

# Reactie op het artikel 'Verhalen over satanisch en ritueel misbruik'

Tekst: **Hans-Jaap Oppenheim** Illustratie: **Sandy van Helden**

De redactie van EMDR magazine vroeg mij om te reageren op het artikel in editie 12: 'Verhalen over satanisch en ritueel misbruik: hoe er mee om te gaan'. Om te beginnen vind ik het een erg mooi en op een enkele punt na, genuanceerd artikel. Het is een onderwerp dat snel in de emotionele hoek kan komen te liggen, waardoor de bekende twee kampen 'believers en non-believers' lijnrecht tegenover elkaar kunnen komen te staan.

Ondanks dat ik al jaren met de meest ernstig getraumatiseerde medemensen werk, heb ik nog nooit bij mijn patiënten verhalen over satanisch misbruik gehoord. Wel ken ik voorbeelden van patiënten die op zeer jonge leeftijd slachtoffer zouden zijn geweest van pedofiele netwerken, waarbij zich afschuwelijke zaken zouden hebben afgespeeld. Ik heb bij deze verhalen nauwelijks twijfels gehad. De details ervaarde ik altijd als overtuigend. Op zich is dat geen al te sterk argument, maar toch. Dat het misbruik gepaard ging met rituele aspecten is nooit door een patiënt genoemd. Ik moet wel zeggen dat ik er ook nooit expliciet naar heb gevraagd. De vraag stellen is een suggestie opwerpen die tot oncontroleerbare ontwikkelingen in het brein van de patiënt kan leiden. Daar moet je nou eenmaal voor oppassen. Of iets daadwerkelijk echt gebeurd is, kan je als hulpverlener op grond van de verhalen van de patiënt alleen nooit zeker weten.

## Dissociatie

In het artikel worden twee, mogelijk onbedoelde, suggesties gewekt die negatief kunnen uitpakken voor drie in het artikel opgevoerde personen (Onno van de Hart, Bessel van der Kolk en Judith Herman) die aan het fenomeen dissociatie verbonden zijn, en in het bijzonder voor de diagnose dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS). De vraag wordt gesteld waarom patiënten met ervaringen van (vermeend) satanisch en ritueel misbruik (SRM), dat pas tientallen jaren na het misbruik melden? In het artikel geven de genoemde personen aan dat het mogelijk is dat ervaringen van *sadistische* vormen van seksueel misbruik lange tijd uit het bewustzijn kunnen zijn geweest. Door de vraag en vervolgens de opvatting van

Van der Hart cs. aan elkaar te koppelen kan ten onrechte de suggestie zijn gewekt dat zij stellen dat SRM bestaat. De tweede suggestie betreft het citaat dat 'bijna iedereen die voor satanisch misbruik hulp zocht, de diagnose MPS (DIS) kreeg'. Vergelijk de zin: "Bijna alle gruwelijke dictators hadden een snor." Voor alle duidelijkheid: dit staat los van wat ik zelf van SRM en DIS vind.

## Hervonden herinneringen

Crombach en Merkelbach hebben zich altijd sterk uitgesproken in de discussie omtrent de 'hervonden herinneringen'. In hun bewijsvoering voor de bewering dat het niet mogelijk is dat SRM kan worden verdrongen, stellen zij de vraag waarom ritueel misbruik wel, en bijvoorbeeld langdurig verblijf in een concentratiekamp niet tot het verdringen van herinneringen leidt? Los van mijn mening over SRM vind ik dit geen sterk bewijs. Bij SRM lijkt mij dat er sprake is van relatief korte momenten, dan wel periodes, van zeer extreme stress en is het slachtoffer volledig geïsoleerd van veiligheidsfiguren. In een concentratiekamp is er sprake van langdurige hoge stressniveaus en is het slachtoffer doorgaans niet geïsoleerd van veiligheidsfiguren; in ieder geval is er sprake van gedeelde ellende. Dit zijn twee variabelen die tot verschillende wijzen van informatieopslag en -verwerking kunnen leiden. SRM en concentratiekamp lijken mij daarom twee niet te vergelijken omstandigheden.

## EMDR

Bijna dagelijks maak ik tijdens EMDR-sessies mee dat kleine en grote details van een traumatische herinnering waar een patiënt nooit meer aan heeft gedacht, ineens weer herinnerd worden. Zo behandelde ik ooit een politieagent die erg veel last had van de gebeurtenis dat hij in zijn eentje voor een soort tribunaal van drie hoofdcommissarissen de oren werd gewassen. Tijdens de desensitisatie riep hij ineens verbaasd uit dat hij helemaal niet alleen was, maar dat hij iemand van de vakbond naast zich had zitten: "Dat was ik vergeten", zei hij. Dat zijn toch fenomenen waar we als EMDR-behandelaren ►

regelmatig mee te maken hebben. Door de torenhoge stress ontstaat er nou eenmaal vaak een vorm van kerkkijken waardoor de context soms letterlijk buiten beeld, en daarmee bewustzijn, valt.

Ook behandelde ik een patiënt die vertelde dat ze door haar pleegvader seksueel was misbruikt (en lange tijd tijdens de behandeling nog steeds misbruikt werd) en twee keer een abortus had moeten plegen, maar desondanks lange tijd geen beelden van het feitelijke misbruik had. Telkens kon ze vertellen dat hij bij haar in bed kwam liggen, maar de volgende herinnering was dat hij weer wegging en dat ze spermasporen op de lakens zag. Wat er tussen het komen en gaan was gebeurd, wist ze niet. Ze was vroeger ernstig emotioneel verwaarloosd: haar vader was vroeg vertrokken en haar moeder was een psychiatrische patiënt die regelmatig moest worden opgenomen. Tijdens de EMDR kwamen uiteindelijk beelden terug over het seksueel misbruik.

### Drie subgroepen en hoe er mee om te gaan

Terug naar het satanisch en ritueel misbruik. Je zou drie groepen patiënten kunnen onderscheiden:

- Mensen die vóór de behandeling *niet* wisten dat ze SRM hebben meegemaakt, maar bij wie tijdens het EMDR-proces beelden opkomen van SRM.
- Mensen die vóór de behandeling *wel* menen dat ze SRM hebben meegemaakt, maar daar *geen* beelden bij hebben en bij wie tijdens het EMDR-proces beelden opkomen.
- Mensen die vóór de behandeling *wel* menen dat ze SRM hebben meegemaakt en daar *wel* beelden bij hebben.

In theorie kunnen in alle drie de groepen mensen zitten die echt slachtoffer zijn van SRM. Met patiënten uit alle drie de groepen kunnen ingewikkelde problemen ontstaan in de therapeutische relatie. Bij de eerste zal de therapeut heel expliciet moeten aangeven dat:

- hij of zij, net als de patiënt, niet weet of de beelden die tijdens de EMDR opkomen waar zijn;
- het zeer onverstandig is om een uitspraak te doen of hij/zij gelooft dat de herinneringen wel of niet waar zijn;
- de beelden waar kunnen zijn, maar dat uit onderzoek blijkt dat de kans daarop uiterst klein is;
- we de nare plaatjes in het hoofd, waar de patiënt last van heeft, neutraal kunnen (proberen te) maken, maar dat, ook als dat lukt, dat geen bewijs hoeft te zijn dat de plaatjes ook werkelijk waar zijn.

Dit zal doorgaans tot weinig problemen leiden. De therapeutische relatie hoeft hier geen schade van te onderkennen.

Bij de tweede categorie wordt het lastiger in het contact met de patiënt, en bij de derde zelfs nog meer. De patiënt geeft aan herinneringen (beelden) te hebben aan SRM, en/of voelt (weet) dat het is gebeurd, en zegt hiervoor erkenning van de therapeut te willen krijgen. De therapeut zit in een afschuwelijk dilemma. Twee fouten zijn mogelijk: een fout van de eerste soort is de herinneringen voor 'waar' aannemen, terwijl ze in feite niet waar zijn. Een fout van de tweede soort is de herinneringen voor 'niet waar' aannemen, terwijl de patiënt wel degelijk slachtoffer is geweest van SRM. Beide fouten zijn voor de patiënt schadelijk en wil je als therapeut daarom niet maken. Dergelijke fouten beperken zich overigens niet tot SRM alleen, maar gelden voor alle soorten traumatische ervaringen.

### Een voorbeeld uit de praktijk

Ik heb meegemaakt dat een patiënt ervan overtuigd was dat ze als klein kind was misbruikt door haar vader, maar ze had daar geen herinneringen aan: groep twee. Alles 'voelde dat het zo was', en inderdaad de symptomatologie paste heel goed bij deze verklaring. Ze eiste bijna van me dat ik haar geloofde. Ik kreeg de indruk dat ik een eind moest maken aan haar laatste restje onzekerheid omdat ze geen 'beeldend bewijs' had. Ik heb consequent de houding aangenomen dat ik geloofde dat ze die overtuiging had en dat ik begreep dat ze van die overtuiging veel last moest hebben, maar dat, zeker als *zij* geen concrete herinneringen had, *ik* de laatste was die kon zeggen of het waar was of niet. Het heeft de therapeutische relatie sterk in negatieve zin beïnvloed, zonder dat het tot een breuk kwam. Het leek mij het hoogst haalbare om te voorkomen dat ik in één van de twee soorten fouten zou belanden.

Bij deze casus heb ik me vaak afgevraagd waarom ik automatisch een patiënt geloof als ze mij huilend vertelt dat ze vorige week is verkracht en er soms twijfels opkomen als iemand mij huilend vertelt dat ze als klein kind is verkracht. In beide gevallen geldt: hoe kan ik werkelijk weten dat het ook echt is gebeurd? Ik was er per slot van rekening niet bij.

Mijn conclusie is dat we altijd voorzichtig moeten zijn met het als vanzelfsprekend expliciet erkennen dat wat gebeurd zou zijn, ook werkelijk is gebeurd. Gelukkig word je dat als therapeut zelden gevraagd. Die voorzichtigheid staat in ieder geval een EMDR-behandeling geenszins in de weg. ■

*Hans-Jaap Oppenheim is EMDR-trainer en werkt als psychotherapeut bij GGZ Rivierduinen.*

