
Omstreden herinneringen





Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : Aanbieding advies *Omstreden herinneringen*
Uw kenmerk : GVM/GGZ/2086688
Ons kenmerk : I-1721/IG/sl/681-N
Bijlagen : 1
Datum : 27 januari 2004

Meneer de minister,

Op verzoek van uw ambtsvoorganger, vervat in brief nr GVM/GGZ/2086688, bied ik u hierbij aan het advies *Omstreden herinneringen*. Het is opgesteld door een daartoe door de voorzitter van de Gezondheidsraad geformeerde commissie van de Gezondheidsraad en beoordeeld door de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht en de Beraadsgroep Geneeskunde.

Het advies geeft aan dat er inmiddels voldoende wetenschappelijke basis is waarop hulpverleners hun professionele handelen kunnen baseren in situaties waarin hervonden of fictieve herinneringen aan traumatische ervaringen in de jeugd, en met name seksueel misbruik, een rol kunnen spelen. U kunt de betrokken beroepsgroepen die zich bezig houden met psychotherapeutische behandelingen daarom aanspreken op hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en van hen verlangen dat zij richtlijnen opstellen dan wel zich anderszins uitspreken over de voorwaarden waaraan het handelen in deze dient te voldoen. Het advies geeft de essentiële elementen daarvoor helder aan. Het belang van het advies reikt echter verder. Ook andere beroepsbeoefenaren in de professionele én in de alternatieve hulpverlening dienen in hun handelen rekening te houden met vernieuwde inzichten over de werking van het geheugen in relatie tot traumatische ervaringen.

Bij alle partijen spelen ook maatschappelijke opvattingen een rol bij het verwerken van herinneringen in een levensverhaal.

Gezondheidsraad

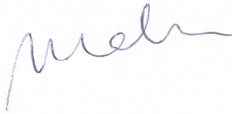
Health Council of the Netherlands



Onderwerp : Aanbieding advies *Omstreden herinneringen*
Ons kenmerk : I-1721/IG/sl/681-N
Pagina : 2
Datum : 27 januari 2004

Ik ondersteun daarom van harte het advies van de commissie om een gericht disseminatiebeleid te voeren met betrekking tot het advies, zodat de daarin geschetste inzichten op ruime schaal bekendheid krijgen.

Hoogachtend,



prof. dr M de Visser
vice-voorzitter

Omstreden herinneringen

aan:

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr 2004/02, Den Haag, 27 januari 2004

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement “voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid” (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. De Raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Omstreden herinneringen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/02.

Preferred citation:
Health Council of the Netherlands. Disputed memories. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004; publication no. 2004/02.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN: 90-554-512-3

Inhoud

Samenvatting *13*

Executive summary *19*

-
- 1 Inleiding *25*
 - 1.1 De maatschappelijke context *25*
 - 1.2 Wetenschappelijke discussie en professionele controverses *27*
 - 1.3 Adviesaanvraag, commissie, werkwijze *27*
 - 1.4 Opbouw advies *28*
 - 1.5 Terminologie en afgrenzing *28*
 - 2 Het veld van discussie *29*
 - 2.1 Strijdpunten *29*
 - 2.2 Impact van traumatische ervaringen in de jeugd *33*
 - 2.3 Enkele conclusies *37*
 - 3 Autobiografische herinneringen en levensverhalen *39*
 - 3.1 Het psychologisch perspectief: functie en constructie van herinneringen *39*
 - 3.2 Het sociologisch perspectief: politics of memory *44*
 - 3.3 Verzonnen verhalen en verdraaide waarheden *47*
-

| | | |
|-------|--|-----|
| 3.4 | Interactie tussen interne en externe gebeurtenissen | 48 |
| 3.5 | Enkele conclusies | 49 |
| <hr/> | | |
| 4 | Geheugen en trauma: vergeten, hervinden en inbeelden | 51 |
| 4.1 | Hervonden herinneringen en fictieve herinneringen aan trauma in de jeugd | 51 |
| 4.2 | Vergeten en hervinden van trauma: verschillende mechanismen | 52 |
| 4.3 | Inbeelden van trauma | 57 |
| 4.4 | Hoe vaak komt het voor? | 59 |
| 4.5 | Enkele conclusies | 63 |
| <hr/> | | |
| 5 | Herinneringen aan trauma en therapie | 65 |
| 5.1 | Patiëntengroepen | 65 |
| 5.2 | Psychotherapie en interpretatie van herinneringen | 66 |
| 5.3 | De rationale achter het stimuleren van herinneringen in therapie | 67 |
| 5.4 | De ‘waarheidsvraag’ | 68 |
| 5.5 | Het omgaan met onbegrepen dysfunctioneren en emotionele verschijnselen | 69 |
| 5.6 | Risico’s in de behandeling | 70 |
| 5.7 | Onderzoek onder therapeuten | 75 |
| 5.8 | Enkele conclusies | 77 |
| <hr/> | | |
| 6 | Professioneel handelen | 79 |
| 6.1 | Betrokken beroepsgroepen | 80 |
| 6.2 | Kwaliteitsbewaking in de hulpverlening | 80 |
| 6.3 | Geven en vastleggen van informatie: voorlichting en dossiervoering | 83 |
| 6.4 | De therapeutische houding ten aanzien van de ‘waarheidsvraag’ | 85 |
| 6.5 | Therapeuten en rechtspraak | 88 |
| 6.6 | Richtlijnen | 94 |
| <hr/> | | |
| 7 | Conclusies en aanbevelingen | 99 |
| 7.1 | De stand van wetenschap | 99 |
| 7.2 | Het therapeutisch handelen | 101 |
| 7.3 | Juridische aspecten | 107 |
| 7.4 | Tot slot | 108 |
| <hr/> | | |
| | Nawoord aan de minister | 109 |
| <hr/> | | |

Literatuur *111*

Bijlagen *127*

A De adviesaanvraag *129*

B De commissie *131*

C Enkele klinische richtlijnen en waarschuwingen *133*

Samenvatting

De minister van VWS heeft de Gezondheidsraad om advies gevraagd over de stand van wetenschap inzake therapieën waarbij hervonden herinneringen aan traumatische jeugdervaringen, in het bijzonder seksueel misbruik, een rol spelen. De commissie die is ingesteld om de adviesaanvraag te beantwoorden, heeft de deelvragen als volgt geformuleerd: ‘is het mogelijk dat opgeslagen herinneringen aan traumatische gebeurtenissen niet toegankelijk zijn en zo ja, wat zijn daarvoor de verklaringen? Onder welke omstandigheden kunnen niet-toegankelijke herinneringen weer wel toegankelijk worden? Is het mogelijk herinneringen op te halen aan traumatische gebeurtenissen die men niet heeft meegemaakt en zo ja, wat zijn daarvoor de verklaringen? En welke rol kan psychotherapie spelen bij het ophalen van dergelijke herinneringen?’. De hieronder genoemde bevindingen van de commissie geven antwoord op deze vragen.

Traumatische jeugdervaringen zijn belangrijke risicofactoren

Seksueel misbruik en andere traumatische ervaringen in de jeugd zijn belangrijke risicofactoren voor psychische problemen en psychopathologie bij volwassenen. Er is alle reden om in de hulpverlening alert te zijn op eventueel moeilijk bespreekbare herinneringen aan traumatische jeugdervaringen. De relatie is echter niet specifiek en niet dwingend. Het is onmogelijk om op grond van een klinisch beeld conclusies te trekken over de aanwezigheid van specifieke traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis van een patiënt.

Herinneringen zijn reconstructies met een functie in het heden

Lange tijd is gedacht dat ervaringen integraal in het geheugen worden geregistreerd en als herinnering opgeslagen. Naar men nu weet, is dit beeld niet correct. Er is sprake van een meervoudig geheugen, wat wil zeggen dat de verschillende aspecten van een ervaring op verschillende plaatsen, verbonden door associaties, worden opgeslagen. Het ophalen van een herinnering impliceert altijd een reconstructie, en niet een directe weergave. Deze reconstructie is gekoppeld aan de huidige situatie en wordt beïnvloed door de sociale context: die kan bepaalde herinneringen zowel stimuleren als bemoeilijken. Een herinnering kan worden beleefd als een betrouwbare en authentieke weergave van een gebeurtenis in het verleden, maar de mate waarin hij daarvan afwijkt kan aanzienlijk zijn.

Vergeten en hervinden zijn normale verschijnselen

Wat niet is opgeslagen in het geheugen, kan niet herinnerd, vergeten of hervonden worden. Als een opgeslagen herinnering moeilijk toegankelijk wordt, raakt hij vergeten. Een vergeten herinnering kan in principe worden opgehaald als zich de juiste *cues* voordoen: geheugensteuntjes of zoektermen die de juiste associaties oproepen, en als er geen processen optreden die de bewuste beleving van de opgeroepen herinnering tegengaan. Vergeten en hervinden zijn gewone, functionele verschijnselen, waarbij verschillende mechanismen een rol kunnen spelen.

Belangrijke emotionele of traumatische ervaringen worden, zeker op onderdelen, sterker opgeslagen dan gewone ervaringen. Ze worden daardoor in het algemeen goed, zij het soms fragmentarisch, herinnerd. Het is zowel opmerkelijk als aannemelijk dat ook deze herinneringen geheel of gedeeltelijk – tijdelijk of context-afhankelijk – ontoegankelijk kunnen raken, en eventueel weer worden hervonden. In welke mate dat voorkomt, is niet duidelijk. Het is aangetoond dat overmatige angst en stress de geheugenfunctie sterk beïnvloeden, zowel wat betreft de codering, de opslag als het ophalen. De precieze mechanismen achter het vergeten van traumatische ervaringen bij mensen zijn niet bekend.

Niet-melden, ontkennen en zelfrapportages van vergeten en hervinden zijn lastig te interpreteren

Niet-melden of ontkennen van het ervaren hebben van seksueel misbruik komt vrij geregeld voor. Dit hangt niet noodzakelijkerwijs samen met vergeten of speciale geheugenmechanismen. Als iemand rapporteert dat hij een herinnering aan een traumatische

ervaring eerst is vergeten en vervolgens heeft hervonden, is de interpretatie daarvan bijzonder lastig: het is niet altijd duidelijk wat met vergeten wordt bedoeld en in hoeverre herinneringen ook werkelijk ontoegankelijk waren. Het onderscheid tussen niet vertellen, niet willen herinneren en niet kunnen herinneren is in de praktijk niet altijd scherp te maken.

Ingebeelde herinneringen komen in sommige omstandigheden méér voor

Ingebeelde herinneringen komen bij iedereen voor. Dit wordt vooral verklaard door het verwarren van de verschillende bronnen van opkomende beelden en gedachten: fantasie, voorstellingsvermogen, dromen, verhalen van anderen en eigen belevenissen. Ook kan de betekenis van een herinnering veranderen door herinterpretatie, hertaxatie of herattributie. Het blijkt ook mogelijk ingebeelde, fictieve herinneringen aan ingrijpende persoonlijke gebeurtenissen te ervaren. De kans hierop is groter dan gemiddeld bij een combinatie van bepaalde persoonlijkheidskenmerken of psychiatrische stoornissen en bij suggestieve beïnvloeding door een belangrijk persoon of vanuit een belangrijke andere bron.

Psychotherapie kan het toelaten en ophalen van herinneringen mogelijk maken

Er zijn vele redenen waarom sommige patiënten voor het eerst over bepaalde gevoelens en herinneringen praten in het kader van psychotherapie. De setting biedt, als het goed is, veiligheid en acceptatie van negatieve gevoelens van angst, agressie, ambivalentie, schuld, schaamte, wraak en ongeoorloofde lust. Deze veiligheid kan ruimte bieden om pijnlijke herinneringen onder woorden te brengen; niet zelden wordt het daarna ook mogelijk om met anderen over zo'n herinnering te praten.

In psychotherapie wordt altijd gesproken over bepaalde aspecten van het functioneren van de patiënt. Dit vergemakkelijkt het ophalen van gerelateerde herinneringen. In therapeutische situaties kunnen zich ook bijzondere *cues* voordoen, die voorheen moeilijk toegankelijke details of gebeurtenissen oproepen.

Psychotherapie stimuleert herinterpretatie van herinneringen

Vrijwel alle vormen van psychotherapie richten zich in enige mate op het veranderen van de betekenis van klachten voor de patiënt, zodat deze er minder door gehinderd wordt in het dagelijks functioneren. Deze betekenisverandering gaat noodzakelijkerwijs gepaard met een veranderde kijk op aspecten uit de voorgeschiedenis en met een herinterpretatie van herinneringen. De nieuwe interpretatie is in de eerste plaats één waarmee

de patiënt beter uit de voeten kan en is niet noodzakelijkerwijs een meer accurate weerspiegeling van de werkelijkheid. Het bespreken van het verleden is niet gericht op het vinden van de waarheid, maar op het toekennen van een betekenis aan herinneringen.

Herinterpretatie van herinneringen geeft nieuwe inhoud aan de levensgeschiedenis en daarmee mogelijk aan de relatie met belangrijke personen uit die levensgeschiedenis. De gevolgen hiervan kunnen zowel positief als negatief gewaardeerd worden: de relatie kan verbeteren of afstandelijker worden en de nieuwe geschiedenis kan beter stroken of juist botsen met de ervaringen van anderen.

Suggestieve beïnvloeding van herinneringen moet vermeden worden

Een suggestieve werkwijze van de therapeut als de patiënt herinneringen ophaalt, vormt door haar sturende werking het grootste risico voor het ontstaan van fictieve herinneringen met een aan de suggestie gerelateerde inhoud. Dit speelt met name een rol als een verklaring voor klachten wordt gezocht, bijvoorbeeld in een verondersteld traumatisch verleden. Het risico is groter bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken en met bepaalde psychiatrische stoornissen, bij therapeuten die hun overtuiging sterk kunnen overbrengen, bij vage herinneringen en bij moeilijk verklaarbare klachten. De kans op fictieve herinneringen wordt vergroot door het gebruik van bepaalde methoden om herinneringen te stimuleren.

Een authentiek beleefde herinnering is een gegeven in therapie, maar is niet altijd historisch juist

Een authentiek beleefde herinnering wordt als ‘waar’ beleefd. Het gevoel van authenticiteit wordt onder meer versterkt door zintuiglijke details en begeleidende emoties. Ook fictieve herinneringen kunnen als authentiek worden beleefd en dezelfde intensiteit hebben als ware herinneringen. In therapie is het verhaal van de hulpvrager een belangrijk gegeven, maar de therapeut kan in principe niet weten of het verhaal historisch juist is, tenzij hij de historische feiten kent.

Een behandelaar dient de patiënt te informeren over relevante aspecten van de voorgestelde behandeling. Vooral wanneer het bespreken van emotionele herinneringen een belangrijke rol kan gaan spelen, past hierin informatie over de functie van het bespreken van herinneringen in therapie: gericht op de huidige betekenis en niet op het vinden van de ware toedracht. Ook kan hierbij worden aangegeven dat zonder verdere concrete aanwijzingen uit herinneringen niet betrouwbaar is af te leiden wat werkelijk gebeurd is.

Beroepsgroepen dienen zich uit te spreken

Er bestaat momenteel voldoende overeenstemming binnen het experimenteel en klinisch-wetenschappelijk onderzoek naar bepaalde aspecten van het geheugen met betrekking tot emotionele ervaringen om uitspraken en richtlijnen voor de klinische praktijk te formuleren. Dit neemt niet weg dat het empirisch onderzoek naar met name onderliggende mechanismen van geheugenverschijnselen bij traumatische ervaringen nog vele vragen onbeantwoord laat en dat verder onderzoek hiernaar noodzakelijk is. De bestaande kennis over de stand van wetenschap met betrekking tot het geheugen is van groot belang voor het therapeutisch handelen, maar lijkt in de praktijk onvoldoende daarin door te dringen. De commissie acht het dan ook gewenst en mogelijk dat de betrokken BIG-geregistreerde beroepsgroepen zich uitspreken over de in dit advies besproken bevindingen in het moderne geheugenonderzoek en hun consequenties voor het therapeutisch handelen. Dit geldt in het bijzonder voor de mogelijkheden en risico's van het in een therapeutische behandeling omgaan met herinneringen aan traumatische ervaringen in de jeugd. De commissie noemt enkele specifieke kwaliteitsvoorwaarden op het gebied van de noodzakelijke kennis, de diagnostiek en behandeling, de dossiervoering, de therapeutische houding en een mogelijke juridische context.

In meer algemene zin is het gewenst dat beroepsgroepen komen tot een soort 'bijsluiter' met algemene informatie over de werkwijze bij en de effectiviteit, nadelen en alternatieven van diverse vormen van psychotherapie.

Vanwege de rol die herinneringen spelen in elke vorm van psychotherapie, is de relevantie van uitspraken en richtlijnen op dit gebied groot. De commissie verwacht dat richtlijnen van de BIG-geregistreerde beroepsgroepen een voorbeeldfunctie kunnen hebben voor niet-BIG-geregistreerde beroepsgroepen in de psychosociale en maatschappelijke hulpverlening. Zij meent dat ook alternatieve behandelaars met dergelijke bevindingen rekening dienen te houden.

Opleidingen mogen niet achter lopen

Het is van het grootste belang dat nieuw opgeleide professionals van diverse beroepsgroepen op de hoogte zijn van de implicaties van het moderne geheugenonderzoek. Beroepsopleidingen die gericht zijn op hulpverlening bij psychische klachten en psychosociale problemen, zowel op academisch als op HBO-niveau, dienen deze ontwikkelingen aantoonbaar in hun programma op te nemen.

Therapie kan botsen met de juridische procesgang

Seksueel misbruik kan in juridische zin een onrechtmatige daad of misdrijf opleveren. In therapie opgekomen herinneringen aan een dergelijke ervaring leiden soms tot schadevergoedingsvorderingen of aangiftes bij de politie met mogelijk strafvervolging. Een herinnering, ook als hij als authentiek beleefd wordt, kan echter niet gelden als maatschappelijk of juridisch feit. Juridische waarheidsvinding is geen taak van de behandelend therapeut en een behandelaar dient zich – zowel op wetenschappelijke gronden als om redenen van beroepsethiek – te onthouden van uitspraken over de betrouwbaarheid van een verklaring van een patiënt. Bij opgekomen herinneringen aan mogelijk onrechtmatige daden en strafbare feiten, dient de behandelaar de relatie tussen therapeutische en juridische processen zo enigszins mogelijk aan de orde te stellen in zijn gesprek met de patiënt. Hij dient een patiënt niet aan te zetten tot juridische stappen en hem er op te wijzen dat therapie en rechtsspraak elkaar soms (tijdelijk) kunnen uitsluiten.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. Disputed memories. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004; publication no. 2004/02.

The Minister of Health, Welfare and Sport requested advice from the Health Council concerning the scientific situation with regard to therapies involving recovered memories of traumatic childhood experiences, especially of sexual abuse. The Committee, which was established to respond to the request for advice, formulated the sub-questions as follows: ‘could the stored memories of traumatic events be inaccessible and, if so, what might account for this? Under what circumstances might inaccessible memories become accessible once again? Is it possible to recall memories of traumatic events which were never experienced and, if so, what might account for this? What part might psychotherapy play in retrieving such memories?’. The Committee’s findings, which are set out below, provide answers to these questions.

Traumatic childhood experiences are major risk factors

Sexual abuse and other traumatic childhood experiences are major risk factors for psychological problems and psychopathology in adults. There is every reason for caregivers to be alert for certain memories of traumatic childhood experiences which people find difficult to discuss. However, the relationship is neither specific nor imperative. On the basis of a clinical picture it is impossible to draw conclusions about the occurrence of specific traumatic events in a patient’s history.

Memories are reconstructions with a present-day function

Experiences were long thought to be recorded and stored as discrete memories. This view is now known to be incorrect. Experiences are stored in multiple memory systems. This means that the various aspects of an experience are stored in different places, and that they are linked together by associations. Recalling a memory always involves reconstruction rather than instant portrayal. This reconstruction is linked to the current situation. It is influenced by the social context, which can either stimulate or obstruct certain memories. Even though a memory may be perceived as a reliable and authentic portrayal of a past event, its content may differ substantially from those of the actual event.

Forgetting and recovering are normal occurrences

Events that have not been stored in the memory can not be recalled, forgotten or recovered. If it becomes difficult to access a stored memory, then that memory gradually will be forgotten. A forgotten memory can, in theory, be recalled if the right cues are provided. These help subjects to recall the correct associations, provided that there are no processes which might counteract the conscious perception of the recalled memory. Forgetting and recovering are normal, functional occurrences, which can involve a range of different mechanisms.

Important emotional or traumatic experiences (and certainly specific elements of these experiences) are more strongly recorded than everyday experiences. As a result, they are generally well remembered, albeit sometimes in fragmentary form. It is remarkable, yet plausible, that these memories too can become inaccessible. This may be partial or complete, temporary or context-dependent. Furthermore, they may eventually be recovered. It is not clear to what extent this occurs. It has been shown that excessive anxiety and stress can have a marked influence on memory function, affecting coding, storage and retrieval. The exact nature of the mechanisms which cause humans to forget traumatic experiences is not known.

It is difficult to interpret a failure to report, denial and self-reports of forgetting and recovering

The non-reporting or denial of having experienced sexual abuse is quite common. This is not necessarily associated with forgetting or with special mechanisms of memory. Something that is particularly difficult to interpret is when someone reports that they initially forgot a memory of a traumatic experience only to recall it at a later date. It is not

always clear what the subject means by ‘forgot’ or the extent to which the memories in question were genuinely inaccessible. In practice it is not always easy to distinguish between not telling, not wanting to remember and not being able to remember.

Imagined memories are more common under certain circumstances

Everybody experiences imagined memories. The most common explanation is that the subject has confused the source of recalled images and thoughts, which can be fantasies, the power of imagination, dreams, stories recounted by others and their own experiences. The meaning of a memory can also change, through reinterpretation, reassessment or reattribution. It has also been shown that individuals can experience imaginary, false memories as dramatic personal events. There is an above-average risk of this when subjects with certain personality traits or psychological disorders are exposed to the suggestive influence of authority figures or other important sources.

Psychotherapy can enable memories to be accessed and recalled

There are many reasons why some patients will only broach the subject of certain feelings and memories in the context of psychotherapy. Such settings usually offer safety and the acceptance of negative emotions such as anxiety, aggression, guilt, shame, vengeance and forbidden desires. Within this safe environment, subjects may feel at liberty to verbalise painful memories. In many cases, these individuals are subsequently able to discuss these memories with others.

During psychotherapy, the discussion always centres on certain aspects of the patient's ability to function. This facilitates the retrieval of related memories. Special cues can occur in therapeutic situations. These may help subjects to recall details or events that had previously been inaccessible.

Psychotherapy stimulates the reinterpretation of memories

Virtually all forms of psychotherapy focus, to some extent, on changing the meaning of symptoms for patients, so that they will find them less of an impediment in their day-to-day functioning. This changed meaning is, of necessity, coupled with a changed view of aspects of the patient's history, and a reinterpretation of memories. The new interpretation is primarily one which is easier for the patient to deal with, it is not necessarily a more accurate reflection of reality. The aim of discussing the past is not to uncover the truth, it is to assign a meaning to memories.

The reinterpretation of memories changes the substance of an individual's life history. Accordingly, it may also cause subjects to revise their relationship with significant

individuals from their past. This process can have both positive and negative repercussions. The relationship in question can improve or become more distant, and the new version of history may be more in keeping with other people's experiences or it may conflict with them.

Influencing memories by suggestion must be avoided

Therapists who adopt a suggestive approach when the patient tries to recall memories, are at risk of creating false memories whose content is related to the suggestion used. This is particularly true of situations in which the therapist is trying to account for a patient's symptoms in terms, for instance, of a possible trauma in their past. The risk is greater in certain cases. These include patients with certain personality traits and psychiatric disorders, vague memories and symptoms that are difficult to explain, as well as therapists who tend to firmly impose their personal convictions. The risk of false memories is exacerbated by the use of certain methods for stimulating memories.

In therapy, memories that are perceived as authentic are a given, but they are not always historically accurate

Memories that are perceived to be authentic are seen as being 'true'. The sense of authenticity is reinforced by factors such as sensory details and accompanying emotions. False memories can also be perceived as authentic, and as having the same intensity as genuine memories. In therapy, the story told by the individual seeking assistance is an important factor. However, unless he is acquainted with the historical facts, the therapist has no way of knowing whether the story is historically accurate.

Those providing treatment must inform patients about the relevant aspects of the proposed treatment. Particularly in situations where it may be important to discuss emotional memories, it is appropriate to provide information about the purpose of discussing memories in therapy. It should be emphasised that the focus is on the current meaning of such memories, and not on uncovering the actual course of events. Here, also, it should be pointed out that, in the absence of further supporting evidence, memories are unreliable when it comes to finding out what really happened.

The professionals involved must speak out

The current consensus within the field of experimental and clinical scientific research into certain aspects of memory pertaining to emotional experiences is sufficient for the formulation of judgements and guidelines for clinical practice. This in no way detracts from the fact that empirical research into the underlying mechanisms of memory phe-

nomena associated with traumatic experiences in particular has still left many questions unanswered, and that further research is needed. Current knowledge of the scientific situation regarding the memory is extremely relevant to the conduct of therapy. In practice, however, it appears to have had insufficient impact in this area. Professionals in this area are registered under the Individual Health Care Professions Act (BIG). The Committee feels that this group can and should speak out about the findings in contemporary memory research that are discussed in this advisory report, and the repercussions for the conduct of therapy. This is particularly applicable to the opportunities and risks implicit in dealing with the memories of traumatic childhood experiences during a course of therapeutic treatment. The Committee cites several specific quality conditions in the area of requisite expertise, diagnosis and treatment, file handling, therapeutic stance and a possible legal context.

At a more general level, the professionals involved should produce a kind of 'instruction leaflet' containing general information about the various forms of psychotherapy. This would contain details of their effectiveness, drawbacks and alternatives, and of the procedures used.

In view of the part that memories play in all forms of psychotherapy, judgements and guidelines in this area could be most relevant. The Committee expects that the guidelines for those professionals who are registered under the Individual Health Care Professions Act (BIG) could serve as an example for professionals working in the areas of psychosocial and social care who are not registered under the BIG. It takes the view that those offering alternative therapies should also take such findings into account.

Educational programmes must not become outdated

It is enormously important that newly trained professionals in various fields be fully informed about the implications of contemporary memory research. Universities and institutes of higher vocational education (HBO) should openly incorporate these developments into vocational courses on the provision of care to individuals with psychological symptoms and psychosocial problems.

Therapy can conflict with the course of law

Sexual abuse is an unlawful act or criminal offence. Memories of such experiences that are retrieved during therapy can sometimes lead to claims for damages or to incidents being reported to the police, possibly resulting in a prosecution. However, memories, although perceived as authentic, do not qualify as social or legal facts. It is not the attending therapist's task to assist the criminal justice system in arriving at the truth. On scientific grounds and for reasons of professional ethics, therapists should refrain from

commenting on the reliability of statements made by a patient. Regarding the retrieved memories of possible unlawful acts or punishable offences, the therapist should – if at all possible – raise the issue of the relationship between therapeutic and legal processes during his interview with the patient. He should not encourage the patient to take legal action. Instead, he should point out that therapy and jurisdiction are sometimes mutually exclusive, albeit temporarily.

Inleiding

Kan iemand seksueel misbruikt worden, dat vergeten, en het zich later weer gaan herinneren? Is al het seksueel misbruik dat mensen zich herinneren ook werkelijk gebeurd? En wat is de rol van therapeuten in dit veld van herinneren, vergeten, hervinden en inbeelden? Het zijn lastige en gevoelige kwesties waarmee de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zich in 2000 tot de Gezondheidsraad wendde. Kort voor de adviesaanvraag had de Nationale Ombudsman namelijk een klacht van de Werkgroep Fictieve Herinneringen over een gedraging van het ministerie gegrond verklaard. De minister zou zich te weinig hebben ingespannen om ‘betrokken beroepsgroepen te bewegen tot uitspraken te komen met betrekking tot het omgaan met situaties waarin verdrongen of hervonden (incest)herinneringen een rol kunnen spelen’. De minister constateerde dat er over dit onderwerp geen eenstemmigheid bestond binnen en tussen de betrokken beroepsgroepen en vroeg daarom de Gezondheidsraad om de stand van wetenschap op dit gebied in kaart te brengen.

1.1 De maatschappelijke context

In de afgelopen tien à vijftien jaar is geregeld maatschappelijke onrust ontstaan door sterke aanwijzingen dat seksueel misbruik veel vaker voorkomt dan voorheen gedacht werd en doordat bleek dat dergelijk misbruik blijvende schade kan berokkenen. De erkenning van deze feiten stuitte op maatschappelijke weerstand en ongeloof en groeide uit tot een belangrijk thema in de psychologische hulpverlening, in de eerste plaats bij vrouwen. Dit vergrootte de bespreekbaarheid van (herinneringen aan) seksueel mis-

bruik. De publieke aandacht voor beschuldigingen van actueel misbruik van kinderen nam toe en ook de rechtspraak kreeg steeds meer te maken met aanklachten op dit gebied.

Zowel in als buiten de rechtszaal ontstond echter in een aantal gevallen grote twijfel over het werkelijkheidsgehalte van de herinneringen cq beschuldigingen. Zeker, maar niet alleen, als het herinnerde gebeuren seksueel misbruik betrof op grotere en uitdijende schaal en wanneer de gebeurtenissen te fantastisch leken om waar te kunnen zijn²³⁰. In enkele situaties waarin sprake zou zijn van groepen, netwerken en satanisch misbruik konden ondanks gedegen onderzoek geen daadwerkelijke sporen of aanwijzingen gevonden worden^{133,135} hetgeen de twijfel aan het werkelijkheidsgehalte voedde*. In het kader van de ontstane twijfel kwamen diverse methoden van onderzoek en ondervraging en van hulpverlening ter discussie te staan: verkeerde interpretatie van verschijnselen en suggestieve vragen op basis van een veronderstelde geschiedenis van seksueel misbruik zouden mogelijk een rol spelen bij de betwijfelde verklaringen en herinneringen.

De discussies rond het werkelijkheidsgehalte van herinneringen hebben geleid tot controverses in de kring van professionele hulpverleners en juristen. Ook leidden ze tot krenking, verontwaardiging en verdriet bij allerlei betrokken personen. In 1993 is in Nederland, in navolging van een dergelijk initiatief in de VS, de (voorloper van de) Werkgroep Fictieve Herinneringen opgericht door ouders die door een kind zijn beschuldigd van seksueel misbruik in de jeugd. Deze ouders stellen op hun beurt dat de herinneringen niet berusten op werkelijke gebeurtenissen en tot stand zijn gekomen door methoden in de hulpverlening. Een en ander heeft veel aandacht gehad in de media.

Ook als het gaat om andere traumatische gebeurtenissen dan seksueel misbruik, is in brede zin de aandacht toegenomen voor de persoonlijke gevolgen ervan en voor de positie van slachtoffers binnen een eventuele juridische procedure¹⁰⁵. Zo gelden vanaf het midden van de jaren negentig binnen de strafrechtspleging bejegeningvoorschriften**. Ook de mogelijkheden tot het in strafrechtelijke context verkrijgen van schadevergoeding*** alsmede de termijnen voor strafvervolgning en het aanbrengen van civielrechtelijke vorderingen werden verruimd****. Daarnaast wordt ook in de rechtspraak in toenemende mate rekening gehouden met de eigen aard van seksueel misbruik als juri-

* Dat laat onverlet dat van seksueel misbruik, kinderporno en kinderprostitutie wel degelijk is aangetoond dat het kan plaats vinden binnen netwerken of georganiseerde verbanden.

** Aanwijzing Slachtofferzorg, Staatscourant 1999, 141 (geldig tot 31 december 2003), Aanwijzingen Bejegening slachtoffers zedendelicten, Staatscourant 1999, 174 resp. 2001, 64 en Wetsvoorstel inzake invoering spreekrecht voor slachtoffers en nabestaanden (Kamerstukken II 2000-2001, 27632, nrs 1-3)

*** Wet Terwee, Staatsblad 1993, 29

**** Wet Verlenging Verjaringstermijnen (Staatsblad 1994, 529), de verruiming van de strafrechtelijke zedelijkheidswetgeving – onder andere met de strafbaarstelling van seksueel misbruik door hulpverleners (art. 249 lid 1 sub 3 Sr) – (Staatsblad 1992, 519) en de Aanwijzingen Opsporing en afhandeling van seksueel misbruik (Staatscourant 1999, 174 resp. 2001, 64) Zie ook: Werkgroep Seksuele Kindermishandeling (Hulsenbek), Openbaar Ministerie, 's Gravenhage, 1993.).

disch probleem, tot uitdrukking komende in een op de problematiek afgestemde interpretatie van wettelijke bepalingen.

1.2 Wetenschappelijke discussie en professionele controverses

De wetenschappelijke discussie over de aard van herinneringen stoelt zowel op ontwikkelingen in de cognitieve en neurowetenschappen als op inzichten uit klinisch-wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk. Kwesties waarover de meningen verdeeld zijn, zijn onder meer de (accurate) constructie van een herinnering, de invloed van intense emoties (vooral heftige angst) op het geheugen en de mechanismen die de toegang tot het geheugen beïnvloeden. Ook binnen beroepsgroepen van behandelaars bestaan professionele meningsverschillen over de validiteit en verklaring van symptomen en ziektebeelden, de onderbouwing en kwaliteit van verschillende behandelmethoden, mogelijke schadelijke effecten van vormen van therapie en over de rol van verdringing en dissociatie. Sociaal-wetenschappelijk onderzoek toont aan hoezeer de maatschappelijke context van invloed is op deze discussies.

Op het raakvlak van hulpverlening en justitie doen zich belangrijke vragen voor, die onder meer te maken hebben met de verschillende gerichtheid van beide domeinen en met de relatie tussen de beleefde en de feitelijke werkelijkheid in het verleden.

1.3 Adviesaanvraag, commissie, werkwijze

Op 7 juli 2000 vroeg toenmalig minister Borst in een brief aan de Gezondheidsraad om advies over ‘Fictieve herinneringen’ (zie bijlage A). De vragen van de minister kunnen wetenschappelijk gezien geformuleerd worden als ‘is het mogelijk dat opgeslagen herinneringen aan traumatische gebeurtenissen niet toegankelijk zijn en zo ja, wat zijn daarvoor de verklaringen? Onder welke omstandigheden kunnen niet-toegankelijke herinneringen weer wel toegankelijk worden? Is het mogelijk herinneringen op te halen aan traumatische gebeurtenissen die men niet heeft meegemaakt en zo ja, wat zijn daarvoor de verklaringen? En welke rol kan psychotherapie spelen bij het ophalen van heronden en fictieve herinneringen?’

De voorzitter van de Gezondheidsraad heeft daarop een breed samengestelde commissie ingesteld (zie bijlage B). De commissie kreeg tot taak de vragen uit de adviesaanvraag te beantwoorden en zo mogelijk aan te geven wat de wetenschappelijke basis kan zijn voor door betrokken beroepsgroepen op te stellen afspraken of richtlijnen op het betreffende terrein.

De commissie heeft tien maal vergaderd. In een vroeg stadium heeft zij de Werkgroep Fictieve Herinneringen gehoord. Na het formuleren van haar eerste conclusies en

aanbevelingen heeft zij daarover commentaar gevraagd aan een aantal externe deskundigen uit relevante beroepsgroepen (zie bijlage B).

1.4 Opbouw advies

Het wetenschappelijk terrein dat moet worden overzien om de vragen van de minister te beantwoorden is breed en divers en de inzichten zijn daarbij sterk in ontwikkeling. Hoofdstuk 2 schetst de kern van het maatschappelijke probleem. Hoofdstuk 3 bespreekt de belangrijkste inzichten in de relatie tussen autobiografische herinneringen en het levensverhaal, gezien vanuit respectievelijk de psychologische en de sociologische invalshoek. Hoofdstuk 4 gaat in op de relatie tussen geheugen en trauma. In hoofdstuk 5 komt de rol van herinneringen aan traumatische jeugdervaringen in een therapeutische setting aan de orde. Hoofdstuk 6 beschouwt het professioneel handelen bij vermoeden van traumatische gebeurtenissen in de geschiedenis van een patiënt. In hoofdstuk 7 komt de commissie tot een aantal conclusies en aanbevelingen en zij sluit af met de korte beantwoording van de vragen.

1.5 Terminologie en afgrenzing

Het gaat in dit advies om geheugenfenomenen bij volwassenen die in verband gebracht worden met traumatische ervaringen in de jeugd, met name door seksueel misbruik. De reactie van kinderen ten tijde van het misbruik komt slechts zijdelings aan de orde, voor zover die mede verklarend zou kunnen zijn voor de manier waarop ze zich de ervaringen later herinneren.

Zoals gebruikelijk wordt in dit advies slechts één persoonsvorm gebruikt, de manlijke. Zeker voor seksueel misbruik kan dit een misleidend beeld oproepen van de werkelijkheid, waarin vrouwen veel vaker seksueel misbruikt worden dan mannen en waarin ervaringen met en opvattingen over seksualiteit, macht en de positie als man of vrouw een grote rol spelen.

Voor al die mensen die hulp zoeken vanwege psychische of lichamelijke klachten, wordt de term patiënt gebruikt.

Het veld van discussie

Dit hoofdstuk schetst kort de achtergrond van de in dit advies te bespreken vraagstukken: een typerend geval; de verschillende posities van klinici en experimenteel wetenschappers bij het onderzoek naar de werking van het geheugen bij trauma; de invloed van trauma in de jeugd, met name van seksueel misbruik.

2.1 **Strijdpunten**

2.1.1 *De probleemsituatie getypeerd*

Sterk versimpeld concentreert de discussie zich rond de volgende situatie. Een vrouw* kampt met ernstige problemen, waarvoor zij hulp zoekt of steun vindt bij een therapeut. In de loop van dit contact krijgt zij, plotseling als bij ingeving of heel geleidelijk, flarden van herinneringen die verwijzen naar vroeger seksueel misbruik. De nieuwe, onvermoede herinneringen zijn zeer emotioneel beladen en geven haar inzicht in de bron van de persoonlijke problemen. De vrouw beleeft de herinnering als een authentieke, maar 'weggestopte' voorgeschiedenis, waarin één of meer personen een voor haar ontwikkeling verwoestende rol hebben gespeeld. Vaak gaat het om naaste familieleden, zoals ouders en stiefouders, broers en ooms, of om andere vertrouwde personen zoals leer-

* In de publieke discussie gaat het in zaken rond hervonden of fictieve herinneringen aan seksueel misbruik tot nu toe meestal om meisjes cq vrouwen. Seksueel misbruik is echter ook bij jongens niet zeldzaam en de genoemde geheugenfenomenen worden ook door mannen gemeld.

krachten en coaches. Zij confronteert hen met deze herinnering of klaagt ze zelfs juridisch aan. De beschuldigde personen ontkennen, wijzen deze herinnering af als volslagen onzin. Als verklaring suggereren zij dat iemand die veel invloed heeft op de vrouw (zeer vaak een therapeut), haar deze herinnering moet hebben aangepraat. In het uiterste geval volgt nu een aanklacht in omgekeerde richting: de beschuldigen klagen de therapeut aan wegens het berokkenen van schade aan de cliënt en aan de beschuldigde partij.

2.1.2 *Verschillende visies op hetzelfde geval*

De geschetste probleemsituatie zit vol met feiten en beschuldigingen die veel pijn opleveren. Voor betrokkenen en de rechter gaat het erom welke feiten in rechte kunnen worden vastgesteld. Voor therapeuten weegt vooral de huidige betekenis van het levensverhaal voor de patiënt. Wetenschappelijk gezien gaat de strijd om de gehanteerde verklaringen. Zo verklaren de vrouw (of man) en eventueel de therapeut huidige problemen door nooit eerder of lange tijd niet herinnerd seksueel misbruik in de jeugd. De van seksueel misbruik beschuldigde personen verklaren de herinnering aan zo'n gebeuren door suggestieve beïnvloeding van derden. Zijn deze verklaringen wetenschappelijk gezien mogelijk? Kunnen dit soort herinneringen 'weggestopt' en 'hervonden' worden en kunnen, op grond van suggestie, herinneringen van deze aard ontstaan en als authentiek beleefd worden? En is het mogelijk om vanuit de aard en inhoud van herinneringen af te leiden in hoeverre deze de feitelijke werkelijkheid weergeven?

De kennis over de werking van het geheugen neemt razendsnel toe, maar is, gelet op de enorme complexiteit ervan, in feite nog zeer gebrekkig. Onderzoek naar die werking vindt plaats op verschillende niveaus en vanuit allerlei disciplines: van moleculair niveau tot kennisorganisatie, van anatomische structuren tot functionele beeldvormende technieken, van experimenteel onderzoek tot de klinische praktijk. Al dat verschillende onderzoek levert ongelijksoortige informatie en uiteenlopende verklaringen op, die vervolgens toch met elkaar in verband moeten worden gebracht. Dat gaat niet altijd gemakkelijk: veel kennis ontbreekt, veel processen zijn onbegrepen en veel termen worden niet eenduidig gebruikt.

2.1.3 *Wetenschappelijke benadering: klinisch en experimenteel onderzoek*

In de wetenschappelijke discussie over de aard van herinneringen aan trauma speelt de relatie tussen observaties en klinisch-wetenschappelijk* onderzoek bij patiënten ener-

* Klinisch wijst in dit verband op de relatie met de patiëntenzorg, niet op een intramurale setting.

zijds en ontwikkelingen in de cognitieve en neurowetenschappen anderzijds een grote rol.

Zorgvuldige klinische observaties kunnen zicht bieden op opvallende geheugenfuncties in bijzondere of pathologische omstandigheden. Klinisch-wetenschappelijk onderzoek ordent en analyseert gerapporteerde en geobserveerde symptomen en stelt daarvoor, binnen een bepaald interpretatiekader, verklaringen op. Het gaat bij dit soort onderzoek primair om een selectie van personen die psychische klachten hebben ontwikkeld, al dan niet in relatie tot een traumatische voorgeschiedenis. Hypothesen over het ontstaansmechanisme vormen op zich vaak weer de basis voor een therapeutische benadering. Zelfs aangetoonde effectiviteit van een behandeling mag echter niet beschouwd worden als een wetenschappelijke toets van de juistheid van de hypothese over het mechanisme hierachter. Voor het toetsen van hypothesen is onderzoek in gecontroleerde situaties nodig. De gelegenheid hiervoor is in de therapeutische praktijk vaak niet aanwezig. Toetsing van (onderdelen van) in de kliniek gegenereerde hypothesen vindt dan ook vaak plaats in een andere, gecontroleerde setting. Bij het interpreteren van de uitkomsten hiervan naar de klinische praktijk moet dan weer rekening gehouden worden met de beperkingen van de onderzoekssituatie en de grenzen van het experiment.

Experimenteel psychologisch en biologisch geheugenonderzoek zijn bij uitstek gericht op ontwikkeling en toetsing van algemene en fundamentele concepten en uitgangspunten, zoals de (accurate) constructie van een herinnering, de invloed van emoties – vooral als die gepaard gaan met stress – op het geheugen en mechanismen die de toegang tot het geheugen beïnvloeden.

In principe vullen klinisch en experimenteel onderzoek elkaar aan doordat ze antwoord geven op verschillende soorten vragen in een gemeenschappelijk aandachtsgebied. Er zijn echter ook lastige problemen in hun relatie. Lang niet alles wat in de kliniek wordt geobserveerd, is zomaar voor experimenteel onderzoek toegankelijk. Subjectieve oordelen en symptomen vormen in de klinische psychopathologie een belangrijke basis van kennis, maar leveren in het algemeen geen onomstotelijke informatie op over het onderliggend pathogenetisch proces. Waar in het experiment vaak gewerkt wordt met objectiveerbare gedragsobservaties, kan in de kliniek gedrag niet los gezien worden van de betekenis ervan, een interpretatie dus.

Onderzoek naar traumatisering heeft bovendien een aantal speciale problemen. Men kan niet experimenteren door proefpersonen doelbewust traumatische ervaringen aan te doen. Ook met het ophalen of suggereren van traumatische herinneringen zijn de mogelijkheden op ethische gronden beperkt. Dat maakt empirische toetsing van hypothesen uit de kliniek lastig. Een gebrek aan empirische evidentie onderhoudt echter op zijn beurt de maatschappelijke discussie en de onenigheid binnen de wetenschap. Nauwere samenwerking tussen klinici en experimentele wetenschappers is dan ook aangewezen.

2.1.4 De 'memory war'

Gevolgtrekkingen uit de klinische praktijk of uit het experimenteel geheugenonderzoek kunnen de wetenschappelijke discussie vertroebelen als de beperkingen van de uitgangssituatie of de verschillen in positie en mogelijkheden uit het oog worden verloren. Dit is op het gebied van de hervonden en fictieve herinneringen in hoge mate gebeurd. Onvoldoende wetenschappelijk gefundeerde opvattingen over de basis van in therapie gehanteerde methoden en theoretische kaders enerzijds en over de reikwijdte van experimentele onderzoeksuitkomsten anderzijds hebben hierbij een belangrijke rol gespeeld. De relaties tussen beroepsgroepen, maar ook daarbinnen zijn hiermee onder spanning komen te staan. Niet alleen over de wetenschappelijke inhoud, maar ook over de stijl van argumenteren zijn felle debatten gevoerd. Deze debatten hadden de neiging te polariseren en liepen soms uit de hand, hetgeen ook wel is aangeduid als de *memory war*^{58,178,183,214}. Aan de ene kant werd de stelling verdedigd dat hervonden herinneringen als regel verwijzen naar oorspronkelijke gebeurtenissen die een tijd lang door hun traumatische aard op een speciale manier niet herinnerd konden worden⁴³. Aan de andere kant stonden degenen die meenden dat 'echt' misbruik niet vergeten kan worden en dat zogenoemde hervonden herinneringen in feite fictief zijn en veelal geconstrueerd ('geïmplanteerd') door suggestie binnen een therapie^{59,189,190}. Achter deze tweespalt gaat de vraag schuil of er bij trauma nu wél of niet iets bijzonders met het geheugen aan de hand is. De klinici meenden op grond van hun observaties van wel, de experimenteel psychologen op grond van hun onderzoek van niet. De polarisatie was niet alleen een theoretische kwestie, maar had ook praktische consequenties in de therapeutische praktijk en in de rechtspraak. Het ging immers om de geloofwaardigheid van beschuldigingen van seksueel misbruik en om het professioneel handelen, of juist *malpractice*, van therapeuten. In 1992 werd in de VS de False Memory Society opgericht door personen die zich ten onrechte beschuldigd achtten van seksueel misbruik. Een aantal wetenschappers die van opvatting waren/zijn dat hervonden herinneringen in de regel fictief zijn, sloot zich hierbij aan. Ook in diverse andere landen, waaronder Nederland, werden dergelijke organisaties opgericht. Deze belangenorganisaties bundelden de strijd tegen wat zij benoemden als *Recovered Memory Therapy*: vormen van psychotherapie als bron van suggestieve beïnvloeding en fictieve herinneringen. De situatie die de uitkomst van een dergelijke therapie zou zijn (een hardnekkig fictief geloof in vroeger seksueel misbruik, inclusief de gevolgen daarvan), werd benoemd als *False Memory Syndrome**. Een en ander heeft ruime publieke aandacht in de media gekregen. Ook zonder een oor-

* Dit is geen syndroom in de wetenschappelijke betekenis: er is geen wetenschappelijke, psychiatrische of psychologische onderbouwing of validering.

deel te vullen over de gehanteerde argumenten en methoden, kan men nu constateren dat de strijd over zijn hoogtepunt heen lijkt te zijn. Er is een groeiende aandacht voor een ordentelijke wetenschappelijke discussie en verschillende onderzoekers en professionele groeperingen hebben zich ingespannen voor het zoeken van de gulden middenweg^{36,57,73,178,219}. Tegelijkertijd is het aantal aanmeldingen bij de Werkgroep Fictieve Herinneringen de laatste jaren afgenomen²⁶⁷.

2.1.5 *What's in a name? Hervonden en fictieve herinneringen*

Door de geschetste ontwikkelingen kleven aan termen die de bediscussieerde geheugenfenomenen trachten te beschrijven, vrijwel steeds (impliciete) emotionele en oordeelsaspecten. Een bloemlezing daaruit laat de volgende varianten zien: fictieve, hervonden, illusoire, valse, verborgen, geïmplanteerde, uitgestelde, (her)ontdekte, vermeende, verdrongen, ‘ervaren, maar niet beleefde’ herinneringen. En ook wel: het verzonnen, onbewezen, betwiste, herschreven verleden. De impliciete lading van begrippen heeft de wetenschappelijke discussie bemoeilijkt en de dialoog tussen en binnen disciplines belast.

In dit advies worden twee termen gebruikt, die naar het oordeel van de commissie zo dicht mogelijk blijven bij een wetenschappelijke benadering van mogelijke geheugenprocessen, namelijk hervonden herinneringen en fictieve herinneringen.

We spreken van een hervonden herinnering als iemand aangeeft dat hij in het verleden een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt met een belangrijke persoonlijke betekenis, dat hij zich dit enkele jaren in het geheel niet heeft kunnen herinneren, maar dat de herinnering daarna geheel of gedeeltelijk toegankelijk is geworden en (nu) door hem als authentiek en betrouwbaar wordt ervaren. Een fictieve herinnering is een autobiografische herinnering aan een gebeurtenis die men niet heeft meegemaakt (zie verder hoofdstuk 4).

De commissie vermijdt doelbewust termen als ‘valse herinnering’, omdat die teveel associaties oproepen met opzettelijk onjuiste beschuldigingen en aangiften. De kwestie die in dit advies aan de orde is, betreft patiënten en aangevers of eisers, die te goeder trouw zijn en oprecht in hun herinneringen geloven.

2.2 **Impact van traumatische ervaringen in de jeugd**

Traumatische jeugdervaringen komen in de hulpverlening aan volwassenen vaak aan de orde, omdat ze een bijzondere rol spelen in het levensverhaal en in de ontwikkeling van een persoon.

2.2.1 *Ingrijpende gebeurtenissen en traumatische ervaringen*

Men spreekt van een traumatische ervaring als een persoon iets meemaakt, ziet of anderszins ondervindt dat een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebrengt of een bedreiging vormt voor de lichamelijke integriteit van hemzelf of anderen en als hij daarop reageert met een intens gevoel van machteloosheid, angst of afschuw*. In strikte zin hangt de vraag of bepaalde gebeurtenissen te beschouwen zijn als traumatisch, dus af van de reactie erop. Het taalgebruik hieromtrent is echter, ook in de wetenschap, niet consistent: bepaalde ingrijpende en schokkende gebeurtenissen worden betiteld als ‘trauma’ of ook wel ‘traumatisch’ als ze duidelijk de potentie hebben om traumatiserend te zijn. Of een ervaring ook werkelijk traumatiserend is, hangt af van allerlei factoren: de aard en ernst van de gebeurtenis, vroegere ervaringen, de eigen reactie tijdens de gebeurtenis, de reactie van de omgeving, andere interfererende problemen^{72,75,184}. Levensbedreiging, mishandeling, zwaar lichamelijk letsel, het getuige zijn van dergelijke zaken bij kind of ouder en seksueel misbruik blijken als het meest schokkend beleefd te worden. Bij langdurige verwaarlozing, seksueel misbruik en mishandeling spreekt men wel van chronische traumatisering.

Vanuit de fysiologie gezien is er sprake van extreme stress en van overweldigende emoties. De reactiepatronen hierop worden grofweg onderscheiden in *fight, flight, fright*²²¹. Zowel in dieronderzoek als bij mensen blijken zeer verschillende reacties op te treden in schijnbaar identieke situaties^{19,48,134,233}. Allerlei factoren zijn hierop van invloed: de aard van de bedreiging, de mogelijkheden in de concrete situatie en individuele aanleg en eigenschappen.

2.2.2 *Traumatische ervaringen in de jeugd en latere psychopathologie*

In de vroege kinderjaren ontwikkelen zich allerlei persoonlijkheidskenmerken en reactiepatronen, ook met betrekking tot geheugenprocessen. Deze ontwikkeling kan niet plaatsvinden zonder interactie met positieve en negatieve invloeden uit de omgeving en ieder mens draagt in die zin de blijvende sporen van zijn kindertijd in zich. Ingrijpende of steeds terugkerende negatieve gebeurtenissen in deze periode kunnen leiden tot verhoogde kwetsbaarheid en beperkingen. In dieronderzoek is aangetoond dat hevige angst en andere negatieve vroege ervaringen, zoals scheiding van de moeder, blijvende structurele effecten in de hersenen kunnen hebben^{15,66,68,177,213,281}. In epidemiologisch onderzoek en in enkele natuurlijke experimenten blijkt consistent dat negatieve ervaringen (*early stress*) en omstandigheden in de jeugd de kans op latere psychische problemen en

* Volgens de diagnostische criteria van de DSM-IV, de meest gebruikte classificatie van psychiatrische ziektebeelden.

psychopathologie vergroten, zeker in combinatie met andere risicofactoren in de loop van de ontwikkeling of levensloop^{66,110,111,126,177,184,223}. In deze onderzoeken wordt het schadelijk effect van kindermisbruik wel apart vermeld, maar de vraag is of deze als specifiek beschouwd moet worden. In de eerste plaats gaat deze ervaring vrijwel steeds ook samen met vroege verwaarlozing en het is dan de vraag wat precies het gevolg van wat is. Bovendien gaat hij op bij meerdere vormen van mishandeling en misbruik als risicofactoren voor latere gedragsproblemen, verslaving, angst- en depressieve stoornissen, eetstoornissen, dissociatieve en persoonlijkheidsstoornissen en ook diverse lichamelijke aandoeningen^{225,227,264,265}. In onderzoek zijn aanwijzingen gevonden voor verschillende neurobiologische effecten van verschillende typen vroege negatieve ervaringen en voor het bestaan van kritische ontwikkelingsperioden waarin iemand gevoelig is voor de neurobiologische effecten van specifieke stressoren^{28,110,204,205,241}. De interactie tussen al deze verschillende factoren zou mede verantwoordelijk kunnen zijn voor de uiteenlopende problemen en psychiatrische aandoeningen die in verband worden gebracht met vroegere traumatische en andere negatieve ervaringen.

Er zijn bovendien ook andere, meer externe risicofactoren voor deze aandoeningen, zoals psychiatrische aandoeningen bij de ouders, alcohol- en drugsverslaving en sociale achterstandssituaties¹⁹⁴. Deze kunnen de gevoeligheid voor en de last van eventuele meer specifieke risicofactoren vergroten²³⁶. Men gaat er tegenwoordig dan ook van uit dat bepaalde psychische klachten in de volwassenheid meervoudig gedetermineerd zijn, in een wisselwerking van aanleg en omgevingsfactoren.

Er is alle reden om in de hulpverlening alert te zijn op aanwijzingen voor mogelijke risicofactoren voor de huidige psychische problematiek, inclusief eventuele moeilijk besprekbare traumatische jeugdervaringen. Ook is het mogelijk – en in de klinische praktijk wordt dat veelvuldig gedaan – om op grond van bepaalde (combinaties van) symptomen hypothesen te vormen over de mogelijke voorgeschiedenis of ontstaanswijze. Het is echter onmogelijk om louter op grond van een klinisch beeld tot een aanname te komen of conclusies te trekken over de rol van bepaalde risicofactoren, zoals de aanwezigheid van specifieke traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis van een patiënt.

2.2.3 *Een aparte positie voor seksueel misbruik?*

Seksueel misbruik in de jeugd wordt door sommigen een aparte positie toegekend in de droeve reeks van negatieve en traumatiserende ervaringen vanwege een aantal extra belastende factoren. Het kan, zeker als de ervaring onder bedreiging plaatsvindt, intense angst oproepen; niet alleen tijdens de gebeurtenissen, maar ook daarna. Bij seksueel misbruik binnen afhankelijkheidsrelaties is deze angst vaak gericht op een persoon die, wrang genoeg, ook verantwoordelijk is voor de lichamelijke en psychologische veilig-

heid van hetzelfde kind. Zowel fysiologisch als psychologisch kan dit blijvende schade aanrichten aan de zich ontwikkelende persoon. Misbruik leidt daarnaast niet alleen tot gevoelens van onmacht, afschuw en woede. Er is ook vaak een context waarin die gevoelens verborgen moeten blijven en waarin de ervaring – vaak een langere periode van misbruik – niet besproken mag en kan worden. Dit gebeurt enerzijds onder invloed van verbod en dreigementen van de dader(s), anderzijds omdat seksueel misbruikt worden beladen is met schaamte en schuldgevoelens^{97,104}. Als het misbruik in het gezin plaatsvindt, kan dit tot sterk ambivalente gevoelens leiden van angst en gehechtheid¹⁴⁵. Niet zelden wordt het misbruik domweg ontkend en het kind beschuldigd van valse praatjes en slechte fantasieën. Hoewel het op grond van bovenstaande overwegingen aannemelijk lijkt dat seksueel misbruik specifieke effecten heeft, is in onderzoek een dergelijke aparte positie voor seksueel misbruik temidden van andere negatieve factoren, zoals verwaarlozing, mishandeling of psychiatrische stoornissen van de ouders, moeilijk aan te tonen, niet in het minst omdat ze vaker wel dan niet gecombineerd voorkomen en ieder op zich de kans op de aanwezigheid van andere huidige en latere problemen vergroot^{34,104,126,234,235}. In enkele studies kon de rol van seksueel misbruik apart bepaald worden^{77,111,204,205}. Definities van seksueel misbruik kunnen sterk verschillen en het gaat ook om een grote variëteit aan ervaringen – van onschadelijke tot en met erg belastende. Onderzoek naar het verband tussen seksueel misbruik in de jeugd en psychiatrische morbiditeit later kent dan ook grote methodologische problemen³⁴. Daartoe behoren het retrospectief karakter, het moeten uitgaan van meldingen van volwassenen over wat zich vroeger heeft voorgedaan, het vaak beperkte aantal aandoeningen dat in het onderzoek wordt betrokken, de relatief geringe aandacht voor de rol van comorbiditeit en de vrijwel ontbrekende aandacht voor de leeftijd waarop de symptomen die in verband worden gebracht met trauma in de jeugd, begonnen zijn. Voor in onderzoek aangetoonde specifiek verhoogde risico's op diverse aandoeningen bleek het verband minder direct als de uitkomsten tegen het licht van een aantal van bovengenoemde methodologische criteria werden gehouden³⁴. De relatie blijft echter complex: in onderzoek in een prospectief cohort werd geen relatie gevonden tussen in de jeugd gedocumenteerd seksueel misbruik en depressie, maar wel tussen op volwassen leeftijd gemeld seksueel misbruik en depressie²⁷¹. Situaties waarin seksueel misbruik voorkomt, kunnen dus ook door een opeenstapeling van negatieve factoren ernstiger consequenties hebben en niet vanwege alleen het specifieke karakter. Op dit moment wordt in psychologische verklaringen ook nadruk gelegd op het meer gemeenschappelijke punt van een gestoorde hechtingsrelatie in de jeugd als bron van stress²²⁰. Hierbij kan aansluiting gevonden worden met het genoemde biopsychologisch onderzoek bij dieren, dat soms blijvende veranderingen in de fysiologie aantoonde bij verstoorde hechting met de moeder^{66,68,177}. Er zijn echter wel aanwijzingen dat misbruik onafhankelijk van de affectieve verwaarlozing toevoegt aan de ernst van latere dissociatieve symptomen⁷⁷.

2.3 Enkele conclusies

Seksueel misbruik en andere traumatische ervaringen in de jeugd zijn belangrijke risicofactoren voor allerlei psychische problematiek en psychopathologie bij volwassenen. De relatie is niet specifiek en niet dwingend. Optreden en aard van de latere problemen zijn ook van vele andere factoren afhankelijk.

Er is alle reden om in de hulpverlening alert te zijn op aanwijzingen voor een rol van bekende risicofactoren voor huidige psychische problematiek, inclusief eventuele moeilijk bespreekbare traumatische jeugdervaringen. Het is echter onmogelijk om louter op grond van een klinisch beeld tot een aanname te komen of conclusies te trekken over de rol van bepaalde risicofactoren, zoals de aanwezigheid van specifieke traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis van een patiënt.

Autobiografische herinneringen en levensverhalen

Herinneringen komen terug in levensverhalen, maar zijn niet hetzelfde. Dit hoofdstuk bespreekt herinneringen als uitkomst van geheugenprocessen en levensverhalen als resultante van wat mensen in hun sociaal-culturele context over hun leven kunnen en willen vertellen. Ook de interactie tussen interne en externe gebeurtenissen komt aan bod.

3.1 Het psychologisch perspectief: functie en constructie van herinneringen

3.1.1 Het geheugen is een adaptieve functie

Het geheugen is een functie van de hersenen, die het mogelijk maakt van ervaringen te leren en daarvan te profiteren in nieuwe situaties. Het dient zowel de continuïteit van de persoon als de flexibiliteit en ontwikkeling. Om deze adaptieve functie te kunnen vervullen, is het geheugen zeer dynamisch georganiseerd. Op basaal niveau worden continu indrukken uit de omgeving waargenomen en gecodeerd tot verwerkbaar informatie. Wat en hoe iets precies in het geheugen wordt opgeslagen, wordt mede aangestuurd door processen van conditionering, aandacht, emotie, anticipatie, evaluatie, motivatie en, uiteindelijk, zelfbeeld en zelfverwerkelijking. En ook opgeslagen herinneringen zijn geen vaststaande beelden, die ergens klaarliggen om opgehaald te worden. De huidige geheugentheorieën gaan ervan uit dat informatie op de één of andere wijze wordt ontleed in verschillende aspecten en dat al deze aspecten afzonderlijk, maar door associatie verbonden, als geheugensporen worden opgeslagen. Dit zogeheten meervoudige geheugen

maakt talloze combinaties van deel informatie voor nieuw gebruik mogelijk. Wat als herinnering boven komt, is niet alleen afhankelijk van wat tijdens een gebeurtenis is opgeslagen. Het is ook een resultante van interactie met andere herinneringen, van herkenningpunten in de huidige situatie en van hogere, sturende processen. Een herinnering wordt beleefd als een betrouwbare en authentieke weergave van een gebeurtenis in het verleden, maar de mate waarin hij daarvan afwijkt kan aanzienlijk zijn en ook essentieel.

3.1.2 *Er zijn verschillende geheugensystemen*

Het geheugen doet zich niet alleen kennen via persoonlijke herinneringen. Feitenkennis is een andere vorm waarvan we ons bewust zijn. Andere geheugenprocessen leiden volledig buiten ons bewustzijn om tot aangeleerde reacties en vaardigheden. Onderzoek heeft uitgemaakt dat niet alle informatie op dezelfde manier en door dezelfde hersenstructuren wordt verwerkt. Er worden verschillende geheugensystemen onderscheiden. De belangrijkste indeling is die op basis van het al dan niet bewust kunnen ophalen van de opgeslagen informatie: respectievelijk het expliciet en het impliciet geheugen. Daarbinnen worden verschillende vormen van geheugen beschreven. Eén ervan is het (expliciete) autobiografische geheugen; dit stelt iemand in staat om zich persoonlijk beleefde gebeurtenissen te herinneren als onderdeel van de eigen levensgeschiedenis. In hoeverre de systemen volledig gescheiden werken, elkaar beïnvloeden, informatie kunnen uitwisselen of zelfs overlap in functie kunnen vertonen, is vooralsnog niet bekend. Gecontroleerd onderzoek hiernaar lijkt steeds meer mogelijk^{3,228}.

3.1.3 *Zoeken en ophalen van herinneringen*

Herinneringen komen boven als men een welbewuste poging doet om een bepaalde gebeurtenis op te halen, maar ook ten dienste van de herkenning van elementen uit de huidige situatie, bij het vrije ophalen door middel van associatie en bij het ongewild bovenkomen van herinneringen. In alle situaties moet de informatie worden opgezocht. Als een gebeurtenis in al zijn onderdelen wordt opgeslagen, worden daarmee ook zogenoemde *cues* vastgelegd: geheugensteuntjes of zoektermen die de informatie, of een deel ervan, weer kunnen terughalen. Een *cue* kan voortkomen uit de gebeurtenis zelf, maar ook uit de context, de emotionele beleving of de waardering ervan. Heel algemene geheugensteuntjes zijn niet erg behulpzaam voor het ophalen van een specifieke herinnering, maar zeer specifieke *cues* komen lang niet altijd terug. Als zich later niet de goede of niet voldoende zoektermen aandienen, kan een herinnering niet worden geconstrueerd en is dan ontoegankelijk: vergeten. Door allerlei processen, bewust en onbewust, kan de toegankelijkheid in de loop der tijd afnemen en komt een herinnering steeds moeilijker boven. Extra zoektermen kunnen de afgenomen toegankelijkheid soms

compenseren, maar in andere gevallen lukt het ook dan niet de informatie op te halen die, naar wordt aangenomen, in principe nog wel aanwezig is.

Het ophalen van een (deel)herinnering, op welke manier dan ook, kan de oude geheugensteuntjes bevestigen, maar levert vaak ook nieuwe associaties en nieuwe zoektermen op. Deze kunnen wederom – net als bij de oorspronkelijke gebeurtenis – gelegen zijn in feiten, waarnemingen, gevoelens en waardering. Op grond van de nieuwe combinatie van associaties kunnen herinneringen aan bepaalde gebeurtenissen dus zowel versterkt worden als ook verschuiven van inhoud en betekenis.

In het algemeen wordt samen met een herinnering ook de bron ervan opgeslagen. Het kan zowel gaan om een externe bron (zoals een persoon of een gebeurtenis) of om een interne bron (zoals een fantasie of een droom). Dit maakt het in principe mogelijk om bij het ophalen van een herinnering accuraat de bron ervan te identificeren, maar in de praktijk worden soms fouten gemaakt. Hierdoor is het mogelijk dat bijvoorbeeld gefantaseerde of ingebeelde elementen als werkelijk gebeurd worden beleefd. Vrijwel elke herinnering bevat dan ook fictieve elementen. Zonder externe evidentie is het onmogelijk om met zekerheid te bepalen in hoeverre een herinnering accuraat werkelijke gebeurtenissen weergeeft.

3.1.4 *Emoties beïnvloeden geheugenprocessen*

Voor zijn adaptieve functie heeft het geheugen een arsenaal aan mogelijkheden om – vrijwel zonder nadenken – gevaarlijke, potentieel levensbedreigende situaties te herkennen en een lichamelijke reactie op gang te brengen. Deze stress-respons maakt het mogelijk zeer snel te reageren en het evenwicht weer te herstellen^{48,67,68}. Aandacht en waarneming worden zowel verscherpt als meer selectief. Hierdoor worden de als meest bedreigend ervaren aspecten zeer sterk en zintuiglijk gedetailleerd opgeslagen, andere soms helemaal niet⁴⁸. Het herinneringsbeeld van een gevaarlijke situatie is daardoor vaak vertekend, in principe ten dienste van de overlevingsmogelijkheden. Angst, opgeroepen door het gevaar, speelt hierbij een belangrijke rol^{137,139}. Meer in het algemeen hebben emoties grote invloed op het geheugen. Als situaties tot emoties leiden, impliceert dit dat lichamelijke processen worden geactiveerd die (re)actie faciliteren. Deze lichamelijke verschijnselen, zoals een versnelde hartslag en een veranderde zweet- en speekselproductie, kent iedereen. Om een emotie te voelen moet men zich van deze verschijnselen bewust zijn en om de specifieke aard ervan te bepalen (is men angstig of verdrietig) moet men ook een idee hebben van wat ze heeft uitgelokt³. In het algemeen worden emotionele gebeurtenissen beter opgeslagen dan niet-emotionele, omdat de intensiteit van de opslag door stresshormonen gefaciliteerd wordt. Ze worden dus ook gemakkelijker opgehaald middels gevoelens die met die gebeurtenis te maken hebben. Anderzijds kan een ontregeld stresshormoonsysteem ook geheugenstoornissen veroor-

zaken. Beide reacties kunnen ook voor herinneringen aan traumatische gebeurtenissen gelden. De andere kant van de medaille is dat emoties ook een selecterende werking hebben op de herinneringen die worden opgehaald: gebeurtenissen die niet met de huidige gemoedstoestand geassocieerd zijn, worden minder snel opgehaald.

3.1.5 *De laatste check: waarschijnlijkheid, passendheid en wenselijkheid van de herinnering*

Bewuste herinneringen worden razendsnel gemonitord op hun bron, waarschijnlijkheid, passendheid en wenselijkheid (*source- en realitymonitoring*)^{122,217}. Voldoen ze niet aan de gehanteerde criteria, dan worden ze als het ware linea recta teruggestuurd en daarmee nauwelijks aan de nieuwe context en *cues* gekoppeld. Ook kan de betekenis van de herinnering in de op dat moment gewenste richting worden veranderd. Als logica en emotie elkaar niet ondersteunen, kan de herinnering vervormen.

3.1.6 *Vergeten: het ontoegankelijk worden van bepaalde herinneringen*

Allerlei mechanismen kunnen een herinnering moeilijk of zelfs ontoegankelijk maken. Er zijn gradaties in vergeten, maar het is zeer moeilijk vast te stellen in hoeverre iemand iets ‘echt’ vergeten is. Men neemt aan dat de geheugensporen enerzijds levenslang kunnen blijven bestaan, maar anderzijds ook onderhevig kunnen zijn aan biologische afbraakprocessen van de bij de herinnering betrokken eiwitten. In het algemeen is de kans op ‘gewoon’ vergeten groter als een herinnering niet regelmatig wordt opgehaald en opnieuw opgeslagen en als zich weinig passende en specifieke zoektermen voordoen of worden aangeboden. Het zoekproces om zich iets bepaalds te herinneren kan geruime tijd kosten: iets lijkt vergeten, maar men weet dan meestal wel dat men het geweten heeft. Herinneringen kunnen ook sterk context- of toestandafhankelijk zijn; ze zullen dan in een andere context slecht, maar in de originele context goed worden herinnerd.

Gebeurtenissen uit de vroege jeugd kan men zich als volwassene niet, of zeer fragmentarisch, expliciet herinneren. De absolute grens van deze ‘infantiele amnesie’ ligt ongeveer bij een leeftijd van drie jaar, daarna neemt het aantal herinneringen toe. Het mechanisme achter infantiele amnesie is niet duidelijk, maar men neemt aan dat het samenhangt met de taalontwikkeling en het vermogen om herinneringen onder woorden te brengen en te interpreteren.

Stress kan op verschillende manieren verantwoordelijk zijn voor het niet of slechts gedeeltelijk kunnen ophalen van een ervaring. Stress kan leiden tot verstoorde codering en opslag (waardoor details in de langetermijnherinnering vaag en onvolledig zijn), tot verstoringen in het ophalen (waardoor herinneringen die een sterke stressrespons oproepen minder goed herinnerd zullen worden) en tot een scherp onderscheid in de details die wél of niet worden opgeslagen (waardoor centraal in het aandachtsveld gelegen

details wel herinnerd zullen worden en perifere details niet, onafhankelijk van het belang van de details)^{84,280}.

3.1.7 *Het vermijden van ongewenste herinneringen*

Wat en hoeveel men zich herinnert, hangt niet alleen van *cues* af. Op zich toegankelijke herinneringen blijken te kunnen worden onderdrukt (*retrieval-inhibitie*), bijvoorbeeld omdat die herinnering teveel angst oproept of andere heftige negatieve emoties. Er worden verschillende strategieën bediscussieerd. Sommige veronderstellen min of meer bewuste en intentionele procedures, andere geven een rol aan onbewuste en autonome processen. Enkele bekende concepten domineren de discussie, maar hun geldigheid en de mogelijke mechanismen erachter zijn nog maar zeer gedeeltelijk bekend.

Uit de psycho-analytische theorie komt het invloedrijke concept van verdringing of repressie: een proces waarbij bepaalde herinneringen uit het bewustzijn gehouden worden, maar wel een – onbegrepen – invloed blijven uitoefenen op het denken en gedrag. Een verdrongen herinnering is volgens deze theorie niet op te halen; hij is onbewust en dus in praktische zin vergeten. De verdringing, en de invloed ervan, zou soms ongedaan kunnen worden gemaakt door de reden van de verdringing bewust te maken. Het is onduidelijk of verdringing gezien moet worden als een van begin af aan onbewust proces, of als uitkomst van een in eerste instantie bewust proces.

In het experimenteel geheugenonderzoek is veel aandacht voor gedachteonderdrukking: het actief beïnvloeden van het vergeten. In sommige omstandigheden is aangetoond dat het inderdaad mogelijk is om het vergeten van bepaalde zaken te bevorderen, maar er zijn, afhankelijk van de opdracht, ook paradoxale effecten. Het maakt uit of men niet aan iets hoeft te denken, niet wil denken of niet mag denken^{7,199,263}.

Gedragsobservaties wijzen op vermijding: het vermijden van herinneringen door het actief ontlopen van *cues*, in gedrag, denken en zelfs emoties.

Uiteindelijk gaat het erom wie of wat deze processen stuurt. Dit wordt, geleend uit de filosofie, vaak aangeduid als het ‘zelf’. Het voert te ver om daar in dit advies aandacht aan te besteden. Het is een veld waarover maar zeer beperkt empirische kennis bestaat, maar veel ideeën en theorievorming. In de klinische praktijk kunnen die ideeën en inzichten een uitgangspunt vormen bij het handelen.

3.1.8 *Vergeten bij geheugenstoornissen*

Speciale vormen van vergeten komen voor bij geheugenstoornissen (amnesieën*).

* De term amnesie is afkomstig uit de neurologie en betekent letterlijk vergeten of het niet kunnen herinneren. Het suggereert volgens sommigen een pathologisch verschijnsel, maar het gebruik ervan is niet consequent.

Geheugenstoornissen als gevolg van hersenbeschadiging leiden in het algemeen niet tot het vergeten van bepaalde gebeurtenissen, maar van bepaalde perioden of categorieën van gebeurtenissen. Vaak gaat het om zogenoemde retrograde of anterograde amnesie: het vergeten van vrijwel alle gebeurtenissen voorafgaand aan of volgend op een bepaald moment, meestal dat van een organisch trauma of een ziekteproces. Na een organisch trauma kan gedurende een periode van circa twee jaar herstel optreden, waarbij de periode van vergeten geleidelijk inkrimpt; de dan resterende ontbrekende geheugeninhouden worden als daadwerkelijk verloren beschouwd. Bij allerlei hersenafwijkingen komen verder soms heel specifieke geheugenstoornissen voor: bijvoorbeeld voor bepaalde perioden of voor semantische betekenissen. Sommige geheugenstoornissen worden aangeduid als functioneel; het betekent dat er geen aanwijzingen zijn voor een organische oorzaak en dat de geheugenverschijnselen niet als normaal worden beschouwd. Soms wordt daarnaast een specifieke psychogene oorzaak verondersteld, soms wordt de geheugenstoornis geplaatst in het kader van een psychiatrische diagnose. De voor dit advies belangrijkste vorm is de dissociatieve amnesie; deze wordt sterk in verband gebracht met traumatische ervaringen in de jeugd (zie daarom hoofdstuk 4).

3.1.9 *Inadequate herinneringen*

Verschillende verschijnselen lijken enige verwantschap te hebben met hervonden of fictieve herinneringen. Sommige ervan komen bij de meeste mensen wel eens voor, zoals een *déjà-vu* ervaring of het gevoel ergens al eens eerder geweest te zijn. Bij bepaalde ziektebeelden zijn dit soort ervaringen frequenter. Een ander verschijnsel, confabulatie, wordt als pathologisch beschouwd. Hierbij vertellen mensen (daartoe uitgelokt of spontaan) controleerbaar volslagen onjuiste herinneringen. De verklaring ervoor is lange tijd gezocht in de neiging om door ziekte ontstane lacunes in het autobiografisch geheugen op te vullen met flarden van bestaande herinneringen. Er zijn echter aanwijzingen dat het bij spontane confabulaties gaat om een aantoonbaar defect in het proces van *reality-* en *source monitoring* en beschadigingen aan de frontale hersenen²¹⁷.

3.2 **Het sociologisch perspectief: *politics of memory***

3.2.1 *Autobiografische herinnering en verhaal*

Er is uiteraard een relatie tussen autobiografische herinneringen en het levensverhaal van mensen, maar deze relatie is niet één op één. Mensen leven in een sociaal-culturele context en die is van invloed op zowel de begripsmatige ordeningen die mensen zelf hanteren om hun ervaringen en problemen te benoemen als op de professionele inzichten van therapeuten over hoe klachten en symptomen zijn te benoemen en te duiden. Een

sociologisch perspectief geeft op een globaal niveau inzicht in die sociaal-culturele context, zoals de verhoudingen waarin mensen leven, de in een cultuur beschikbare woorden en inzichten, en ideeën in de samenleving over trauma of over het belang van vertellen. De sociaal-culturele context is van invloed op de verhalen die mensen over hun leven vertellen, verbaal of anderszins. En dat zou, indirect, ook weer invloed kunnen hebben op de herinneringen zelf. Een sociologische benadering maakt geen uitspraak mogelijk over de vraag of levensverhalen al dan niet waar zijn. Wel voedt ook deze benadering het inzicht in de complexe wordingsgeschiedenis van een als authentiek beleefd levensverhaal.

3.2.2 *Van gebeurtenis tot verhaal*

Verhalen van mensen ontwikkelen zich in de context waarin ze leven en in interactie met anderen, zoals familie, vrienden, collega's en eventueel ook therapeuten. Wat gezegd of geschreven wordt, heeft een functie: het is van belang wanneer het verteld wordt, aan wie en om welke reden (zoals om aandacht te krijgen, indruk te maken of om verhaal te halen). Om gehoor te vinden, is een publiek nodig.

Het vasthouden van vroege herinneringen heeft te maken met de ontwikkeling van taal: de eerste herinneringen vallen ontwikkelingspsychologisch samen met de ontwikkeling van taalvaardigheden en het zelfconcept. Dat vindt plaats in de belangrijke context van het gezin. Het is van belang of wat verteld wordt, past in de omgeving: van het gezin, maar ook ruimer. Als er geen woorden voor zijn, als het vertelde wordt afgestraft met verstoting en eenzaamheid of verbonden is met verbod, schaamte of schande, komt het verhaal moeilijk tot ontwikkeling. Veelal wordt aangenomen dat er wat dit betreft een verschil is tussen de verwerking van seksueel misbruik en die van het meemaken van een andere traumatische gebeurtenis, zoals het zien van een moord. Over het eerste wordt niet gesproken: het wél spreken zou gevaar opleveren voor verstoting door de ouders, voor ongeloof en boosheid van de omgeving vanwege de 'slechte' fantasie, en dus voor eenzaamheid. Het laatste verhaal is droef, maar niet onderhevig aan twijfel en ook de omgeving zal er eerder, openlijker en met begrip voor het kind over spreken. Of dit verschil uiteindelijk zelfs invloed heeft op het niveau van de herinnering, is bij de mens echter niet duidelijk¹⁹⁷, maar wel in dieronderzoek²⁵⁸.

Soms botst een verhaal met vigerende maatschappelijke denkbeelden en met de daarbij passende verhalen, de *cultural narratives*. De vraag is dan of het vertelde geloofd wordt, naar waarde geschat of brutaal ontkend. Een goed voorbeeld hiervan zijn oorlogsherinneringen. Veel oorlogsverhalen kwamen pas naar buiten na 1960, vele jaren na het einde van de oorlog. De feiten waren in veel gevallen niet 'weggeraakt', maar pas toen vonden mensen gehoor voor hun verhalen en kregen de 'feiten' een andere betekenis (zie ondermeer^{80,81}). Vóór die tijd heersten andere ideeën: van wederopbouw, flink

zijn, schouders eronder zetten, niet verwennen en verweken^{240,275}. Pas toen andere noties gingen gelden, kon er iets als een verhaal ontstaan. Zonder gehoor vormt zich geen verhaal, zijn er slechts flarden. Dat herinneringen afgestemd worden op gangbare beelden, is een inzicht dat veel aandacht heeft gekregen binnen kringen van *oral history*. Een herinnering wordt beschouwd als een bewegende bron, en niet als een gefixeerde getuigenis van het verleden. Individuele herinneringen zijn ingebed in een collectieve herinnering aan het verleden, door 'hoe men denkt dat het vroeger was'¹⁴³.

Ook bij seksueel misbruik is het van belang of het herinnerde omgeven is door verbod en schaamte, of dat het past in vigerende verhalen. Mensen voegen zich naar zo'n vigerend verhaal, zowel de luisteraar als de verteller, en samen vormen ze een verhaal.

3.2.3 *De context van het beroepsmatig gesprek*

Ook het beroepsmatig gesprek kent een, soms vragende, luisteraar – zoals de therapeut, politiefunctaris, mentor of advocaat – en een vertellende partij met zijn herinneringen. Het verhaal dat in deze contacten ontstaat, kan verschillende functies hebben. Soms is het expliciet de inzet om zo dicht mogelijk bij de feitelijke werkelijkheid te blijven. Tegelijkertijd kan emotioneel de beleving van het gebeurde, de behoefte aan erkenning of troost, verontwaardiging of vergeldingsdrang een belangrijke rol spelen. Herinneringen kunnen worden ingepast in vigerende verhalen, die interpretatie en kleuring aan het verhaal geven. Dat kan leiden tot een aangepaste, maar als authentiek beleefde herinnering⁶⁴. De macht van het emotionele kan van invloed zijn op het professioneel handelen van ieder die beroepshalve met schokkende verhalen geconfronteerd wordt. Daarbij kunnen herinneringen worden uitgelokt of vergroot. In een aantal zaken heeft dit tot ernstige beschuldigingen geleid, die later (gedeeltelijk) niet konden worden waargemaakt*.

In de dialoog van het therapeutisch gesprek ontlocken vragen antwoorden en vice versa en vormt zich een verhaal in een richting waar therapeut en patiënt beiden wat mee kunnen^{70,222}. De therapeut is beïnvloed door wat hij heeft geleerd over menselijk gedrag en gevoel en over stoornissen in deze. Theorieën zijn tijdgebonden en worden niet alleen bepaald door de stand van wetenschap, maar ook door maatschappelijke processen. Dit geldt ook voor ideeën over welke zaken nadruk behoeven en over welke fouten of omissies het meest vermeden moeten worden: het niet herkennen van seksueel misbruik dan wel het zien waar het niet geweest is. De heersende opvattingen kunnen van invloed zijn op de rapportage van seksueel misbruik, al dan niet incestueus: van onder- tot overreportage.

* zoals de zaak Lancee en de zaak Oude Pekela.

3.2.4 *Het maatschappelijk krachtenveld*

Naast de persoonlijke context staat het maatschappelijk krachtenveld. Enkele emancipatorische bewegingen hebben een rol gespeeld. In de eerste plaats de vrouwenbeweging in haar strijd om stem te krijgen en gehoord te worden²⁵. Daarnaast een beweging waarin slachtoffers van trauma, onrecht en misdaad streefden naar erkenning en die geleidelijk aan ook kregen (de victimisatie) en er een opwaardering kwam van de persoonlijke levenssfeer als te beschermen rechtsbelang¹³¹. Er was sprake van een beroepsstrijd tussen de verschillende beroepsgroepen op het gebied van psychiatrie, psychologie en psychotherapie²¹⁶. Deze strijd gaf een extra lading aan de vraag of er een bijzonder geheugen voor trauma is, een speciaal mechanisme voor opslag en verwerking van herinneringen aan traumatische ervaringen. Zo ja, dan zou het een speciaal domein zijn voor therapeuten (kan niet nagebootst worden door onderzoekers); zo nee, dan zouden de onderzoekers de grote deskundigen zijn^{150,229}.

Een krachtenveld is ook zichtbaar in ‘de tijdgeest’*, met zijn dynamiek in aandacht en opvattingen over huiselijk geweld en agressie⁴², en in het negeren dan wel accentueren van seksueel misbruik. De richting van het wantrouwen fluctueert: gericht naar kinderen met hun slechte ‘verzinsels’, of naar vrouwen met hun ‘overdreven’ verhalen over wat hen als kind is aangedaan, of naar ‘ontkennende’ ouders en andere volwassenen die kinderen misbruiken, zoals leraren, mentoren, sportleraren en geestelijken, of naar ‘aanpratende’ therapeuten met hun herinneringen opwekkende methoden. De maatschappelijke invloed op het toelaten en erkennen van bepaalde verhalen/herinneringen kan dus in twee richtingen werken: stimulerend of bemoeilijkend²⁷⁶. De media, met hun neiging tot sensatie en overdrijving, kunnen een grote rol spelen in de publieke belangstelling en verontrusting²¹⁰. Dit wordt versterkt als een onderwerp doordringt in de beeldvorming van het grote publiek in de vorm van romans, films of anderszins. Opvattingen over ‘verdrongen’ herinneringen aan seksueel misbruik als onbewuste bron van problemen zijn aantoonbaar in de publieke opinie aanwezig en beïnvloeden de beoordeling van onbegrepen klachten²⁰¹.

3.3 **Verzonnen verhalen en verdraaide waarheden**

Mensen kunnen natuurlijk ook welbewust verhalen verzinnen of ontkennen, zaken aandikken of relativeren en stoornissen simuleren, om een bepaald doel te bereiken¹²¹. Bij beschuldigingen van seksueel misbruik kan het gaan om leugens en valse aangiftes van

* ‘a collection of paradigms, beliefs, and opinions that dominates a culture or discipline at a given period, and moulds the intellectual climate against which new findings, interpretations, ideas and models are judged’⁷⁹.

zogenaamde slachtoffers, maar ook om onterechte ontkenningen of tegenbeschuldigingen van daders. Het doel kan materieel zijn, zoals voldoen aan criteria voor een uitkering of financiële vergoeding of een betere positie in gerechtelijke procedures, maar ook heel persoonlijk, emotioneel en relationeel, zoals het behoud/verkrijgen van maatschappelijk aanzien, persoonlijke aandacht, verlichting van verantwoordelijkheid of, ook dat is menselijk, de wil om een ander te beschadigen.

Het verzinnen kan ook het vergeten betreffen. Er is nogal wat onderzoek naar daders van ernstige misdrijven als moord en doodslag, die ‘amnesie’ claimen en strafvermindering op grond van bewustzijnsstoornissen ten tijde van het misdrijf⁴⁹. Wetenschappelijk gezien is de vraag in hoeverre dit voorkomt verwant aan de vraag in hoeverre het vergeten van trauma voorkomt. Dissociatie, een veranderde bewustzijnstoestand (zie hoofdstuk 4), zou een rol spelen als mogelijke verklaring ervan. Anders dan bij het ondergaan van trauma zou hier echter de veranderde bewustzijnstoestand al voorafgaan aan het misdrijf. Op basis van tests die het onderscheid tussen ‘echt vergeten’ en ‘gelogen vergeten’ proberen aan te tonen, blijken lang niet alle claims aannemelijk te zijn^{160,164}.

3.4 Interactie tussen interne en externe gebeurtenissen

Elke herinnering is een reconstructie, die past bij de werkelijkheid van het individu op dat moment. Die reconstructie maakt gebruik van associaties tussen elementen die op verschillende plaatsen in de hersenen liggen opgeslagen. Dit is in het bijzonder van belang bij emotionele herinneringen die gepaard gaan met verhoogde fysiologische opwindings. Zo kan angst geconditioneerd worden aan kenmerken van de context waarin de angstervaring werd opgedaan, terwijl de context niet de oorzaak is van de angst. Het gevolg hiervan is dat angst geactiveerd kan worden op basis van *cues* waarvan de betrokkene zich niet bewust is of die niets te maken hebben met de oorspronkelijke situatie. Uit klinische ervaring is dan ook bekend dat klachten die verbonden zijn met een angstige stemming, niet altijd door de betrokkene zelf ‘begrepen’ worden*. De reconstructie van een herinnering heeft betrekking op alle informatie die op dat moment geactiveerd is in het brein, zowel van impliciete geheugenprocessen (zoals angstconditionering) als van expliciete geheugenprocessen (de bewuste herinnering). Hierdoor kan meer recente informatie in een herinnering worden geïncorporeerd en tegelijkertijd de indruk wekken er altijd al deel van te hebben uitgemaakt. De invloed van de omgeving op een herinnering kan dus mede de inhoud ervan bepalen. Ook het in gedachten voorstellen of fantaseren kan invloed hebben op het verhaal van de herinnering. Immers, bij de totstandkoming van een herinnering wordt alle beschikbare informatie gebruikt die

* Met ‘begrepen’ wordt hier bedoeld dat de betrokkene zich bewust is wat de aanleiding is voor de angstige stemming.

past in het geheel. Zo kunnen fantasieën of dingen die later bijvoorbeeld op de TV zijn gezien deel gaan uitmaken van een herinnering.

Het ‘verhaal’ met zijn maatschappelijke context en de herinnering als uitkomst van het geheugenproces, zijn dus weliswaar te onderscheiden, maar staan niet los van elkaar. Een herinnering wordt mede bepaald door de betekenis die aan een gebeurtenis wordt toegekend, zowel op het moment van de gebeurtenis zelf als ten tijde van het ophalen van een herinnering eraan¹⁹⁷. Zo kan op een later moment een hertaxatie plaatsvinden, onder invloed van de persoonlijke levensgeschiedenis of van maatschappelijke opvattingen. De persoonlijke of sociale hertaxatie kan de emotionele waarde van een herinnering sterk beïnvloeden; soms zo sterk, dat de herwaardeerde herinnering beleefd wordt als nieuw. In onderzoek is aangetoond dat veel kinderen lange tijd achteloos praten over hun herinnering aan seksueel misbruik, terwijl later het volle besef van de ernst van de ervaring doordringt²¹⁸. Een hierop lijkend verschijnsel is de (her)attributie: het toeschrijven van klachten of symptomen aan een bepaalde ervaring. Zo kan de maatschappelijke aandacht voor bepaalde gebeurtenissen een verklaring aanreiken voor onbegrepen gevoelens of de acceptatie van verklaringen vergemakkelijken. Vrijwel iedereen is daar gevoelig voor, maar sommigen zijn meer suggestibel of geneigd om fantasie en werkelijkheid te verwarren.

Het is goed te bedenken dat genoemde processen zich bij iedereen voordoen. Zeker na verloop van tijd kunnen mensen dus zeer verschillende herinneringen hebben aan een zelfde gebeurtenis. Men spreekt wel van de persoonlijke ‘narratieve waarheid’.

3.5 Enkele conclusies

Vergeten, het ontoegankelijk raken of niet kunnen ophalen van een herinnering, komt voor in soorten en gradaties. Soms ligt het aan de *cues*, soms aan een tekort aan herhaald oproepen en opnieuw vastleggen, soms aan het vermijden en onderdrukken van het ophalen. Het is aangetoond dat willen vergeten invloed kan hebben op de mogelijkheid om zich iets te herinneren. Aan de andere kant zijn er herinneringen die men niet kan vergeten, hoezeer men ook zou willen. Ook als men een herinnering heeft, kan het om allerlei redenen of door allerlei oorzaken onmogelijk zijn om hem te verwoorden en als autobiografisch element in het levensverhaal op te nemen. Het is dan ook moeilijk te interpreteren als iemand zegt dat hij zich iets niet herinnert of vergeten is.

Hulpvrager en hulpverlener maken beide deel uit van de sociaal-culturele tijdgeest van het moment. Deze is van invloed op alles wat in de interactie tussen hen besproken wordt. Het besef van de heersende richting van geloof en wantrouwen en van de vigerende manieren van duiden en denken, maakt alerter op de kans op *bias* bij het interpreteren van verschijnselen en op het maken van fouten daarbij. Het kan uiteraard geen uitsluitsel geven over het waarheidsgehalte van individuele herinneringen.

Verhalen over en ontkenningen van seksueel misbruik en andere traumatische gebeurtenissen hebben een functie. Als zodanig kunnen zij ook gericht zijn op of beïnvloed worden door concreet eigenbelang. Bewust gelogen of verdraaide verklaringen vallen buiten het kader van dit advies, maar mengvormen zijn goed mogelijk en een volgehouden verhaal waaraan geloof gehecht wordt, zou de herinnering kunnen beïnvloeden.

Geheugen en trauma: vergeten, hervinden en inbeelden

Vanwege hun emotionele impact en de stress die ze oproepen worden traumatische ervaringen eerder blijvend herinnerd dan dat ze worden vergeten. Bij herinneringen aan traumatische ervaringen worden allerlei bijzondere geheugenverschijnselen beschreven, zoals zich intrusief opdringende herinneringen, flashbacks en herbelevingen. De meeste ervan kunnen gezien worden als uitingen of gevolgen van het moeilijk kunnen vergeten ervan; over die verschijnselen gaat dit advies niet. Opmerkelijk is echter dat sommige personen aangeven zich een bepaalde traumatische ervaring niet te herinneren, of een tijd lang niet herinnerd te hebben. Of zeggen zich plotseling iets te herinneren wat ze eerder niet wisten of waarvan ze zich niet bewust waren.

4.1 Hervonden herinneringen en fictieve herinneringen aan trauma in de jeugd

We spreken van een hervonden herinnering als iemand aangeeft dat hij in het verleden een ingrijpende gebeurtenis heeft meegemaakt met een belangrijke persoonlijke betekenis, dat hij zich dit enkele jaren in het geheel niet heeft kunnen herinneren, maar dat de herinnering daarna geheel of gedeeltelijk toegankelijk is geworden en (nu) door hem als authentiek en betrouwbaar wordt ervaren. De beoordeling als ‘hervonden’ vindt plaats op grond van een subjectieve beleving van degene die de herinnering heeft. Wetenschappelijk gezien is het probleem de *(on)toegankelijkheid* van een belangrijke emotionele herinnering.

Een fictieve herinnering is een autobiografische herinnering aan een gebeurtenis die men niet heeft meegemaakt. De term wordt meestal gebruikt voor een herinnering aan

een traumatisch gebeuren, dat objectief niet heeft plaatsgevonden. Een fictieve herinnering wordt door de persoon zelf als authentiek beleefd. De beoordeling als ‘fictief’ vindt plaats op grond van uitspraken van derden, die de herinnering niet hebben en eventueel kunnen aantonen of aannemelijk maken dat de herinnerde gebeurtenis niet heeft plaatsgevonden. Wetenschappelijk gezien is hier het probleem de verregaande inaccuraatheid van de herinnering en daarbij passende heftige emoties door het toeschrijven van ingrijpende informatie uit andere bron aan het autobiografisch geheugen. Men spreekt van fouten in de *reality-monitoring*; sommigen prefereren daarom de term ‘pseudoherinneringen’. Overigens kunnen deze fouten beide kanten uitgaan: fictieve ervaringen kunnen voor reëel gehouden worden, maar ook omgekeerd: reële gebeurtenissen worden niet als herinnering aanvaard.

Hervonden en fictieve herinneringen aan traumatische ervaringen worden in dit advies beschouwd vanuit het wetenschappelijk gezichtspunt. De maatschappelijke discussie over het herinneren van vergeten of fictieve gebeurtenissen is vooral opgeroepen door herinneringen aan (vermeend) seksueel misbruik. Vanuit geheugentheoretisch oogpunt lijkt het vrijwel uitgesloten dat er bij seksueel misbruik fundamenteel andere geheugenprocessen optreden dan bij andere traumatische ervaringen, zoals mishandeling in het algemeen of ook oorlogshandelingen, verkeersongelukken of bedreigende behandelingen bij ernstige ziekte. Daarbij komen dan ook vergelijkbare geheugenverschijnselen voor⁸⁷. Ook fictieve herinneringen aan anderssoortige traumatische gebeurtenissen komen voor, maar zij hebben minder publieke aandacht getrokken*.

Gegevens over de verwerking van traumatische ervaringen bij de mens, kunnen meestal niet rechtstreeks worden onderbouwd door experimenteel empirisch onderzoek. Het inzicht op dit gebied moet zich ontwikkelen door een combinatie van onderzoeksmethoden, met elk zijn eigen mogelijkheden en beperkingen. Het startpunt ligt veelal in de kliniek: zorgvuldige gevalbeschrijvingen, systematische observatie en onderzoek bij groepen patiënten kunnen licht werpen op speciale geheugenfenomenen met betrekking tot traumatische ervaringen en naar factoren die deze fenomenen beïnvloeden^{26,31,38,39,119,120,219 156}.

4.2 Vergeten en hervinden van trauma: verschillende mechanismen

De verklaring voor het vergeten en hervinden van herinneringen aan trauma wordt in twee richtingen gezocht: een combinatie van gewone mechanismen in bijzondere omstandigheden of het optreden van speciale mechanismen bij traumatische ervaringen.

* zie bijvoorbeeld McNally¹⁵⁶ over de ‘Phony Combat Vet’.

4.2.1 Gewone mechanismen in bijzondere omstandigheden

Neurobiologisch onderzoek bij dieren heeft duidelijke aanwijzingen opgeleverd dat onder grote stress zowel de codering als het vastleggen en ophalen van informatie verstoord kan raken, waardoor de gebeurtenis niet correct herinnerd zal kunnen worden²⁹. Negatieve ervaringen bij jonge dieren kunnen via hormonale feedbackprocessen en neurotransmitters blijvende veranderingen aanbrengen in de reactie op stress en op de invloed daarvan op het cognitief functioneren^{15,69,78,138,177,213,281,283}.

Experimenteel psychologisch onderzoek leert dat ook bij de mens emotionele en stressvolle ervaringen de codering, het vastleggen en het ophalen van informatie kunnen verbeteren, vervormen of verslechteren^{156,191,202}, via een samenspel van ‘gewone’ geheugenprocessen (waarvan de belangrijkste in het vorige hoofdstuk genoemd zijn). Deze processen kunnen de bijzondere fenomenen van vergeten en hervinden van herinneringen aan trauma gedeeltelijk verklaren.

Opgeslagen herinneringen aan trauma die ontoegankelijk zijn geworden, kunnen onder passende, aan het oorspronkelijke trauma gerelateerde omstandigheden weer worden opgehaald. Een dergelijke herinnering kan de betekenis hebben van een teruggevonden autobiografisch feit. Soms echter wordt hij beleefd als zeer betekenisvol, authentiek en onverwacht emotioneel, en als een herinnering die niet ‘gewoon’ vergeten was. Dat zijn de herinneringen waar het bij ‘hervonden’ herinneringen aan trauma om gaat. Er is geen algemeen geaccepteerde theorie die dit verschijnsel verklaart. Eén van de problemen is dat de ervaring van een bepaalde kwaliteit van een herinnering (als betrouwbaar, als al eerder of juist nog nooit gehad, als betekenisvol en authentiek of als neutraal feit) wellicht meer zegt over de huidige betekenis van een herinnering dan dat hij feitelijke informatie geeft. Een nieuwe betekenis geven aan een ervaring, al dan niet gelieerd aan maatschappelijke processen, is een algemeen aanvaard mechanisme. Een ervaring die in een geheel nieuw licht wordt gezien, kan in die nieuwe context zo authentiek beleefd worden en aanvoelen als vertrouwd, dat hij in de periode daarvóór wel vergeten moet zijn geweest; de herinnering wordt daarmee beleefd als hervonden.

4.2.2 Speciale mechanismen?

De genoemde mechanismen kunnen niet alle beschreven vormen van vergeten en hervinden van trauma verklaren. Er is wel gepostuleerd dat bij traumatische ervaringen fundamenteel andere geheugenprocessen een rol zouden spelen dan bij andere herinneringen. Experimenteel psychologisch onderzoek bij de mens heeft vooralsnog geen aanwijzingen opgeleverd dat daarvan sprake kan zijn^{132,156,161,191}. Wel is aangetoond dat bij hevige angst het samenspel tussen verschillende bij het geheugen betrok-

ken hersenkernen verandert, waardoor mogelijk de expliciete herinnering verstoord kan raken, terwijl de impliciete (of geconditioneerde) reactie onveranderd blijft¹³⁶. In een klinische uitwerking hiervan wordt uitgegaan van een tweevoudige opslag (*dual representation*) van herinneringen, een expliciet, verbaal toegankelijke en een impliciet, situationeel toegankelijke vorm³⁷. Dit zou het mogelijk maken dat bij trauma de meer sensorische herinneringen los kunnen voorkomen van de expliciete herinneringen, dus zonder ‘verhaal’. Al eerder is de rol van het impliciet geheugen gepostuleerd als mechanisme waardoor herinneringen aan ‘trauma’ kunnen voortbestaan zonder expliciete inhoud, samengevat in de aansprekende aanduiding ‘*The body keeps the score*’²⁴⁷. Ook suggereren de resultaten van klinische onderzoeken bij verschillende patiëntengroepen dat traumatische herinneringen in eerste instantie vaak opkomen als sensorimotorische fragmenten: als intense emoties, visuele beelden, reuk- en gehoorsensaties, waarbij pas in de loop van de tijd een narratieve autobiografische herinnering wordt gecreëerd^{175,206,248-250}. Het is echter de vraag hoe en op welk niveau deze fragmentatie verklaard kan worden.

Er bestaat op dit moment voor geen van de bovengenoemde theorieën voldoende empirische onderbouwing.

4.2.3 *Dissociatieve amnesie*

Een concept dat aparte bespreking verdient is dat van de dissociatieve amnesie. Het is een term die enerzijds bepaalde klinische geheugenverschijnselen beschrijft en anderzijds ook refereert aan een verklaringsmechanisme daarvoor. In de DSM-IV, het meest gebruikte classificatiesysteem op het gebied van psychiatrische stoornissen, wordt dissociatieve amnesie omschreven als het onvermogen om een belangrijk aspect van (meestal) een traumatische ervaring te herinneren. Het wordt als criterium op verschillende plaatsen genoemd: bij de acute stress-stoornis, de post-traumatische stress-stoornis en bij verschillende dissociatieve stoornissen*. Daarbij gaat het om amnestische verschijnselen die ‘te uitgebreid zijn om verklaard te kunnen worden door gewone vergeetachtigheid, in klinisch belangrijke mate lijden of beperkingen veroorzaken en niet veroorzaakt worden door een somatische aandoening of het gebruik van een middel’ (DSM-IV). Het gaat steeds om functionele geheugenstoornissen en bij al deze stoornissen wordt de relatie gelegd met traumatische ervaringen.

Dissociatieve symptomen verwijzen in de DSM-IV naar bewustzijnsstoornissen, in die zin dat een ontkoppeling (dissociatie) optreedt van de gewoonlijk geïntegreerde functies van het bewustzijn, zoals het geheugen, de identiteit en de waarneming van de omgeving. Dissociatie gaat gepaard met een veranderd besef van de omgeving en zich-

* Dissociatieve amnesie per se, dissociatieve fugue en dissociatieve identiteitsstoornis

zelf, leidend tot veranderde en ontbrekende herinneringen in verschillende bewustzijnstoestanden²³². Er zijn ook alledaagse dissociatieve bewustzijnsverschijnselen, zoals dagdromen, volledig in iets opgaan (absorptie of ‘de buitenwereld vergeten’) en de ervaring van vervreemding in persoon of plaats. Het is niet duidelijk of er tussen deze normale en de pathologische verschijnselen een continuüm bestaat of dat het om verschillende verschijnselen gaat^{22,93,196}. Dat heeft consequenties voor de mate waarin onderzoek naar ‘normale’ dissociatieve verschijnselen van toepassing kan zijn op patiënten met pathologische dissociatieve symptomen.

Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om het symptoom dissociatie vast te stellen. Verschillende schriftelijke vragenlijsten screenen de ernst van de dissociatieve klachten, zoals de Dissociative Experiences Scale (DES)¹⁶ en de Dissociative Questionnaire (DIS-Q)^{256,257}. Met name de DES is internationaal in veel onderzoek gebruikt en wordt valide en betrouwbaar geacht²⁵³, maar heeft diagnostisch gezien een beperkte waarde⁷⁶. Dit komt doordat deze instrumenten zich niet beperken tot pathologische dissociatie, maar ook absorptieverschijnselen en dagdromen meten⁹⁴ en doordat ze niet differentiëren tussen verschillende vormen van geheugenproblemen zoals die door de diverse patiëntengroepen worden gerapporteerd. De DES-T, op basis van een selectie van items binnen de DES die het meest zouden differentiëren tussen mensen met of zonder een dissociatieve identiteitsstoornis, wordt verondersteld de pathologische dissociatie beter te meten²⁶¹, alhoewel dat op grond van psychometrisch onderzoek onder studenten weer wordt betwijfeld²⁶².

Naast deze screeningsinstrumenten zijn verschillende gestructureerde diagnostische interviews ontwikkeld om behulpzaam te zijn bij het klinisch vaststellen of uitsluiten van dissociatieve stoornissen – en dus pathologische dissociatie. De Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)^{237,238}, bestemd voor de getrainde clinicus, bevraagt vijf symptoomgebieden* en zou een goede tot excellente betrouwbaarheid en validiteit hebben^{21,22,98,238}. De SCID-D is ook gehanteerd om zelfgerapporteerde geheugenproblemen bij Vietnamveteranen te onderzoeken³⁰. Als het om geheugenonderzoek gaat, is de SCID-D te verkiezen boven het gebruik van een schriftelijke zelfreportage, zoals bij de DES.

Het dissociatie-begrip zoals dat bedoeld wordt bij bovengenoemde psychiatrische stoornissen, is terug te voeren op klinische observaties van geheugenstoornissen bij slachtoffers van trauma^{43,119,242}. Dissociatieve verschijnselen worden ook gezien bij andere psychiatrische stoornissen, onafhankelijk van traumatische ervaringen in de jeugd. In diverse retrospectieve studies is een sterke correlatie gevonden tussen traumatische ervaringen in de jeugd en dissociatieve verschijnselen later^{22,30}. Op grond van een aantal belangrijke methodologische bezwaren wordt echter aan de sterkte van het ver-

* dissociatieve amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteits-verwarring, en identiteits-fragmentering

band ook getwijfeld¹⁶². Ook zouden dissociatieve verschijnselen als directe reactie ten tijde van het trauma mogelijk voorspellend zijn voor het ontwikkelen van post-traumatische stress-stoornis^{17,151,179}.

De aard van het verband tussen dissociatie, dissociatieve stoornissen en vergeten van trauma is onbegrepen. Veelal wordt verondersteld dat extreme angst of andere heftige emoties een bewustzijn-desintegrerende werking hebben²³².

De Dissociatieve Identiteitsstoornis* (DIS), de bekendste van de categorie, is in 1994 als zodanig opgenomen in het psychiatrisch classificatiesysteem; onder een andere naam en met enigszins andere criteria is dat sinds 1980 het geval. In onderzoek is de interne validiteit** van de diagnose aangetoond¹⁰¹. Toch is er nog veel discussie rond dit ziektebeeld. Sommigen betwijfelen of het zich voldoende onderscheidt van andere DSM-diagnoses. Ook worden vraagtekens gezet bij de rol van de behandelaar/diagnosticus bij het ontwikkelen van de symptomatologie¹⁴⁴; de symptomen zouden soms als iatrogeen*** verklaard kunnen worden.

Patiënten met DIS vormen een interessante bron voor de bestudering van dissociatieve amnesie. Recent onderzoek wijst erop dat de beleefde amnesie niet zonder meer overeenkomt met de uitkomsten uit objectief geheugenonderzoek: meldingen van personen dat ze zich in gedissocieerde toestand bepaalde zaken niet konden herinneren, werden niet gesteund door uitkomsten uit geheugentests in de beide bewustzijnstoestanden^{86,116}.

4.2.4 De betekenis van zelf-gerapporteerd niet-herinneren van trauma

Enkele auteurs hebben nader onderzocht wat personen die een periode van niet-herinneren van trauma melden, zélf daarmee bedoelen en op welk geheugenmechanisme dit zou kunnen wijzen^{87,159}. In het onderzoek van Epstein meldde van 1400 vrouwelijke studenten 26 procent seksueel misbruik in de jeugd; 14 procent van hen gaf aan dat er een periode was geweest dat ze zich dit niet of niet geheel konden herinneren. Aan hen legde Epstein vier vragen voor die ieder één specifiek mechanisme veronderstelde: gewoon vergeten, opnieuw betekenis geven, cognitieve vermijding of verdringing uit het bewustzijn (repressie). In deze groep koos 4 procent voor gewoon vergeten, 53 procent voor opnieuw betekenis geven, 26 procent voor cognitieve vermijding en 17 procent voor de laatste optie, de enige die principieel uitsluit dat zij de als vergeten gemelde herinneringen toch zouden hebben kunnen ophalen. Er waren vrijwel geen vrouwen die

* vroeger bekend als Multipele Persoonlijkheidsstoornis

** Dat betekent dat hanteren van de diagnostische criteria betrouwbaar tot de diagnose leidt.

*** veroorzaakt door het handelen van de arts/behandelaar

aangaven zich een periode totaal niet bewust te zijn geweest van enige herinnering aan het misbruik, wanneer dit tenminste na het derde levensjaar had plaatsgevonden.

Het onderzoek betrof overigens niet alleen seksueel misbruik, maar ook fysieke mishandeling en andere traumatische ervaringen van vergelijkbare impact. De percentages ‘vergeten’ waren ongeveer dezelfde. De gekozen varianten met betrekking tot het mechanisme verschilden wel tussen de categorieën: bij lichamelijke mishandeling speelden ‘gewoon vergeten’ en cognitieve vermijding een grotere rol, het opnieuw betekenis geven een kleinere en verdringing uit het bewustzijn dezelfde. Opvallend genoeg werd bij andere typen trauma de verdringingsvariant veel vaker gekozen: 29 procent, terwijl het opnieuw betekenis geven hier minder vaak voorkwam.

Ook het gevoel van iets vergeten te zijn, is subjectief en staat niet in een één-op-één relatie met in onderzoek aantoonbaar niet-herinneren¹¹⁶. Soms is er zelfs sprake van een paradoxaal effect: naarmate meer naar herinneringen wordt gezocht, komen er meer boven, maar wordt het gevoel van ontbrekende herinneringen ook groter¹⁶⁵.

4.3 Inbeelden van trauma

Vrijwel iedereen heeft wel eens volledig fictieve herinneringen of laat zich wel eens herinneringen aanpraten. Het inbeelden van vroegere, niet gebeurde, ervaringen wordt veelal verklaard door processen in de *source-* of *realitymonitoring*, door het opnieuw betekenis geven en door overtuiging op basis van externe bronnen: suggesties, verhalen, verklaringen.

Dieronderzoek heeft aanwijzingen opgeleverd voor veranderingen in de opslag tijdens het opnieuw opslaan, na herhaald ophalen, van een herinnering. Nieuwe associaties tussen gebeurtenis, emotie en context zouden nieuwe of veranderde herinneringen kunnen opleveren^{15,69,138,168,177,213,281,283}. Dit suggereert een mogelijke fysiologische basis voor fictieve herinneringen, maar conclusies uit dieronderzoek die betrekking hebben op de leercontext, mogen niet zomaar worden geïnterpreteerd als conclusies over autobiografische herinneringen van de mens.

Experimenteel onderzoek naar het implanteren van traumatische ervaringen bij de mens is uiteraard maar beperkt mogelijk, maar geeft duidelijke aanwijzingen dat dit mogelijk is^{146,156} en dat fictieve herinneringen dezelfde emotionele en fysiologische reactie kunnen oproepen als ‘echte’ herinneringen^{50,103,193}.

Buiten het laboratorium is het in veel gevallen moeilijk om positief aan te tonen dat iets níet gebeurd is en dat belangrijke elementen van een herinnering fictief zijn. Er is echter voldoende literatuur die het voorkomen van fictieve herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen ondersteunt. Recent zijn een aantal overzichten verschenen, die verschillende invalshoeken bevatten. Eén ervan geeft aandacht aan herinneringen aan gebeurtenissen die naar hun aard en door gebrek aan enige aanwijzing voor het reali-

teitsgehalte ervan, als zeer onwaarschijnlijk beschouwd kunnen worden, zoals herinneringen aan ontvoeringen door buitenaardse wezens. Een andere invalshoek wordt gevormd door klinische observaties: dat het moeilijk is om in verhalen van patiënten fantasie en werkelijkheid te onderscheiden, over patiënten die bepaalde ziekten, symptomen of verhalen simuleren en over het voorkomen van fabricatie van verhalen bij uiteenlopende groepen psychiatrische patiënten^{47,156} (zie verder hoofdstuk 5).

Beeldvormend onderzoek maakt de structurele en functionele betrokkenheid van delen van de hersenen bij allerlei geheugenprocessen zichtbaar en is potentieel een zeer belangrijke schakel tussen psychologisch en biologisch onderzoek^{32,62,115,186,200,239,270}. Er zijn enkele data die wijzen op betrokkenheid van deels dezelfde en deels andere hersengebieden bij 'echte' dan wel fictieve herinneringen^{44,215}. De kennis die dit onderzoek oplevert, is op dit moment nog niet klinisch bruikbaar.

Een herinnering aan een ingebeeelde ervaring kan soms het karakter hebben van 'weten' hoe het was, maar soms ook van 'voelen' hoe het was. Dat laatste geeft de herinnering een grotere overtuigingskracht. Een dergelijk proces is ook aangetoond met betrekking tot traumatische ervaringen. Een aantal situaties lijkt de kans erop te vergroten. Er zijn mensen die meer dan gemiddeld geneigd zijn in fantasie op te gaan en bij wie de scheiding tussen fantasie en werkelijkheid als bron van gedachten en herinneringen minder strikt is^{149,203}. Ook zijn sommige mensen meer dan gemiddeld gevoelig voor (externe) suggestie^{107,163,252}. De gevoeligheid voor suggestie wordt versterkt in afhankelijkheidsrelaties en als de bron beleefd wordt als betrouwbaar, gezaghebbend en als bovengeschild. Ook onder invloed van hypnose zijn mensen verhoogd suggestibel^{124,231}. Genoemde kenmerken zijn te onderscheiden, maar komen meer dan toevallig in combinatie voor²³¹.

Personen die zich gemakkelijker herinneringen inbeelden, zijn extra gevoelig voor gerichte suggesties. Dit kan ook aanleiding zijn voor het veel beschreven verschijnsel van het uitdijen van herinneringen, bijvoorbeeld bij suggestieve ondervraging. In veel onderzoek wordt een verband gelegd tussen fictieve herinneringen, vooral die aan seksueel misbruik, en suggestieve beïnvloeding in therapie. Zonder nauwkeurige informatie over de aard van de eventuele psychiatrische stoornis, de reden van therapie en de inhoud van de therapie zijn conclusies over de aard van het verband niet goed mogelijk. Men mag er wel van uitgaan dat ook een suggestieve gesprekstechniek in therapie ingebeeelde herinneringen kan oproepen bij de vaak uiterst sensible en onzekere patiënten.

Retrospectief feitenonderzoek naar de objectieve onderbouwing van de inhoud van 'omstreden' herinneringen kan een aanwijzing geven voor de accuraatheid van een herinnering of de mate van continuïteit, maar zegt niets over het achterliggend mechanisme. Als de feiten niet bekend zijn, zou om te bepalen of een als nieuw ervaren herinnering hervonden is of fictief, een objectief onderscheidend kenmerk tussen die twee nodig zijn. Dat is er niet.

4.4 Hoe vaak komt het voor?

Epidemiologisch onderzoek naar herinneringen aan traumatische jeugdervaringen bestaat tot nu toe veelal uit retrospectief onderzoek naar zelfrapportage van traumatische ervaringen, klachten en herinneringen, soms met achteraf controle van externe evidentie. Er zijn ook enkele retrospectief-prospectieve onderzoeken onder volwassenen die als kind een gedocumenteerde traumatische ervaring hadden^{87,104,273}.

Retrospectief gecontroleerd onderzoek naar de geheugenfunctie met betrekking tot traumatische gebeurtenissen is mogelijk door groepen mensen die zeker een trauma hebben ondergaan te vergelijken met mensen die dat niet hebben. Prospectief gecontroleerd epidemiologisch onderzoek is kostbaar, omdat het vraagt om een longitudinale opzet in grote groepen. Dit type onderzoek is noodzakelijk om uitsluitel te kunnen krijgen over een aantal belangrijke vragen, zoals de relatie tussen de gebeurtenis en wat daarvan wordt opgeslagen, het beloop van de herinneringen aan de gebeurtenis, de emotionele reacties tijdens codering en bij herhaald oproepen, de ontwikkeling van psychopathologie in relatie tot wel en niet herinneren en de wijze waarop de gebeurtenis wordt herinnerd^{31,259,274}.

4.4.1 *Niet-melden van 'trauma', in het bijzonder seksueel misbruik*

Vermoed wordt dat ten tijde van het seksueel misbruik van kinderen hooguit eenderde gemeld wordt aan hulpverleners en niet meer dan 6 procent aan de politie⁵³. Ook als er wel over gepraat wordt, hebben kinderen om allerlei redenen de neiging niet de volle ernst van het misbruik aan te geven²²⁴. Ook bij gerichte navraag in de volwassenheid wordt seksueel misbruik in het verleden lang niet altijd gemeld. Van bijzonder belang zijn onderzoeken onder volwassen vrouwen met een gedocumenteerde geschiedenis (de index-gebeurtenis) van seksueel misbruik in de jeugd, blijkend uit bijvoorbeeld politierapporten of medische dossiers. Hieruit blijkt zonder meer dat het niet melden frequent voorkomt. In het onderzoek van Widom maakte, in meer dan 1100 interviews, 32 procent van de vrouwen en 58 procent van de mannen geen melding van (het gedocumenteerd) seksueel misbruik; bij lichamelijke mishandeling was dat, in een kleinere groep, 40 procent^{271,272}. Van 19 vrouwen met gedocumenteerd misbruik in een onderzoek van Bagley meldden op jong-volwassen leeftijd drie de index-gebeurtenis niet; twee van hen ontkenden ooit seksueel misbruikt te zijn¹⁰. Het bekendste onderzoek op dit gebied is dat van Williams onder 129 vrouwen. Van hen meldden 49 (38 procent) de index-gebeurtenis niet; 16 vrouwen ontkenden elk seksueel misbruik²⁷³. Van 175 jongvolwassenen in het onderzoek van Goodman maakte 19 procent geen melding van de index-gebeurtenis; 10 procent ontkende elk seksueel misbruik¹⁰⁴.

Wanneer mensen meer dan eenmaal gevraagd wordt naar ervaringen van seksueel misbruik en andere vormen van mishandeling in de jeugd, blijkt hun rapportage daarover niet stabiel. Er zijn aanwijzingen dat bij eenmalig navragen vooral de kans op onderrapportage groot is (bijna 50 procent), de kans op overrapportage daarentegen klein⁸⁹. In een ander onderzoek werden ondervraagden geconfronteerd met de discrepantie tussen het ontkennen van misbruik in een eerder interview en het wel melden later; geen van hen gaf aan het misbruik vergeten (geweest) te zijn, iedereen vertelde dat hij de informatie bewust had achtergehouden⁷¹.

Het lijkt dus aannemelijk dat het niet-rapporteren of ontkennen van misbruik een vrij gebruikelijk verschijnsel is en dat dit voor een deel samenhangt met problemen in of met de rapportage en niet noodzakelijkerwijs met vergeten of speciale geheugenmechanismen.

4.4.2 *Zelf-gerapporteerd vergeten en hervinden van herinneringen aan trauma*

De discussie over het voorkomen van hervonden herinneringen (en over de vraag naar hun waarheidsgehalte) heeft zich toegespitst op seksueel misbruik in de kindertijd. Gegevens uit onderzoek betreffen zowel retrospectief als prospectief onderzoek, onderzoek op random en non-random steekproeven, en bestudering van diverse klinische en niet-klinische populaties^{41,43,85,147,271,273}. In deze verschillende onderzoeken loopt het percentage mensen die een episode van vergeten rapporteren, sterk uiteen: 4,5 procent tot 68 procent van de gevallen meldt een periode van totaal vergeten, 12 procent tot 45 procent een periode van gedeeltelijk vergeten. Meer of minder omvattend vergeten kan ook betrekking hebben op andere schokkende gebeurtenissen, zoals lichamelijke mishandeling, verkrachting, oorlogservaringen en ongevallen of getuige zijn van huiselijk geweld, moord of suïcide. De prevalentie van gerapporteerd vergeten daarbij varieerde in verschillende onderzoeken van 8 procent tot 40 procent⁸⁵.

Een groeiend aantal studies toont aan dat hervonden herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd slechts in een minderheid van de gevallen opkomen tijdens psychotherapie^{4,9,45,85,112,269}. Zo stelde Elliott⁸⁵ bij een gestratificeerde random steekproef uit de Amerikaanse bevolking vast dat eerder niet-oproepbare (deel)herinneringen aan trauma vooral in het bewustzijn waren teruggekomen na confrontatie met bepaalde radio- en televisieprogramma's (54 procent) en bij gebeurtenissen die deden denken aan de oorspronkelijke traumatische ervaringen (37 procent); psychotherapie werd het minst vaak genoemd (14 procent).

De interpretatie van onderzoek naar zelf-gerapporteerd vergeten en hervinden is echter bijzonder lastig^{87,104,156}. Het is niet altijd duidelijk wat met vergeten wordt bedoeld en in hoeverre herinneringen ook werkelijk ontoegankelijk waren. Het rapporteren van eerder vergeten kan natuurlijk zelf ook onderhevig zijn aan geheugenproblemen

en men kan niet zonder meer aannemen dat deze rapportages van eerder vergeten noodzakelijkerwijs accuraat zijn. Ook betreft het onderzoek veelal zowel gedeeltelijk als totaal vergeten. De grenzen van gedeeltelijk vergeten zijn echter niet duidelijk en daarmee soms ook niet de importantie van het vergeten deel.

4.4.3 *Het vóórkomen van traumatische gebeurtenissen in de jeugd*

Ondanks alle problemen van methodologie en interpretatie is het duidelijk dat ingrijpende, potentieel traumatiserende gebeurtenissen verre van zeldzaam zijn, ook niet bij kinderen en adolescenten. Bij een onderzoek in de algemene bevolking in de VS meldde driekwart van de volwassenen minstens één dergelijke ervaring, éénderde minstens drie¹²⁶. Ook andere Amerikaanse onderzoeken wijzen op een hoge prevalentie^{35,85,125}. In een Duits onderzoek onder adolescenten had 26 procent van de jongens en bijna 18 procent van de meisjes een traumatische ervaring¹⁸¹, in Zuid-Afrika ligt dat percentage boven de 70 procent¹²³. In situaties van gewapend conflict is de incidentie uiteraard, ook onder kinderen, schrikbarend hoog¹²⁵.

Ook seksueel misbruik komt veel meer voor dan heel lang, zonder beschikbaar onderzoek, werd verondersteld*. In 1990 gaf in een Nederlands epidemiologisch onderzoek in de algemene bevolking circa eenderde van de vrouwen aan vóór haar zestiende jaar ervaringen te hebben gehad met – lichte tot zeer ernstige – vormen van seksueel misbruik. Bij de helft van hen (15,6 procent van de vrouwen) ging het (ook) om misbruik door verwanten**; ongeveer de helft hiervan betrof ernstige of zeer ernstige vormen van misbruik⁷². Internationaal lopen in retrospectief onderzoek in de algemene bevolking de prevalentiecijfers voor vrouwen uiteen van 12 tot 38 procent^{11,90,91,123,167,212}. Over seksueel misbruik bij jongens is minder bekend; er zijn geen Nederlandse cijfers uit populatie-onderzoek beschikbaar. De getallen in de genoemde buitenlandse populatie-onderzoeken liggen met 6-16 procent lager dan die voor meisjes. Het percentage jongens binnen het totaal aantal seksueel misbruikte kinderen loopt uiteen van 10 tot 39 procent⁵³. Wordt fysieke mishandeling meegerekend, dan liggen de percentages jongens en meisjes ongeveer op hetzelfde niveau⁹¹.

In het Nederlands Scholierenonderzoek uit 1992 werd door 2 procent van 15.000 leerlingen in het voortgezet onderwijs melding gemaakt van seksueel misbruik door ouder(s) of familie¹⁴.

Schattingen over de incidentie van seksueel misbruik, het aantal gevallen per jaar, lopen uiteen van 0,57 tot 2,2 per 1000 jeugdigen^{53,91}. Bij de Advies- en Meldpunten Kin-

* Zo werd in het Handbook of Psychiatry uit 1975 opgegeven dat incest plaatsvindt in 1 op de miljoen gezinnen⁹⁶.

** Met als grootste categorieën broers en ooms (beide in 25 procent), de biologische vader (in 13 procent), grootvaders en neven (beide in 9 procent).

dermishandeling (AMK's) werden in 2001 in totaal 710 meldingen van seksueel misbruik ontvangen; in nog eens circa 3500 gevallen werd om advies of consult gevraagd over seksueel misbruik. In beide groepen waren meisjes met ruim 70 procent veruit in de meerderheid. Voor lichamelijke mishandeling waren er 1488 meldingen en 3800 andere contacten, zoals vragen om advies; het percentage jongens en meisjes was ongeveer gelijk. Naast lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik worden door de AMK's nog affectieve verwaarlozing, lichamelijke verwaarlozing, psychisch geweld en een restgroep onderscheiden; deze vormden bijna 65 procent van alle contacten⁸⁸.

Het Sociaal Cultureel Planbureau concludeert in zijn *Rapportage Jeugd 1997*¹⁴ dat er geen eenduidig antwoord is op de vraag hoeveel kinderen slachtoffer zijn van kindermishandeling, inclusief seksueel misbruik.

Het zal geen verbazing wekken dat onder patiënten in klinische populaties en in psychotherapeutische praktijken hogere prevalenties worden gezien; afhankelijk van de gehanteerde criteria voor seksueel misbruik en de aard van de onderzoekspopulatie worden getallen gemeld van 23-77 procent¹²³.

4.4.4 De prevalentie van hervonden en fictieve herinneringen: geen uitsluitel

In verband met de maatschappelijke onrust zou men de prevalentie van of het risico op hervonden en fictieve herinneringen aan seksueel misbruik, al dan niet na therapie, willen aangeven. Deze vraag is echter als zodanig niet te beantwoorden. Het enige wat men zou kunnen vaststellen, is hoe vaak claims met betrekking tot 'hervonden' (en door anderen vaak als 'fictief' bestempelde) herinneringen worden gemeld en geregistreerd. De meeste gevallen zullen we dus waarschijnlijk niet kennen. Er zijn maar enkele Nederlandse cijfers over dergelijke claims en meldingen: deels uit de registratie van een belangengroepering, deels uit de strafrechtelijke context^{173,254,267}. De Werkgroep Fictieve Herinneringen meldt in 2001 dat zich sinds medio 1994 272 'gevallen' (beschuldigde ouders*) bij de werkgroep hebben gemeld, waarvan 13 in 2001. De piekjaren lagen van 1992 tot en met 1997. Na 1995 neemt het aantal af en de laatste jaren komen er slechts sporadisch gevallen bij, meestal naar aanleiding van aandacht in de media. Een onderzoek in 1997 onder leden van de WFH en politiekorpsen in Nederland, kwam tot een schatting van circa 30 aangiften per jaar van beschuldigingen van seksueel misbruik op basis van wat in dat onderzoek 'verdrongen' herinneringen wordt genoemd²⁵⁴. In een periode van oktober 1999 tot en met december 2000 zijn 8 nieuwe zedenzaken waarbij hervonden herinneringen een rol speelden, (verplicht) gemeld bij de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken¹⁷³.

* Meldingen bij de WFH betreffen vrijwel uitsluitend beschuldigingen aan biologische ouders.

Men mag er van uitgaan dat het aantal beschuldigingen en verstoorde familierelaties waarbij hervonden en mogelijk fictieve herinneringen een rol spelen, groter is dan het aantal geregistreerde claims over fictieve herinneringen. Er zijn veel meer situaties waarin het besef van belang is dat herinneringen vervormd kunnen raken en zelfs kunnen worden opgeroepen en waarin met voorzichtigheid en kennis van zaken met dit risico dient te worden omgegaan.

4.5 Enkele conclusies

Uit de internationale literatuur blijkt dat seksueel misbruik en andere traumatische ervaringen in de jeugd veel voorkomen. In onderzoek ontkent 10 - 15 procent van de vrouwen met gedocumenteerd seksueel misbruik in de jeugd elke ervaring van die aard. De interpretatie van niet-melden en van zelfgerapporteerd vergeten is lastig.

Het is echter aannemelijk dat ook herinneringen aan traumatische gebeurtenissen geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of context-afhankelijk, ontoegankelijk kunnen raken. Het onderscheid tussen niet vertellen, niet willen herinneren en niet kunnen herinneren is in de praktijk niet altijd helder, maar van groot belang als het gaat om de wetenschappelijke benadering van geheugenprocessen. Er zijn allerlei geheugenmechanismen die een rol kunnen spelen bij het vergeten en hervinden van trauma; ze kunnen echter niet alle gevallen verklaren. Voor een aantal specifieke theorieën op dit gebied is nog geen empirische onderbouwing.

Het is zeker mogelijk om fictieve herinneringen aan traumatische gebeurtenissen te ontwikkelen. Er zijn omstandigheden waarin de kans hierop groter is dan gemiddeld: vooral bij een combinatie van bepaalde persoonlijkheidskenmerken en suggestieve beïnvloeding door een belangrijk persoon.

Autobiografische herinneringen zijn per definitie subjectieve verschijnselen. Kenmerken als authenticiteit, helderheid, zintuiglijkheid, gedetailleerdheid en begeleidend lichamelijke reacties kunnen op individueel niveau niet gehanteerd worden als aanwijzing voor de objectieve betrouwbaarheid of accuraatheid, hoewel er op groepsniveau wel een positieve correlatie kan zijn. Dit geldt ook voor de ervaring van een hervonden herinnering, flashbacks, herinneringen die sterk afhankelijk zijn van een bepaalde gemoeds- of bewustzijnstoestand of anderszins herinneringen in bepaalde patiëntengroepen of bepaalde situaties.

Aanwijzingen voor het maken van een onderscheid tussen hervonden en fictieve herinneringen zijn gelegen in aantoonbare feiten. Gedegen klinisch diagnostisch en gestandaardiseerd psychologisch onderzoek en in de toekomst ook functioneel beeldvormend onderzoek zouden in principe gevalideerd kunnen worden met aantoonbare feiten. Het valt voorlopig niet te bezien of klinische en diagnostische aanwijzingen ooit in de plaats zouden kunnen komen van objectieve bewijsvoering.

De literatuur kan geen helderheid verschaffen over de prevalentie van hervonden en fictieve herinneringen. Het belang van het advies is meer gelegen in situaties waarin het besef van belang is dat herinneringen vervormd kunnen raken en zelfs kunnen worden opgeroepen en waarin met voorzichtigheid en kennis van zaken met dit risico dient te worden omgegaan.

Herinneringen aan trauma en therapie

Personen met traumatische ervaringen zijn ruimschoots oververtegenwoordigd in klinische patiëntengroepen en bij vrijwel alle vormen van psychotherapie spelen belangrijke herinneringen een grote rol. Het verantwoord omgaan met de herinneringen van een patiënt behoort tot de deskundigheid van de psychotherapeutisch behandelaar. Dit vereist een goed oog voor de mogelijke risico's.

5.1 Patiëntengroepen

Patiëntengroepen – mensen die hulp zoeken wegens psychische problemen – verschillen in belangrijke mate van de gemiddelde populatie, deels in aanleg en deels in het voorkomen van allerlei andere risicofactoren. Genetische factoren bepalen waarschijnlijk welke soort stoornissen zich bij een individu zouden kunnen ontwikkelen^{52,109}. Persoonlijkheidskenmerken, die zich in de vroege jeugd ontwikkelen, kunnen daarbij een intermediaire determinant vormen, zoals verschillen in temperament en ex- of internaliserende reactiepatronen. Ook lijkt de gevoeligheid voor bepaalde stoornissen te verschillen tussen mannen en vrouwen: zo zouden vrouwen meer gevoelig zijn voor onder andere depressie, posttraumatische stress en dissociatieve stoornissen^{33,126}. Risicofactoren versterken, grotendeels aspecifiek en vooral bij cumulatie, de kans op psychopathologie. Schattingen over het aantal patiënten met psychische problematiek dat negatieve en traumatische ervaringen in de jeugd in de voorgeschiedenis heeft, lopen uiteen van een- tot driekwart.

Patiëntengroepen in verschillende therapeutische situaties kunnen door allerlei factoren ook weer sterk geselecteerd zijn: niet alleen door de aard van de huidige klachten, maar ook door aanbod van en voorkeur voor een bepaald type hulpverlening, door groepsidentificatie, door al dan niet formele specialisatie en door onderlinge verwijzing.

Patiënten met ingrijpende gebeurtenissen in de voorgeschiedenis komen niet altijd in therapie vanwege die gebeurtenissen. Sommige patiënten geven bij navraag (bij de intake of het diagnostisch onderzoek) aan dat ze bepaalde, potentieel traumatiserende gebeurtenissen in de voorgeschiedenis hebben, andere komen vanwege specifieke traumagerelateerde problematiek en ten slotte zijn er patiënten met onbegrepen klachten en emotionele verschijnselen, waarvoor de verklaring onder meer zou kunnen liggen in vroegere traumatische gebeurtenissen.

5.2 Psychotherapie en interpretatie van herinneringen

Psychotherapie maakt altijd gebruik van verbale communicatie, die gericht is op bepaalde aspecten van het functioneren van de patiënt. Het praten hierover faciliteert het ophalen van allerlei gerelateerde informatie, zowel door het genereren van *cues* als door het verminderen van de *retrieval*-inhibitie. Hierdoor kunnen ‘vergeten’ details of gebeurtenissen bovenkomen.

Er zijn vele redenen waarom patiënten soms voor het eerst over bepaalde gevoelens en herinneringen praten in het kader van psychotherapie. De setting biedt, als het goed is, veiligheid en acceptatie van negatieve gevoelens van angst, agressie, ambivalentie, schuld, schaamte, wraak en ongeoorloofde lust. Dit kan ruimte bieden om bepaalde herinneringen onder woorden te brengen; niet zelden maakt dit het mogelijk ook met anderen over zo’n, voor hen nieuwe, herinnering te praten.

In therapeutische situaties kunnen zich ook *cues* voordoen die voorheen ontoegankelijke herinneringen toegankelijk maken.

Psychotherapie vindt plaats binnen een theoretisch kader. Verhalen en klachten van de patiënt worden binnen dit kader geïnterpreteerd. Een (wetenschappelijk) theoretisch kader probeert de werkelijkheid te begrijpen door verschijnselen systematisch en toetsbaar met elkaar in verband te brengen. Voor zover die toetsing niet overtuigend heeft plaatsgevonden, is het theoretisch kader te beschouwen als een hypothese. Er is bewijs voor de werkzaamheid van een aantal therapeutische benaderingen bij bepaalde groepen patiënten^{100,142,182}, maar in het algemeen is er een groot tekort aan goed evaluatie-onderzoek.

Vrijwel alle vormen van psychotherapie richten zich in enige mate op het zodanig veranderen van de betekenis van klachten voor de patiënt, dat deze daardoor minder gehinderd wordt in het dagelijks functioneren⁴⁰. Deze betekenisverandering gaat noodzakelijkerwijs gepaard met een veranderde kijk op aspecten uit de voorgeschiedenis en

aan herinterpretatie van herinneringen. Het theoretisch kader van de therapeut kan hierbij steun en richting geven. De nieuwe interpretatie is er in de eerste plaats één waarmee de patiënt beter uit de voeten kan en is niet noodzakelijkerwijs een meer accurate weerspiegeling van de werkelijkheid.

Herinterpretatie van herinneringen geeft nieuwe inhoud aan de levensgeschiedenis en daarmee mogelijk aan de relatie met belangrijke personen uit die levensgeschiedenis. De gevolgen hiervan kunnen zowel positief als negatief gewaardeerd worden: de relatie kan verbeteren of afstandelijker worden, de nieuwe geschiedenis kan beter stroken of juist botsen met de ervaringen van anderen.

In het kader van psychotherapie, rust op de therapeut de verantwoordelijkheid voor een verantwoord omgaan met de beperkingen van het gehanteerde interpretatiekader. Hanteren van een inadequaat theoretisch kader kan schade berokkenen aan patiënten en derden, wanneer uitspraken over de werkelijkheid worden gedaan op basis van onterechte interpretatie van de situatie van de patiënt. Een voorbeeld daarvan is de inmiddels als obsoleet beschouwde hypothese dat een bepaalde rol van de moeder een beslissende factor zou zijn bij het ontstaan van schizofrenie (de zogenoemde ‘schizofrenogene moeder’)⁶⁵.

5.3 De rationale achter het stimuleren van herinneringen in therapie

Begeleide interpretatie van herinneringen en van het levensverhaal is dus een essentieel onderdeel van psychotherapie. Daarbij wordt het ophalen van herinneringen gestimuleerd. Het ophalen (hervinden) van een tot dan toe ontoegankelijke herinnering aan traumatische gebeurtenissen kan gepaard gaan met bijzondere verschijnselen, die te maken hebben met de bijzondere situatie bij opslag en ophalen, zoals bijvoorbeeld sterk sensorisch gekleurde herinneringen, het beleven van heftige emoties, sterk fragmentarische herinneringen. Er zijn geen aanwijzingen dat hervonden herinneringen aan traumatische gebeurtenissen meer of minder accuraat zijn dan continu toegankelijke herinneringen daaraan^{45,46,50,63}.

De rationale achter het doelgericht ophalen van herinneringen of het al dan niet gecontroleerd stimuleren ervan, verschilt tussen diverse vormen van therapie. Hierin zijn twee hoofdstromingen te onderscheiden: psychodynamische psychotherapie en cognitieve gedragstherapie; beide behelzen allerlei variaties. In het kader van dit advies zijn ook de zogenoemde lichaamsgerichte therapievormen van belang, hoewel ze in professionele kring veel minder erkenning genieten. Geen van de officiële psychotherapie-richtingen hanteert in zijn theoretisch kader een simpel traumagenetisch model, in die zin dat een bepaald trauma altijd of rechtstreeks leidt tot bepaalde klachten of dat bepaalde klachten rechtstreeks wijzen op vroegere traumatische ervaringen. Wel wordt de betekenis van vroege traumatische ervaringen onderkend.

In de psychodynamische psychotherapie wordt ervan uitgegaan dat huidige problemen te maken hebben met zeer pijnlijke emotionele problemen en onbewuste conflicten uit het verleden. De theorie gaat uit van de mogelijkheid dat deze herinneringen actief verdrongen kunnen worden, maar juist daardoor als onbeheersbare stoorzenders in het dagelijks bestaan kunnen blijven fungeren. Dit zou alleen doorbroken kunnen worden door het bewust maken van die oorspronkelijke emoties en conflicten. Dit wordt bewerkstelligd via gespreksvoering, waarin wordt ingegaan op de constatering dat huidige problemen gekoppeld blijken te zijn aan bepaalde herinneringen uit het verleden. Door interpretatie hiervan zou men inzicht kunnen krijgen in ideeën en emoties die de huidige problematiek in stand houden. De methode is in principe niet sturend, maar interpretaties hebben uiteraard invloed op de loop van dit proces.

In de cognitieve gedragstherapie wordt ervan uitgegaan dat men anders moet leren reageren op bepaalde situaties. Deze situaties moeten worden opgeroepen (*exposure*) inclusief de ervaren emoties, om daarna alternatieven voor de eigen reactie te kunnen overwegen en oefenen. Er wordt niet afgewacht welke herinneringen bovenkomen, maar doelgericht gefocust op herinneringen rond bepaalde situaties en deze worden uitgediept voor wat betreft de eigen beleving en gedragsmatige reactie.

Lichaamsgerichte therapievormen gaan ervan uit dat lichamelijke verschijnselen niet alleen voorkomen bij expliciete herinneringen aan trauma, maar dat zij ook een uiting kunnen zijn van impliciete herinneringen aan traumatische gebeurtenissen, waarvan de expliciete herinneringen niet toegankelijk zijn door dissociatie, verdringing of vermijding. Via het leren onderkennen van deze sensori-motorische reactiepatronen en het stimuleren en interpreteren van de daarbij opkomende emoties en herinneringen, zou de expliciete herinnering weer toegankelijk kunnen worden. Dit zou op zijn beurt de lichamelijke verschijnselen kunnen verminderen¹⁷⁶.

Er zijn methoden die het ophalen van herinneringen extra zouden kunnen faciliteren en daarvoor worden toegepast in het kader van bovenstaande therapievormen. Voorbeelden daarvan zijn hypnose, imaginaire *exposure*, geleide fantasie, schrijfpoddrachten. Zij kunnen echter niet alleen het geheugen stimuleren, maar ook andere mentale processen beïnvloeden, zoals bewustzijn, motivatie en fantasie. Als ze worden toegepast om herinneringen te stimuleren, vergroten ze tegelijkertijd de kans op vervormde en fictieve herinneringen^{43,99,114,152,169,185,231}. In combinatie met een suggestieve gespreksvoering of interpretatie van de therapeut, verhogen ze het risico op fictieve herinneringen relatief sterk.

5.4 De 'waarheidsvraag'

In het algemeen is in de hulpverlening het verhaal van de hulpvrager een belangrijk gegeven. Ook vóór de huidige ontwikkelingen in het geheugenonderzoek, was het uiter-

aard bekend dat niet alles wat een patiënt vertelt, ook de feitelijke werkelijkheid weergeeft. Ingebeelde ziekte, ziekelijke fantasie, confabulatie, waanideeën, manipulatief of hysterisch gedrag, het zijn allemaal voorbeelden van situaties waarin de behandelaar niet zonder meer zal uitgaan van de realiteit van het vertelde. Een behandelaar gebruikt het verhaal van de patiënt om zich een oordeel te vormen over diens situatie. De geloofwaardigheid van de inhoud van het verhaal op zich en de (in)congruentie van inhoud en beleving spelen een rol in dit oordeel. Soms heeft een therapeut behoefte om uitsluitel te verkrijgen over de vraag in hoeverre het verhaal op feiten is gebaseerd, bijvoorbeeld om te beoordelen of er sprake is van waandenkbeelden. Hij heeft echter nauwelijks instrumenten voor externe toetsing en zal proberen zich een overtuiging te vormen door af te gaan op toegespitste elementen uit de diagnostiek. De validiteit van het oordeel van therapeuten over de werkelijkheid van herinneringen op basis van diagnostiek is echter in onderzoek heel beperkt gebleken en heeft in verband met de ‘waarheidsvraag’ geen betekenis²⁸². Wanneer men echter bepaalde ervaringen in het verleden ziet als een bron van de huidige klachten, lijkt het wel van belang om te weten of die gebeurtenissen reëel zijn. Toch wordt hier verschillend over gedacht. De vraag of het voor de opzet en het succes van de behandeling uitmaakt of het verhaal van de patiënt de historische werkelijkheid weergeeft of de beleving van het verleden op dit moment (de ‘narratieve’ werkelijkheid), is niet eenduidig te beantwoorden. Zo is het niet duidelijk of het voor een therapie uitmaakt of iemand die zich seksueel misbruik herinnert, in het verleden al dan niet werkelijk misbruikt is. De ‘waarheidsvraag’ heeft in effectonderzoek van therapie nauwelijks een rol gespeeld. In het algemeen wordt daarbij immers gekeken naar de gepresenteerde klachten en symptomen bij het begin en na afloop van de therapie. In verschillende theorieën is de relatie tussen wat herinnerd/verteld wordt en wat realiteit is, verschillend belicht: in de psycho-analytische theorie is veel nadruk gelegd op onbewuste motieven en fantasieën om tot een verhaal te komen, later is de nadruk gelegd op de vele concrete gebeurtenissen die een traumatische rol kunnen spelen.

5.5 Het omgaan met onbegrepen dysfunctioneren en emotionele verschijnselen

De voorgeschiedenis/autobiografie van een patiënt is van belang voor het begrijpen van actuele klachten en dient zorgvuldig te worden onderzocht in het kader van diagnostiek en indicatiestelling. Hiertoe behoort ook de betekenis die de patiënt hecht aan bepaalde aspecten van die voorgeschiedenis en de eventuele relatie daarvan met de huidige klachten.

Onbegrepen lichamelijke en psychische verschijnselen en reacties, die lijken op te treden zonder aanwijsbare aanleiding, stimuleren het zoeken van een verklaring, bijvoorbeeld in de vorm van het toeschrijven ervan aan een oorzakelijke gebeurtenis. Per-

sonen zoeken en vinden verklaringen op allerlei plaatsen en manieren. Wanneer zij professionele hulp zoeken, komt een deel van de verantwoordelijkheid hiervoor bij de therapeut te liggen. Hulpverleners maken, vanuit hun rol als deskundige, vaak gebruik van attributie, ook als er geen directe aanwijzingen zijn voor een verband. Lichamelijke verschijnselen kunnen echter nooit een bewijs zijn voor de accuraatheid van opgeroepen herinneringen of voor de terechtheid van de attributie.

Theoretische kaders van therapeuten verschillen in de hypothesen over het ontstaansmechanisme van onbegrepen ernstig disfunctioneren of emotionele verschijnselen. Zo wordt al dan niet waarde gehecht aan angstconditionering, onbewuste verdringing, dissociatie bij trauma en gedachteonderdrukking. Dit kan – een stap verder – leiden tot bepaalde veronderstellingen over een onbekende oorzakelijke gebeurtenis. De gezochte verklaring kan zijn theoretische basis vinden in het veronderstelde ontstaansmechanisme, maar is gericht op de betekenisverlening. Bij het zoeken naar en accepteren van een verklaring zijn patiënt en therapeut beide onderhevig aan sociaal-culturele invloeden en vigerende denkbeelden. Bovendien moet de verklaring passen in het zelfbeeld en de persoonlijke drijfveren van de patiënt. Er is in zekere zin sprake van een dialoog tussen patiënt en therapeut om te komen tot een door beide partijen gedeelde verklaring⁴⁰. Een verklaring kan dan ook tot op zekere hoogte therapeutisch bruikbaar zijn, maar feitelijk onjuist of zeer onwaarschijnlijk. Voorbeelden hiervan zijn herinneringen uit een vorig leven of uit de moederschoot en contacten met buitenaardse wezens¹⁰². De acceptatie van een onjuiste verklaring of ontorechte attributie kan echter ook schadelijk zijn, zowel voor de patiënt zelf als voor anderen.

5.6 Risico's in de behandeling

Er zijn ook risico's verbonden aan het stimuleren van herinneringen aan trauma. Enerzijds kunnen herinneringen bovenkomen die maar beter hadden kunnen blijven rusten omdat de persoon in kwestie er voor langere tijd niet mee uit de voeten kan. Anderzijds kunnen zich fictieve herinneringen voordoen of kunnen bestaande herinneringen de waarde krijgen van een feit dat men zich eerder nooit of nooit op die manier heeft gerealiseerd. Zo kan zich met terugwerkende kracht een, eventueel traumatisch en al dan niet 'waar', verleden opdringen, dat misschien als verklaring voor de huidige klachten zou kunnen dienen, maar waar men vervolgens onnodig moeilijk mee moet verder leven en zien om te gaan. Een therapeut dient het risico op dit bijeffect van een therapie te onderkennen en zo veel mogelijk te vermijden. Er is een aantal bronnen van problemen te onderscheiden.

5.6.1 Patiënten met extra risico's

Niet iedereen loopt dezelfde kans op het ontwikkelen van fictieve herinneringen. In onderzoek is gebleken dat een aantal verwante, maar toch te onderscheiden persoonlijkheidskenmerken hierbij een rol speelt. Het gaat zowel om de vatbaarheid voor meningen en suggesties van buiten af, als om de neiging om zelf verhalen te verzinnen. Zo is in onderzoek een verband aangetoond met de gevoeligheid voor suggestie, de neiging om in fantasie op te gaan (*fantasy-proneness*), de nauwkeurigheid van de bron-identificatie (*source-monitoring*), de neiging tot aanpassing aan belangrijke personen of sociaal-wenselijk gedrag in het algemeen, de gevoeligheid voor hypnose, een hoge score op de DES-schaal voor dissociatieve ervaringen en een neiging tot neuroticisme dan wel introversie^{117,157,192,193}. Onder studenten bleken vooral personen met twee specifieke clusters van symptomen * *fantasy-prone* te zijn²⁶⁰. Patiënten met bepaalde psychiatrische aandoeningen lopen een relatief hoog risico. Sommige patiënten met persoonlijkheidspathologie kunnen een soms dramatische voorgeschiedenis fabriceren. De sociaal-culturele context, zoals de maatschappelijke waardering van bepaalde symptomen of ervaringen, kan invloed hebben op de invulling ervan. Het onderscheid tussen als echt beleefde herinneringen of bewuste verzinsels kan dan lastig zijn, temeer als patiënten zelf in een verhaal gaan geloven.

Een aparte groep vormen patiënten met dissociatieve stoornissen. In klinisch-epidemiologisch onderzoek is een sterk verband gevonden tussen deze stoornissen en de rapportage van een traumatische voorgeschiedenis^{22,174,195,196}; enkele studies vermelden dat er externe evidentie van de gerapporteerde feiten zou zijn^{54,128}. Volgens sommige onderzoekers wijst dit in de richting van een causaal verband en zijn herinneringen aan traumatisering, waaronder seksueel misbruik, in de kindertijd juist bij deze groep patiënten zeer plausibel, hoewel zij ook het voorkomen van fictieve herinneringen aan trauma niet uitsluiten¹²⁸. Anderen menen, mede op grond van de hoge DES-scores bij groepen patiënten met dissociatieve stoornissen, dat men bij deze patiënten alert moet zijn op fictieve herinneringen. In feite zetten zij vraagtekens bij het verband tussen (de melding van) trauma's in het verleden en de huidige stoornis¹⁶². Voorlopig is hierover geen uitsluitend mogelijk. Onderzoek naar *fantasy-proneness* en dissociatieve verschijnselen is tot nu toe overwegend gedaan aan de hand van DES-scores binnen niet-klinische populaties, en dergelijk onderzoek onder patiënten met een dissociatieve stoornis ontbreekt vooralsnog.

* namelijk met Cluster A-symptomen (paranoïde, schizoïde en schizotypisch) en met Cluster B-symptomen (antisociaal, borderline, histrionisch en narcistisch).

5.6.2 *Problemen in de diagnostiek*

Subjectieve elementen spelen een grote rol in de diagnostiek van psychiatrische aandoeningen. Het is dan ook van belang om gebruik te maken van gestandaardiseerde anamneselijsten en diagnostische instrumenten en om feiten, meningen en veronderstellingen zo duidelijk en ondubbelzinnig mogelijk vast te leggen. Dat gebeurt echter lang niet altijd. In de biografische anamnese dient neutraal gevraagd te worden naar traumatische gebeurtenissen en seksuele ervaringen. Tegelijkertijd dient het vertelde levensverhaal niet los gezien te worden van de huidige situatie van de patiënt. Zo hebben depressieve patiënten niet alleen een selectief geheugen voor negatieve ervaringen, ze hebben ook de neiging om herinneringen en nieuwe ervaringen negatief te labelen. Patiënten met persoonlijkheidspathologie zetten soms elementen uit hun levensverhaal aan om de macht(eloosheid) van de hulpverlener uit te testen. Ook het simuleren dan wel onbewust nabootsen van stoornissen door patiënten komt voor en dit kan verschillende achtergronden hebben, zoals van een antisociale of *borderline* persoonlijkheidsstoornis^{5,207}. Voorts wordt wel gewezen op de mogelijkheid dat bij zeer suggestibele personen de diagnose Dissociatieve Identiteitsstoornis relatief vaak ten onrechte gesteld wordt^{5,78}. Juist bij verhalen die sterke emoties of bevreemding oproepen, is zorgvuldige diagnostiek van groot belang. Te snelle conclusies of interpretatie van klachten door de therapeut kunnen al tijdens het diagnostisch proces sturing geven aan het verhaal van de hulpvrager, temeer als deze sterk op zoek is naar een verklaring van klachten en problemen.

5.6.3 *Onkritisch hanteren van hypothesen over het geheugen*

Als een hypothese bijzonder goed past in heersende opvattingen, kan hij gemakkelijk voor waar worden aangenomen en gehanteerd als ware het bewezen kennis. Miskennis van het hypothetische of metafore* karakter van een interpretatiekader kan leiden tot voorbarige en te stellige aannames of uitspraken over de werkelijkheid. Dat dit gevaar niet denkbeeldig is, blijkt uit een reeks van ooit gangbare, maar nu verworpen ‘inzichten’ (zoals het idee dat ‘verstikkende’ overbescherming in de jeugd, vaak toegeschreven aan de moeder, zou leiden tot astma).

Ook in het kader van hervonden en fictieve herinneringen aan seksueel misbruik is een aantal hypothesen onterecht tot overtuigingen verheven. Dit geldt bijvoorbeeld voor de veronderstelling dat bepaalde specifieke klachten of symptomen verwijzen naar

* Dominant metaphors (Zeitgeist) could hinder progress by fixating conceptual paradigms⁷⁹. Dat geldt ook voor wetenschappelijke metaforen.

trauma in het verleden, in het bijzonder seksueel misbruik, ook als daaraan geen expliciete herinneringen bestaan. In het verleden heeft een aantal auteurs^{12,95} dit als dogma gehanteerd. De opvatting dat klachten en symptomen – bijvoorbeeld pijnklachten waarvoor medisch onderzoek geen organische oorzaak heeft kunnen vaststellen of pseudo-epileptische aanvallen – gerelateerd kunnen zijn aan traumatische ervaringen die patiënten zich niet bewust herinneren, komt voort uit door de jaren heen vermelde observaties in de klinische praktijk^{118,119,154,245,251}. Ook al kan er sprake zijn van een verband, men mag er uiteraard niet bij voorbaat vanuit gaan dat dergelijke klachten trauma-gerelateerd zijn, en al helemaal niet specifiek verbonden met seksueel trauma. Toch bleken in onderzoeken uit 1995 en 1996 ook professionele therapeuten wel op zoek te gaan naar een vermeend traumatische oorsprong van klachten die niet direct aan een dergelijke ervaring refereren^{187,188}. De toegenomen aandacht voor het verschijnsel van seksueel misbruik in de kindertijd, waarvan de omvang in die jaren duidelijk werd in grootschalig onderzoek, heeft in de jaren negentig van de vorige eeuw bij sommige therapeuten geleid tot een fixatie op traumatische ervaringen van die aard en een soms onverantwoorde attributie. De onkritische overtuiging van de therapeut kan in dergelijke gevallen leiden tot suggestieve beïnvloeding en mogelijk tot fictieve of vervormde herinneringen bij de patiënt.

Ook de veronderstelling dat in therapie hervonden herinneringen aan seksueel of ander misbruik per definitie fictief van aard zijn, is door sommigen onkritisch voor waar aangenomen¹⁸⁹. Dit heeft meer een rol gespeeld in de maatschappelijk-juridische discussie dan in de therapeutische setting.

Er is wel aangenomen dat herinneringen die zich voordoen als ‘traumatische herinneringen’, met hun sterk sensori-motorische karakter, hun heftige emotionele lading en de intense fysiologische opwindning waarmee zij doorgaans gepaard gaan en de rigide manier waarop zij herhaald worden, per definitie waarheidsgetrouw zijn. Dit is onjuist gebleken. Zij kunnen wel degelijk aan vertekening – ten tijde van de traumatiserende gebeurtenis of door latere ervaringen – of aan verkeerde interpretatie blootgesteld worden. Een voorbeeld van het laatste is de traumatische herinnering aan het als kind ondergaan van een zeer pijnlijke medische ingreep aan de urinewegen waarover een patiënt als volwassen vrouw zich begon af te vragen of het wellicht seksueel misbruik was geweest¹⁶⁶. Voorts is aangetoond dat aantoonbaar fictieve herinneringen gepaard kunnen gaan met fysiologische reacties die niet onderdoen voor de reacties behorende bij herinneringen aan werkelijke traumatiserende gebeurtenissen: ‘*false memories, true pain*’^{13,13,155,156}. Opvattingen hebben in de praktijk direct invloed op de wijze van behandelen. Het is dan ook van het grootste belang dat hypothesen (kunnen) worden onderzocht in wetenschappelijk onderzoek en dat therapeuten op de hoogte zijn van en kunnen omgaan met de voorlopige status van de inzichten.

5.6.4 Onverantwoord of suggestief stimuleren van herinneringen

In diverse traumabehandelingen waarvan de effectiviteit is aangetoond, wordt de aandacht gericht op herinneringen aan de traumatische gebeurtenis. Het uitgangspunt wordt vaak gevormd door zich opdringende, dus bekende, herinneringen. Het gedetailleerd oproepen van de herinneringen, met hun heftige emoties, vindt gecontroleerd plaats, door fasering of beperking in de tijd. Het doel ervan is onder meer de patiënt meer controle te geven over de traumatische herinneringen en de gevolgen ervan. Deze werkwijze, *exposure*, is een onderdeel van de meest toegepaste, best onderzochte en werkzaam gebleken therapeutische strategieën bij post traumatische stress-stoornis (PTSS)⁹². Een belangrijke voorwaarde voor de toepassing ervan is dat de patiënt in staat is om de ervaring waar het om gaat in zijn geheel te vertellen en geen lacunes in dat verhaal ervaart. De therapeut kan er dan vanuit gaan dat de patiënt weet wat er is gebeurd.

Het is niet zonder meer of in elke situatie werkzaam en verantwoord om emotionele herinneringen aan traumatische gebeurtenissen te stimuleren. Tegenwoordig gaat men er vanuit dat stimuleren van traumatische herinneringen risico's op decompensatie oplevert, vooral bij personen met ernstige psychiatrische problematiek wier spankracht per definitie zeer laag is^{20,23,129,158}. Ook kan een therapeut niet altijd met de heftige emoties van een patiënt omgaan. In dergelijke gevallen dient de behandeling gericht te zijn op de stabilisatie van het functioneren en zal een specifieke aanpak van traumatische herinneringen veelal gecontraïndiceerd blijven^{23,226}. Er wordt wel verondersteld dat ook het langdurig herbeleven van zeer heftige angst of andere negatieve emoties kan leiden tot generalisatie en hertraumatisering. In onderzoek blijkt dit niet zonder meer op te gaan²⁵⁵.

Het ingaan op herinneringen waardoor men geplaagd wordt, is iets anders dan het oproepen van emoties en het op zoek gaan naar mogelijke, maar niet herinnerde ervaringen. De behoefte om een emotie toe te schrijven aan een bron stimuleert de koppeling aan een beleving, maar kan een juiste bronidentificatie ondermijnen. Zeker als er geen duidelijke herinnering is aan een traumatische voorgeschiedenis, maar wel de overtuiging van patiënt of therapeut dat deze er moet zijn, leidt dit tot een risicovolle situatie wat betreft het creëren van fictieve herinneringen met een inhoud die bij de opgeroepen emotie past. De commissie vermoedt dat het ongericht stimuleren van emoties en het oproepen van daarbij passende herinneringen in de praktijk nogal eens voorkomt, zowel in reguliere als in zogenoemde alternatieve therapieën.

Alle methoden die het ophalen van herinneringen stimuleren, stimuleren ook de 'fouten' die daaraan inherent zijn. Er is echter een aantal technieken, waarbij in onderzoek bij gezonde proefpersonen het aantal fouten relatief groot is gebleken, deels doordat de fantasie sterk gestimuleerd wordt, deels doordat de bronidentificatie wordt verzwakt. Dit zijn dus relatief riskante technieken als het gaat om het ophalen van wer-

kelijke gebeurtenissen uit het verleden. Het gaat hier om hypnose, droominterpretatie, geleide fantasie, schrijfofdrachten en narcoanalyse^{99,114,152,170,185,231}. Deze technieken kunnen ook voor andere doeleinden worden ingezet, zoals symptoomreductie, angstvermindering en hernieuwde betekenisverlening. Over de waarde ervan in die situaties doet de commissie geen uitspraak. Wel is duidelijk dat men ook dan bij conclusies over de inhoud van opgeroepen herinneringen rekening dient te houden met de mogelijkheid van een meer dan gemiddelde vertekening. Zo versterkt hypnose het vertrouwen in de accuraatheid en de bron van herinneringen, maar vermindert de accuraatheid zelf^{82,83,127,148,192}.

Het gebruik van deze methoden in combinatie met de overtuiging dat bepaalde herinneringen aanwezig zullen zijn, kan leiden tot suggestieve beïnvloeding door de therapeut. Zeker bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken als *fantasy-proneness* en suggestibiliteit, met een hoge score op de DES-schaal of met bepaalde psychiatrische stoornissen, zoals een dissociatieve stoornis of *borderline* persoonlijkheidsstoornis, kan dit ruimschoots tot fabricatie van herinneringen leiden. Maar ook de persoonlijkheid van de therapeut kan een rol spelen. Bij proefpersonen bleken vooral ‘extraverte’ interviewers de kans op fictieve herinneringen te vergroten, en dan vooral bij weinig extraverte proefpersonen¹⁹². De verklaring hiervoor wordt gezocht in een grotere overtuigingskracht en het overwicht waarmee de motivatie van de geïnterviewde om zich iets te herinneren, wordt gestimuleerd.

Vanwege het communicatieve karakter van psychotherapie kunnen allerlei denkbeelden en interpretaties van patiënt, therapeut en maatschappij elkaar beïnvloeden en versterken, ten positieve, maar ook ten negatieve. Het lijkt waarschijnlijk dat, op zoek naar een plausibele bron van symptomen en klachten, juist een combinatie van de psychologische visie op de problematiek, de scholing van de therapeut, de therapeutische relatie, bepaalde kenmerken van de patiënt en het gebruik van bepaalde technieken, de fabricatie van fictieve herinneringen als verklaring voor symptomen en klachten kan stimuleren. Er is een aantal onderzoeken gedaan naar het voorkomen van deze kenmerken en combinaties ervan.

5.7 Onderzoek onder therapeuten

Buitenlands onderzoek

Verschillende buitenlandse onderzoekers hebben gekeken naar de scholing en opvattingen van therapeuten met betrekking tot de werking van het geheugen en naar het gebruik van ‘riskante’ technieken^{8,9,57,180,187,188,279}. In 1995 bleek in verschillende onderzoeken meer dan de helft van de therapeuten van mening dat hervonden herinneringen in essentie juist zijn. Zij zochten het antwoord op de vraag naar het al dan niet waar zijn vooral

in de subjectieve presentatie van het hervinden: gefragmenteerd, sensorisch, gepaard gaande met angst, woede of schaamte. Tweederde van de therapeuten gebruikte technieken als hypnose, droominterpretatie en geleide fantasie. In 2000 waren die getallen anders⁸: een op de vijf à zes therapeuten gebruikte de genoemde technieken om herinneringen te stimuleren bij partiële of totale amnesie, in bijna de helft van de gevallen pas als er andere aanwijzingen waren voor een herinnering; circa 5 procent geloofde dat er geen onware hervonden herinneringen bestaan. Het is niet helemaal duidelijk hoe de veranderde getallen geïnterpreteerd moeten worden: sommigen nemen aan dat door de vele aandacht in de tussenliggende jaren opvattingen veranderd zijn, anderen zijn van mening dat de vragen in eerdere onderzoeken te weinig gedifferentieerd waren.

5.7.1 Nederlandse gegevens

In Nederland is recent een onderzoek afgerond naar de behandeling van slachtoffers van seksueel misbruik in de GGZ en de vrouwenopvang¹¹³. Een aantal bevindingen hierin is belangwekkend voor het onderwerp van dit advies.

Op basis van een redelijk representatieve steekproef van 190 hulpverleners uit de diverse sectoren van de hulpverlening bleek dat het scala aan hulpverleners groot en divers is. In wat de eerstelijns van deze opvang wordt genoemd* is circa driekwart van de therapeuten maatschappelijk werkende van professie en eenvijfde heeft een in dit onderzoek niet apart genoemde beroepsgroep. In wat de tweede lijn wordt genoemd, in grote lijn de GGZ, gaat het bij deze opvang om de volgende behandelaars: ruim een derde is psychotherapeut, een kwart psycholoog, een vijfde sociaal-psychologisch verpleegkundige, een tiende maatschappelijk werkende en 6 procent is psychiater. Naast de creatief therapeuten, de sociaal-pedagogisch hulpverleners en de psychomotorische therapeuten gaat het dan ook hier nog om 18 procent 'andere' beroepsgroepen, vooral bij de vrijgevestigde hulpverleners en bij de hulpverleners uit de vrouwenopvang. Het percentage 'ervaringsdeskundigen' onder de behandelaars varieert sterk naar instellingstype: in de eerstelijns en bij de vrijgevestigden in de GGZ is het respectievelijk 27 en 34 procent, in de ambulante en klinische GGZ 9 en 7 procent.

Bestaande traumatische herinneringen komen in 70 tot ruim 80 procent van de behandelingen aan de orde, traumagelieerde emoties bijna altijd. In circa 50-70 procent van de behandelingen wordt 'meer dan in geringe mate' ingegaan op de herinneringen. De daarvoor gebruikte technieken bestonden in meer dan 80 procent van de behandelingen uit het erover praten, de aanpak van belemmerende ideeën rond het misbruik, het

* Uit de reguliere hulpverlening: de Bureaus voor Algemeen Maatschappelijk Werk, FIOM-bureau's en de instellingen voor Vrouwenopvang. Verder uit wat het autonome circuit wordt genoemd: de werkgroepen van de Vereniging tegen Seksuele Kindermishandeling, de vrouwengezondheidscentra en de vrouwentherapiecentra.

trauma betekenis geven door de plaats ervan in het leven te bespreken en door psycho-educatie. Meer specifieke technieken, zoals schrijven, *exposure*-technieken en gebruik van rituelen werden in iets meer of iets minder dan de helft van de behandelingen toegepast.

Bij ruim de helft van de behandelingen werd gericht aandacht besteed aan het naar boven halen van herinneringen. Lichaamsgerichte technieken en geleide fantasie werden door ruim een derde van de behandelaars toegepast en zijn daarmee de meest gebruikte technieken. Droominterpretatie en regressietherapie werden toegepast door circa een derde van de behandelaars in de ambulante GGZ, maar daarbuiten niet of nauwelijks. In 9 procent van de gevallen gaven de therapeuten aan dat het niet duidelijk was of de opgehaalde herinneringen toe te schrijven waren aan daadwerkelijke gebeurtenissen.

Het rapport noemt behandelingen waarin dieper op traumatische herinneringen wordt ingegaan ‘openleggende’ behandelingen. In het onderzoek is gezocht naar factoren die samenhangen met het toepassen van een dergelijke vorm van behandelen. De conclusie luidt dat er meer samenhang is met kenmerken van de therapeut dan van de cliënt, en vooral met de tevredenheid van de therapeut met de eigen kennis en vaardigheden op het gebied van hulpverlening bij seksueel geweld. De basis van deze tevredenheid is verschillend: eigen ervaringsdeskundigheid en ervaring met meer patiënten speelt vooral in de ‘eerstelijns’ een rol, ervaring met het werken met protocollen vooral in de GGZ. Het ingaan op de herinneringen aan seksueel geweld tijdens de behandeling bleek in zijn algemeenheid niet samen te hangen met het klachtenniveau na afloop, maar wel met een grotere tevredenheid van cliënten.

Ander Nederlands onderzoek in analogie met de in de vorige paragraaf genoemde buitenlandse onderzoeken, is niet beschikbaar.

5.8 Enkele conclusies

Therapie kan zowel een medium zijn voor het hervinden (toegankelijk worden) van ware herinneringen als voor het implanteren van fictieve herinneringen: met beide mogelijkheden dient rekening gehouden te worden.

Elke vorm van therapie stimuleert herinneringen en draagt bij aan herinterpretatie ervan. Wat herinneringen stimuleert, kan ook vertekening van herinneringen of opkomen van ‘nieuwe’ herinneringen stimuleren.

Een suggestieve werkwijze van de therapeut als de patiënt herinneringen ophaalt, vormt door haar sturende werking het grootste risico voor het ontstaan van fictieve herinneringen met een aan de suggestie gerelateerde inhoud. Dit speelt met name een rol als een verklaring voor klachten wordt gezocht, bijvoorbeeld in een verondersteld traumatisch verleden. Therapeuten die ervan overtuigd zijn dat aan bepaalde klachten vrijwel zeker verborgen herinneringen aan seksueel misbruik in de jeugd ten grondslag liggen,

kunnen in hun benadering suggestief gericht zijn op het ‘oproepen’ van dit soort herinnering. Het risico is groter bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken, bij therapeuten die hun overtuiging sterk kunnen overbrengen, bij vage herinneringen en moeilijk verklaarbare klachten en wordt versterkt door het gebruik van bepaalde methoden om herinneringen te stimuleren.

Professioneel handelen

Dit hoofdstuk gaat in op de consequenties die de stand van kennis heeft voor het professioneel handelen bij vermoeden van trauma/seksueel misbruik in de geschiedenis van een patiënt of bij onzekere herinneringen daaraan. Voorop staan het inzicht en de erkenning dat seksueel misbruik en andere trauma's en herinneringen daaraan sterk negatieve gevolgen kunnen hebben. Deze ervaringen, die in het gewone leven vaak onbesproken blijven, dienen in therapie bespreekbaar te zijn. Gezien het feit dat seksueel misbruik en andere vormen van mishandeling zoveel voorkomen, is aandacht ervoor in diverse vormen van hulpverlening niet meer dan terecht. Preventie en acute opvang is van het grootste belang. Daarnaast dient de hulpverlening berekend te zijn op personen, vrouwen en mannen, die door hun ervaringen geplaagd worden. Recent is geconstateerd dat er in ons land meer deskundige behandeling nodig is¹¹³.

Elke vorm van psychotherapie stimuleert herinneringen, ook en misschien juist die waarover gewoonlijk niet wordt gesproken of die moeilijk toegankelijk zijn. Tegelijkertijd moeten patiënt en familie beschermd worden tegen 'fictieve trauma's': fictieve herinneringen of onterecht negatieve herevaluatie van ervaringen, en hun mogelijke negatieve consequenties voor de patiënt, zijn naaste omgeving en eventuele andere betrokkenen. Daarom bestaat de noodzaak om aan te geven welke voorzorgen de therapeut moet nemen om het risico op fictieve herinneringen aan trauma te verminderen.

6.1 Betrokken beroepsgroepen

Hulpverlening houdt veel meer in dan psychotherapie. Onder de term ‘therapeut’ kunnen in werkelijkheid hulpverleners van zeer divers pluimage schuilen. Therapeut is, in tegenstelling tot ‘psychotherapeut’*, geen beschermde titel en wordt ook in alle mogelijke alternatieve therapievormen en trainingen op ruime schaal gebruikt. Professionele, BIG-geregistreerde hulpverleners in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg zijn wettelijk aanspreekbaar op de kwaliteit van de door hen geleverde zorg. Er zijn echter ook daarbuiten allerlei beroepsgroepen en personen die zich beroepsmatig bezighouden met de hulpverlening aan volwassenen met allerlei problemen. In al die contacten schuilt het gevaar van de interactieve constructie van een fictieve herinnering aan een ervaring die klachten zou kunnen verklaren. Het gaat om academisch en HBO-opgeleide hulpverleners in de reguliere gezondheidszorg, maar ook om de alternatieve hulpverlening, de maatschappelijke opvang (zoals sociaal-pedagogische hulpverlening, vrouwenhulpverlening en diverse zelfhulp/contactgroepen), beroepsgroepen uit de politionele en juridisch context (van rechercheurs tot advocaten) en allerlei sleutelfiguren, zoals pastoraal medewerkers, begeleiders, raadslieden. In contacten van al deze hulpverleners kan door een wederzijds proces van vermoeden en versterking een fictief verhaal ontstaan. Theorieën vanuit de wetenschap en kliniek die hun weg hebben gevonden naar populair-maatschappelijke opvattingen, kunnen hierdoor in hun betekenis worden uitvergroot. De mogelijkheden voor directe beïnvloeding van al dit soort contacten zijn gering. Expliciete voorzorgen en wetenschappelijke reserve in het kwaliteitsbeleid van BIG-erkende beroepsgroepen kunnen echter een breder doel dienen, als daarmee een signaal wordt afgegeven naar genoemde andere groeperingen. Uiteraard zal hierbij een vertaalslag nodig zijn: eisen aan allerlei beroepsgroepen en -beoefenaren, regulier of alternatief, verschillen naar gelang aard en niveau van de opleiding, de doelstelling van de functie, hun verantwoordelijkheid en de aanleiding van de hulpvraag.

6.2 Kwaliteitsbewaking in de hulpverlening

6.2.1 *Hulpverleners in de reguliere gezondheidszorg*

Het kwaliteitsbeleid in de reguliere gezondheidszorg kent een aantal niveaus.

De WGBO (Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst) stelt eisen en regels aan het geneeskundig handelen in relatie tot de rechten en plichten van patiënten. Omdat

* Het BIG-register van psychotherapeuten is inmiddels gesloten voor nieuwe aanmeldingen; de beschermde titel zal op den duur verdwijnen en opgaan in de registers van klinisch psychologen en psychiaters.

de bescherming van de patiënt het primaire doel is van de wet, wordt het begrip geneeskundig handelen door de wet ruim geïnterpreteerd. De overeenkomst betreft elke hulpverlener die zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de patiënt, die ertoe strekken hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan ervan te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen. Al die hulpverleners die handelingen verrichten in de uitoefening van een beroep of bedrijf, vallen onder de regeling. Daarnaast vallen ook de daarmee verbonden verplegende en verzorgende handelingen onder de WGBO. Of van beroeps- of bedrijfsmatig handelen sprake is, hangt af van de omstandigheden. Aanwijzingen kunnen zijn het min of meer regelmatig verrichten van geneeskundige handelingen, het zich naar buiten kenbaar maken als beroepsbeoefenaar of het bedingen en verkrijgen van betaling voor verrichte handelingen. De reikwijdte van de WGBO omvat niet alleen de reguliere maar ook de alternatieve gezondheidszorg. Dat laatste vindt niet in alle groepen expliciete erkenning en de grenzen zijn als het gaat om behandelaars in de alternatieve hulpverlening ook niet zonder meer duidelijk. Een belangrijke eis in de WGBO betreft de informatieplicht over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, over de gevolgen en risico's ervan, over eventuele alternatieven en over de vooruitzichten.

De wet BIG (Beroepen in de individuele gezondheidszorg) regelt voor een aantal met name genoemde beroepen de kwaliteit van de opleiding, het deskundigheidsgebied en het toezicht op de kwaliteit van het handelen. Regulering krachtens de Wet BIG geeft titelbescherming: voor acht beroepen in een door de overheid beheerd landelijk register*, voor andere door erkenning bij AmvB van de opleiding en de daaraan verbonden opleidingstitelbescherming**. De in het overheidsregister opgenomen beroepsbeoefenaars vallen onder de wettelijk verplicht gestelde interne tuchtrechtspraak. De wet BIG betreft handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, inclusief het geven van raad. Handelingen die niet specifiek op de gezondheidszorg zijn gericht, vallen hier niet onder. Een voorbeeld hiervan is het werk van een geestelijk verzorger.

Diverse beroepsverenigingen hebben voor hun leden uitgangspunten voor de kwaliteit van professioneel handelen vastgelegd, die mede zijn afgeleid van de WGBO en de wet BIG. Zo bestaan er de *Gedragsregels voor artsen*, opgesteld door de KNMG, en diverse beroepscode's, opgesteld door onder andere het NIP, de NVP en de NVO***.

Ten slotte worden door diverse beroepsverenigingen steeds vaker richtlijnen en protocollen opgesteld voor de zorg voor bepaalde groepen patiënten. Hulpverleners zijn

* waaronder artsen, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten en verpleegkundigen.

** waaronder diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten en oefentherapeuten

*** Respectievelijk de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijkskundigen (NVO).

niet verplicht deze richtlijnen te volgen, maar het afwijken ervan moet beargumenteerd kunnen worden. Als uiting van de professionele standaard spelen ze een belangrijke rol in de tuchtrechtspraak en voor de civiele rechter.

6.2.2 *Andere hulpverleners*

Voor andere hulpverleners is geneeskundig handelen in principe toegestaan, afgezien van de in de wet BIG genoemde ‘voorbehouden handelingen’. Hierbij zijn echter, na uitvoerige discussies daarover¹⁹⁸, geen handelingen opgenomen op het gebied van de psychotherapie. Wel is in de wet aan de vrijheid van geneeskundig handelen een strafbepaling toegevoegd: het toebrengen van schade aan iemands gezondheid of de kans daarop is strafbaar. Deze (kans op) schade moet dan uiteraard wel aangetoond of aannemelijk gemaakt kunnen worden.

De kwaliteit van de hulpverlening in de maatschappelijke opvang is niet wettelijk gereguleerd. Verschillende beroepsverenigingen hebben of streven naar een eigen registratie, gekoppeld aan een eigen beroepscode en interne tuchtregeling*. Het lidmaatschap van deze verenigingen is echter niet verplicht of zelfs maar gebruikelijk**.

Verschillende organisaties in de alternatieve hulpverlening hebben tesamen de Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Alternatieve Genees- en behandelwijzen (SRBAG) opgericht***. Daarin geregistreerde therapeuten dienen te voldoen aan een aantal eisen op het gebied van opleiding (HBO- of MBO-niveau), bijscholing, praktijkvoering en ervaring; zij verplichten zich de bepalingen in de WGBO na te leven en onderwerpen zich aan een intern klacht- en tuchtrecht.

Soms zijn de beroepsregels in dermate algemene termen gesteld dat ze weinig toevoegen aan de regels voor normaal intermenselijk verkeer. Er zijn bovendien ook grote groepen hulpverleners die zich niet gebonden achten aan de regels van beroepsorganisaties. Het is onduidelijk hoe de kwaliteit van hun handelen beoordeeld of beïnvloed kan worden.

Richtlijnen, opleidingseisen en bijscholingsprogramma's vanuit de reguliere beroepsgroepen kunnen de basis vormen voor uitspraken in het kader van het tuchtrecht en dergelijke uitspraken geven een forse stimulans om meer *evidence-based* te gaan

* Bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW) en de in 2002 opgerichte fusie-organisatie de Nederlandse Vereniging van Sociaal Pedagogisch Hulpverleners (NVPSH).

** Eind 2002 had de NVMW 3000 leden (HBO-niveau). De kersverse NVSPH had er 350 (MBO- of HBO-niveau), terwijl er in Nederland 100.000 gekwalificeerde beroepskrachten zouden zijn.

*** Namelijk de de Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen, de Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten, de Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten, de Ned. Vereniging voor Postural Integration Therapeuten en aanverwante beroepen, de Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten, de Nederlandse Vereniging voor Speyertherapie, de Vereniging Beter Natuurlijk, de Vereniging voor IOKAI Shiatsu en de Vereniging Rebalancing Nederland.

werken, ook voor therapeuten buiten de officiële verenigingen. Ook kunnen verzekeringsmaatschappijen kwaliteitsvoorwaarden stellen aan opleiding en beroepsuitoefening van therapeuten wier hulp zij vergoeden.

Volgens het in 2002 verschenen eerste evaluatierapport van de wet BIG zou met het oog op de bescherming van de burger de afzijdigheid van de overheid en wetgever ten aanzien van niet-reguliere behandelwijzen moeten worden doorbroken. Zelfs worden vraagtekens gezet bij de houdbaarheid van het uitgangspunt van de wet BIG, te weten de vrijheid van beroepsbeoefening behalve voor zover handelingen voorbehouden zijn. Overigens stelt het rapport ook ‘dat de GGZ eigen kenmerken heeft die in verband met de bescherming van de patiënt (men denke bijvoorbeeld aan het voorbehouden van risicovolle diagnostische en therapeutische handelingen) om specifieke aandacht vragen. Daarom wordt op deze sector gericht onderzoek bepleit dat nader inzicht kan opleveren over regelingsbehoeften die specifiek zijn voor dit terrein’⁶¹.

6.3 Geven en vastleggen van informatie: voorlichting en dossiervoering

Op grond van de WGBO heeft de hulpverlener de plicht zijn patiënt goed te informeren. Hierbij dient hij zich te laten leiden door wat de patiënt redelijkerwijs dient te weten over:

- de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht, en van de uit te voeren verrichtingen;
- de te verwachten gevolgen en risico’s daarvan voor de gezondheid van de patiënt;
- andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;
- de staat en de vooruitzichten met betrekking tot de gezondheid wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.

Hij moet zich ervan vergewissen dat de patiënt de informatie of vraag voldoende heeft begrepen. De informatieplicht moet de patiënt verzekeren van alle benodigde informatie om al dan niet zijn toestemming (*informed consent*) te geven voor een behandeling¹⁴¹.

In de geneeskunde dient een arts bij zijn handelen rekening te houden met bijwerkingen, complicaties en de kans op fouten. Daarover dient hij de patiënt dus ook te informeren. Met betrekking tot psychotherapie is niet veel onderzoek gedaan naar mogelijke schadelijke effecten voor de patiënt of voor anderen. Langzamerhand wordt duidelijk dat die er in bepaalde situaties wel kunnen zijn^{23,24,209}. De aandacht voor een verleden van feitelijk seksueel misbruik in de psychotherapeutische setting – ook als het niet gaat om de verwerking van deze herinneringen – kan aanleiding geven tot confrontaties met de dader en familieleden, waarbij patiënt en/of andere gezinsleden psychische schade lijden. Ook, en dat is van belang in de context van dit advies, kunnen fictieve herinneringen naar voren komen of zich vormen. Zeker als dit seksueel misbruik betreft,

kunnen de patiënt, degene die ten onrechte voor dader wordt aangezien en familieleden ernstige schade oplopen. Meer in het algemeen kunnen interactief ontstane sterk negatieve herinneringen nadelige gevolgen hebben voor patiënten en anderen. Hoe groot die laatste kans is, is van veel factoren afhankelijk. De commissie meent dat hier in de psychotherapie in het algemeen meer aandacht voor moet zijn: in opleiding, voorlichting en onderzoek. Ook hier geldt naar haar oordeel dat aandacht voor dit aspect in de professionele beroepsgroepen een bredere uitstraling kan krijgen naar andere hulpverlenings-situaties.

Naarmate de empirische kennis over de effecten van verschillende vormen van psychotherapie toeneemt, worden ook de kans op een gunstig resultaat bij verschillende patiëntengroepen en de aard van eventuele risico's duidelijker. Dit moet zijn weerslag krijgen in de aard van de informatie die wordt gegeven en vastgelegd. Ook in psychotherapie dient gestreefd te worden naar *evidence-based* behandelen; dit betekent dat men bij de behandeling gebruik maakt van de beste beschikbare kennis van het moment. Ook al geeft die evidentie vaak nog geen uitsluitsel over de beste manier van behandelen, de kennis over behandel-effecten neemt wel toe. In sommige gevallen moet men vaststellen dat er geen onderzoek naar verricht is of dat ook na onderzoek bepaalde zaken niet bekend zijn.

De informatieplicht kan deels samenvallen met de voorlichting aan het begin van een behandeling die gegeven wordt in het kader van psycho-educatie, maar heeft een ander doel en een andere achtergrond. Psycho-educatie heeft tot doel de kennis van de hulpvrager te vergroten over alle mogelijke factoren die bijdragen aan het ontstaan en onderhouden van de klachten, de opzet en methoden in de behandeling, de mogelijke effecten en consequenties. Ook wordt beoogd de ideeën en opvattingen van de hulpvrager over zijn situatie en over de behandeling aan de realiteit te toetsen. In het kader hiervan kunnen afspraken tussen hulpverlener en hulpvrager gemaakt worden, een behandelcontract. Hierin kan bijvoorbeeld aandacht besteed worden aan het in de therapie te hanteren theoretisch kader, de functie van herinneringen in therapie en de professionele neutraliteit met betrekking tot de feitelijke basis ervan.

Een hulpverlener heeft ook dossierplicht*. Hierin moet aantekening gehouden worden van de gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. De dossierplicht staat primair ten dienste van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg. Een goed bijgehouden dossier is voorts van grote betekenis in situaties waarin gevraagd wordt om verantwoording af te leggen aan anderen zoals de cliënt, de klachtencommissie of de tuchtrechter, bij civiele of zelfs strafrechtelijke procedures. Omdat het bij seksueel misbruik om onrechtmatig handelen dan wel een misdrijf gaat, is de kans op dergelijke juridische procedures jegens de pleger groter dan in andere situaties. Een patiënt (of

* ingevolge Art. 7:454 lid 1 WGBO (BW)

eventueel zijn advocaat) heeft inzagerecht in het dossier. Alleen persoonlijke werk-aantekeningen behoren daar niet toe*. Het kan dan zeer belangrijk zijn dat de behandelaar het dossier heeft bijgehouden volgens de eisen die daaraan gesteld kunnen worden. Het is dus van groot belang dat de beroepsgroep zich uitspreekt over die eisen**.

6.4 De therapeutische houding ten aanzien van de ‘waarheidsvraag’

Het huidige inzicht dat herinneringen steeds weer nieuwe constructies zijn, pleit voor een principiële neutraliteit ten aanzien van de accuraatheid ervan. Dit is in een therapeutische relatie niet vanzelfsprekend. De positie van de therapeut is niet vrijblijvend, hij moet een therapeutische relatie opbouwen en onderhouden. Vertrouwen en empathie zijn daarbij onontbeerlijk. Twijfel aan het waarheidsgehalte van herinneringen lijkt daar niet in te passen. Tegelijkertijd echter is ook *reality-testing* van belang: heeft de patiënt misschien een (systematisch) vertekend beeld van de werkelijkheid en worden de klachten meer verklaard door deze vertekening dan door feitelijke gebeurtenissen? Op zich is het feit dat de mate van vertekening niet kan worden bepaald, een punt dat patiënt en behandelaar kunnen delen. De behandelaar moet zich dan aan de ene kant een hypothese vormen over alle factoren die bijdragen aan de problematiek van de patiënt, en zich aan de andere kant realiseren dat er geen zekerheid is over de exacte gebeurtenissen. Dit geheel moet hij op een verantwoorde manier met de patiënt bespreken, hetgeen een grote professionaliteit vraagt. Patiënten kunnen er moeite mee hebben wanneer hun therapeut niet onvoorwaardelijk gelooft dat hun herinnering aan seksueel misbruik de werkelijkheid weergeeft. Voor hen kan het de zoveelste afwijzing lijken na eerdere ervaringen van twijfel, ongeloof en dreiging.

In dit dilemma kiezen therapeuten voor verschillende oplossingen. Sommigen hechten aan de benadering waarin de behandelaar, als deze na zorgvuldige afweging tot de oprechte overtuiging komt dat het verhaal al dan niet op de realiteit steunt, dit als zijn mening aan de patiënt overbrengt²⁴⁶. Een nadeel van deze benadering is dat de overtuiging van de therapeut ook gevoed wordt door persoonlijke opvattingen en verwachtingen. Anderen leggen meer nadruk op professionele distantie door zich te onthouden van

* Deze kunnen voorlopige gedachten en analyses van de hulpverlener bevatten; ze moeten apart worden opgeborgen, niet voor anderen toegankelijk zijn en mogen geen schaduw dossier vormen.

** De Inspectie voor de Gezondheidszorg schrijft hierover: Welke gegevens voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn, varieert per behandelsituatie en is ter beoordeling aan de hulpverlener. Het verdient echter bij vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten aanbeveling om een aantal basisgegevens op te nemen, zoals: de reden van verwijzing, de bevindingen bij anamnese en psychiatrisch onderzoek, de differentiaal diagnose en de diagnostische overwegingen, de (voorlopige) werkdiagnose, de toegepaste behandelinterventies en de hiermee bereikte resultaten, de voortgang van de behandeling, de bevindingen bij aanvullend onderzoek, verwijs- en ontslagbrieven (eventueel van andere hulpverleners), tussentijdse berichten aan derden en de gegevens die de hulpverlener met instemming van de patiënt, van de vorige behandelaren heeft overgenomen².

een uitspraak over de geloofwaardigheid. Een nadeel hiervan is dat het moeilijk hanteerbaar kan zijn als een patiënt niet kan accepteren dat een behandelaar op wetenschappelijke gronden geen uitspraak kán doen over het waarheidsgehalte van zijn herinneringen; dit zou de therapie zelfs kunnen belemmeren. Een therapeut mag zich in principe nooit laten dwingen tot een standpunt, maar de druk kan in bepaalde situaties en bij bepaalde patiënten heel groot zijn. Het bewaren van de benodigde distantie is dan buitengewoon lastig, vooral als het verhaal van de patiënt gelijkenis vertoont met of inhaakt op persoonlijke ervaringen van de therapeut. In professionele opleidingen en trainingen wordt hier gericht aandacht aan besteed; toch kan niet ontkend worden dat het ook wel eens mis gaat. Intervisie van lopende behandelingen is een methode om dit zoveel mogelijk te voorkomen. Echter, noch bij vrijgevestigde hulpverleners noch in instellingen is intervisie in dit soort situaties vanzelfsprekend opgenomen in het kwaliteitsbeleid. In alternatieve hulpverlening of maatschappelijke opvang zijn de opvattingen over distantie zeer gevarieerd en dat geldt, naar de commissie aanneemt, ook voor de deskundigheid om er mee om te gaan. Soms, bijvoorbeeld in begeleide zelfhulpgroepen, wordt de herkenning juist als een wezenlijk onderdeel in de hulp gezien. Zonder een uitspraak te doen over de werkzaamheid van al die hulp, kan men wel constateren dat wetenschappelijke reserves over de ‘waarheidsvraag’ daar geen vanzelfsprekende rol in spelen. Dit vergroot het risico op de interactieve constructie van fictieve herinneringen.

Betekent dit alles nu dat de therapeut niet kan uitgaan van het verhaal dat de patiënt vertelt? Dat hangt af van de situatie. In veel therapieën vormt de herinnering aan bepaalde ervaringen niet het centrale punt van de therapie; focussen op de vraag of ze al dan niet correct zijn en in welke mate, kan dan afleiden van het proces waar het werkelijk om gaat. Bovendien, lacunes en vervormingen in het geheugen of voor waar nemen van fantasieën zijn normale verschijnselen, hebben zelfs een duidelijke functie, en daar kunnen we in het algemeen voldoende mee uit de voeten. De expliciete reserve met betrekking tot de feitelijke werkelijkheid van de herinneringen is vooral belangrijk als de aard van de exacte feiten in het verleden direct van invloed kan zijn op huidige opvattingen, emoties of handelingen. Dit is expliciet van toepassing als het gaat om seksueel misbruik.

Een therapeut moet wel inzicht hebben in de situaties waarin de spanning tussen de narratieve waarheid en de historische feitelijke een belangrijke rol kan (gaan) spelen en in situaties waarin de kans op vertekening groter is dan gemiddeld. Het dient voor alle partijen duidelijk te zijn dat de waarheidsvraag in de therapeutische setting niet aan de orde is, maar dat de behandelaar bij het therapeutisch handelen in het achterhoofd moet houden dat de beleefde werkelijkheid onderwerp kan worden van juridische claims. De commissie erkent dat het voor een therapeut lastig kan zijn om in het verloop van de therapie wetenschappelijke reserves te moeten inbrengen bij het verhaal van de patiënt. Zij pleit er dan ook voor om in de voorlichting in verband met het *informed con-*

sent duidelijke informatie te geven over aard en doel, maar zeker ook over beperkingen van de therapie. Daarbij kan worden aangegeven dat het bespreken van het verleden niet gericht is op het vinden van de waarheid, maar op het toekennen van betekenis aan herinneringen en dat je uit herinneringen zonder verdere concrete aanwijzingen niet betrouwbaar kunt afleiden wat werkelijk gebeurd is. Tevens kan worden aangegeven dat in sommige situaties therapie en rechtspraak niet goed samengaan en dat een therapeut zich neutraal dient op te stellen in eventuele te volgen juridische procedures.

Sommigen hebben wel gesuggereerd dat de therapeut in het geval van hervonden, mogelijk fictieve, herinneringen zelf aanwijzingen zou moeten zoeken over het waarheidsgehalte ervan, ook buiten de therapeutische relatie. De Werkgroep Fictieve Herinneringen heeft er, ook tegenover de commissie, voor gepleit dat therapeuten bij nieuwe herinneringen cq beschuldigingen van seksueel misbruik ook bij de huisarts, ouders, familieleden of andere naasten navraag doen naar de grondslag voor deze herinneringen en beschuldigingen²⁶⁶. De commissie is het daar niet mee eens: het zou de vertrouwelijkheid in de therapeutische relatie nadelig kunnen beïnvloeden en (feitelijke) waarheidsvinding is niet de taak van de therapeut.

6.4.1 Verklaringen aan derden

Soms vragen patiënten aan hun behandelaar om een verklaring af te geven ten bate van een aanspraak op een voorziening of financiële tegemoetkoming. De beroepsregels van de verschillende betrokken BIG-geregistreerde beroepsgroepen zijn wat dit betreft niet allemaal even duidelijk. Artsen worden geacht gebonden te zijn aan de door de beroepsgroep zelf opgestelde *Gedragsregels* met de daaraan gerelateerde *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens*. In de praktijk gelden deze regels voor alle artsen als professionele standaard. Onderdeel van deze laatste richtlijnen is de richtlijn inzake de geneeskundige verklaring. ‘Wanneer een patiënt, die een verzoek heeft, welke hij ondersteunt met argumenten van medische aard, en wanneer de instelling/persoon, die over dit verzoek te beslissen heeft en niet voldoende heeft aan de mededelingen van de patiënt zelf, een bevestiging met waardeoordeel van een arts wenst, dan wordt deze bevestiging een geneeskundige verklaring genoemd¹³⁰. Dit waardeoordeel, dat een ander doel dient dan behandeling/begeleiding, moet objectief en deskundig zijn, hetgeen inhoudt dat de geneeskundige verklaring moet worden opgesteld door een onafhankelijk arts, die deskundigheid heeft op het terrein waarop de vraagstelling zich afspeelt. De informatieverstrekken arts, zeker als hij de behandelend arts is, wordt ontraden een conclusie en/of een oordeel mee te delen. Dit is niet alleen het geval omdat de vertrouwensrelatie ernstig kan worden geschaad indien dit oordeel niet gunstig voor de aanspraken van de patiënt zou zijn, doch ook omdat dit oordeel, juist in verband met de bestaande relatie, in vrijwel alle gevallen niet geheel onbevooroordeeld kan zijn¹³⁰.

In de *Beroepscode voor psychologen* van het NIP¹⁷² staat in verband met ‘gegevensverstrekking aan derden’ (III.2.6.1): ‘de psycholoog verstrekt uit het dossier uitsluitend die gegevens aan derden die relevant zijn voor de legitieme vraagstelling van die derden en waarvoor de cliënt vooraf gericht en schriftelijk toestemming heeft verleend.’ In ander verband kan een cliënt ‘rapportage aan externe opdrachtgevers’ blokkeren. Ook de andere beroepscode hebben soortgelijke bepalingen. Maar op de vraag hoe te handelen als de cliënt zelf om een verklaring verzoekt om daarmee iets te kunnen bereiken, in een gerechtelijke procedure of een verzekeringskwestie, wordt in deze beroepscode niet ingegaan. Met name de terughoudendheid in verband met de objectiviteit van het oordeel is in de niet-medische beroepscode niet terug te vinden. De commissie bepleit dat de strekking van het hierover gestelde in de gedragsregels voor artsen, wordt overgenomen in de andere beroepscode.

6.5 Therapeuten en rechtspraak

6.5.1 *Seksueel misbruik als onrechtmatige daad of strafbaar feit*

Seksueel misbruik is een onrechtmatige daad cq strafbaar feit. Als zodanig is melding ervan in therapie niet gelijk te stellen met een herinnering aan een willekeurige andere gebeurtenis, ook niet als die negatief emotioneel geladen is of schokkend. De hulpverlener krijgt immers informatie die mogelijk een rol zou kunnen spelen in een strafrechtelijke procedure*. Volgens de WGBO zijn hulpverleners jegens hun patiënten gehouden aan het beroepsgeheim, de zwijgplicht naar ieder ander dan de patiënt. Voor bepaalde ernstige misdrijven, waaronder verkrachting, geldt echter voor burgers in het algemeen een aangifteplicht. BIG-hulpverleners zijn hiervan vrijgesteld, gekoppeld aan het wettelijk geregelde verschoningsrecht voor de rechter. Als BIG-hulpverleners door de rechter om informatie worden gevraagd over hun cliënt, dienen zij zich in het algemeen te beroepen op hun verschoningsrecht. In de praktijk blijkt dit lang niet altijd te gebeuren¹⁷³. Voor hulpverleners die niet onder de wet BIG vallen, geldt dit verschoningsrecht niet. Overigens is er discussie gaande over de reikwijdte van het verschoningsrecht in zaken rond seksueel misbruik¹⁷³. Sommige Amerikaanse auteurs stellen dat zeker hulpverleners die trauma-slachtoffers behandelen, in hun dossiervoering altijd rekening moeten houden met de mogelijkheid dat het op wettelijke gronden opgevraagd kan worden¹⁰⁶. In de Nederlandse situatie geldt, dat een dossier van een hulpverlener met een beroepsgeheim door Justitie niet in beslag genomen kan worden, behoudens zeer uitzonderlijke omstandigheden⁵¹. Dit sluit niet uit dat een dossier anderszins, bij-

* Niet voor niets heet het advies van van Koppen aan de Minister van Justitie over Aangiftes van Seksueel Misbruik na Therapie ‘Hervonden *misdrijven*’²⁵⁴.

voorbeeld met toestemming van de patiënt, in een rechtszaak wordt betrokken. Een niet adequaat bijgehouden dossier kan dan de positie van de patiënt in een rechtszaak nadelig beïnvloeden. ‘Adequaat bijgehouden’ heeft dan niet alleen betrekking op de volledigheid van het dossier, maar ook op de duiding van uitlatingen van de patiënt (in het bijzonder om te voorkomen dat aan uitlatingen die worden gedaan in een therapeutische constellatie onjuiste juridische conclusies kunnen worden verbonden).

Als er tegen de hulpverlener zelf een klacht is ingediend bij de tuchtrechter, geldt het verschoningsrecht niet. In deze context kan de BIG-therapeut er ten behoeve van zijn verweer soms niet aan ontkomen gegevens uit het dossier te gebruiken. De vraag of de behandelaar het dossier heeft bijgehouden volgens de professionele standaard is dan zeer belangrijk. Is dat niet het geval, dan wordt de bewijslast meestal bij de behandelaar gelegd. Er zijn zowel uit onderzoek als uit de praktijk van de tuchtrechtspraak vele voorbeelden bekend waarbij de kwaliteit van het dossier veel te wensen overliet².

6.5.2 *Schade aan derden*

Therapie kan de relatie met voor de patiënt belangrijke derden beïnvloeden en in therapie opgekomen herinneringen kunnen daarbij een rol spelen. Op zich rust op de therapeut niet de verantwoordelijkheid voor een bepaalde kwaliteit van een dergelijke relatie, zolang als de kwaliteit van zorg voor de patiënt verantwoord is. Wat echter als dit laatste niet het geval is of betwijfeld wordt? In het geval van een door suggestieve beïnvloeding van de therapeut opgeroepen fictieve herinnering aan sterk kwetsende of strafbare gedragingen van een derde, zoals seksueel misbruik door een gezinslid, zou men de therapeut verantwoordelijk kunnen achten, niet alleen voor ondeskundig handelen, maar ook voor schade aan derden. Dit kan eventueel tuchtrechtelijke en andere juridische consequenties hebben. De commissie heeft dit probleem onderkend, maar heeft het niet tot haar taak gerekend om daar op in te gaan.

6.5.3 *Confrontatie met (straf)rechtelijke aspecten*

Nieuwe herinneringen aan seksueel misbruik leiden soms tot aangiftes bij de politie. Als er voldoende aanwijzingen zijn voor een verdenking kan een strafzaak volgen. Een rechter mag echter alleen oordelen als hij op grond van de wettige bewijsmiddelen overtuigd is van de feiten. Onafhankelijk van de vraag of er een strafprocedure volgt kan een patiënt besluiten een civiele procedure te starten wegens onrechtmatig handelen*. Binnen het civiele recht geldt als regel dat de eiser vrij is in het te leveren bewijs, dat uiteraard wel van voldoende kwaliteit moet zijn. De eiser moet de aanklacht aannemelijk

* ex art 6: 162 Burgerlijk Wetboek

maken; de gedaagde is vrij in het leveren van tegenbewijs. De uitkomst van de strafzaak kan in zo'n civiele procedure van belang zijn omdat een strafrechtelijke veroordeling dwingend bewijs oplevert in de civiele procedure*. In beide procedures kan een eventuele behandelaar in beginsel als (getuige)deskundige worden opgeroepen, op verzoek van een van de betrokken partijen, dan wel ambtshalve door de (straf)rechter. Therapeuten kunnen daarmee als getuige in rechte dreigen te worden betrokken, vaak om argumenten te verschaffen aan het oordeel van de rechter over de betrouwbaarheid van een verklaring. Gaat het om een behandelaar van de betrokken patiënt, dan dient deze zich uiteraard in beginsel op zijn beroepsgeheim te beroepen, en voor de rechter geen verklaring af te leggen. Dit laatste is wel mogelijk als de patiënt voor het afleggen van een verklaring toestemming geeft (hoewel dit geen spreekplicht voor de behandelaar impliceert), dan wel als de behandelaar in een conflict van plichten verkeert (wanneer tegenover zijn beroepsgeheim een zwaarderwegend belang staat).

6.5.4 *Problemen in de bewijsvoering: het rapport van Van Koppen*

Midden jaren negentig werd duidelijk dat 'hervonden herinneringen' in de strafrechtelijke context voor behoorlijke complicaties kunnen zorgen. Aangiftes op basis van in therapie hervonden herinneringen blijken in de praktijk zelden te leiden tot een strafrechtelijke veroordeling. Kennelijk kunnen de feiten die de verdachte ten laste gelegd worden in dit soort zaken moeilijk wettig en overtuigend bewezen worden²⁵⁴. Voor het oordeel van de rechter is het van groot belang om te weten in welke mate na een lange tijd waarde gehecht kan worden aan de verklaringen van aangevers. De betrouwbaarheid van hun verklaring is meestal cruciaal, omdat ander bewijs – gebaseerd op directe waarneming – van het seksueel misbruik veelal ontbreekt. De andere bewijsmiddelen bestaan veelal uit verklaringen van horen zeggen (een derde verklaart dat het slachtoffer hem heeft verteld over het seksueel misbruik), dan wel uit verklaringen van derden over bijkomende zaken, zoals bijvoorbeeld het gedrag van de verdachte en/of het slachtoffer ten tijde van het vermeende seksueel misbruik. Ook de politie ziet zich bij het uitvoeren van het opsporingsonderzoek gesteld voor de vraag naar de betrouwbaarheid van de aangifte, als uitgangspunt van onderzoek.

Naar aanleiding van een aantal problematische strafrechtelijke zaken, werd in 1997 door Van Koppen een onderzoek gedaan naar zaken waarin volwassenen aangifte deden van langdurig seksueel misbruik in hun jeugd, nadat zij daarover jarenlang hadden gezwegen. De personen waarom het ging waren bovendien allen vóór hun aangifte in therapie (geweest)²⁵⁴. Het rapport acht de rol van therapie kenmerkend voor het ontstaan van 'hervonden' herinneringen. Hoewel het rapport in principe de mogelijkheid open

* ex art 161 Burgerlijke Rechtsvordering

houdt dat deze herinneringen berusten op de werkelijkheid, gaat het er vrijwel van uit dat het in deze gevallen gaat om fictieve herinneringen.

Van Koppen komt tot een schatting van het aantal beschuldigingen, aangiftes en veroordelingen. Na een stijging vanaf circa 1990 zou het in de jaren 1995/1996 gaan om ruim dertig aangiftes per jaar waarbij hervonden herinneringen een rol zouden spelen; het aantal beschuldigingen wordt geschat op circa drie maal zo groot. In de zaken die werden aangebracht bij de civiele rechter werd slechts één maal een veroordeling uitgesproken; de overige zaken strandden, veelal door gebrek aan bewijs. Geen enkele zaak waarin aangifte werd gedaan, leidde tot een strafrechtelijke veroordeling, ondanks aanzienlijke inspanningen van de zijde van de politie. Overigens lijkt in 1997 volgens Van Koppen het aantal beschuldigingen zich te stabiliseren.

Het rapport komt tot een advies over de aanpak van opsporingsonderzoeken. Zaken die, gelet op het bewijs, hoogstwaarschijnlijk niet tot een strafrechtelijke veroordeling zullen leiden, zouden zo vroeg mogelijk in het strafrechtelijk traject beëindigd moeten worden. De selectieprocedure, in de vorm van een stappenplan, houdt dus niet primair een oordeel in over het waarheidsgehalte, maar over de bewijsbaarheid van de verdenking. Het uitgangspunt daarbij is dat een aantal kenmerken van therapie zich slecht verhoudt tot de waarheidsvinding door de rechter.

De algemene conclusie van het rapport is dan ook dat bij verklaringen van aangeefsters die langdurig in therapie zijn geweest en zeggen hun herinnering aan het seksuele misbruik verdrongen te hebben, van meet af aan kan worden aangenomen dat achteraf feit en fictie niet meer gescheiden kunnen worden als er geen onafhankelijk bewijsmateriaal voorhanden is.

Hoewel deze conclusie gerechtvaardigd kan zijn als het gaat om de bewijsbaarheid van een aanklacht, schiet de geadviseerde kritische houding jegens aangeefsters/aangevers die aangifte komen doen op basis van in therapie hervonden herinneringen, te ver door als het gaat om een oordeel over de waarheid⁷⁴.

6.5.5 *Kwaliteitsbewaking: de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken*

In 1999 stelde het College van Procureurs-generaal twee ‘Aanwijzingen’ op met betrekking tot de professionele werkwijze bij de behandeling van zedendelicten: de Aanwijzing *Bejegening slachtoffers van zedendelicten* waarbij het voornamelijk ging om de belangen van de aangevers, en de Aanwijzing *Opsporing seksueel misbruik in afhankelijkheidsrelaties*. Beide Aanwijzingen werden in 2001 gewijzigd en liepen in 2003 af; het doel ervan was het opsporingsonderzoek te normeren en het handelen van politie en justitie te professionaliseren*. De impliciete doelstelling ervan was te voorkomen dat

* Staatscourant, 1999, 174 resp. 2001, 64, geldig tot 31 december 2003

personen die worden beschuldigd van seksueel misbruik al te lichtvaardig worden aangehouden. In de Aanwijzingen werd er expliciet op gewezen dat men in sommige gevallen zeer terughoudend moet zijn om een redelijk vermoeden van schuld aan te nemen op grond van een enkele aangifte.

In drie situaties is de politie voorafgaand aan het starten van een opsporingsonderzoek, met daaruit voortvloeiende aanhouding van de verdachte, verplicht een consult in te winnen van de door het College van procureurs-generaal in het leven geroepen Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken. Het gaat om aangiften die ‘aspecten vertonen die verbonden zijn met herinneringen voor het derde jaar, met ritueel misbruik en met hervonden herinneringen’. Deze expertisegroep bestaat uit klinisch psychologen en pedagogen, functieleerpsychologen en ervaren (zedes)rechercheurs. Doel van het consult is de geloofwaardigheid van de aangifte te beoordelen als grondslag voor een opsporingsonderzoek.

In juni 2001 presenteerde de Landelijke Expertisegroep haar eerste verslag, over de periode oktober 1999 tot eind 2000¹⁷³. Zij heeft in die periode 26 zaken in behandeling genomen: 12 daarvan voldeden naar het oordeel van de expertisegroep aan één van de drie genoemde criteria voor verplichte consultatie, de andere 14 betroffen facultatieve consultatie. Van de eerste 12 hadden er 8 betrekking op hervonden herinneringen.

De expertisegroep signaleert een aantal scenario’s die meermaals terugkomen bij het ontstaan van de aangiften* en zet vervolgens kritische kanttekeningen bij zowel het recherche-onderzoek (19 van de 26 zaken) als bij de hulpverlening (11 zaken)**. Bij de zaken die verband houden met hervonden herinneringen merkt de expertisegroep drie belangrijke zaken op:

- Het is haar gebleken dat bij leken veel verwarring bestaat over het begrip ‘hervonden herinnering’. Het is een aantal keren voorgekomen dat de expertisegroep van mening was dat de aangeefster*** continue herinneringen had aan seksueel misbruik en geen hervonden herinneringen. Zij merkt op dat er geen duidelijkheid is over wat er precies is te verstaan onder een ‘hervonden herinnering’.

* Genoemd worden: een ouder interpreteert (verbale of fysieke) ‘signalen’ van het kind, daarmee kan een proces van suggestie en bevestiging opgeroepen worden; reguliere therapie: in het merendeel van de zaken zijn er contacten met hulpverleners, tweederde is in therapie (geweest) op het moment dat zij aangifte doen; alternatieve therapie van therapeuten met of zonder opleiding; dromen, flasbacks; herkennen van overeenkomsten met andere slachtoffers; niet eerder aangifte willen doen, ondanks continue herinneringen.

** Bij die laatste bevatten twee dossiers zo weinig informatie dat het niet mogelijk is om tot een afgewogen oordeel te komen. In de andere 9 zaken bestaat onder andere de volgende kritiek: ongekwalificeerde behandelaars, houding ten aanzien van de cliënt is niet kritisch, kritiekloos gebruik suggestieve technieken, verregaande conclusies over de geloofwaardigheid, sturende rol bij het doen van aangifte, onvoldoende differentiële diagnostiek en beroep op verschoningsrecht

*** Het verslag gebruikt alleen de vrouwelijke vorm, omdat alle volwassenen die aangifte deden van seksueel misbruik dat op henzelf betrekking had, vrouwen waren.

- De dossiers bevatten dikwijls niet voldoende informatie : vaak geven ze geen uitsluitend over de vraag of de aangeefster in therapie is gegaan vanwege haar (al dan niet hervonden) herinneringen of dat deze herinneringen in de loop van de therapie naar boven zijn gekomen. Het bevat meestal niet voldoende informatie over de aard van de klachten die de aangeefster bij het intakegesprek naar voren heeft gebracht en bovendien wordt uit het dossier zelden duidelijk wat de inhoud is van de (eventuele) therapie.
- Het is meerdere keren voorgekomen dat hulpverleners weigeren informatie te verstrekken aan de politie, ondanks het feit dat de aangeefster hiervoor toestemming heeft gegeven.

6.5.6 *De positie van de therapeut in rechte: getuige en deskundige*

Voor het oordeel in een rechtsgeschil kan het nodig zijn te beschikken over het oordeel van een deskundige. Therapeuten kunnen als zodanig worden gevraagd of opgeroepen. In het strafrecht is het onderscheid tussen een getuige en een deskundige van belang. Een deskundige doet mededeling van zijn ‘gevoelens betreffende hetgeen zijn wetenschap hem leert omtrent datgene wat aan zijn oordeel onderworpen is’, een getuige moet zich beperken tot ‘mededelingen van feiten en omstandigheden, welke hij zelf waargenomen of ondervonden heeft’. Dit op het eerste gezicht duidelijke onderscheid blijkt bij nader inzien echter toch minder scherp: de deskundige heeft immers soms voor het vormen van een oordeel waarnemingen nodig. Daarom kán een deskundige in voorkomende gevallen worden beëdigd als getuige-deskundige. De deskundige dient zich te baseren op de stand van wetenschap, rekening houdend met alle erkende theorieën en scholen daarin. Subjectieve oordelen en veronderstellingen, of buiten de gestelde vragen liggende mededelingen of beschouwingen horen niet in een deskundigenrapport thuis

140

De betrouwbaarheid van een verklaring is nu juist het punt dat in zaken rond hervonden herinneringen van groot belang is, zij het dat het daarbij vaak gaat om een verklaring van de beschuldigende partij. De commissie onderschrijft dat een therapeut – zonder externe evidentie – geen uitspraak kan doen over de betrouwbaarheid van een verklaring. Wel kan een uitspraak mogelijk zijn over omstandigheden die in het algemeen invloed hebben op de betrouwbaarheid van herinneringen.

Soms wordt een behandelend therapeut als getuige-deskundige opgeroepen. Voor hulpverleners met een beroepsgeheim en (dientengevolge) een verschoningsrecht is de positie dan redelijk duidelijk: een behandelaar dient af te zien van verklaringen omtrent een van zijn patiënten en als getuige dient hij zich te beroepen op zijn verschoningsrecht omtrent alles wat hem in de uitoefening van zijn beroep ter ore is gekomen. Anders ligt het echter bij niet BIG-geregistreerde beroepsbeoefenarengroepen. Deze hebben immers

geen verschoningsrecht en voelen zich ook niet per sé gebonden aan de regel inzake de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van een verklaring. Bovendien baseren deskundigen uit deze beroepsgroepen zich lang niet allemaal op de stand van wetenschap.

Het rapport van Van Koppen stelt voor om in alle situaties waarbij ‘verdrongen’ herinneringen een rol spelen, de therapeut als getuige op te roepen. Om twee redenen is het de vraag of dit verstandig is. De eerste reden is dat een rol als getuige kan interfereren met de therapeutische relatie. Niet meewerken kan door de patiënt immers als een gebrek aan steun worden opgevat. De tweede reden is dat door wel mee te werken de therapeut een bijdrage levert aan de juridische waarheidsvinding, hetgeen niet de inzet van het therapeutisch handelen kan zijn. De therapie dient slechts ter behandeling van de stoornissen en niet van de herinneringen. De vraag of de patiënt de waarheid spreekt kan een rol spelen binnen de therapie, maar dan niet vanwege de daarin besloten waarheidsaanspraken.

6.6 Richtlijnen

6.6.1 Richtlijnen in het buitenland

Verschillende buitenlandse beroepsverenigingen hebben, meest tussen 1993 en 1998, richtlijnen of standpuntbepalingen geformuleerd over wetenschappelijke, klinische en forensische aspecten van situaties waarin hervonden of fictieve herinneringen aan seksueel misbruik een rol kunnen spelen*. Er zijn er echter ook waarbij een poging daartoe is gestrand in interne controversen**. Ook hebben verschillende individuele klinische onderzoekers voorstellen gedaan voor aanbevelingen voor de praktijk en klinische richtlijnen⁵⁷, ook in Nederland²⁴⁴.

Grunberg analyseerde in 1997 de beschikbare standpuntbepalingen en richtlijnen van 10 professionele organisaties op de thema's die daarin behandeld worden¹⁰⁶. Zij kwam tot de volgende indeling (zie ook bijlage C):

- gespecialiseerde kennis en vaardigheden (in alle 10)
- de noodzaak om verschillende diagnoses te overwegen (6 maal)
- voorzichtigheid in het gebruik van technieken om het geheugen te faciliteren (9 maal)
- emotionele competentie (3 maal)

* De American Psychiatric Association⁶ in 1993, de American Medical Association⁵⁵, de Australian Psychological Society^{55,153} en de American Society of Clinical Hypnosis¹⁰⁸ in 1994, de British Psychological Society²⁷⁸ in 1995, de Canadian Psychological Association⁶⁰ en de Canadian Psychiatric Association¹⁸ in 1996 en de International Society for Traumatic Stress Studies in 1997¹.

** De American Psychological Association²⁷⁷ en the Royal College of Psychiatrists^{27,211} van het Verenigd Koninkrijk. Deze brachten alleen een minderheidsrapport uit, in respectievelijk 1996 en 1997.

- objectiviteit/neutraliteit in de forensische context (2 maal)
- dossiervoering (4 maal)
- *informed consent* (5 maal)
- daderconfrontatie/aanklacht (7 maal)
- bewust zijn van persoonlijke overtuigingen (7 maal)

De standpuntbepalingen van vier professionele organisaties* zijn opgenomen in overzichten van Courtois⁵⁷. Zij concludeert dat ze tot vergelijkbare resultaten komen en dat de aanbevelingen in dezelfde richting wijzen, hoewel sommige bevindingen beïnvloed zijn door *bias* en heersende opvattingen in de betrokken beroepsgroep. De formulering van de afzonderlijke *statements* geven een idee van het gewicht en de gevoeligheid van bepaalde thema's voor een bepaalde beroepsgroep op dat moment.

De vóór 1999 gepubliceerde voorstellen voor klinische richtlijnen zijn door Courtois samengevat. Op basis daarvan komt zij tot 19 aanbevelingen over algemene thema's die een rol spelen in therapie en over specifieke thema's met betrekking tot het geheugen (zie bijlage C). Al met al gaat het erom dat behandelaars er naar streven om herinneringen aan of vermoedens van seksueel misbruik noch te suggereren noch te onderdrukken; zij moeten praktiseren vanuit een standpunt van 'ondersteunende neutraliteit' met betrekking tot de feitelijke accuraatheid van de herinneringen, vooral als ze hervonden zijn of onduidelijk. Therapeuten dienen het hervinden van herinneringen niet gelijk te stellen aan herstel van de patiënt, ze moeten zich richten op het verbeteren van het algehele klinische beeld en functioneren van de patiënt en de therapie slechts terughoudend en alleen als het nodig is richten op de traumatische herinneringen.

Naast genoemde positieve richtlijnen is ook een overzicht van belang van situaties die tot extra voorzichtigheid nopen met betrekking tot de beoordeling van de validiteit van (hervonden) herinneringen aan seksueel misbruik, zoals opgenomen in het boek van Brown ea⁴³ (zie bijlage C).

6.6.2 De Nederlandse situatie

In Nederland is geen enkele beroepsgroep toegekomen aan richtlijnen of een *statement*. Er zijn hiervoor verschillende verklaringen mogelijk, maar de meeste daarvan speelden ook in het buitenland een rol. Te denken valt aan het gebrek aan overduidelijke evidentie en de betrokkenheid van verschillende beroepsgroepen en -verenigingen: de eigen expertise en autonomie dreigen belangrijker te zijn dan de evidentie. Sommigen veron-

* namelijk die van de American Psychiatric Association, de American Psychological Association, de British Psychological Society en de Royal College of Psychiatrists

derstellen dat verenigingen in de VS sneller tot uitspraken zijn gekomen door verzekeringstechnische kwesties en juridische procedures.

Maar de Nederlandse context was er niet naar. Binnen de betrokken beroepsgroepen werd de directe relatie tussen seksueel trauma en latere klachten zeer verschillend beoordeeld en ook liepen de opvattingen over therapeutische methoden sterk uiteen. De hoofdrolspelers raakten zo sterk gepolariseerd dat consensus niet mogelijk leek en misschien zelfs niet is gezocht. Van verschillende kanten is er op aangedrongen dat de betrokken beroepsgroepen zich alsnog zouden uitspreken en zo mogelijk tot richtlijnen komen^{171,208,268}.

De enige in Nederland verschenen aanbevelingen die aandacht besteden aan hervonden herinneringen aan traumatische ervaringen zijn die van Van der Hart en Nijenhuis^{243,244}, ze zijn vooral gericht op de behandeling van (vermoedelijk) getraumatiseerde patiënten met dissociatieve stoornissen (zie bijlage C).

6.6.3 *Nederlandse richtlijnen gewenst*

De commissie is van oordeel dat de huidige stand van wetenschap in zoverre voldoende aanknopingspunten biedt, dat er uitspraken gedaan kunnen worden over mogelijkheden en risico's van het omgaan met herinneringen aan traumatische ervaringen in de jeugd in een therapeutische behandeling. Zij acht dit ook gewenst en is van mening dat de beroepsverenigingen van BIG-erkende beroepen op dit gebied het voortouw dienen te nemen. Om redenen van praktisch en maatschappelijk belang zouden richtlijnen als directe focus kunnen hebben 'herinneringen, verhalen en vermoedens van seksueel misbruik in de jeugd bij de behandeling van volwassenen'. Het belang ervan is echter breder. Het gaat ook om andere traumatische ervaringen, zeker als daar een dader of schuldige bij betrokken is. Maar belangrijker nog is het omgaan met de implicaties die de huidige kennis over het functioneren van het geheugen heeft voor het omgaan met herinneringen in therapie of andere beroepsmatige contacten.

Richtlijnen dienen voort te bouwen op algemene kwaliteitseisen zoals die voortvloeien uit de WGBO, de Wet BIG en de Kwaliteitswet voor instellingen in de gezondheidszorg*. Deze betreffen onder meer het handelen volgens de professionele standaard, verslaglegging, de plicht om op de hoogte te blijven van ontwikkelingen in het vakgebied, de organisatie van de zorg en toetsingsprocedures. De wetgever laat het primair aan de beroepsverenigingen over om een en ander concreet in te vullen, onder andere door het opstellen van richtlijnen. De professionele standaard kan meer dan één methode

* Onder een instelling valt elk organisatorisch verband van meer dan één beroepsbeoefenaar, mits in nevenschikking wordt samengewerkt, dus ook bijvoorbeeld een maatschap van behandelaars of een groepspraktijk. Door verwijzingen over en weer zijn de kwaliteitseisen voor behandelaars in instellingen in feite ook geldend voor solistisch werkende hulpverleners.

van diagnose en behandeling omvatten, als deze tenminste in de kring van wetenschap en/of beroepsuitoefening erkenning hebben gevonden¹⁴⁰. Cruciaal is het kunnen verantwoorden van het professioneel handelen en het streven naar *evidence-based* behandelen. Dit houdt in dat de behandelaar op de hoogte is van en rekening houdt met de best beschikbare kennis met betrekking tot zijn werkerrein. Lang niet altijd zijn hiervoor eenduidige uitkomsten beschikbaar van uitvoerig empirisch onderzoek of *random clinical trials*. Soms zijn geaggregeerde aanwijzingen of juist onderbouwde reserve met betrekking tot een theorie het best beschikbare. Maar een behandelaar is verplicht zich op de hoogte te stellen van belangrijke wetenschappelijke vorderingen op zijn vakgebied en een kritische houding te hebben met betrekking tot gehanteerde theorieën en verklaringen. In verschillende onderzoeken zijn bij een deel van de behandelaars tekorten hierin geconstateerd.

De commissie is van mening dat beroepsgroepen, voortbouwend op deze algemene eisen, een aantal specifieke kwaliteitsvoorwaarden dienen te expliciteren en te bevorderen, ondermeer met betrekking tot de noodzakelijke kennis, diagnostiek en behandeling, dossiervoering, de therapeutische houding en een mogelijke justitiële context.

Conclusies en aanbevelingen

Het is volgens de commissie zinvol om onderscheid te maken tussen een wetenschappelijke benadering van fenomenen als hervonden herinneringen en fictieve herinneringen, het omgaan met herinneringen in therapie en de mogelijke juridische implicaties. De wetenschapper moet de grenzen van het weten aangeven, de therapeut de grenzen van verantwoord handelen, de rechter de feitelijke verantwoording voor de toegewezen eis of bewezen verklaring.

7.1 De stand van wetenschap

7.1.1 *Conclusies over de stand van wetenschap*

Vergeten, het ontoegankelijk raken of niet kunnen ophalen van een herinnering, komt voor in soorten en gradaties. Soms ligt het aan de *cues*, soms aan het onvoldoende oproepen en opnieuw vastleggen, soms aan andere processen die het onmogelijk maken dat men zich een herinnering bewust wordt. Willen vergeten kan invloed hebben op de mogelijkheid om zich iets te herinneren. Aan de andere kant zijn er herinneringen die men niet kan vergeten, hoezeer men ook zou willen. Ook als een herinnering toegankelijk is, kan het om allerlei redenen of door allerlei oorzaken onmogelijk zijn om hem bewust te ervaren, te verwoorden of als autobiografisch element in het levensverhaal op te nemen. Het is dan ook moeilijk te interpreteren als iemand zegt dat hij zich iets niet herinnert of vergeten is.

De wetenschappelijke kennis op het gebied van het geheugen biedt steun aan het verschijnsel van een verstoorde geheugenfunctie onder grote stress, maar geeft geen uitsluitsel over de rol van specifieke mechanismen daarbij. Belangrijke emotionele dan wel traumatische ervaringen worden, zeker op onderdelen, sterker opgeslagen dan gewone ervaringen. Ze worden daardoor in het algemeen goed, zij het soms fragmentarisch, herinnerd. Het is echter aannemelijk dat ook zij geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of contextafhankelijk, ontoegankelijk kunnen raken. Het onderscheid tussen niet vertellen, niet willen herinneren en niet kunnen herinneren is in de praktijk niet altijd scherp te maken. Als het gaat om de wetenschappelijke analyse van geheugenprocessen is het onderscheid van groot belang.

Uit divers onderzoek blijkt dat het mogelijk is fictieve autobiografische herinneringen te ervaren en op te roepen, ook aan ingrijpende gebeurtenissen. Er zijn omstandigheden waarin de kans hierop groter is dan gemiddeld: vooral bij een combinatie van bepaalde persoonlijkheidskenmerken of psychiatrische stoornissen en suggestieve beïnvloeding door een belangrijk persoon.

Autobiografische herinneringen zijn per definitie subjectieve verschijnselen. Kenmerken als authenticiteit, helderheid, zintuiglijkheid, gedetailleerdheid en begeleidend lichamelijke reacties kunnen mogelijk op groepsniveau wél, maar op individueel niveau níet gehanteerd worden als aanwijzing voor de objectieve betrouwbaarheid of accuraatheid. Dit geldt ook voor de ervaring van een hervonden herinnering, flashbacks, toestand-afhankelijke herinneringen of nog andersvormige herinneringen in bepaalde patiëntengroepen of bepaalde situaties.

Aanwijzingen voor het maken van een onderscheid tussen hervonden (feitelijk ware) en fictieve herinneringen zijn gelegen in aantoonbare feiten. Gedegen klinisch diagnostisch en gestandaardiseerd psychologisch onderzoek en, in de toekomst, functioneel beeldvormend onderzoek kunnen wellicht gevalideerd worden met aantoonbare feiten. Het valt voorlopig niet te bezien of klinische en diagnostische aanwijzingen ooit in de plaats zouden kunnen komen van objectieve bewijsvoering.

De huidige wetenschappelijke kennis op het gebied van het geheugen biedt geen empirische basis aan enkele in de kliniek opgekomen hypothesen met betrekking tot de controle over traumatische herinneringen, maar kan ook niet alle in de kliniek waargenomen verschijnselen verklaren.

Steeds meer worden de beperkingen van retrospectief onderzoek duidelijk, zeker als het gaat om het verband tussen zelfgerapporteerde gebeurtenissen en latere symptomen of verschijnselen. Er zijn belangrijke vragen te stellen over de stabiliteit en betekenis van dergelijke meldingen. Bij onderzoek naar correlatie tussen vroegere gebeurtenissen en latere verschijnselen, dient hiermee rekening gehouden te worden. Longitudinaal, prospectief onderzoek kan dit voor een deel ondervangen.

Ook wat betreft het vóórkomen van seksueel misbruik zijn in Nederland op populatieniveau voornamelijk retrospectieve en zelfgerapporteerde cijfers beschikbaar, alleen betrekking hebbend op meisjes.

7.1.2 *Aanbevelingen voor nader onderzoek*

In het geheugenonderzoek is behoefte aan samenwerking tussen experimenteel en klinisch wetenschappelijk onderzoek. Hierbij kunnen bijvoorbeeld de klinische verschijningsvormen van geheugenstoornissen gerelateerd worden aan objectief vaststelbare geheugenfuncties. Een belangrijk thema is de relatie tussen trauma en geheugenfuncties. In dat kader is het gewenst tests of andere methoden van onderzoek te ontwikkelen die het maken van een onderscheid tussen ware, fictieve en gesimuleerde herinneringen en de daaraan gerelateerde psychopathologie kunnen onderbouwen.

Om inzicht te krijgen in de stabiliteit van herinneringen is meer aandacht nodig voor prospectief onderzoek, uitgaande van onderbouwde indexgebeurtenissen.

Er is prospectief longitudinaal populatieonderzoek nodig om goed inzicht te krijgen in het feitelijk voorkomen van seksueel misbruik in Nederland, zowel bij jongens als bij meisjes. Dergelijk onderzoek kan ook meer inzicht geven in patronen van (non)-rapportage en in de gevolgen van traumatische ervaringen in de jeugd, waaronder die voor geheugenfuncties.

7.2 **Het therapeutisch handelen**

7.2.1 *Conclusies over het therapeutisch handelen*

Seksueel misbruik en andere traumatische ervaringen in de jeugd zijn belangrijke en veel voorkomende risicofactoren voor allerlei psychische problematiek en psychopathologie bij volwassenen. De relatie is niet specifiek en niet dwingend. Optreden en aard van de latere problemen zijn van vele andere factoren afhankelijk.

Er is alle reden om in de hulpverlening alert te zijn op aanwijzingen voor een rol van bekende risicofactoren voor huidige psychische problematiek, inclusief eventuele moeilijk bespreekbare traumatische jeugdervaringen. Ook is het mogelijk – en in de klinische praktijk wordt dat veelvuldig gedaan – om op grond van de aanwezigheid van bepaalde (combinaties van) symptomen hypothesen te vormen over de mogelijke voorgeschiedenis of ontstaanswijze. Het is echter onmogelijk om louter op grond van een klinisch beeld tot een aanname te komen of conclusies te trekken over de rol van bepaalde risicofactoren, zoals de aanwezigheid van specifieke traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis van een patiënt.

Aandachtspunten voor het opstellen van richtlijnen voor behandelaars/therapeuten over het omgaan met herinneringen aan traumatische ervaringen in de jeugd.

a) Algemeen

Behandelaars die zich bezighouden met vormen van psychotherapie dienen zich te houden aan de door de beroepsvereniging opgestelde kwaliteitseisen en richtlijnen.

b) Noodzakelijke kennis

Behandelaars die zich bezighouden met vormen van psychotherapie dienen voldoende kennis te hebben over:

- het vóórkomen, de ernst en de impact van traumatische ervaringen in de jeugd, waaronder seksueel misbruik
- de relatie tussen potentieel traumatiserende gebeurtenissen en psychopathologie
- de stand van wetenschap over het geheugen, inclusief de kennis over de invloed van angst en stress op het geheugen
- de huidige kennis over mechanismen die het ophalen van herinneringen bemoeilijken
- de huidige kennis over factoren die het oproepen van fictieve (elementen in) herinneringen bevorderen, inclusief de kenmerken van suggestieve procedures
- de huidige kennis over persoonskenmerken, stoornissen en omstandigheden die iemand meer dan gemiddeld kwetsbaar maken voor suggestieve beïnvloeding.

c) Diagnostiek en behandeling

- Behandelaars dienen er op bedacht te zijn dat het verhaal van de patiënt beoordeeld moet worden op zijn huidige betekenis voor de patiënt.
- Bij anamnese en diagnostiek dient mede gebruik gemaakt te worden van de relevante beschikbare gevalideerde vragenlijsten/instrumenten.*
- Als een patiënt, desgevraagd, geen seksueel misbruik meldt, dient deze mogelijkheid niet actief geëxploreerd te worden.
- Het therapeutisch handelen dient door een diagnose te worden onderbouwd en een omschreven doel dienen.
- Behandelaars dienen zich bewust te zijn van de grenzen van de werkzaamheid van een methode en van eventuele contra-indicaties.
- Behandelaars dienen in relatie tot het ophalen van herinneringen suggestieve procedures zoveel mogelijk te vermijden.

* zoals bijvoorbeeld opgenomen in het NIP-boek *Tests en testgebruik*, waarin meetpretentie en psychometrische kenmerken van tests staan vermeld.

Elke vorm van therapie stimuleert herinneringen en draagt bij aan herinterpretatie ervan; het gaat daarbij meestal om de betekenis van (deels) herinnerde feiten. Wat herinneringen stimuleert, kan ook vertekening van herinneringen of opkomen van ‘nieuwe’ herinneringen stimuleren. Therapie kan zowel het hervinden (toegankelijk worden) van ware herinneringen als het opkomen van fictieve herinneringen faciliteren.

Hulpvrager en hulpverlener maken beide deel uit van de sociaal-culturele tijdgeest van het moment. Deze is van invloed op alles wat in de interactie tussen hen besproken wordt, maar kan geen aanwijzing geven over het waarheidsgehalte van individuele herinneringen. Verhalen over en ontkenningen van seksueel misbruik en andere traumatische gebeurtenissen hebben een functie; als zodanig kunnen zij ook gericht zijn op of beïnvloed worden door concreet eigenbelang.

Een suggestieve werkwijze van de therapeut als de patiënt herinneringen ophaalt, vormt door haar sturende werking een duidelijk risico voor het ontstaan van fictieve herinneringen met een aan de suggestie gerelateerde inhoud; deze kunnen ook traumatische ervaringen betreffen die de huidige problemen moeten verklaren. Het risico is groter bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken, bij therapeuten met een sterke overtuiging(skracht), bij vage herinneringen en moeilijk verklaarbare klachten en wordt versterkt door het gebruik van bepaalde methoden om herinneringen te stimuleren.

De stand van wetenschap over het functioneren van het geheugen met betrekking tot traumatische ervaringen heeft implicaties voor de klinische praktijk, maar dringt daar onvoldoende in door. Inzichten op dit gebied zijn ook van belang voor het handelen van andere dan de BIG-geregistreerde beroepsgroepen, zoals maatschappelijk werkenden en andere psychosociale hulpverleners en, als het gaat om een ‘kans op het berokkenen van schade’, ook voor alternatieve therapeuten.

7.2.2 *Aanbevelingen met betrekking tot het therapeutisch handelen*

De belangrijkste aanbevelingen van de commissie komen voort uit de constatering dat de nieuwe inzichten uit het geheugenonderzoek en hun consequenties voor het therapeutisch handelen onvoldoende doordringen in dat handelen. De commissie adviseert de minister om de beroepsverenigingen van BIG-geregistreerde beroepsgroepen die zich bezighouden met psychotherapie aan te spreken op hun verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. In dat kader dienen zij gezamenlijk richtlijnen op te stellen dan wel op andere wijze een standpunt te bepalen over de consequenties van het moderne geheugenonderzoek voor het therapeutisch handelen in het algemeen en de redenen en risico's van het omgaan met herinneringen aan traumatische ervaringen in de jeugd in een therapeutische behandeling in het bijzonder. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut van Psychologen en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

- Behandelaars dienen terughoudend te zijn met methoden die niet gedragen worden door wetenschappelijke onderbouwing of klinische ervaring.
- Methoden die, uitgaande van bepaalde emoties, de exploratie van daarbij passende, maar niet bewuste herinneringen extra stimuleren, dienen terughoudend te worden toegepast. Dit geldt temeer als daarbij technieken worden gebruikt die ook een beroep doen op fantasie en voorstellingsvermogen of de drempel voor suggestie verlagen. Voorbeelden hiervan zijn hypnose, droominterpretatie, geleide fantasie en bepaalde schrijfp opdrachten. Dergelijke methoden dienen slechts onder speciale voorzorgen gebruikt te worden, zoals het vooraf vaststellen van de beïnvloedbaarheid van de patiënt voor suggestie door middel van daartoe ontwikkelde instrumenten. Als deze technieken met een ander doel worden gebruikt, dient de patiënt goed over de implicaties ervan voor het opkomen van herinneringen te worden voorgelicht; eventueel kunnen dezelfde voorzorgen worden overwogen.

d) Kwaliteit van voorlichting en psycho-educatie

- Behandelaars dienen, conform de WGBO, de patiënt tijdig en vóór aanvang van de behandeling voor te lichten over doel, voordelen en nadelen van de psychotherapeutische behandeling. Ook in het kader van psycho-educatie dient de patiënt voorgelicht te worden over de status van herinneringen en over de wijze waarop en het doel waarmee in therapie met herinneringen wordt omgegaan.
- Bij het gebruik van methoden die niet alleen het ophalen van herinneringen stimuleren, maar ook een beroep doen op fantasie en voorstellingsvermogen of die de drempel voor suggestie verlagen, dient de therapeut rekening te houden met het feit dat hiermee evenzeer het opkomen van echte als van fictieve herinneringen gestimuleerd wordt; hij dient de patiënt er op te wijzen dat ook uit de hiermee opgekomen herinneringen geen conclusies mogen worden verbonden over de feitelijke ervan.
- Therapie beoogt geen waarheidsvinding en behandelaars dienen zich van uitspraken over de feitelijke betrouwbaarheid van specifieke herinneringen te onthouden. Bij opgekomen herinneringen aan mogelijk onrechtmatige daden en strafbare feiten, dient de behandelaar de relatie tussen therapeutische en juridische processen zo enigszins mogelijk aan de orde te stellen in zijn gesprek met de patiënt.

e) Therapeutische houding

- Behandelaars dienen zich bewust te zijn van de grenzen van hun weten en kunnen. Ze moeten onderscheid kunnen maken tussen kennis en persoonlijke overtuiging, en tussen de objectieve onderbouwing en de metaforische waarde van een theoretisch kader.
- Het hoort tot de professionele competentie om, ook bij patiënten met herinneringen aan ernstig traumatiserende ervaringen, emotionele distantie te bewaren.
- Met betrekking tot de waarheidsvraag dienen therapeuten het uitgangspunt van principiële neutraliteit met hun patiënten te bespreken op een zodanige wijze dat deze empathie tot de psychische problematiek en de behandeling niet in de weg staat.

De commissie is van oordeel dat bij het opstellen van een standpuntbepaling dan wel richtlijnen een aantal specifieke punten van belang is. De meeste van deze punten vloeien direct voort uit algemene kwaliteitseisen, maar behoeven in dit verband extra bevestiging. Zij staan puntsgewijs opgenomen in een apart kader in deze paragraaf.

Vanwege de implicaties voor andere beroepsgroepen doet de commissie de minister de aanbeveling een gericht disseminatiebeleid te voeren met betrekking tot dit advies en het ter bespreking en implementatie voor te leggen aan diverse betrokken groeperingen. Naar haar mening komen in ieder geval de volgende partijen hiervoor in aanmerking: de beroepsverenigingen en de verschillende opleidingsinstellingen van paramedische en niet BIG-geregistreerde beroepsgroepen die zich bezighouden met (aspecten van) therapeutische of psychosociale hulpverlening. Zij geeft in overweging ook verenigingen van alternatieve hulpverleners te wijzen op de implicaties van de in dit advies neergelegde kennis en overwegingen.

De commissie adviseert te bevorderen dat beroepsverenigingen voor patiënten gerichte, passende en begrijpelijke informatie ontwikkelen over diverse vormen van psychotherapie. Zij denkt daarbij aan een soort psychotherapie-bijsluiters. Deze zouden ook een rol kunnen spelen in de *informed-consent* procedure.

De commissie is van mening dat instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, voor maatschappelijke en voor psychosociale opvang ook in hun aanstellingsbeleid verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit van de geboden hulp. Ook al is psychotherapie geen voorbehouden handeling, zij dienen er zorg voor te dragen dat de kwaliteit van de hulpverleners de kans op het aanbrengen van schade zo klein mogelijk maakt. Dat betekent dat er adequate eisen gesteld worden aan de opleiding, werkervaring, praktijkvoering en bijscholing van de medewerkers.

Verzekeringsmaatschappijen dienen voldoende kwaliteitsvoorwaarden te stellen aan de opleiding en beroepsuitoefening van de therapeuten wier hulp zij vergoeden, zowel in de reguliere als in de alternatieve hulpverlening, om eventuele nadelige effecten zo veel mogelijk te voorkomen.

Alle BIG-geregistreerde beroepsgroepen dienen gelijkelijk terughoudend te zijn bij het geven van verklaringen op verzoek van de patiënt ten bate van een aanspraak op een voorziening of financiële tegemoetkoming. Voor zover dat niet expliciet in de beroepscode van een beroepsgroep staat vermeld, dient dat alsnog te worden opgenomen.

- Een therapeutische houding eist veel van de professionaliteit van de behandelaar. Intervisie is een methode om te constateren welke problemen zich hierbij kunnen voordoen, en om behulpzaam te zijn bij het omgaan ermee. Zeker in gevallen waarin sprake is van tijdens de therapie opkomende herinneringen aan seksueel misbruik of als het verhaal van de patiënt grote overeenkomsten vertoont met vroegere of huidige ervaringen van de hulpverlener, dient deelname van de therapeut aan intervisie vanzelfsprekend te zijn; instellingen dienen dit in hun kwaliteitsbeleid op te nemen.

f) Dossiervoering

- De dossiervoering dient - meer dan tot nu toe gebruikelijk is - de mogelijkheid te geven om verantwoording af te leggen over het therapeutisch handelen.
- Behandelaars dienen de uitkomsten uit diagnostisch onderzoek en anamnese vast te leggen.
- Ook belangrijke interventies en ontwikkelingen in de therapie dienen te worden genoteerd, met een zorgvuldig onderscheid tussen de inbreng van de patiënt en die van de therapeut.
- Gebruik van speciale technieken dient te worden genoteerd, inclusief de uitkomsten uit vooronderzoek.

g) Juridische context

- Meldingen in therapie van seksueel misbruik kunnen een onrechtmatige daad cq strafbaar feit betreffen en kunnen daardoor ook relevant worden in civiel- of strafrechtelijke procedures. Een behandelaar moet zich hiervan bewust te zijn en voldoende kennis te hebben van de mogelijke consequenties hiervan. Het is wenselijk om deze met de patiënt te bespreken en zo mogelijk afspraken te maken over hoe hiermee om te gaan.
- Een hulpverlener dient de patiënt te informeren over het feit dat in bepaalde situaties strijdigheid kan ontstaan tussen therapie en rechtspraak, dat een therapeut principieel neutraal dient te blijven in een juridische procedure en dat soms het samengaan van therapie en een juridische procedure niet wenselijk is. Het is wenselijk dat patiënt en hulpverlener tot overeenstemming komen over de te kiezen handelwijze; in laatste instantie is de hulpverlener altijd verantwoordelijk voor zijn eigen handelwijze.
- Een behandelend psychotherapeut heeft geen taak in de juridische waarheidsvinding, en dient zich – zowel op wetenschappelijke gronden als om redenen van beroepsethiek - te onthouden van uitspraken over de betrouwbaarheid van de verklaring van een patiënt. De commissie acht het niet wenselijk dat de behandelend therapeut in het kader van de behandeling familieleden of andere betrokkenen hoort om zich een oordeel te vormen over de feitelijke grondslag van de herinneringen van de patiënt.
- Als een BIG-geregistreerde behandelaar in verband met een juridische procedure om informatie wordt verzocht, dient hij zich te beroepen op zijn verschoningsrecht. Als de patiënt toestemming heeft gegeven om informatie te verschaffen, kan hij van dat recht afzien, maar hij dient zich dan te beperken tot feitelijke informatie en eigen waarnemingen. Dit laatste geldt ook voor hulpverleners zonder verschoningsrecht.

7.3 Juridische aspecten

7.3.1 *Conclusies over juridische aspecten*

In de juridische context zijn de feiten inzet van het besluitvormingsproces. In het civiele proces moeten de verweten feiten in rechte aannemelijk worden gemaakt. Bij de strafrechtelijke procedure gelden hardere criteria: verweten feiten moeten dan wettig en overtuigend bewezen worden. Verklaringen van deskundigen inzake psychotherapeutische behandelingen, gebaseerd op therapeutisch inzicht mét de daarbij behorende speculaties en onzekerheden, kunnen daartoe bijdragen. Noch de beperkte stand van wetenschap, noch het klinisch inzicht kunnen echter uitsluitel geven over wat er in een bepaald geval feitelijk is voorgevallen. Omgekeerd kan veroordeling dan wel vrijspraak door de rechter ook nooit de toets zijn voor wetenschappelijke theorieën.

Vanuit de juridische praktijk is er behoefte aan toetsbare criteria. Het risico bestaat dat geheugentheoretische overwegingen tot in het extreme worden doorgetrokken, alsof er geen herinneringen en feiten bestaan, alleen maar een verhaal. Dit zou er toe kunnen leiden, dat bij de civiele rechter ingestelde vorderingen tot schadevergoeding worden afgewezen respectievelijk bij de strafrechter aanhangig gemaakte zaken over bepaalde soorten misdrijven wegens gebrek aan voldoende kwalitatief bewijs vaker resulteren in een vrijspraak. In de meeste gevallen bevat echter de melding van mensen over feiten wel degelijk bruikbare informatie. Algemeen geldende criteria om zonder externe evidentie het werkelijkheidsgehalte van vermelde feiten te bepalen, zijn er echter niet.

7.3.2 *Aanbevelingen over juridische aspecten*

Vanuit het juridische apparaat dient er mee rekening gehouden te worden dat de behandelend therapeut geen taak heeft in de juridische waarheidsvinding en dat hij zich, indien hij in verband met een juridische procedure om informatie wordt verzocht, dient te onthouden van een waardeoordeel.

Als het oordeel van een therapeut als extern (forensisch) deskundige gewenst is, verdient het aanbeveling om in ieder geval een onafhankelijke deskundige uit één van de BIG-geregistreerde beroepsgroepen op dit gebied uit te nodigen, eventueel naast een deskundige uit de specifieke richting van de behandelend therapeut, indien het een niet-BIG-geregistreerde beroepsgroep of alternatieve therapeutische richting betreft.

Een aantal overwegingen en conclusies die betrekking hebben op het contact tussen hulpverlener/behandelaar en patiënt geldt ook voor contacten in andere situaties, zoals bij diverse vormen van maatschappelijke opvang en bij ondervraging door politiefunc-

tionarissen. De commissie geeft de minister in overweging om dit advies ook in die kringen bekend te maken.

7.4 Tot slot

Wetenschap, kliniek en rechtspraak hanteren het begrip waarheid verschillend. Als het in de experimentele psychologie al gebruikt wordt, heeft het de zeer beperkte connotatie van de gecontroleerde situatie en manipuleerbare gebeurtenissen binnen de onderzoeksofstelling. In therapie gaat het veelal om wat men wel noemt de ‘narratieve’ waarheid van de patiënt, de authentieke beleving van het verleden op dit moment. In de rechtspraak gaat het om de objectief aantoonbare gebeurtenissen, de feitelijke waarheid. Een ongedifferentieerd gebruik van het begrip kan – zo is in het verleden maar al te vaak gebleken – voor grote verwarring en verwijten zorgen.

Het therapeutisch interpretatiekader heeft wetenschappelijk gezien het karakter van een hypothese, maar binnen een therapie het karakter van een uitgangspunt. De stand van empirische wetenschap loopt veelal achter op de klinische hypothesevorming en is voor een therapie een te beperkte basis. Voor geheugenonderzoekers is essentieel óf bepaalde fenomenen kunnen optreden. Als in experimenteel onderzoek blijkt dat fictieve herinneringen mogelijk zijn, heeft dat als gegeven betekenis voor de therapeutische situatie. De specifieke rol van therapie is voor de wetenschap vooral interessant vanwege methoden of omstandigheden waardoor herinneringen die eerst niet toegankelijk waren voor relevante *cues*, dat wel worden. In therapie daarentegen gaat het om de interpretatie van het geheel van klachten van een patiënt en om methoden die de klachten verminderen. Empirische kennis is ook niet zonder meer bruikbaar in de praktijk: zo geeft in onderzoek een geleidelijk exploratie van herinneringen meer aanleiding tot de constructie van fictieve herinneringen, maar in therapie kan een snelle exploratie ongewenst geacht worden vanwege risico's op suicidaliteit of decompensatie.

Inzicht in de constructieve werking van het geheugen zou uiteindelijk kunnen leiden tot een onwerkzaam relativisme jegens elk verhaal. Dat zou in het gewone leven, maar ook in een therapie, niet te hanteren zijn. Aan de andere kant is de mate waarin een patiënt zicht heeft op de werkelijkheid en de reële voorgeschiedenis ook diagnostisch van belang. De therapeut moet dus steeds het evenwicht zien te vinden tussen scepsis en vertrouwen.

Nawoord aan de minister

In haar adviesaanvraag vroeg de toenmalige minister van VWS ‘welke wetenschappelijke inzichten pleiten vóór en welke tegen de veronderstelling dat het mogelijk is dat mensen zeer traumatische ervaringen kunnen verdringen en dat die ervaringen later via therapie weer naar boven komen’. Ook vroeg zij om een mening over ‘fictieve herinneringen die, bijvoorbeeld onder invloed van therapie, de cliënt de overtuiging geven dat gebeurtenissen werkelijk hebben plaatsgevonden’.

Omdat verdringing slechts één van de mogelijke verklaringen is voor het niet herinneren van traumatische ervaringen, heeft de commissie de vragen opgevat als: ‘is het mogelijk dat opgeslagen herinneringen aan traumatische gebeurtenissen niet toegankelijk zijn en zo ja, wat zijn daarvoor de verklaringen? Onder welke omstandigheden kunnen niet-toegankelijke herinneringen weer wél toegankelijk worden? Is het mogelijk autobiografische herinneringen te ervaren aan gebeurtenissen die men niet heeft meegemaakt en zo ja, wat zijn daarvoor de verklaringen? En welke rol kan psychotherapie spelen bij het ophalen van hervonden en fictieve herinneringen?’ De commissie beantwoordt de vragen als volgt.

Herinneringen aan traumatische gebeurtenissen zijn gewoonlijk sterk, maar kunnen ook geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of contextafhankelijk, ontoegankelijk worden. De herinnering kan dan niet bewust worden opgehaald of kan niet onder woorden worden gebracht. Het onderscheid tussen niet kunnen herinneren, niet willen herinneren en niet vertellen is in de praktijk niet altijd scherp te maken. De wetenschappelijke kennis op het gebied van het geheugen biedt steun aan het verschijnsel van een verstoorde geheugenfunctie onder grote stress, maar geeft geen uitsluitsel over specifieke mechanismen.

Wel opgeslagen, maar ontoegankelijke herinneringen kunnen toegankelijk worden wanneer zich (een combinatie van) zeer specifieke *cues* voordoen. Ook kunnen bepaalde omstandigheden het mogelijk maken om een eerder niet op te halen herinnering bewust te beleven of onder woorden te brengen. Het hervinden van herinneringen is niet speciaal gerelateerd aan therapie, maar de therapeutische setting kan dit proces wel bevorderen.

Het is mogelijk om autobiografische herinneringen te ervaren aan gebeurtenissen die men niet heeft meegemaakt. De verklaring is onder meer gelegen in het proces van *reality-monitoring* en herattributie.

Elke vorm van psychotherapie stimuleert herinneringen en draagt bij aan herinterpretatie ervan; het gaat daarbij meestal om de betekenis van (deels) herinnerde feiten. Wat herinneringen stimuleert, kan ook vertekening van herinneringen of opkomen van 'nieuwe' herinneringen stimuleren. Therapie kan dan ook zowel het hervinden (toegankelijk worden) van ware herinneringen als het opkomen van fictieve herinneringen faciliteren. Een suggestieve werkwijze van de therapeut als de patiënt herinneringen ophaalt, vormt door haar sturende werking een duidelijk risico voor het ontstaan van fictieve herinneringen met een aan de suggestie gerelateerde inhoud. Het risico is groter bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken of bepaalde psychiatrische stoornissen, bij therapeuten die hun overtuiging sterk kunnen overbrengen, bij vage herinneringen en moeilijk verklaarbare klachten en wordt versterkt door het gebruik van bepaalde methoden om herinneringen te stimuleren.

Literatuur

-
- 1 Childhood Trauma Remembered. A report on the current scientific knowledge base and its application. Roth S, Friedman MJ, editors. International Society for Traumatic Stress Studies; 1993.
 - 2 Dwangbehandeling en dossiervorming. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2000.
 - 3 Adolphs R, Tranel D, Damasio AR. Dissociable neural systems for recognizing emotions. *Brain Cogn* 2003; 52(1): 61-69.
 - 4 Albach F, Moormann PP, Bermond B. Memory recovery of childhood sexual abuse. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1996; 9(4): 261-273.
 - 5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision ed.* Washington DC: APA; 2000.
 - 6 American Psychiatric Association Board of Trustees. Statement on memories of sexual abuse. *Int J Clin Exp Hypn* 1994; 261-264.
 - 7 Anderson MC, Levy B. Repression can (and should) be studied empirically. *Trends Cogn Sci* 2002; 6(12): 502-503.
 - 8 Andrews B, Brewin CR, Ochera J, Morton J, Bekerian DA, Davies GM et al. The timing, triggers and qualities of recovered memories in therapy. *Br J Clin Psychol* 2000; 39 (Pt 1): 11-26.
 - 9 Andrews B, Morton J, Bekerian DA, Brewin CR, Davies GM, Mollon P. The recovery of memories in clinical practice: Experiences and beliefs of British Psychological Society practitioners. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society* 1995; 8: 209-214.
 - 10 Bagley C. Validity of a short measure of child sexual abuse for use in adult mental health surveys. *Psychol Rep* 1990; 66(2): 449-450.
-

- 11 Baker AW, Duncan SP. Child sexual abuse: a study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse Negl* 1985; 9(4): 457-467.
- 12 Bass EB, Davis L. *The courage to heal: a guide for women survivors of child sexual abuse*. New York: Harper & Row; 1988.
- 13 Beckman M. American Association for the Advancement of Science meeting. False memories, true pain. *Science* 2003; 299(5611): 1306.
- 14 Beker M, Maas CJ, Boelhower J, Hoff SJM. *Rapportage jeugd 1997*. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau; 1998.
- 15 Bennett AJ, Lesch KP, Heils A, Long JC, Lorenz JG, Shoaf SE et al. Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Mol Psychiatry* 2002; 7(1): 118-122.
- 16 Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174(12): 727-735.
- 17 Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducasse JL, Charlet JP, Lauque D et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(7): 1337-1339.
- 18 Blackshaw S, Chandarana P, Garneau Y, Merskey H, Moscarello R. Adult recovered memories of childhood sexual abuse. *Can J Psychiatry* 1996; 41(5): 305-308.
- 19 Blanchard CD, Hynd AL, Minke KA, Minemoto T, Blanchard RJ. Human defensive behaviors to threat scenarios show parallels to fear- and anxiety-related defense patterns of non-human mammals. *Neurosci Biobehav Rev* 2001; 25(7-8): 761-770.
- 20 Boon S. The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contra-indications. *Dissociation Journal* 1997; 10: 65-79.
- 21 Boon S, Draijer N. Diagnosing dissociative disorders in The Netherlands: a pilot study with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148(4): 458-462.
- 22 Boon S, Draijer N. Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *Am J Psychiatry* 1993; 150(3): 489-494.
- 23 Boon S, Van der Hart O. De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In: Van der Hart O, editor. *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1995.
- 24 Boon S, Van der Hart O. Stabilisatie en symptoomreductie in de behandeling van patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1996; 38: 159-172.
- 25 Boutellier JCJ. Prostitutie en moraal. *Justitiële Verkenningen* 1989; 13: 7-32.
- 26 Bowlby J. *Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press; 1982.
- 27 Brandon S, Boakes J, Glaser D, Green R. Recovered memories of childhood sexual abuse. Implications for clinical practice. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 296-307.
- 28 Bremner JD. A biological model for delayed recall of childhood abuse. *Trauma and cognitive science* 2001; 165-183.
- 29 Bremner JD. Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003; 12(2): 271-292.
-

- 30 Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry* 1992; 149(3): 328-332.
- 31 Bremner JD, Vermetten E. Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Dev Psychopathol* 2001; 13: 473-489.
- 32 Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A et al. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(5): 924-932.
- 33 Breslau N. Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *J Gend Specif Med* 2002; 5(1): 34-40.
- 34 Breslau N. Psychiatric morbidity in adult survivors of childhood trauma. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7(2): 80-88.
- 35 Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(7): 626-632.
- 36 Brewin CR. Scientific status of recovered memories. *Br J Psychiatry* 1996; 169(2): 131-134.
- 37 Brewin CR. A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther* 2001; 39(4): 373-393.
- 38 Brewin CR, Andrews B. Recovered memories of trauma: phenomenology and cognitive mechanisms. *Clin Psychol Rev* 1998; 18(8): 949-970.
- 39 Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(3): 339-376.
- 40 Brewin CR, Power MJ. Integrating psychological therapies: processes of meaning transformation. *Br J Med Psychol* 1999; 72 (Pt 2): 143-157.
- 41 Briere J, Conte J. Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress* 1993; 6: 21-31.
- 42 Brinkgreve C, van Daalen R. Huiselijk geweld. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 1991; 18: 138-64.
- 43 Brown D, Schefflin AW, Hammond DC. *Memory, trauma, treatment and the law*. New York: W.W. Norton & Company; 1998.
- 44 Cabeza R, Rao SM, Wagner AD, Mayer AR, Schacter DL. Can medial temporal lobe regions distinguish true from false? An event-related functional MRI study of veridical and illusory recognition memory. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98(8): 4805-4810.
- 45 Cameron C. Comparing amnesic and nonamnesic survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. In: *The recovered/false memory debate*. San Diego: Academic Press; 1996.
- 46 Cameron C. *Resolving childhood trauma: A long-term study of abuse survivors*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- 47 Cannell J, Hudson JI, Pope HG, Jr. Standards for informed consent in recovered memory therapy. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001; 29(2): 138-147.
- 48 Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA* 1992; 267(9): 1244-1252.
-

- 49 Cima M, Merckelbach H, Nijman H, Knauer E, Hollnack S. I can't remember your Honor: Offenders who claim amnesia. *German J Psychiatry* 2003; 5: 24-34.
- 50 Clancy SA, McNally RJ, Schacter DL, Lenzenweger MF, Pitman RK. Memory distortion in people reporting abduction by aliens. *J Abnorm Psychol* 2002; 111(3): 455-461.
- 51 Cleiren CPM, Nijboer JF. Tekst en commentaar strafvordering. Deventer: Kluwer; 2001.
- 52 Collier DA. FISH, flexible joints and panic: are anxiety disorders really expressions of instability in the human genome? *Br J Psychiatry* 2002; 181: 457-459.
- 53 Commissie seksueel misbruik van jeugdigen. Handelen bij vermoeden van seksueel misbruik van kinderen en jeugdigen. Assen: Van Gorcum/Dekker & van de Vegt; 1994.
- 54 Coons P. Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1994; 182.
- 55 Council on Scientific Affairs AMA. Report on memories of childhood abuse. 1995.
- 56 Courtois CA. Guidelines for the treatment of adults abused or possibly abused as children (with attention to issues of delayed/recovered memory). NATO Advanced Study Institute. *Am J Psychother* 1997; 51(4): 497-510.
- 57 Courtois CA. Implications of the Memory Controversy for Clinical Practice: An overview of Treatment Recommendations and guidelines. Haworth Press 2001; 183.
- 58 Crews FC. The memory wars. Freud's legacy in dispute. A New York review book; 1997.
- 59 Crombag HFM, Merckelbach H. Hervonden herinneringen en andere misverstanden. Amsterdam: Contact; 1996.
- 60 Crozier S, Pettifor J. Guidelines for psychologists addressing recovered memories. Canadian Psychological Association; 1996; updated 2001.
- 61 Cuperus-Bosma JM, Roscam Abbing HDC, Gevers JKM, Hubben JH, van der Wal G, Derckx VL et al. Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw; 2002.
- 62 D'Esposito M. Functional neuroimaging of cognition. *Semin Neurol* 2000; 20(4): 487-498.
- 63 Dalenberg CJ. Accuracy, timing and circumstances of disclosure in therapy of recovered and continuous memories of abuse. *The Journal of Psychiatry & Law* 1996; 229-275.
- 64 Davis K, Brinkgreve C. 'Inleiding: levensverhalen'. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 2002; 29: 7-19.
- 65 Dawes RM. House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth. Free Press; 1994.
- 66 de Kloet ER, Oitzl MS. Who cares for a stressed brain? The mother, the kid or both? *Neurobiol Aging* 2003; 24: S61-S65.
- 67 de Kloet ER, Oitzl MS, Joels M. Stress and cognition: are corticosteroids good or bad guys? *Trends Neurosci* 1999; 22(10): 422-426.
- 68 de Kloet ER, Vreugdenhil E, Oitzl MS, Joels M. Brain corticosteroid receptor balance in health and disease. *Endocr Rev* 1998; 19(3): 269-301.
- 69 de Kloet ER, Vreugdenhil E, Oitzl MS, Joels M. Brain corticosteroid receptor balance in health and disease. *Endocr Rev* 1998; 19(3): 269-301.
- 70 de Swaan A. Het spreekuur als opgave. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum; 1979.
-

- 71 Della Femina D., Yeager CA, Lewis DO. Child abuse: adolescent records vs. adult recall. *Child Abuse Negl* 1990; 14(2): 227-231.
- 72 Draijer N. Seksuele traumatisering in de jeugd: Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Amsterdam: SUA; 1990.
- 73 Draijer N. Herinneringen aan traumatische ervaringen in de kindertijd. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1996; 707-727.
- 74 Draijer N. 'Hervonden misdrijven' eenzijdig bekeken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1997; 12: 1249-1256.
- 75 Draijer N, Baartman HEM, Doek JE, Koops W, de Ruyter DJ. Is seksueel misbruik van kinderen altijd erg? Over de noodzaak van differentiatie. In: *Gezinnen onder druk*. Kampen: Kok Agora; 2002.
- 76 Draijer N, Boon S. The validation of the Dissociative Experiences Scale against the criterion of the SCID-D, using receiver operated characteristics (ROC) analysis. *Dissociation* 1993; 4(1): 28-37.
- 77 Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 379-385.
- 78 Draijer N, Boon S. The imitation of dissociative identity disorder: patients at risk, therapist at risk. *Journal of Psychiatry and Law* 1999; 423-458.
- 79 Dudai Y. *Memory from A to Z. Keywords, concepts and beyond*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 80 Durlacher GL. *Strepen aan de hemel, oorlogsherinneringen*. Amsterdam: Meulenhoff; 1990.
- 81 Durlacher GL. *De zoektocht*. Amsterdam: Meulenhoff; 2002.
- 82 Dywan J. The illusion of familiarity: an alternative to the report-criterion account of hypnotic recall. *Int J Clin Exp Hypn* 1995; 43(2): 194-211.
- 83 Dywan J, Bowers K. The use of hypnosis to enhance recall. *Science* 1983; 222(4620): 184-185.
- 84 Easterbrook JA. The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. *Psychol Rev* 1959; 66(3): 183-201.
- 85 Elliott DM. Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 811-820.
- 86 Elzinga BM, Phaf RH, Ardon AM, Van Dyck R. Directed forgetting between, but not within, dissociative personality states. *J Abnorm Psychol* 2003; 112(2): 237-243.
- 87 Epstein MA, Bottoms BL. Explaining the forgetting and recovery of abuse and trauma memories: possible mechanisms. *Child Maltreat* 2002; 7(3): 210-225.
- 88 Expertisecentrum Kindermishandeling NIZW. Adviezen en meldingen over kindermishandeling. www.kindermishandeling.info; NIZW; 2002.
- 89 Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychol Med* 2000; 30(3): 529-544.
- 90 Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child* 1994; 4(2): 31-53.
- 91 Finkelhor D, Dziuba-Leatherman J. Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics* 1994; 94(4 Pt 1): 413-420.
- 92 Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 49-51.
-

- 93 Frankel FH. Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality literature. *Am J Psychiatry* 1993; 150(6): 954-958.
- 94 Frankel FH. Dissociation: the clinical realities. *Am J Psychiatry* 1996; 153(7 Suppl): 64-70.
- 95 Frederickson R. *Repressed memories: a journey to recovery from sexual abuse*. New York: Simon & Schuster; 1992.
- 96 Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. *Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry/ II; second edition*. Baltimore: The Williams & Wilkins Co.; 1975.
- 97 Freyd JJ. *Betrayal trauma theory: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
- 98 Friedl MC, Draijer N, de Jonge P. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: the impact of study characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(6): 423-428.
- 99 Garry M, Polaschek DLL. Imagination and memory. *Am Psychol Soc* 2000; 9(6): 10.
- 100 Gezondheidsraad. *Doelmatigheid van langdurige psychotherapie*. Den Haag: Gezondheidsraad; 2001; nr 08.
- 101 Gleaves DH, May MC, Cardena E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(4): 577-608.
- 102 Gomperts W. Herinneringen aan het hiervoormaals. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1996; 777-800.
- 103 Gonsalves B, Paller KA. Neural events that underlie remembering something that never happened. *Nat Neurosci* 2000; 3(12): 1316-1321.
- 104 Goodman GS, Ghatti S, Quas JA, Edelstein RS, Alexander KW, Redlich AD et al. A prospective study of memory for child sexual abuse: new findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychol Sci* 2003; 14(2): 113-118.
- 105 Groenhuijsen MS, Knigge G. *Dwangmiddelen en rechtsmiddelen. Derde interimrapport onderzoeksproject strafvordering 2001*. Deventer: Kluwer; 2002.
- 106 Grunberg F, Ney T. Professional guidelines on clinical practice for recovered memory: A comparative analysis. In: Read JD, Lindsay DS, editors. *Recollections of trauma*. New York and London: Plenum Press; 1997. P. 541-555.
- 107 Gudjonsson GH. *The psychology of interrogations and confessions: a handbook*. Chichester: Wiley; 2003.
- 108 Hammond DC. *Clinical Hypnosis and Memory: Guidelines For Clinicians and For Forensic Hypnosis*. American Society of Clinical Hypnosis Press; 1995.
- 109 Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, Kolachana B, Fera F, Goldman D et al. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science* 2002; 297(5580): 400-403.
- 110 Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7(2): 147-159.
- 111 Heim C, Newport DJ, Wagner D, Wilcox MM, Miller AH, Nemeroff CB. The role of early adverse experience and adulthood stress in the prediction of neuroendocrine stress reactivity in women: a multiple regression analysis. *Depress Anxiety* 2002; 15(3): 117-125.
- 112 Herman JL, Harvey MR. Adult memories of childhood trauma: a naturalistic clinical study. *J Trauma Stress* 1997; 10(4): 557-571.
-

- 113 Höing M, Van Engen A, Ensink B, Vennix P, Vanwesenbeeck I. Hulp aan slachtoffers van seksueel geweld. Delft: 2003.
- 114 Horselenberg R, Merckelbach H, Muris P, Rassin E, Sijsenaar M, Spaan V. Imagining fictitious childhood events: the role of individual differences in imagination inflation. *Clin Psychol Psychother* 2000; 7.
- 115 Hull AM. Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 102-110.
- 116 Huntjens RJ, Postma A, Peters ML, Woertman L, Van der Hart O. Interidentity amnesia for neutral, episodic information in dissociative identity disorder. *J Abnorm Psychol* 2003; 112(2): 290-297.
- 117 Hyman IE, Billings FJ. Individual differences and the creation of false childhood memories. *Memory* 1998; 6(1): 1-20.
- 118 Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: F. Alcan; 1889.
- 119 Janet P. *L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion*. *Journal de Psychologie* 1904; 1: 417-453.
- 120 Janet P. *L'Evolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: A Chahine; 1928.
- 121 Jelacic M, Merckelbach H, Cima M. Over het simuleren van cognitieve stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2003; 11: 687-696.
- 122 Johnson MK, Hashtroudi S, Lindsay DS. Source monitoring. *Psychol Bull* 1993; 114(1): 3-28.
- 123 Kaminer D, Seedat S, Lockhat R, Stein DJ. Violent trauma among child and adolescent girls: current knowledge and implications for clinicians. *International Clinical Psychopharmacology* 2000; 15: S51-S59.
- 124 Kebbell MR, Wagstaff GF. Hypnotic interviewing: the best way to interview eyewitnesses? *Behav Sci Law* 1998; 16(1): 115-129.
- 125 Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 5: 4-12.
- 126 Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27(5): 1101-1119.
- 127 Kihlstrom JF. Hypnosis, memory and amnesia. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 1997; 352(1362): 1727-1732.
- 128 Klufft RP. Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 103-110.
- 129 Klufft RP. On the treatment of traumatic memories of DID patients: Always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation Journal* 1997; 80-90.
- 130 KNMG. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. *Vademecum* 2003; Richtlijnen; nr 06. KNMG: Utrecht; 2003.
- 131 Kool R. *De strafwaardigheid van seksueel misbruik [proefschrift]*. 1999.
- 132 Krause Shobe K, Kihlstrom JF. Is traumatic memory sepecial? *Current directions in psychological science. Am Psychol Soc* 1997; 6: 70-74.
- 133 La Fontaine JS. *The extent and nature of organized and ritual abuse*. London: Her Majesty's Stationary Office; 1994.
- 134 Lanius RA, Hopper JW, Menon RS. Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a motor vehicle accident: A functional MRI case study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4): 667-669.
-

- 135 Lanning KV. Ritual abuse: a law enforcement view or perspective. *Child Abuse Negl* 1991; 15(3): 171-173.
- 136 LeDoux J. The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster; 1996.
- 137 LeDoux J. Cognitive-emotional interactions: Listen to the Brain. In: Lane RD, Nadel L, editors. *Cognitive neuroscience of emotion*. New York: Oxford University Press; 2000. P. 129-155; Series in Affective Science.
- 138 LeDoux J. The synaptic self. How our brains become who we are. New York: Viking Press; 2002.
- 139 LeDoux JE. Sensory systems and emotion: a model of affective processing. *Integr Psychiatry* 1986; 4: 237-248.
- 140 Leenen HJJ. *Handboek gezondheidsrecht. Deel II: Gezondheidszorg en recht*. 3e druk. Alphen aan de Rijn: Samson/Tjeenk Willink; 1996.
- 141 Leenen HJJ. *Handboek Gezondheidsrecht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000.
- 142 Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160(7): 1223-1232.
- 143 Leydesdorff S. *Het water en de herinnering. De Zeeuwse water noodramp 1953-1993*. Amsterdam: Meulenhoff; 1993.
- 144 Lilienfeld SO, Lynn SJ, Kirsch I, Chaves JF, Sarbin TR, Ganaway GK et al. Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: recalling the lessons of the past. *Psychol Bull* 1999; 125(5): 507-523.
- 145 Liotti G. Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: *Disorganization of attachment*. New York: Guilford Press; 1999.
- 146 Loftus EF, Pickrell JE. The formation of false memories. *Psychiatric Annals* 1995; 25: 720-725.
- 147 Loftus EF, Polonsky S, Fullilove MT. Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women Quarterly* 1994; 18: 67-84.
- 148 Lynn SJ, Myers B, Malinoski P. Hypnosis, pseudomemories and clinical guidelines; a sociocognitive perspective. In: *Recollections of trauma. Scientific evidence and clinical practice*. New York: Plenum Press; 1997.; Series A: Life Sciences Vol 291.
- 149 Lynn SJ, Rhue JW. Fantasy proneness. Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *Am Psychol* 1988; 43(1): 35-44.
- 150 MacMartin C, Yarmey AD. Repression, dissociation, and the recovered memory debate: constructing scientific evidence and expertise. *Expert Evidence* 1998; 6: 203-226.
- 151 Marshall GN, Schell TL. Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: evidence from a longitudinal study of community violence survivors. *J Abnorm Psychol* 2002; 111(4): 626-636.
- 152 Mazzoni G, Memon A. Imagination can create false autobiographical memories. *Psychol Sci* 2003; 14(2): 186-188.
- 153 McConkey KM. *Guidelines relating to the reporting of recovered memories*. Sydney, New South Wales, Australia: Australian Psychological Society Limited; 1995.
- 154 McDougall W. *An outline of abnormal psychology*. Londen: Methuen; 1926.
- 155 McNally RJ. On nonassociative fear emergence. *Behav Res Ther* 2002; 40(2): 169-172.
-

- 156 McNally RJ. Remembering trauma. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press; 2003.
- 157 McNally RJ, Clancy SA, Schacter DL, Pitman RK. Personality profiles, dissociation, and absorption in women reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(6): 1033-1037.
- 158 McNally RM, Bryant RA, Ehlers A. Does early psychological intervention promote recovery from post-traumatic stress? *Psychological science in the Public Interest*. American Psychological Society; 2003.
- 159 Melchert TP, Parker RL. Different forms of childhood abuse and memory. *Child Abuse Negl* 1997; 21(2): 125-135.
- 160 Merkelbach H, Cima M, Nijman H. Daders met geheugenverlies. In: *Het recht van binnen*. Deventer: Kluwer; 2002.
- 161 Merkelbach H, Dekkers T, Wessel I, Roefs A. Dissociative symptoms and amnesia in Dutch concentration camp survivors. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 65-69.
- 162 Merkelbach H, Muris P. The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review. *Behav Res Ther* 2001; 39(3): 245-254.
- 163 Merkelbach H, Muris P, Rassin E, Horselenberg R. Dissociative experiences and interrogative suggestibility in college students. *Personality and Individual Differences* 2000; 29: 1133-1140.
- 164 Merkelbach H, Smith GP. Diagnostic accuracy of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingeri. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2003; 18: 145-152.
- 165 Merkelbach H, Wiers R, Horselenberg R, Wessel I. Effects of retrieving childhood events on metamemory judgments depend on the questions you ask. *Br J Clin Psychol* 2001; 40(Pt 2): 215-220.
- 166 Milne G. Remembering childhood sexual abuse. *Australian Journal of Clinical and Experimental hypnosis* 1993; 21: 49-58.
- 167 Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001; 91(5): 753-760.
- 168 Nader K. Memory traces unbound. *Trends Neurosci* 2003; 26(2): 65-72.
- 169 Nash M. What, if anything, is regressed about hypnotic age regression a review of the empirical literature. *Psychological Bulletin* 1987; 102.
- 170 Nash M. The truth and the hype of hypnosis. *Scientific American* 2001; 37-43.
- 171 Nationale ombudsman. Openbaar rapport; Verzoekschrift van de Werkgroep Fictieve herinneringen met een klacht over een gedraging van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2000; 2000/105.
- 172 Nederlands Instituut van Psychologen. De beroepscode voor psychologen 1998 van het Nederlands Instituut van Psychologen. Amsterdam: Nederlands Instituut van Psychologen; 2001.
- 173 Nierop NM, van den Eshof P. De feiten beschouwd. Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken; 2001.
- 174 Nijenhuis ER, Van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *J Trauma Stress* 1998; 11(4): 711-730.
-

- 175 Nijenhuis ERS, Van Engen A, Kusters I, Van der Hart O. Peritraumatic somatoform and psychological dissociation to recall of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation* 2001; 2: 49-68.
- 176 Ogden P, Minton K. Sensorimotor psychotherapy: One method for processing trauma. *Traumatology* 2000; 6.
- 177 Oitzl MS. Animal models of (traumatic) early life events: vulnerability to stress and cognition in later life. In: *De neurobiologische en klinische aspecten van emotie en geheugen na psychotrauma*. Leiden: LUMC; 2001.
- 178 Ost J. Seeking the middle ground in the 'memory wars'. *British Journal of Psychology* 2003; 94: 125-139.
- 179 Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003; 129: 52-73.
- 180 Palm KM, Gibson P. Recovered memories of childhood sexual abuse: clinician's practices and beliefs. *Professional Psychology Research and Practice* 1998; 29: 257-261.
- 181 Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101(1): 46-59.
- 182 Perry JC, Banon E, Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156(9): 1312-1321.
- 183 Pezdek K, Banks WP. *The recovered memory/false memory debate*. San Diego: Academic Press; 1996.
- 184 Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002; 51(7): 519-531.
- 185 Piper A. Truth serum and recovered memories of sexual abuse: a review of the evidence. *The Journal of Psychiatry & Law* 1993; 447.
- 186 Pitman RK, Shin LM, Rauch SL. Investigating the pathogenesis of posttraumatic stress disorder with neuroimaging. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 17: 47-54.
- 187 Polusny MA, Follette VM. Remembering childhood sexual abuse: a national survey of psychologists' clinical practices, beliefs, and personal experiences. *Research and Practice* 1996; 27: 41-52.
- 188 Poole DA, Lindsay DS, Memon A, Bull R. Psychotherapy and the recovery of memories of childhood sexual abuse: U.S. and British practitioners' opinions, practices, and experiences. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(3): 426-437.
- 189 Pope HG, Jr. Recovered memories of childhood sexual abuse. *BMJ* 1998; 316(7130): 488-489.
- 190 Pope HG, Jr., Hudson JI, Bodkin JA, Oliva P. Questionable validity of 'dissociative amnesia' in trauma victims. Evidence from prospective studies. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 210-215.
- 191 Porter S, Birt AR. Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Appl Cognit Psychol* 2001; 15.
- 192 Porter S, Birt AR, Yuille JC, Lehman DR. Negotiating false memories: interviewer and rememberer characteristics relate to memory distortion. *Psychol Sci* 2000; 11(6): 507-510.
- 193 Porter S, Yuille JC, Lehman DR. The nature of real, implanted, and fabricated memories for emotional childhood events: implications for the recovered memory debate. *Law Hum Behav* 1999; 23(5): 517-537.
-

- 194 Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet* 2002; 360(9346): 1640-1645.
- 195 Putnam FW. Traumatic stress and pathological dissociation. *Ann N Y Acad Sci* 1995; 771: 708-715.
- 196 Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(11): 673-679.
- 197 Pynoos RS, Nader K. Children's memory and proximity to violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28(2): 236-241.
- 198 Raas GPM, de Lint MW. Bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherbeschikking in de wet BIG. In: *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg. Deel 1 Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2002. P. 12-36.*
- 199 Rassin E, van Brakel A, Diederer E. Suppressing unwanted memories: where there is a will, there is a way? *Behav Res Ther* 2003; 41(6): 727-736.
- 200 Rauch SL, Shin LM, Wright CI. Neuroimaging studies of amygdala function in anxiety disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 985: 389-410.
- 201 Read JD. Memory issues in the diagnosis of unreported trauma. In: *Recollections of trauma. Scientific evidence and clinical practice. New York: Plenum Press; 1997.; Series A: Life sciences Vol 291.*
- 202 Read JD, Lindsay DS. *Recollections of Trauma. Scientific evidence and clinical practice. NATO ASI series. Series A: life sciences. New York and London: Plenum Press; 1997.*
- 203 Rhue JW, Lynn SJ. Fantasy proneness, hypnotizability, and absorption - a re-examination: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn* 1989; 37(2): 100-106.
- 204 Rinne T. The neuro-endocrine scars of sustained childhood abuse in adult female patients with borderline personality disorder [proefschrift]. Universiteit van Amsterdam; 2002.
- 205 Rinne T, de Kloet ER, Wouters L, Goekoop JG, de Rijk RH, van den BW. Fluvoxamine reduces responsiveness of HPA axis in adult female BPD patients with a history of sustained childhood abuse. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28(1): 126-132.
- 206 Roe CM, Schwartz M. Characteristics of previously forgotten memories of sexual abuse: A descriptive study. *Journal of Psychiatry and Law* 1996; 24: 189-206.
- 207 Rogers R. The Guilford Press, editor. *Clinical Assessment of Malingering and Deception. 2 ed. New York: 1997.*
- 208 Rooijmans HGM. Persoonlijke mededeling en brieven aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, dd 12 maart 1997 en 8 september 1997.
- 209 Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2003.
- 210 Rossen B. *Zedenangst. Het verhaal van Oude Pekela. Amsterdam/ Lisse: Swets & Zeitlinger; 1989.*
- 211 Royal College of Psychiatrists' Working Group on Reported recovered memories of child sexual abuse. Reported recovered memories of child sexual abuse. *Psychiatric Bulletin* 1997; 21: 663-665.
- 212 Russel DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *J Child Abuse & Neglect* 1983; 7: 133-164.
-

- 213 Sanchez MM, Ladd CO, Plotsky PM. Early adverse experience as a developmental risk factor for later psychopathology: evidence from rodent and primate models. *Dev Psychopathol* 2001; 13(3): 419-449.
- 214 Schacter DL. *Searching for memory: the brain, the mind and the past*. New York: Basic Books, Inc.; 1996.
- 215 Schacter DL, Reiman E, Curran T, Yun LS, Bandy D, McDermott KB et al. Neuroanatomical correlates of veridical and illusory recognition memory: evidence from positron emission tomography. *Neuron* 1996; 17(2): 267-274.
- 216 Schnabel P, van Diest C, Goedhart AW, Treffers PDA. *Kind van drie meesters*. Ontwikkelingspsychologen, orthopedagogen en kinderpsychiaters over zichzelf en elkaar. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid; NcGv-reeks 102; 1987.
- 217 Schnider A. Spontaneous confabulation and the adaptation of thought to ongoing reality. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4(8): 662-671.
- 218 Schooler JW. Discovering memories of abuse in the light of meta-awareness. *Trauma and cognitive science* 2001; 105-136.
- 219 Schooler JW, Bendiksen M, Ambadar Z. Taking the middle line: can we accommodate both fabricated and recovered memories of sexual abuse? In: 2002.
- 220 Schore AN. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36(1): 9-30.
- 221 Selye H. *The story of the adaptation syndrome*. Montreal: Acta; 1952.
- 222 Showalter E. *Hystories. Hysterical epidemics and modern media*. New York: Columbia University Press; 1998.
- 223 Sigal JJ, Perry JC, Rossignol M, Ouimet MC. Unwanted infants: psychological and physical consequences of inadequate orphanage care 50 years later. *Am J Orthopsychiatry* 2003; 73(1): 3-12.
- 224 Sjöberg RL, Lindblad F. Limited disclosure of sexual abuse in children whose experiences were documented by videotape. *Am J Psychiatry* 2002; 159(2): 312-314.
- 225 Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry* 2002; 51(12): 951-963.
- 226 Smits E. *De evaluatie van de behandeling van cliënten met DIS in Nederland [scriptie]*. Universiteit van Amsterdam, Faculteit Psychologie; 2001.
- 227 Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31(2): 136-150.
- 228 Spaan PEJ. *Early assessment of dementia: The contribution of different memory components [proefschrift]*. Universiteit van Amsterdam; 2002.
- 229 Spanos NP. *Multiple identities & False memories; a sociocognitive perspective*. Washington: American Psychological Association; 1996.
- 230 Spanos NP, Burgess CA, Burgess MF. Past-life identities, UFO abductions, and satanic ritual abuse: the social construction of memories. *Int J Clin Exp Hypn* 1994; 42(4): 433-446.
- 231 Spanos NP, Burgess CA, Burgess MF, Samuels C, Blois WO. Creating false memories of infancy with hypnotic and non-hypnotic procedures. *Appl Cognit Psychol* 1999; 13: 201-218.
-

- 232 Spiegel D, Cardena E. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol* 1991; 100(3): 366-378.
- 233 Steimer T, Driscoll P. Divergent stress responses and coping styles in psychogenetically selected Roman high-(RHA) and low-(RLA) avoidance rats: behavioural, neuroendocrine and developmental aspects. *Stress* 2003; 6(2): 87-100.
- 234 Stein MB, Hofler M, Perkonigg A, Lieb R, Pfister H, Maercker A et al. Patterns of incidence and psychiatric risk factors for traumatic events. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002; 11(4): 143-153.
- 235 Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry* 2002; 159(10): 1675-1681.
- 236 Steinberg L, Avenevoli S. The role of context in the development of psychopathology: a conceptual framework and some speculative propositions. *Child Dev* 2000; 71(1): 66-74.
- 237 Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti D. Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *Am J Psychiatry* 1991; 148(8): 1050-1054.
- 238 Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti DV. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1990; 147(1): 76-82.
- 239 Taber KH, Rauch SL, Lanius RA, Hurley RA. Functional magnetic resonance imaging: application to posttraumatic stress disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15(2): 125-129.
- 240 Tauber Y. In the other chair: Holocaust survivors and the second generation as therapists and clients. Gefen Books; 1998.
- 241 Teicher MH. Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American* 2002; 54-61.
- 242 Van der Hart O, Nijenhuis E. Dissociatieve amnesie voor traumatische ervaringen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1996; 728-747.
- 243 Van der Hart O, Nijenhuis E. Psychotherapie en hervonden herinneringen - deel I Fasegerichte traumabehandeling tegenover *Recovered memory therapy*. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1999; 387-405.
- 244 Van der Hart O, Nijenhuis E. Psychotherapie en hervonden herinneringen - deel II Richtlijnen voor de praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1999; 406-421.
- 245 Van der Hart O, Nijenhuis E. Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic and procedural memories lost and found. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35(5): 589-600.
- 246 Van der Hart O, Nijenhuis ERS. Bearing witness to uncorroborated trauma: the clinician's development of reflective belief. *Professional Psychology Research and Practice* 1999; 30: 37-44.
- 247 Van der Kolk BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry* 1994; 1(5): 253-265.
- 248 Van der Kolk BA, Burbridge JA, Suzuki J. The psychobiology of traumatic memory: Clinical implication of neuroimaging studies. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 821: 99-113.
- 249 Van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress* 1995; 8(4): 505-525.
- 250 Van der Kolk BA, Hopper J, Osterman J. Exploring the nature of traumatic memories: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2001; 4: 9-31.
-

- 251 Van der Kolk BA, Van der Hart O. The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago* 1991; 48: 425-454.
- 252 Van Hook CW, Steele C. Individual personality characteristics related to suggestibility. *Psychol Rep* 2002; 91(3 Pt 1): 1007-1010.
- 253 van IJzendoorn MH, Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clin Psychol Rev* 1996; 16(5): 365-382.
- 254 van Koppen PJ. Hervonden misdrijven; over aangiftes van seksueel misbruik na therapie. Advies aan de Minister van Justitie. Leiden: Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving; 1997.
- 255 van Minnen A, Arntz A, Keijsers GP. Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: predictors of treatment outcome and dropout. *Behav Res Ther* 2002; 40(4): 439-457.
- 256 Vanderlinden J, Van Dyck R, Vertommen H, Vandereycken W. De Dissociatieve Questionnaire (DIS-Q): Ontwikkeling en karakteristiek van een dissociatievragenlijst. *Ned Tijdschrift voor de Psychologie* 1992; 47: 134-142.
- 257 Vanderlinden J, Vandereycken W, Van Dyck R, Vertommen H. Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 187-93.
- 258 Von Frijtag JC, Reijmers LG, Van der Harst JE, Leus IE, Van den BR, Spruijt BM. Defeat followed by individual housing results in long-term impaired reward- and cognition-related behaviours in rats. *Behav Brain Res* 2000; 117(1-2): 137-146.
- 259 Wagenaar WA, Groeneweg J. The memory of concentration camp survivors. *Appl Cognit Psychol* 1988; 4: 77-87.
- 260 Waldo TG, Meritt RD. Fantasy Proneness, Dissociation, and DSM-IV Axis II Symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology* 2000; 109(3): 555-558.
- 261 Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 1997; 106(4): 499-510.
- 262 Watson D. Investigating the construct validity of the dissociative taxon. Stability analysis of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology* 2003; 112: 298-305.
- 263 Wegner DM. Ironic processes of mental control. *Psychol Rev* 1994; 101(1): 34-52.
- 264 Weisberg RB, Bruce SE, Machan JT, Kessler RC, Culpepper L, Keller MB. Nonpsychiatric illness among primary care patients with trauma histories and posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* 2002; 53(7): 848-854.
- 265 Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 1999; 156(6): 816-828.
- 266 Werkgroep Fictieve Herinneringen. 'Hervonden misdrijven' eenzijdig bekeken (2). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1998; 165-167.
- 267 Werkgroep Fictieve Herinneringen. Brief per e-mail aan de Commissie Hervonden herinneringen van de Gezondheidsraad, dd 5 november 2001.
- 268 Werkgroep Fictieve Herinneringen. Activiteiten van WFH. www.werkgroepwfh.nl 25-11-2003.
-

- 269 Westerhof Y, Woertman L, van der Hart O, Nijenhuis E. Forgetting child abuse: Feldman-Summers & Pope's study replicated among Dutch psychologist. *Clin Psychol Psychother* 2000; 7: 220-229.
- 270 Wheeler ME, Buckner RL. Functional dissociation among components of remembering: control, perceived oldness, and content. *J Neurosci* 2003; 23(9): 3869-3880.
- 271 Widom CS, Morris S. Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 2. Childhood sexual abuse. *Psychological Assessment* 1997; 9: 34-46.
- 272 Widom CS, Shepard RL. Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 1. Childhood psysical abuse. *Psychological Assessment* 1996; 8: 412-421.
- 273 Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62(6): 1167-1176.
- 274 Williams LM. What does it mean to forget child sexual abuse? A reply to Loftus, Garry, and Feldman (1994). *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1182-1186.
- 275 Withuis J. Geestelijke oorlogsschade. De oorlog in het maandblad, 1945-2000. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2001.
- 276 Withuis J. Erkenning. Van oorlogstrauma naar klaagcultuur. Amsterdam: De Bezige Bij; 2002.
- 277 Working Group on Investigation of memories of Childhood Abuse. Final report of the Working Group on Investigation of Memories of Childhood Abuse. Washington DC: American Psychological Association; 1996.
- 278 Working party of the British Psychological Society. Recovered memories: the report of the working party of the British Psychological Society. East Leicester, UK: British Psychological Society. Inc; 1995.
- 279 Yapko MD. Suggestibility and repressed memories of abuse: a survey of psychotherapists' beliefs. *Am J Clin Hypn* 1994; 36(3): 163-171.
- 280 Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002; 346(2): 108-114.
- 281 Zhang LX, Levine S, Dent G, Zhan Y, Xing G, Okimoto D et al. Maternal deprivation increases cell death in the infant rat brain. *Brain Res Dev Brain Res* 2002; 133(1): 1-11.
- 282 Ziskin J. Coping with psychiatric and psychological testimony. Los Angeles: Law and Psychology Press; 1995; 5e editie, Volume I, II en III.
- 283 Zola SM. The neurobiology of recovery memory. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997; 9(3): 449-459.

-
- A Adviesaanvraag
-
- B Commissie
-
- C Enkele klinische richtlijnen en waarschuwingen

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 7 juli 2000 schreef de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de voorzitter van de Gezondheidsraad (brief kenmerk GVM/GGZ/2086688):

De Nationale Ombudsman heeft mij bij brief d.d. 3 april jongstleden het rapport aangeboden naar aanleiding van klachten van de Werkgroep Fictieve Herinneringen.

De Nationale Ombudsman doet in het rapport de volgende aanbeveling.

‘De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt in overweging gegeven om, eventueel in aansluiting op de uitkomsten van het onderzoek aan de Universiteit van Maastricht, in overleg met betrokken beroepsgroepen tot een plan van aanpak te komen, dat er op is gericht dat de beroepsgroepen zich alsnog uitspreken over therapieën waarbij hervonden herinneringen een rol spelen. Voorts wordt de Minister in overweging gegeven om op basis van het ZON-onderzoek te bezien of het wenselijk is in bedoeld plan van aanpak ook de mogelijkheden te betrekken voor hulp aan personen die onder invloed van enige vorm van psychotherapie tot verdrongen of hervonden incestherinneringen zijn gekomen’.

Voor mijn reactie aan de Nationale Ombudsman moge ik u korthedshalve verwijzen naar een afschrift van mijn brief d.d. 12 mei 2000, als bijlage toegevoegd.

In mijn brief aan de ombudsman noemde ik de onzekerheden rond de betreffende studie. ZON heeft bij brief d.d. 23 juni 2000 de opdracht voor dit onderzoek aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg teruggegeven. Ik hecht er belang aan dat de betrokken beroepsgroepen alsnog met elkaar in overleg treden om te komen tot

de gewenste protocollen inzake onderhavige materie. Dit heeft mij doen besluiten u advies te vragen omtrent de stand van de wetenschap op dit terrein.

In het bijzonder verneem ik graag van u welke wetenschappelijke inzichten pleiten vóór en welke tegen de veronderstelling dat het mogelijk is dat mensen zeer traumatische ervaringen kunnen verdringen en dat die ervaringen later via therapie weer naar boven komen. Een andere kwestie betreft de fictieve herinneringen die, bijvoorbeeld onder invloed van therapie, de cliënt de overtuiging geven dat gebeurtenissen werkelijk hebben plaatsgevonden. Ook hierover verneem ik gaarne uw mening.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

w.g. dr. E. Borst-Eilers

De commissie

-
- prof.dr WTAM Everaerd, *voorzitter*
emeritus-hoogleraar psychologie, Universiteit van Amsterdam
 - mevrouw prof.dr CDA Brinkgreve
hoogleraar sociologie, Universiteit Utrecht
 - mevrouw dr PJ Drayer
psycholoog, Vrije Universiteit/GGZ Buitenamstel, Amsterdam
 - prof.dr R van Dyck
hoogleraar psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam
 - prof.dr O van der Hart
hoogleraar psychologie, Universiteit Utrecht
 - mevrouw mr dr RSB Kool
jurist, Willem Pompe-Instituut, Universiteit Utrecht
 - prof.dr HLGJ Merckelbach
hoogleraar psychologie, Universiteit Maastricht
 - prof.dr J Murre
psycholoog, Universiteit van Amsterdam, Universiteit Maastricht
 - mevrouw dr MS Oitzl
neurobioloog, Leiden/Amsterdam Center for Drug Research
 - prof.dr HGM Rooijmans
psychiater, voorzitter Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag
-

- prof.dr BJN Schreuder
psychiater, AMC-de Meren, Amsterdam; hoogleraar psychotraumatologie, Katholieke Universiteit Nijmegen
 - prof.dr P Spinhoven
hoogleraar psychologie, Universiteit Leiden
 - prof.dr WA Wagenaar
hoogleraar psychologie, Universiteit Leiden, Universiteit Utrecht
 - mevrouw DCM Gersons-Wolfensberger, arts, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
-

In de afrondende fase is commentaar gevraagd aan:

- prof dr R Kleber, hoogleraar psychotraumatologie, Universiteit Utrecht
- drs FH Olthuis, psychotherapeut, Den Haag

Bijlage

C

Enkele klinische richtlijnen en waarschuwingen

Overzicht richtlijnen Grunberg¹⁰⁶

Table 1 Description of the categories in the guidelines.

| | CPA (1) | C.Psy- chiatric A (2) | APA (3) | ASCH (4) | BPS (5) | APADiv 17 (6) | ISSD (7) | AMA (8) | APS (9) | A.Psy- chiatric A. (10) |
|---|---------|-----------------------------|---------|-------------|---------|------------------|-------------|------------|---------|-------------------------------|
| Specialized knowledge & competence | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ |
| Consideration of alternative | | √ | √ | √ | √ | √ | | | √ | |
| Diagnoses | | | | | | | | | | |
| Memory enhancing techniques | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | √ | | √ |
| Emotional competence | | | | | | √ | √ | | | √ |
| Objectivity/ Neutrality in forensic context | √ | | √ | | | | | | | |
| Record-keeping | √ | | | √ | | √ | | | √ | |
| Informed consent | √ | | √ | √ | | √ | | | √ | |
| Confrontation/ Legal action | √ | √ | | √ | | √ | | √ | √ | √ |
| Awareness of personal beliefs | √ | | | √ | √ | √ | √ | | √ | √ |

Note – The presence of a check-mark indicates that this issue is referred to in the guidelines

*Association Guidelines:

Canadian Psychological Association (1996)

Canadian Psychiatric Association (1996)

American Psychological Association (1996)

American Society of Clinical Hypnosis (1995)

British Psychological Society (1995)

American Psychological Association Div. 17, Committee on Women – Draft (1995)

International Society for the Study of Dissociation (1994)

American Medical Association (1994)

Australian Psychological Society LTD. (1994)

American Psychiatric Association (1993)

Richtlijnen * Courtois⁵⁶

De hieronder vermelde richtlijnen vormen een compilatie door de auteur van een aantal richtlijnen van professionele beroepsgroepen, met een toelichting van haar hand.

Algemene thema's:

- 1 Houd u aan de heersende professionele ethische gedragscode en richtlijnen voor professioneel handelen (met de toelichting: ook bij misbruikte en getraumatiseerde patiënten)
- 2 Ontwikkel gespecialiseerde kennis en competentie (met de toelichting: kennis op het gebied van misbruik, trauma, geheugen en behandeling na trauma en intellectuele en emotionele competentie voor behandelingen op dit gebied)
- 3 Blijf bewust van verschijnselen als overdracht en tegenoverdracht en van secundaire traumatisering en zorg voor uw eigen stabiliteit (met de toelichting: wees alert op overidentificatie met de patiënt of op het overafhankelijk maken van de patiënt)
- 4 Geef informatie over de behandeling en stel aan het begin van, en zo nodig tijdens, de behandeling een behandelcontract op met de patiënt (met de toelichting: met betrekking tot omstrede geheugenfenomenen moet de patiënt de informatie krijgen over professionele aanbevelingen; de informatie voor 'informed consent' moet schriftelijk worden aangeboden, eventueel aangevuld met speciale passages over het omgaan met herinneringen)
- 5 Begin met een volledige psychosociale intake, inclusief vragen over vroeger misbruik of andere trauma's en maak waar aangewezen gebruik van psychologische tests en hulponderzoek (met de toelichting: antwoorden bij deze intake vormen de basis van de kennis van de therapeut, maar sluiten non-disclosure uiteraard niet uit)
- 6 Ontwikkel uw diagnostische hypothese geleidelijk aan en op basis van brede informatie (met de toelichting: een formele diagnose van PTSD kan alleen gemaakt worden als er zeker sprake is van een traumatische ervaring)
- 7 Volg bij de behandeling na trauma het stappenmodel, waarover consensus bestaat (met de toelichting: stabilisatie, behandeling gericht op de traumatische herinneringen, persoonlijkheids(re)integratie en rehabilitatie)

Specifieke thema's met betrekking tot het geheugen:

- 8 Ben u bewust van persoonlijke en professionele aannames en bias en streef naar een positie van ondersteunende neutraliteit (met de toelichting: vermijd suggestieve beïnvloeding of onkritische acceptatie van uitspraken als feitelijk waar; wees in staat om onzekerheid over het verleden te tolereren zonder de serieuze mogelijkheid van seksueel misbruik te ontkennen en moedig patiënten aan datzelfde te doen)

* vertaling van de commissie

- 9 Wees voorzichtig met aannames bij incomplete of fladerige herinneringen uit de kindertijd (met de toelichting: neem niet automatisch aan dat dat een gevolg is van misbruik of ander trauma; er kunnen andere oorzaken zijn die te maken hebben met de ontwikkeling van het geheugen in de eerste levensjaren)
 - 10 Neem niet op grond van bepaalde symptomen automatisch aan dat er sprake is van seksueel misbruik (met de toelichting: zeker als de patiënt geen melding maakt van (de mogelijkheid van) seksueel misbruik)
 - 11 Houd rekening met de mogelijkheid van anderssoortige traumatische ervaringen in de kindertijd
 - 12 Zorg voor goede verslaglegging (met de toelichting: met een duidelijk onderscheid tussen feiten, gedrag en veronderstellingen)
 - 13 Als u in een traumagerichte therapie gebruik maakt van een methode om het ophalen van herinneringen te faciliteren, waaronder hypnose, is het belangrijk om de bestaande richtlijnen te volgen en zorgvuldig elke overbodige suggestie te vermijden (met de toelichting: de op deze manier opgehaalde herinneringen kunnen zeer betrouwbaar overkomen en toch feitelijk niet juist; het gebruik van hypnose-technieken vereist speciale training; ze dienen niet te worden toegepast als er sprake is van of kans op het aanspannen een juridische procedure door de patiënt, omdat het gebruik van hypnose het herinnerde materiaal niet toelaatbaar maakt in de VS).
 - 14 Controleer of de patiënt een goed begrip heeft en reële verwachtingen met betrekking tot het geheugen, therapie, en factoren die daarop van invloed zijn, inclusief sociale factoren. Corrigeer verkeerde inzichten.
 - 15 Wees terughoudend met aanbevelingen voor zelfhulpboeken en –groepen en doe dat uitsluitend als u op de hoogte bent van de inhoud en invalshoek ervan (met de toelichting: als er slechts sprake is van een vermoeden van seksueel misbruik, raadt dan geen boeken of groepen aan die bedoeld zijn voor mensen met een bevestigd misbruik)
 - 16 Ondersteun dat een patiënt pas bevestigend materiaal zoekt nadat de implicaties daarvan in therapie voldoende aan de orde zijn gekomen (met de toelichting: de patiënt moet voldoende gestabiliseerd zijn)
 - 17 Doe geen aanbevelingen om het contact met familieleden af te breken op basis van hervonden herinneringen
 - 18 Spreek met de patiënt af dat hij geen ongeplande/impulsieve acties onderneemt in de vorm van onthullingen, confrontaties of juridische procedures (met de toelichting: ook hier dienen alle implicaties te worden overwogen; zeker bij hervonden herinneringen kunnen dit soort acties risicovol zijn voor zowel de patiënt als de therapeut)
 - 19 Suggereer noch moedig aan tot juridische procedures in de vorm van een aanklacht (met de toelichting: mocht de patiënt dit toch doorzetten, dan moet de therapeut vermijden om in een dubbele positie terecht te komen als zowel behandelend therapeut als psychologisch deskundige)
-

Richtlijnen van Van der Hart en Nijenhuis²⁴⁴

- 1 De diagnosticus maakt een zorgvuldige taxatie van de problematiek van de patiënt en doet zorgvuldige diagnostiek, en informeert bij afname van de anamnese naar eventuele traumatische herinneringen, de aard ervan en de context waarin eventuele uitgestelde herinneringen aan trauma opkwamen.
- 2 Zoals bij alle vormen van psychotherapie, is zaakkundige instemming een noodzaak. Dit houdt in dat de patiënt goed wordt geïnformeerd over en instemt met de aard en doelen van de behandeling. Deze bepalingen worden in een zogeheten behandelcontract vastgelegd.
- 3 De therapeut hanteert een fasenmodel voor de behandeling van posttraumatische stress, waarbij de behandeling van traumatische herinneringen in de regel pas plaatsvindt als de patiënt gestabiliseerd is. De exploratie en integratie van deze herinneringen is geleidelijk van aard. Zij dient geen doel op zich te zijn.
- 4 Bij traumabehandeling sluit de therapeut aan bij gerapporteerde traumatische herinneringen en gaat niet op zoek naar herinneringen aan trauma waarvoor mogelijk amnesie bestaat.
- 5 Bij de rapportage van traumatische ervaringen (waaronder seksueel misbruik in de kindertijd) waarvoor geen onafhankelijke bewijzen voorhanden zijn, gaat de therapeut uit van een houding van onbevangen neutraliteit. Waar de therapeut na ampele overwegingen tot de overtuiging komt dat het gerapporteerde trauma of een deel ervan al dan niet plaatsvond, is het doorgaans goed daar uitdrukking aan te geven.
- 6 De therapeut legt rapportages van seksueel misbruik in de kindertijd en ander trauma zo goed mogelijk vast; de klemtoon ligt hierbij op beschrijvingen van gedrag in plaats van vermoedens (Grunberg & Ney, 1997; Pope & Brown, 1996). (Deze richtlijn stuurt de therapeut in de richting van het bij de feiten blijven inplaats van ongeremd interpreteren; het belang is voorts het hebben van een basis voor repliek tegen aantijgingen in tucht- of rechtzaken.)
- 7 De therapeut stelt zich op de hoogte van modern experimenteel, empirisch en klinisch geheugenonderzoek, en van de beperkingen die eigen zijn aan al deze onderzoeksvormen en daaruit voortkomende kennis.
- 8 De therapeut stelt zich op de hoogte van de mogelijke problematische aspecten van suggesties in psychotherapie en vermijdt suggestieve impliciete en expliciete beïnvloeding van de trauma- en overige geschiedenis van de patiënt. Zo is de houding van de therapeut tijdens het afnemen van de anamnese niet anders bij de rapportage van traumatische materiaal dan bij rapportage van andere gegevens.
- 9 De therapeut is zich ervan bewust dat extern bewijs van één trauma niet impliceert dat alle herinneringen aan trauma ook waar zijn of dat een weerlegging van één herinnering of van een aspect daarvan a priori alle andere ontkracht.
- 10 Waar van toepassing bij al dan niet hervonden herinneringen aan traumatische ervaringen, informeert de therapeut de patiënt over de invloed die personen uit de omgeving van de patiënt en de media kunnen hebben op herinneringen aan traumatische gebeurtenissen en de loop van de therapie. Het is

- belangrijk om uit te leggen dat deze invloed de kans op zowel vals-negatieve als vals-positieve rapportage kan bevorderen en om de patiënt te vragen dit soort invloeden te melden, indien mogelijk.
- 11 De therapeut is zich bewust van de factoren die de kans op rapportage van fictieve herinneringen vergroten en beseft dat fictieve herinneringen vals-positief en vals-negatief kunnen zijn. Tot deze risicofactoren behoren niet per se door critici als suggestief benoemde technieken zoals bepaalde hypnotische procedures, geleide fantasie en droominterpretatie, maar wel bijvoorbeeld de mate waarin de patiënt gevoelig is voor suggestie, de patiënt herhaald onder druk zetten om zich bepaalde zaken te herinneren of de patiënt herhaald en dwingend voorhouden dat diens (al dan niet hervonden) herinneringen fantasieën zijn (cf. Brown et al., 1998). [Er wordt in de kritiek op hypnotische procedures vaak aan voorbij gegaan dat zij een belangrijke rol bij louter symptoomgerichte therapie, inclusief de aanpak van intrusie-verschijnselen, kunnen hebben.]
 - 12 Waar herinneringen aan trauma invloed kunnen hebben op het leven van andere mensen, kan het goed zijn met de patiënt na te gaan of er gegevens zijn die deze herinneringen direct of indirect bevestigen of ondersteunen. (Hierbij dient de therapeut zich echter niet te gedragen als een detective.)
 - 13 Moedig de patiënt niet aan om gerechtelijke stappen te ondernemen. Waarschuw de patiënt tegen de risico's hiervan wanneer er onvoldoende juridisch bewijs is.
 - 14 Neem met de patiënt de mogelijke gevolgen door wanneer deze overweegt met diens misbruik-vermoedens of -rapportage in de openbaarheid (media) te treden.
 - 15 Neem met de patiënt de mogelijke gevolgen door wanneer deze overweegt met familieleden of de vermeende dader over het vermoede of gerapporteerde misbruik te spreken.
-

Waarschuwingen* Brown ea⁴³

- 1 Een patiënt met een geschiedenis van het steeds veranderen van therapeut en arts. Het kan verstandig zijn om die patiënten hun therapeutische voorgeschiedenis gedetailleerd en in hun eigen handschrift op papier te laten zetten en hun toestemming te verkrijgen om bij alle vorige therapeuten informatie aan te vragen. Een patiënt die dit weigert, wil wellicht vermijden dat voor hem ongunstige informatie beschikbaar komt.
- 2 Als de mogelijkheid voor een aanklacht wordt geopperd, speciaal als dat in het begin van de therapie gebeurt, of als een advocaat is geraadpleegd voor het begin van de therapie. Als de patiënt oververtouwd blijkt te zijn met psychologische terminologie en juridische begrippen, impliceert dat uitgebreide eerdere ervaringen die door de therapeut moeten worden onderzocht.
- 3 (Herinneringen die opkomen) in de behandeling van zeer manipulatieve patiënten met bepaalde karakterkenmerken.
- 4 Een patiënt die in therapie gaat om te 'bevestigen' dat hij of zij in het verleden is misbruikt. De therapeut kan dat niet bepalen zonder onafhankelijke feitelijke bevestiging. De therapeut kan zich niet opstellen als rechter of jury.
- 5 Als een eerdere therapeut heeft gesuggereerd dat er misbruik heeft plaatsgevonden
- 6 Als de opgekomen herinneringen gebeurtenissen betreffen van voor het derde levensjaar
- 7 Bij personen die vergeten herinneringen ophalen uit adolescentie of volwassenheid, of die zeggen geen herinneringen te hebben aan substantiële periodes na de kindertijd, maar die bij objectieve evaluatie geen tekenen vertonen van een dissociatieve stoornis.
- 8 In situaties waarin de relatie met de veronderstelde dader volledig positief was, niet geassocieerd met ambivalente gevoelens, terughoudendheid of conflict
- 9 Als patiënten voorheen contact hebben gehad met onbevoegde therapeuten of leken-hypnotiseurs. Of als een voorgaande therapeut niet-traditionele vormen van behandeling heeft toegepast, zoals (maar niet beperkt tot) kristaltherapie, energetische therapie, auratherapie, reïncarnatietherapie of uitdrijvingen. In die omstandigheden is de kans groot dat patiënten op niet gepaste wijze zijn beïnvloed in hun verwachtingen en dat ze een verkeerd beeld en begrip hebben opgebouwd omtrent therapeutische methoden.
- 10 Als patiënten hebben deelgenomen aan leken ondersteunings- of zelfhulpgroepen die niet worden gesuperviseerd door bevoegde professionals en waarin trauma, seksueel misbruik en incest een belangrijk thema zijn. Ook dient voorzichtigheid betracht te worden als de herinneringen van patiënten besmet kunnen zijn door deelname aan cursussen, het lezen over of zien van TV- of videoprogramma's over misbruik.
- 11 Als de persoonlijke geschiedenis van de therapeut lijkt op die van de patiënt, omdat dit zou kunnen leiden tot een grotere kans op onbewuste bias, verkeerde interpretatie en tegenoverdracht.

* vertaling van de commissie
