproten aan het gestoorde brein van therapeuten en hun cliënten. Bovendien was het maar zeer de vraag of deze media-aandacht uiteindelijk iets zou opleveren voor de betrokken cliënten en hun behandelaren.

Het programma leidde tot Kamervragen en het in het leven roepen van een commissie onder leiding van Mr. Hulsenbek, die gedegen onderzoek deed en tal van mensen - behandelaren (waaronder ikzelf), politie, justitie, slachtoffers en critici - hoorde over hun ervaringen en ideeën. Het uiteindelijke rapport kwam tot de volgende conclusie: er was (en er is overigens nog steeds) geen hard bewijs voor het bestaan van deze georganiseerde netwerken in Nederland.

Dat maakt de geloofwaardigheid van de getuigenissen, om begrijpelijke redenen, steeds weer een thema. Voor justitie is het vaak al lastig genoeg om 'gewoon' seksueel misbruik te bewijzen, laat staan extreme verhalen over georganiseerde netwerken (zie ook Nierop & Van den Eshof, 2010). Van enkele rechercheurs van de zedenpolitie in Amsterdam, met wie ik destijds wel eens contact had, weet ik dat ze zeer gedegen onderzoek hebben gedaan in een aantal zaken en bewijs vonden dat sommige verklaringen wel degelijk klopten. Zij waren dan ook van mening dat het niet altijd ging om onzinverhalen, maar uiteindelijk werd toch onvoldoende juridisch bewijs gevonden om tot vervolging van daders over te gaan. Overigens heeft nooit een van mijn eigen cliënten, of van al diegenen bij wie ik als supervisor betrokken was, aangifte gedaan. Ik was en ben er ook persoonlijk van overtuigd dat je als therapeut heel duidelijk je rol moet scheiden van de rol van politie en justitie, dus ook niet tot taak hebt om cliënten aan te zetten tot het doen van aangifte.

Hoewel de commissie-Hulsenbek dus tot de conclusie kwam dat er geen hard bewijs was voor het bestaan van georganiseerde netwerken, werd ook niet volledig uitgesloten dat (ten minste een deel van) de getuigenissen op waarheid konden berusten. Er stonden daarom in het rapport aanbevelingen voor verder onderzoek en ondersteuning van hulpverleners, maar het was eveneens duidelijk dat dergelijk onderzoek nauwelijks uitvoerbaar zou zijn. Het gaat immers steeds weer om getuigenissen van cliënten met veelal ernstige psychiatrische problematiek; het overgrote merendeel wil of kan niet eens aangifte doen en is vaak (nog) niet in staat tot een consistent verhaal, gezien hun angst en innerlijke verdeeldheid.

Ik nam nooit deel aan speciale werkgroepen over dit thema, maar bleef mij richten op de behandeling van cliënten en het superviseren van collega's die zich tot mij richtten met vragen over deze problematiek. Wel schreef ik mee aan een hoofdstuk voor een boek onder redactie van G. Fraser, uitgegeven door de *American Psychiatric Press* (Van der Hart, Boon & Janssen Heijtmajer, 1997). Dit boek, met bijdragen van veel clinici die vaak al jaren ervaring hadden met cliënten die tijdens hun behandeling rapporteerden over georganiseerd (ritueel) misbruik, had vooral als doel richtlijnen te geven voor de behandeling van deze cliënten.

Cliënten

Sinds 1986 heb ik een aanzienlijk aantal cliënten onder behandeling gehad of nog steeds in behandeling - sommigen kortdurend, velen zeer langdurig - bij wie tijdens de behandeling geschiedenissen van (vaak nog doorgaand) georganiseerd misbruik naar voren kwamen. Daarnaast gaf ik supervisie aan collega's over deze problematiek en zag ook veel van dergelijke cliënten tijdens consultaties. Op dit moment ben ik werkzaam bij een Top Referent Trauma Centrum (TRTC). Van de 119 patiënten die daar individueel in behandeling zijn, rapporteert bijna een kwart (28) over een dergelijke achtergrond, terwijl er bij een aantal nog steeds contacten lijken te zijn met het dadersysteem of -netwerk. Het betreft veelal, maar niet alleen, rapportages over ritueel misbruik. Het kunnen ook dadernetwerken zijn die zich primair bezig houden met andere criminele activiteiten, zoals het systematisch exploiteren van kinderen en volwassenen ten behoeve van de porno-industrie.

De cliënten om wie het hier gaat verschillen van elkaar in de mate van functioneren in hun dagelijks leven: sommigen doen een (universitaire) studie of hebben een baan, anderen zijn al zeer lange tijd onder psychiatrische behandeling en functioneren veel minder goed. Bij allen werden een ernstige dissociatieve stoornis en chronische posttraumatische stressklachten vastgesteld. De meesten voldoen daarnaast aan criteria van cluster C-persoonlijkheidsstoornis, waarbij extreme vermijding op de voorgrond staat. Er is echter zeker ook een groep cliënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Bij de meesten kwamen getuigenissen over georganiseerd misbruik pas in de loop van de behandeling naar voren.

Deze cliënten onderscheiden zich soms - maar niet altijd - van andere cliënten met een dissociatieve stoornis, doordat zij vaker last hebben van de volgende symptomen: (pseudo-)epileptische insulten, zeer ernstige eetproblematiek, zeer ernstige vormen van automutilatie, extreme angsten, specifieke fobieën, zeer ernstige slaapproblemen, bizarre inhoud van *flashbacks*, paranoia, terugkerende toename van klachten, suïcidaliteit en automutilatie gedurende bepaalde periodes van het jaar. Deze periodes vallen of vielen samen met gerapporteerde bijeenkomsten van het netwerk. Sommige van deze cliënten dissociëren zodanig ernstig tijdens de therapie dat de behandelaar nauwelijks contact kan maken; ook hebben zij vaak grote angst en afweer voor het gebruiken van medicatie of reageren zij zeer averechts daarop. Achtergrond daarvan is dat zij vertellen dat in de dadernetwerken ook veel gebruikt wordt gemaakt van drugs en pillen, hetgeen hun angst voor controleverlies vergroot.

Ten slotte hebben zij allen vergelijkbare, rigide en hardnekkige overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld. Opvallend daarbij zijn de grandioze gedachten over de macht en superioriteit van 'hun wereld' (het netwerk) die ver boven de wereld van ons 'gewone zielen' uittorent. Maar er is ook grote angst voor de bijna bovennatuurlijke macht van dat netwerk over hen. Anderzijds zijn er zeer consistente gedachten dat zij nooit tot 'onze wereld' zouden kunnen horen, omdat zij inslecht zijn door alles wat zij hebben gedaan of nog doen binnen het netwerk of de groep.

Netwerken van daders

De meeste cliënten rapporteren dat zij als kind door een ouder, beide ouders of een familielid werden meegenomen naar groepen waar het misbruik plaatsvond. Een enkeling werd zo vaak toevertrouwd aan burens of vrienden, dat het mogelijk was op die manier het kind zeer vaak mee te nemen naar een netwerk van daders. Volwassenen die rapporteren dat zij deze vorm van misbruik uitsluitend op school zouden hebben meegemaakt, kennen wij niet. De netwerken waarover wordt gerapporteerd verschillen in omvang, doelen en motieven, mate waarin contacten zouden bestaan met andere (ook internationale) netwerken, en wijze waarop kinderen en volwassenen worden geëxploiteerd en geïndoctrineerd. Bij sommige van deze netwerken lijken de gerapporteerde rituelen eerder een soort dekmantel om de betrokkenen aan zich te binden en te dwingen tot criminele activiteiten (zoals de porno-industrie, prostitutie, kinderhandel en wapen- en drugshandel); zaken waar veel geld aan verdiend wordt door criminele organisaties (zie ook Van der Hart e.a., 1997).

Overeenkomsten zijn: het misbruik is systematisch en er zijn meerdere daders, zowel mannen, vrouwen en kinderen bij betrokken, er is een sterke hiërarchie in de groep of organisatie en kinderen worden systematisch getraind om gehoorzaam te zijn. Alle cliënten rapporteren vormen van sadistische martelingen om hen te leren gehoorzaam en loyaal te zijn aan de groep. Met name cliënten die (ook) ritueel misbruik rapporteren, hebben allen ook de beleving op jonge leeftijd zelf dader te zijn geworden en zich schuldig te hebben gemaakt aan misbruik en marteling van andere kinderen, volwassenen of dieren. De systematische indoctrinatie in de overtuigingen en het gedachtegoed van de groep vormen een belangrijk onderdeel van de zogenaamde training.

En wellicht het belangrijkste: vroege gehechtheidsrelaties worden systematisch gemanipuleerd en geëxploiteerd, waarbij de kinderen worden genegeerd, misbruikt en geïsoleerd door hun belangrijkste verzorgers, om vervolgens weer te worden geprezen en liefdevol ontvangen op momenten dat zij zich binnen de groep 'goed' hebben gedragen. Broertjes en zusjes worden ook systematisch tegen elkaar uitgespeeld, zodat zij nooit samen een bondgenootschap zouden kunnen vormen tegen de groep of op latere leeftijd elkaars getuigenissen zouden kunnen bevestigen.

Vervolgens worden kinderen (en later volwassenen) systematisch bedreigd met hun eigen leven of het leven van dierbaren, en het verspreiden van films en foto's over wat zij hebben gedaan. Bij de trainingen lijkt overigens veel gebruik gemaakt te worden van misleiding en bedrog, onder meer door het gebruik van drugs en medicijnen die hallucinaties induceren, en herinneringen lijken systematisch gemanipuleerd te worden. De werkelijkheid lijkt zodanig gemanipuleerd en vertekend te worden dat eventuele getuigenissen geen gevaar opleveren voor het netwerk, omdat ze niet kloppen.

Behandeling

Eerder heb ik met collega's uitgebreid gepubliceerd over de behandeling van complexe dissociatieve stoornissen (Boon, 1997; Boon & Van der Hart, 1995; Boon, Steele & Van der Hart, 2111/2012; Van der Hart & Boon, 1997). In de intakefase wordt een cliënt uitgebreid diagnostisch onderzocht, maar hierbij wordt minimaal aandacht besteed aan de traumageschiedenis en deze wordt zeker nooit geëxploreerd. Het gaat om de aard en ernst van de klachten in het heden. Ook wordt er nooit hypnose gebruikt om herinneringen boven water te krijgen. Cliënten die voor behandeling in aanmerking komen op ons TRTC, voldoen aan de criteria van een complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS) of een complexe dissociatieve stoornis (DIS of DSNAO). De behandeling verloopt vervolgens fasegericht en kent een drietal fasen: *a* stabilisatie en symptoomreductie, *b* behandeling van traumatische herinneringen, en *c* verdere integratie van de persoonlijkheid en rehabilitatie (zie ook de richtlijnen zoals ontwikkeld door de *International Society for the Study of Trauma and Dissociation*; ISSTD, 2011).

De eerste fase van de behandeling richt zich volledig op het heden en leren omgaan met symptomen. Exploratie van traumatische herinneringen is daarbij niet aan de orde. Veel cliënten volgen in deze fase, naast individuele behandeling, gestructureerde groepsprogramma's waarbij een van de regels is dat er niet over het verleden wordt gesproken (Dorrepaal, Thomaes & Draijer, 2008; Boon e.a., 2011/2012). Wanneer het misbruik door een georganiseerd netwerk in het verleden heeft plaatsgevonden en er geen aanwijzingen zijn dat er nog contacten met daders zijn in het heden, zullen traumatische herinneringen dan ook pas in de behandeling aan de orde komen wanneer een cliënt stabiel genoeg is om naar een volgende behandelfase over te gaan. Dergelijke behandelingen kunnen complex en langdurend zijn, en er is meer risico op toename van zelfdestructiviteit en ondermijning van de therapeutische relatie (Boon, 1997; Kluft, 1997; Van der Hart e.a., 1997, 2006/10). Dit komt doordat oude boodschappen geactiveerd worden en aanvaankelijk de interne chaos en het innerlijk conflict bij deze cliënten versterken. Voorbeelden hiervan zijn boodschappen dat je niet mag praten, niet in behandeling mag gaan, dat je een einde aan je leven moet maken als je over de geheimen gaat spreken, dat de therapeut je zal wegsturen of verguizen als hij weet wat je allemaal hebt gedaan en wie je echt bent.

De zeer ernstige gehechtheidproblematiek maakt dat het soms jaren duurt alvorens er een stabiele werkrelatie met de therapeut is ontstaan en een cliënt voldoende is gestabiliseerd om zich te richten op integratie van traumatische ervaringen. Het dagelijks leven wordt bemoeilijkt door de vele intrusies van herinneringen aan zeer akelige gebeurtenissen en extreem negatieve overtuigingen over wie men is. Het kost in deze behandelingen ook meer tijd om een werkrelatie op te bouwen met die delen van de persoonlijkheid die loyaal zijn aan het netwerk en binnen het systeem van dissociatieve delen van de persoonlijkheid veel macht uitoefenen. Zij kunnen bijvoorbeeld opdrachten geven tot zelfdestructieve handelingen of ondermijning van de therapeutische relatie.

Over het algemeen is de dissociatieve organisatie van de persoonlijkheid veel complexer en gelaagder - ofwel opgedeeld in verschillende van elkaar onderscheiden systemen van dissociatieve delen van de persoonlijkheid - dan bij cliënten die ander misbruik rapporteren. Ook lijken verschillende dissociatieve (systemen van) delen van de persoonlijkheid intern systematisch tegen elkaar opgezet of uitgespeeld. Sommige dissociatieve delen rapporteren dat zij worden geprezen, goed zijn en een status hebben gekregen binnen het netwerk met zekere privileges (dat zij niet meer gemarteld of misbruikt worden). Dergelijke delen zien het als hun taak om andere delen binnen de persoon in de gaten te houden, over hun gedrag te rapporteren en hen te straffen bij verzet. Door de illusie van 'apartheid' in stand te houden, realiseren zij zich niet dat zij feitelijk zichzelf straffen en in gevaar brengen. Maar de weerstand om de werkelijkheid onder ogen te zien en de manier waarop de daders ook hen hebben misleid, is vaak enorm.

Wanneer er sprake lijkt te zijn van nog doorgaand misbruik

Zoals gezegd, rapporteert een aantal van deze cliënten in de loop van de behandeling dat het contact met de daders niet is verbroken en dat zij in feite heen en weer gaan tussen therapie en daders. Meestal is daar amnesie voor bij de persoon die zich aanmeldt voor behandeling. De realisatie dat het misbruik nog doorgaat, wordt als zeer schokkend ervaren en soms is er hardnekkig ongelooft of vermijding wanneer informatie hierover door andere dissociatieve delen van de persoonlijkheid gegeven wordt. In iedere behandeling waar nog sprake is van een vorm van (doorgaand) misbruik - ongeacht of het gaat om een herhaling met een sadistische partner of ouder of om een netwerk van daders - kan deze zich uitsluitend erop richten de cliënt te helpen het misbruik te stoppen en contacten met daders te verbreken.

Daartoe moet men eerder de behandeling van de eerste en tweede fase combineren, om iets van de angsten te doorbreken die maken dat mensen blijven terugkeren naar het dadernetwerk. Als therapeut is het essentieel om met beide benen op de grond te blijven staan en niet ingezogen te raken in de maalstroom van intense verhalen en daarmee gepaard gaande heftige emoties die bij cliënt en therapeut worden opgeroepen. Cliënten kunnen alleen zichzelf redden, maar hebben daar wel zeer consistente steun bij nodig. Zodra er aanwijzingen in de behandeling komen dat er nog contact is met daders, is het dan ook zaak om stapsgewijs te onderzoeken hoe dat contact tot stand komt.

Veel cliënten hebben delen die na iedere therapieessie telefonisch moeten rapporteren waar het in de therapie over ging. In de behandeling richt men zich op de vraag welke dissociatieve delen nog naar het netwerk (of daders) gaan en welke angsten en rigide overtuigingen daarbij een rol spelen. Dat zijn inderdaad doorgaans doodsangsten, met betrekking tot het eigen leven maar vooral ook over dierbaren. En cliënten rapporteren, zeker naarmate zij meer gehecht zijn aan hun therapeut, dat de daders hun laten weten dat ze de therapeut of diens familie ook wel zullen vinden. Aan de groep worden bijna altijd (irreële) bovennatuurlijke krachten en macht toegekend door de

slachtoffers. Het proces van losmaking kan vaak jaren duren, doordat cliënten steeds teruggaan en overtuigingen en angsten dan door de daders worden herbevestigd tijdens rituelen, grof misbruik of mishandeling.

Relativering door de therapeut van de zogenaamde almacht van het netwerk of de groep is van groot belang, evenals het kritisch onderzoeken en corrigeren van de magische gedachten en daarmee gepaard gaande angsten. Dit kan slechts stap voor stap gebeuren; in de overdrachtsrelatie kan het ook leiden tot boosheid, met name bij de dissociatieve delen die nog loyaal zijn aan het netwerk. Er is bij deze delen van de persoonlijkheid vaak sprake van een narcistische collusie met de daders, ontstaan op jonge leeftijd als overlevingsstrategie, maar deze opgeven betekent realisatie van extreme misleiding, pijn en onmacht. Juist deze dissociatieve delen 'bewaren' vaak voor de totale persoon de meest nare ervaringen en intense gevoelens van schuld en schaamte die zo worden afgeweerd.

Losmaken van het netwerk gaat dan ook per definitie gepaard met intens schuldgevoel, schaamte en rouw, omdat men inderdaad doorgaans mensen (bijvoorbeeld directe familieleden) moet gaan loslaten, met wie een zeer intense maar ook ambivalente binding bestaat. En dat loslaten kan alleen maar wanneer de cliënt tevens nieuwe betekenisvolle relaties aangaat of banden met mensen buiten het netwerk versterkt. Boodschappen als: 'Als je bij ons weggaat, zul je altijd alleen zijn', 'Er is geen leven voor jou buiten de groep', 'Als wij je verstoten, zul je een ellendige pijnlijke dood sterven', en: 'Als mensen werkelijk zouden weten wie je bent en wat je gedaan hebt, word je voor altijd opgesloten', worden voortdurend in het hoofd herhaald en vormen vaak een belemmering om nieuwe en betekenisvolle gehechtheidrelaties aan te gaan.

Prognose

Elders is al veel geschreven over de prognose van cliënten met een complexe dissociatieve stoornis (Boon, 1997; Boon & Van der Hart, 1995; Klufft 1997a, 1997b; Van der Hart e.a., 2006/2010). De behandeling van cliënten met een dissociatieve stoornis die nog doorgaand misbruikt worden, is ingewikkeld en langdurig. De prognose wordt mede bepaald door de mate waarin de cliënt in staat is een goede werkrelatie met een therapeut en behandelteam aan te gaan, beschikt over goede cognitieve vaardigheden en een redelijke ik-sterkte, in staat is nieuwe betekenisvolle relaties aan te gaan of bestaande gezonde banden te versterken, en in staat is een goede dagstructuur te ontwikkelen met activiteiten waar plezier maar ook zingeving aan ontleend wordt. Zeer ernstige comorbiditeit op as II (met name cluster B) en ernstige comorbide verslavingsproblematiek zijn factoren die de prognose negatief beïnvloeden.

Valkuilen in de behandeling en dilemma's

Het zal duidelijk zijn dat er tal van valkuilen zijn bij het behandelen van deze problematiek. We noemen hier een aantal van de meest voorkomende

dilemma's die met regelmaat bij behandelaren of behandelteams aan de orde komen en veel aandacht, zorg en reflectie vereisen.

- Therapeuten kunnen zichzelf verliezen in allerlei details en de grote lijnen niet meer zien.
- Het enorme appel dat gedaan wordt op de therapeut kan leiden tot grenzeloosheid (dat wil zeggen, het gevoel krijgen dat je meer en vaker contact moet hebben met deze cliënten, dan je in een andere behandeling zou doen).
- Behandelaren kunnen zelf angstig of paranoïde worden door de verhalen van de cliënten en de neiging hebben om alles wat er wordt verteld te letterlijk te nemen; zo kan een collusie van angsten ontstaan en dat is niet helpend in het behandelproces.
- Een omgekeerde reactie kan zijn dat alles opeens wordt afgedaan als fantastische vertellingen die zoveel mogelijk ontkend of genegeerd dienen te worden.
- Behandelaren of een heel team kunnen zodanig worden ingezogen dat zij het vermogen tot gezond reflecteren dreigen te verliezen.
- Behandelaren kunnen zodanig overspoeld worden, dat secundaire traumatisering of *burn-out* kan optreden.
- Er kan verwarring ontstaan over de rol van de therapeut en men kan de neiging hebben op de stoel van justitie te gaan zitten en te willen onderzoeken of bewijzen wat er feitelijk gaande is en daders opsporen en aangeven.
- Er kan strijd en verwarring ontstaan over het al dan niet moeten doen van aangifte, zeker wanneer de cliënt rapporteert dat er minderjarigen worden misbruikt.
- Behandelaren kunnen in een isolement terecht komen en er niet meer met collega's over durven praten, uit angst voor ridiculisering, ongeloof of geconfronteerd worden met vaste overtuigingen wat ze wel of juist niet zouden moeten doen in de behandeling van hun cliënten.

Ten slotte is het heel belangrijk om splitsing in het team te voorkomen en oog te houden voor de parallelprocessen die kunnen optreden in teams waar zulke ernstige en heftige problematiek behandeld wordt. Voor de therapeut is het dan ook van essentieel belang om goed ingebed te zijn in een team van collega's die begrip hebben voor de complexiteit van dergelijke behandelingen, de therapeut kunnen steunen maar indien nodig ook kritisch bevragen of helpen grenzen te bewaken.

Tot besluit

Ik ben het volledig oneens met de stelling dat men angsten van cliënten over gerapporteerd misbruik uitsluitend serieus mag nemen wanneer er juridisch bewijs is geleverd. Ik denk echter wel dat het nodig is zeer zorgvuldig om te gaan met verhalen over dergelijk ernstig misbruik. Voor de behandelaar is intervisie in een multidisciplinair team een vereiste, waarbij altijd de

ruimte moet bestaan om kritisch te kijken en eventuele alternatieve verklaringen voor een bepaald misbruikverhaal of bepaalde 'feiten' te overwegen. Het zou dan kunnen gaan om waanideeën of een *a* psychose, *b* pseudologica fantastica, of *c* pseudoherinneringen die functioneel zijn, omdat ze andere (emotionele) pijn overdekken (zoals ernstige affectieve verwaarlozing of ongezien zijn als kind of volwassene).

In de afgelopen dertig jaar heb ik meerdere cliënten meegemaakt op wie verklaring *b* of *c* van toepassing was. Bij alle andere cliënten zijn wij - ikzelf en de collega's met wie ik samenwerk - ervan overtuigd dat zij inderdaad door een dadernetwerk werden (of soms nog worden) misbruikt. Maar dat betekent niet dat alle herinneringen feitelijk hoeven te kloppen. Zoals gezegd, bestaat de indruk dat de ouders met behulp van drugs en misleiding ook opzettelijke vertekening van de herinnering en pseudoherinneringen hebben geïnduceerd.

Met deze korte bijdrage heb ik iets willen beschrijven van mijn ervaringen (en die van veel collega's) van de afgelopen decennia met cliënten die tijdens hun behandeling rapporteren over georganiseerd (ritueel) misbruik door netwerken van ouders. Met name binnen centra die zich specialiseren in de behandeling van de langetermijengevolgen van ernstige vroegkinderlijke traumatisering, worden behandelaars regelmatig met deze problematiek geconfronteerd. Discussies zoals die zich hebben afgespeeld in de jaren negentig in de media maar ook onder professionals, met als inzet of de traumageschiedenissen feit of fictie zijn, hebben naar mijn mening weinig zin. Daaruit is alleen maar polarisatie van standpunten voortgekomen. Het heeft wel zin om een jongere generatie behandelaren te informeren over de problematiek, de dilemma's in de behandeling en de valkuilen, om tot een zo evenwichtig mogelijke bejegening van de cliëntengroep te komen. Ik hoop dat dit uiteindelijk kan bijdragen tot het verder ontwikkelen van een passend behandelaanbod voor deze cliëntengroep.

Met dank aan Onno van der Hart voor zijn waardevolle commentaar op deze tekst.

Literatuur

- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: indications and contraindications. *Dissociation*, 10, 65-79.
- Boon, S & Hart, O. van der (1995). De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (3e dr., pp. 187-232). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boon, S., Steele, K., & Hart, O. van der (2011). *Coping with trauma-related dissociation: skills training for patients and therapists*. New York/Londen: Norton. (Nederlandse uitgave: *Omgaan met traumagerelateerde dissociatie: Vaardigheidstraining voor patiënten en hun therapeuten*. Amsterdam: Pearson, 2012.)
- Daele, E. van & Lauteslager, M. (2010). Ten geleide. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 145.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2008). *Vroeger en verder: cursus na een geschiedenis van misbruik of mishandeling*. Amsterdam: Pearson.

- Hart, O. van der & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: two Dutch case examples. *Dissociation*, 9, 157-165.
- Hart, O. van der, Boon, S. & Heijtmajer Jansen, O. (1997). Ritual abuse in European countries: a clinician's perspective. In G.A. Fraser (Ed.), *The dilemma of ritual abuse: Cautions and guides for therapists* (pp. 137-163). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hart, O. van der, Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: Norton & Co. (Nederlandse uitgave: *Het belaagde zelf: structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Amsterdam: Boom, 2010.)
- Huber, M. (1995). *Multiple Persönlichkeiten: Überlebenden extremer Gewalt*. Frankfurt: Fisher.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults (3rd rev.). *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 115-187.
- Kluft, R.P. (1997a). On the treatment of the traumatic memories of DID patients: Always? Never? Now? Later? *Dissociation*, 10, 80-90.
- Kluft, R.P. (1997b). Overview of the treatment of patients alleging that they have suffered ritualized or sadistic abuse. In G.A. Fraser (Ed.), *The dilemma of ritual abuse: cautions and guides for therapists* (pp. 31-63). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Nierop, N. & Eshof, P. van den (2010). Herinneringen: continu, sluimerend, hervonden of gelogen? Ervaringen van de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 148-170.
- Rutz, C., Becker, T., Overkamp, B. & Karriker, W. (2008). Exploring commonalities reported by adult survivors of extreme abuse: Preliminary empirical findings. In R. Noblit & P. Perskin Noblit (Eds.), *Ritual abuse in the twenty-first century* (pp. 31-85). Bandon: Reed.
- Sinason, V. (Ed) (1994). *Treating survivors of satanist abuse*. Londen/ New York: Routledge.
- Pezdek, K. & Banks, W.P. (Eds.) (1996). *The recovered memory/false memory debate*. San Diego, CA: Academic Press.
- Tate, T. (1991). *Children for the devil: ritual abuse and satanic crime*. Londen: Methuen.