

Psychotherapie en hervonden herinneringen deel II

Richtlijnen voor de praktijk

ONNO VAN DER HART EN ELLERT NIJENHUIS

ONNO VAN DER HART is bijzonder hoogleraar bij de capaciteitsgroep klinische psychologie, Universiteit Utrecht, hoofd onderzoek aan het Cats-Polm Instituut in Bilthoven.

ELLERT NIJENHUIS is als psycholoog/psychotherapeut verbonden aan de polikliniek van psychiatrisch ziekenhuis Drenthe, Assen, en als onderzoeker aan het Cats-Polm Instituut in Bilthoven.

De auteurs danken dr. Nel Draijer voor haar commentaar op een eerdere versie van beide artikelen.

Terwijl sommige artsen zich nimmer het hoofd breken over traumatische herinneringen en zelfs niet weten dat die bestaan, en anderen ze overal menen te zien, is er ruimte voor personen die de middenweg kiezen en die geloven dat zij in staat zijn het bestaan van traumatische herinneringen in specifieke gevallen te ontdekken. De artsen van de laatste categorie hebben diagnostische regels nodig. Helaas zijn de betreffende psychische verschijnselen nog onvolledig bekend en is het verre van gemakkelijk nauwkeurige indicaties te geven.

Pierre Janet (1925, p. 670; vertaling auteurs)

De zich ontwikkelende *standard of care* voor hervonden ofwel uitgestelde herinneringen aan schokkende gebeurtenissen in de kindertijd houdt in dat psychotherapeuten dergelijke herinneringen tegemoet treden met een houding van zogenoemde onbevangen neutraliteit, als de validiteit ervan onzeker is. Zoals in dit artikel wordt toegelicht, is deze neutraliteit om verschillende redenen echter niet eindeloos te handhaven. Waar externe evidentie uitblijft, doen psychotherapeuten er goed aan een weloverwogen overtuiging over het waarheidsgehalte van deze herinneringen te ontwikkelen en met de patiënt te delen.

Dit is deel II van het artikel over psychotherapie en hervonden herinneringen. Deel I gaat over de fasegerichte traumabehandeling tegenover *Recovered Memory Therapy*.

INLEIDING

In 1993 waarschuwde de *American Psychiatric Board of Directors* het publiek op zijn hoede te zijn voor twee soorten therapeuten: degenen die zonder veel omhaal misbruik in de jeugd als oorzaak van bepaalde klachten en stoornissen aanwijzen en degenen die beweringen of rapportages over seksueel misbruik met even weinig omhaal als fictie bestempelen. In aansluiting op dit standpunt wordt in dit artikel ingegaan op de vraag hoe psychotherapeuten zorgvuldig omgaan met rapportages van hun patiënten over herinneringen aan trauma waarvoor geen extern bewijs aanwezig is. Zoals in deel 1 werd beschreven, gaat het hier om herinneringen die de patiënt zich altijd bewust was (voortdurend oproepbare herinneringen), herinneringen die slechts deels oproepbaar waren (fragmentaire herinneringen) en herinneringen die voorheen niet oproepbaar waren (uitgestelde herinneringen).

ONZEKERHEID OVER DE VALIDITEIT VAN TRAUMATISCHE HERINNERINGEN

Wanneer patiënten bij aanmelding of in de loop van een behandeling seksueel misbruik in de jeugd of ander trauma rapporteren waarvoor onafhankelijk bewijs ontbreekt, is het voor therapeuten onmogelijk om met absolute zekerheid te beweren dat dit misbruik inderdaad heeft plaatsgevonden. Dit gegeven gaat zowel over voortdurend oproepbare als over fragmentaire en uitgestelde herinneringen. Een therapeutisch zeer belangrijke vraag is hoe in dit opzicht op verantwoorde en sensitieve wijze met de patiënt om te gaan. Er doet zich immers een situatie van onzekerheid en verwarring voor met twee risico's. Het eerste risico is dat valide herinneringen aan trauma opgevat worden als ficties (vals-negatieve herinneringen); het tweede risico is dat fictieve herinneringen gehouden worden voor weergaven van historische gebeurtenissen (vals-positieve herinneringen) (Nash, 1994).

Een complicatie bij de taxatie van het waarheidsgehalte van herinneringen aan trauma is dat sommige herinneringen zowel historisch correcte als onjuiste elementen bevatten (Brown, 1995; Janet, 1932). Andere complicaties zijn dat sommige patiënten zich het misbruik dat hun overkwam niet herinneren, het niet (durven) vertellen of het afwisselend aanduiden en ontkennen (Van der Hart & Nijenhuis, 1999; Swica, Lewis & Lewis, 1996). Deze complicaties kunnen aanleiding geven tot vals-negatieve oordelen.

Het oordeel van de therapeut over de status van de herinneringen van de patiënt is van invloed op de manier waarop de patiënt tegen haar of zijn herinneringen aankijkt en op het verloop en het resultaat van de behandeling. Dit oordeel heeft in sommige gevallen ook juridische consequenties: de patiënt klaagt de vermeende dader(s) aan; beschuldigde ouders klagen de therapeut aan; en de patiënt klaagt, al dan niet onder druk van de ouders, de therapeut aan. De laatste twee mogelijkheden hangen vooral samen met in therapie opgekomen, voorheen fragmentaire of ontbrekende, herinneringen aan schokkende gebeurtenissen in het gezin van oorsprong. Met name in de Verenigde Staten heeft de dreiging van deze juridische consequenties tot onrust onder therapeuten geleid en sommigen van hen aanleiding gegeven om gerapporteerde traumatische jeugdervaringen als onderwerp van behandeling te mijden. Anderen besloten zelfs om patiënten met herinneringen aan deze trauma's voortaan van behandeling uit te sluiten. Het besluit van deze therapeuten is mede bepaald door het feit dat sommige beschuldigden en patiënten de therapeut in rechte verantwoordelijk stelden voor voortdurende, fragmentaire en uitgestelde herinneringen aan misbruik die de patiënt al had voor het begin van de behandeling.

Diverse ontwikkelingen dragen bij aan de preventie van beoordelingsfouten van de validiteit van gerapporteerd trauma. Zo hebben veel psychotherapeuten in de afgelopen jaren hun deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling van trauma vergroot en werd meer onderzoek gedaan naar trauma en de psychische en biologische gevolgen hiervan. Daarnaast werden in de literatuur op grond van gedeelde klinische ervaring en wetenschappelijke kennis richtlijnen voor verantwoorde omgang met herinneringen aan trauma voorgesteld. Psychotherapeutische beroepsverenigingen zouden overigens, meer dan zij tot nu toe hebben gedaan, een stimulerende rol kunnen vervullen in kwesties als opleiding en

ontwikkeling van richtlijnen voor de praktijkvoering op het gebied van trauma en herinnering.

Het antwoord op de vraag hoe psychotherapeuten zorgvuldig met het probleem van het waarheidsgehalte van herinneringen aan trauma om kunnen gaan, is niet uitgekristalliseerd. Hoewel een enkeling meent dat de therapeut op zoek moet gaan naar onafhankelijke bewijzen voor het gerapporteerde misbruik, lijkt de consensus te gaan in de richting van het accentueren van de neutraliteit van de therapeut tegenover de validiteit van (uitgestelde) herinneringen (Ganaway, 1989; Gutheil & Simon, 1997; Matthews & Chu, 1997; Simon & Gutheil, 1997). Sommigen beklemtonen echter de functie van de therapeut om getuige te zijn van het lijden van de patiënt (Herman, 1992). Voor overlevenden van de Holocaust hebben Laub en Auerhahn (Laub, 1995; Laub & Auerhahn, 1989) beschreven hoe belangrijk de laatste opgave is. In de behandeling van patiënten met uitgestelde herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd staat deze opgave, meer nog dan bij welke andere vorm van traumatisering ook, maatschappelijk onder druk.

HOE HOUDBAAR IS DE NEUTRALS POSITIE?

De psychiater McHugh (1993), die zich affilieert met de *False Memory Foundation* (FMSF), een particuliere stichting die van misbruik beschuldigde ouders en hun sympathisanten tot haar leden telt, vindt dat bij rapportage van uitgestelde herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd therapeut en patiënt actief op zoek moeten gaan naar externe bewijzen. Als dergelijk bewijs niet gevonden wordt, moet er volgens McHugh van uitgegaan worden dat de gerapporteerde gebeurtenissen niet hebben plaatsgevonden. Naast het mogelijke grensoverschrijdende gedrag van de therapeut in dit opzicht, is de kans groot dat deze benadering leidt tot fors toenemen van het aantal vals-negatieve herinneringen en vergroten van de barrières voor getraumatiseerde mensen om hulp te zoeken (Uyehara, 1997). Overigens blijft het onduidelijk waarom McHugh deze eis stelt bij herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd en niet bij herinneringen aan ander gerapporteerd trauma.

Ook de Nederlandse Werkgroep Fictieve Herinneringen (1998) meent dat therapeuten in voorkomende gevallen onderzoek moeten doen naar het gezin van vroeger, bijvoorbeeld door te praten met de leden van dit gezin, de huisarts en de onderwijzer. Draijer (1998) wijst er echter op dat een behandelaar gebonden is aan zijn beroepsgeheim. Dit verbiedt hem om buiten zijn patiënt om en via anderen vast te stellen of de patiënt de waarheid spreekt.

Tal van auteurs beklemtonen de noodzaak van een neutrale therapeutische houding tegenover het waarheidsgehalte van herinneringen aan onbewezen trauma (bijvoorbeeld Brown, Schefflin & Hammond, 1998; Coons, Bowman & Milstein, 1997; Gutheil & Simon, 1997; Kluft, 1995b; Matthews & Chu, 1997; Uyehara, 1997). De gedachte is dat therapeuten hun patiënten niet moeten beïnvloeden om te gaan geloven dat zij al dan niet het slachtoffer van misbruik zijn geweest. Zowel uitgestelde en fragmentaire, als voortdurende herinneringen aan trauma waarvoor geen onafhankelijk bewijs voorhanden is kunnen geheel of gedeeltelijk valide, maar ook totaal fictief zijn. Kluft (1995b) spreekt in dit verband van zaakkundige onzekerheid (*informed uncertainty*), waarbij authenticiteit en mate van geloofwaardigheid van de rapportages van de patiënt zorgvuldig worden afgewogen. Deze positie vereist een aanzienlijke tolerantie voor onzekerheid (British Psychological Association, 1996; Courtois, 1997a), het kunnen uitstellen van geloof of ongeloof, gekoppeld aan een houding van openheid, acceptatie en mededogen tegenover de patiënt (Herman, 1992). Hypothesen over de validiteit van herinneringen kunnen wel worden geformuleerd, maar moeten steeds in heroverweging genomen worden (Uyehara, 1997). Loftus en Yapko (1995) operationaliseren deze therapeutische positie als volgt:

Als men neutrale (niet-sturende) vragen stelt en een patiënt meldt een niet eerder opgeroepen herinnering [aan trauma], dan dient de therapeut in overweging te nemen deze herinnering als authentiek te behandelen, daarbij

steeds openstaand voor de mogelijkheid dat andere factoren dan trauma er de oorzaak van kunnen zijn. (p. 187; vertaling auteurs)

Kortom, therapeuten dienen een onbevooroordeelde, wetenschappelijke houding aan te nemen tegenover (uitgestelde) herinneringen aan seksueel misbruik in de kindertijd en ander trauma waarvoor geen onafhankelijk bewijs is (Brown, 1995). Daarbij creëren zij `een atmosfeer van steun voor, en geloof in het vermogen van de patiënt om een kritische houding aan te nemen teneinde feiten en fantasieën van elkaar te onderscheiden.' (Brown, 1995, p. 18; vertaling auteurs). Hierbij moet worden aangetekend dat er situaties zijn waarin dit onderscheid nooit volledig gemaakt kan worden. Er blijft onduidelijkheid bestaan: de historische en psychologische werkelijkheid zijn niet volledig uit elkaar te houden (Van der Hart & Van der Velden, 1995). Het maken van dit onderscheid is extreem moeilijk bij zogenaamde *fantasy-prone* patiënten (mensen die fantasie en feit gemakkelijk verwarren), patiënten die overdreven sterke twijfels aan hun eigen waarneming van de realiteit koesteren en patiënten met ernstige denkstoornissen, van wie het vermogen tot realiteitstoetsing gecompromitteerd is. (Zie Brown e.a., 1998, voor een grondige discussie van deze problemen.)

Over fantasie-elementen in rapportages van seksueel misbruik in de kindertijd laat onderzoek van Dalenberg (1996) zien dat bij bewezen geacht misbruik deze elementen (zoals onderdelen van nachtmerries) in de rapportages correleerden met de ernst van dit misbruik. Als een deel van de herinneringen een product van fantasie blijkt te zijn, mag dus niet zonder meer worden gesteld dat de hele herinnering met de feiten niets van doen heeft.

Tenminste op de lange duur kan de therapeutische neutraliteit problematisch of zelfs onhoudbaar worden (Gutheil & Simon, 1997; Hegeman, 1997). Zo merkten Laub en Auerhahn (1989) het volgende op in hun klassiek artikel over ontoereikende empathie in de psychoanalytische behandeling van Holocaustoverlevenden:

In de ogen van de overlevende zal de neutrale houding van de analyticus tegenover terugkerende traumatische herinneringen van kwade opzet getuigen, voor zover deze neutraliteit hem doet denken aan de ontkenning van zijn bestaan als mens door degenen waarvan hij het slachtoffer werd. (p. 392; vertaling auteurs)

Een dergelijke ervaring komt ook voor bij patiënten met een geschiedenis van misbruik in de kindertijd. Hegeman (1997) wijst erop dat zij deze neutraliteit kunnen gaan beleven als een herhaling van de gebruikelijke maatschappelijke ontkenning van het trauma.

Het lijkt ons onvermijdelijk dat therapeuten zich na verloop van tijd een mening vormen over de status van de gerapporteerde herinnering, maar onwaarschijnlijk dat zij er steeds in slagen om deze mening te verhullen. Omdat juist slachtoffers van misbruik hebben geleerd om op kleine communicatieve signalen te letten en hier betekenis aan toe te kennen, voelen zij waarschijnlijk vroeg of laat aan waar de therapeut staat. Bovendien verhoudt voorgewende neutraliteit zich slecht tot het therapeutische, en morele voorschrift om oprecht en transparant te zijn.

Er kan een moment in de behandeling komen waarop patiënt en therapeut bepaalde aspecten van de herinneringen van de patiënt voor waar gaan houden (Matthews & Chu, 1997). Uyehara (1997) omschrijft deze situatie als volgt:

Als een patiënte haar ambivalentie over het waarheidsgehalte van bepaalde herinneringen goeddeels tot een oplossing heeft weten te brengen, de therapeut meent dat voldoende is gedaan om de kans op vertekeningen van de werkelijkheid zo klein mogelijk te maken en voldoende is nagegaan of zo'n herinnering wellicht defensieve functies vervult, dan zou aanhoudende twijfel van de therapeut aan het waarheidsgehalte van de herinneringen de patiënt onnodig ondermijnen. (p. 413; vertaling auteurs)

Een gedeelde visie op het waarheidsgehalte van de herinneringen van de patiënt is van groot belang voor de mogelijkheid tot heling van het trauma; deze vormt de

noodzakelijke context waarin de patiënt zich zijn of haar traumatische verleden kan toe-eigenen en het een plaats in de eigen levensgeschiedenis kan geven (Laub, 1995; Viederman, 1995). Dit proces van toe-eigening en ontwikkeling van de eigen levensgeschiedenis bevordert en consolideert een stabiel identiteitsbesef (Matthews & Chu, 1997; Van der Hart & Nijenhuis, 1999). De therapeut heeft hierbij een rol als betrokken getuige met een open, niet vooringenomen houding; een rol die volgens patiënten van eminent belang is (Herman, 1992; Phelps, Friedlander & Enns, 1997)

Samenvattend: in plaats van uit te gaan van vooringenomen standpunten en bevooroordeelde en gevoelsmatige opvattingen (impulsief geloof over de (on)geloofwaardigheid en het waarheidsgehalte van uitgestelde herinneringen aan trauma, doen therapeut en patiënt er goed aan gezamenlijk stapsgewijs een weloverwogen overtuiging (Janet, 1926) te ontwikkelen. Waar exacte informatie ontbreekt, is deze weloverwogen overtuiging het hoogst haalbare. In deze context is de oprechte en weloverwogen staving van de therapeut een belangrijk ingrediënt voor herstel.

SYMPTOMEN VAN MOGELIJKE TRAUMATISERING

Kindermishandeling en -misbruik kunnen, al dan niet in combinatie met andere factoren, de oorzaak zijn van chronische psychopathologie, waaronder geheugenproblemen, die zich zowel voordoen bij kinderen (Putnam, 1997; Silberg, 1996) als bij volwassenen (Bremner, Scott, Southwick, Mason, Johnson, Innis, McCarthy & Charney, 1993; Jenkins, Langlais, Delis & Cohen, 1998). Onvoldoende besef van deze feiten kan de onjuiste aanname in de hand werken dat trauma niet plaatsvond. De gedachte dat uitgestelde herinneringen aan trauma per definitie fictief zijn, kan hier ook toe leiden. Aan de andere kant lijken therapeuten het ontstaan van fictieve herinneringen aan trauma te bevorderen als zij menen dat er bepaalde tekens of symptomen zijn die een bewijs zijn van bepaalde vormen van trauma zoals seksueel misbruik in de kindertijd. Hiervan zijn uitgezonderd zaken als geslachtsziekten bij jonge kinderen en zeer suspecte genitale of anale verwondingen.

Om beide typen van beoordelingsfouten tegen te gaan, is het onder meer van belang om te inventariseren welke psychopathologische en andere verschijnselen vaak door trauma, en meer in het bijzonder bepaalde vormen van trauma, worden opgeroepen. Wij veronderstellen dat het bij aanwezigheid van deze verschijnselen statistisch waarschijnlijker is dat de patiënt op enigerlei wijze werd getraumatiseerd, terwijl het ontbreken ervan, trauma veel minder waarschijnlijk maakt. Uiteraard bewijst geen van deze verschijnselen op zichzelf dat trauma plaatsvond, laat staan een bepaald trauma. Het lijkt wel aannemelijk dat de statistische waarschijnlijkheid toeneemt dat iemand getraumatiseerd is, naarmate zich meer symptomen voordoen die volgens empirisch onderzoek met traumatisering samenhangen. Bij de taxatie van de vraag of iemand een of meer schokkende gebeurtenissen heeft ondergaan moet ook rekening worden gehouden met het feit dat het horen over trauma aanleiding kan geven tot posttraumatische stress (DSM-IV, APA, 1994; Van der Hart & Van der Velden, 1995). Bovendien is het bij deze beoordeling van belang te beseffen dat de reacties op trauma afhankelijk kunnen zijn van de aard van de gebeurtenis en de context waarin deze zich voordeed (McFarlane & De Girolamo, 1996). Verder reageert niet iedere persoon eender op dezelfde traumatische gebeurtenis en kunnen iemands reacties zich in de loop van de tijd wijzigen (McFarlane & Yehuda, 1996).

Afgezien van deze reserves geeft onderzoek aan dat traumatische ervaringen aanleiding kunnen zijn voor voortdurende fysiologische (DeBellis, Lefte, Trickett & Putnam, 1994; Morgan, Grillon, Southwick, Davis & Charney, 1995; Southwick, Yehuda & Morgan, 1995; Yehuda, 1998), emotionele, somatosensorische (Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden, Van Dyck & Van der Hart, 1998; Van der Kolk, Greenberg, Boyd & Krystal, 1985) en gedragsmatige reacties. Deze onwillekeurige posttraumatische stressreacties doen zich onder meer voor in de vorm van sensomotorische herbelevingen van de gebeurtenis (Van der Kolk & Fisler, 1995) en andere dissociatieve reacties die optreden sinds het ondergaan van een traumatische gebeurtenis (Bremner & Brett, 1997; Marmar, Weiss & Metzler, 1998; Shalev, Peri, Canetti & Schreiber, 1996). Deze dissociatieve reacties hebben ook betrekking op fragmentaire of (tijdelijk) niet oproepbare herinneringen aan de gebeurtenis en

amnesie voor actuele gebeurtenissen (Bremner, Steinberg, Southwick, Johnson & Charney, 1993). Stimuli die op saillante wijze met een traumatische ervaring zijn geassocieerd geven vaak aanleiding tot posttraumatische stressreacties die moeilijk op te heffen zijn (Jacobs & Nadel, 1985; LeDoux, 1996; O'Keefe & Nadel, 1978).

Onderzoek wijst op een samenhang tussen de ernst van seksueel misbruik in de kindertijd, de ernst van PTSS-symptomen en overige psychopathologie (Briggs & Joyce, 1997). Recente gegevens van prospectief longitudinaal onderzoek valideren het retrospectief vastgesteld verband tussen (ernst van) traumatisering in de kindertijd en dissociatie in de adolescentie (Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland, 1997). Een verband met automutileren (Van der Kolk, Perry & Herman, 1991) en middelenmisbruik (Clark, Lesnick & Hegedus, 1997; Dansky, Saladin, Coffey & Brady, 1997) wordt ook gerapporteerd. Longitudinaal onderzoek wees op voortdurende depressie, angst, antisociaal gedrag, middelenmisbruik en zowel suïcidale gedachten als pogingen tot zelfdoding bij seksueel en lichamelijk mishandelde adolescenten (Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996).

Naast PTSS zijn er andere psychische stoornissen die in veel gevallen met chronische traumatisering in de kindertijd verband houden. Dit geldt onder meer voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (Herman, Perry & Van der Kolk, 1989), de somatisatiestoornis (Davies-Bornoz, 1997; Pribor, Yutzy, Dean & Wetzel, 1993) en de dissociatieve stoornissen (Draijer & Boon, 1993; Hornstein & Putnam, 1992; Nijenhuis e.a., 1998; Ross, Miller, Bjornson, Reagor, Fraser & Anderson, 1991). Dissociatieve stoornissen gaan bovendien in veel gevallen samen met PTSS (Bruss, Gruenberg, Goldstein, Sudak & Barber, 1998; Davies-Bornoz, 1997). Recente onderzoeksgegevens tonen aan dat de herinneringen van patiënten met dissociatieve identiteitsstoornis, ondanks alle aan deze stoornis verbonden geheugenproblematiek, vaak valide zijn (Coons, 1994; Hornstein & Putnam, 1992; Kluft, 1995a; Lewis, Yeager, Swica, Pincus & Lewis, 1997; Martinez-Taboas, 1996). Dit neemt niet weg dat deze patiënten soms niet plaatsgevonden trauma rapporteren (Kluft, 1996) en dat zij soms in gebreke blijven trauma te melden of zich trauma te herinneren dat hun wel degelijk overkwam (Lewis e.a., 1997).

Volgens de psychoanalytisch georiënteerde auteur Levine (1990) is de aard van de overdracht de beste, hoewel zeker niet perfecte, indicator van voorgaand seksueel misbruik; de overdrachtsrelatie zou dan zeer intens van karakter zijn, haast de vorm aannemen van een zogenoemde psychotische overdracht en sterk in het teken staan van de angst door de therapeut (en anderen) misbruikt en uitgebuit te worden (zie ook Hedges, 1997; Hegeman, 1997). Deze overdracht is een van de vormen waarin patiënten in termen van gedrag uitdrukking geven aan trauma dat nog geen plaats heeft gekregen in hun levensverhaal, aan trauma dat nog niet in de vorm van een narratief is gesymboliseerd (Hegeman, 1997). Nog andere kenmerken van mishandeling in de jeugd zijn hardnekkige cognitieve distorsies zoals 'het misbruik is mijn schuld'; 'ik werd misbruikt omdat ik slecht ben' en 'ik kan niemand vertrouwen' (Fish-Murray, Koby & Van der Kolk, 1987).

De manier waarop uitgestelde herinneringen aan trauma naar voren komen, lijkt ook iets te zeggen over de waarschijnlijke validiteit ervan. Zo meldden door Van der Kolk en Fisler (1995) onderzochte patiënten dat zij zich hun trauma's eerst herinnerden in de vorm van somatosensorische of emotionele flashbacks. Het ging hier om trauma's waarvan volgens deze patiënten de validiteit in 75% van de gevallen door onafhankelijke bewijzen was aangetoond. Pas later slaagden zij erin de herinnering in woorden uit te drukken. Deze ontwikkeling deed zich zowel voor bij voortdurende, maar meestal fragmentaire herinneringen, als bij uitgestelde herinneringen. De resultaten van andere onderzoeken (Albach, Moorman & Bermond, 1996; Cameron, 1996; Davies & Frawley, 1994; Roe & Schwartz, 1996) wijzen ook op een bijzondere wijze van herinneren van trauma: herinneringen aan seksuele en lichamelijke mishandeling waren aanvankelijk onder meer vager, minder samenhangend en emotioneler van aard dan herinneringen aan andere onprettige en prettige gebeurtenissen (Koss, Figueredo, Bell, Tharan & Tromp, 1996; Kuyken & Brewin, 1995; Tromp, Koss, Figueredo & Tharan, 1995).

FACTOREN DIE FICTIEVE HERINNERINGEN BEVORDEREN

Een aantal factoren vergroot de kans op rapportage van fictieve herinneringen of onjuiste opvattingen over het verleden (Brown, 1995; Brown e.a., 1998; Lindsay & Read, 1994; Van der Hart & Nijenhuis, 1995). Wanneer patiënten hoog hypnotiseerbaar zijn en onzekerheid bestaat over het verleden neemt deze kans toe. Als zij daarnaast worden onderworpen aan langdurige en gevarieerde suggestieve ondervraging en gevoelig zijn voor deze specifieke vorm van suggestie moet ernstig met onjuiste rapportage rekening gehouden worden. Zeer stressvolle omstandigheden tijdens het gesprek, het onderhevig zijn aan suggestieve invloeden uit de omgeving en heersende socio-culturele opvattingen over symptomen en hun achtergronden zijn nog andere risicofactoren.

Het is belangrijk te beseffen dat deze factoren zowel fictieve herinneringen aan trauma als onderrapportage van trauma in de hand kunnen werken. Terwijl sommige behandelaars bewust of onbewust geneigd kunnen zijn om te suggereren dat trauma plaatsvond, zullen anderen de impliciete of expliciete boodschap kunnen geven dat van trauma geen sprake is. Zoals werd beschreven in het eerste deel van dit artikel, is het ook van belang om te beseffen dat patiënten niet in een sociaal vacuüm leven, maar blootstaan aan tal van suggestieve of andere vormen van sociale beïnvloeding. Deze invloeden bepalen mede hoe zij zich hun verleden herinneren en wat zij van het verleden rapporteren. Als het bijvoorbeeld gaat om incest, blijft de bijdrage van ouders en andere gezinsleden aan het niet herinneren of rapporteren, of intrekken van beschuldigingen onderbelicht (Freyd, 1996; Salter, 1995).

PRAKTISCHE RICHTLIJNEN TER VERMIJDING VAN VALS-POSITIEVE EN VALS-NEGATIEVE HERINNERINGEN

In aansluiting op Van der Hart en Van der Velden (1995) komen wij tot de volgende praktische richtlijnen die het ontstaan van vals-positieve en vals-negatieve herinneringen aan trauma moeten voorkomen (zie ook Brown e.a., 1998; Courtois, 1996, 1997a-d; Enns, McNeilly & Gilbert, 1995; Van der Hart & Nijenhuis, 1995; Klufft, 1996; Pope & Brown, 1996).

1. De diagnosticus maakt een zorgvuldige taxatie van de patiënt 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 toestemming 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 fasemodel voor de behandeling van posttraumatische stress, waarbij de behandeling van traumatische herinneringen pas plaatsvindt als de patiënt gestabiliseerd is. De exploratie en integratie van deze herinneringen is geleidelijk van aard.
4. Bij traumabehandeling (fase a; zie deel 1 van dit artikel) 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 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 schriftelijk vast; de klemtoon ligt hierbij op beschrijvingen van gedrag in plaats van vermoedens (Grunberg & Ney, 1997; Pope & Brown, 1996).
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 ook 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 rapportage van traumatisch materiaal dan bij rapportage van andere gegevens.
9. De therapeut is zich er bewust van dat extern bewijs voor een trauma niet impliceert dat alle andere herinneringen aan trauma ook waar zijn of dat een weerlegging van een herinnering of een aspect daarvan a priori alle andere ontkracht.
10. Waar van toepassing, 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 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 procedures¹, geleide fantasie en droominterpretatie (zie Brown e.a., 1998).
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.

DISCUSSIE

De *standard of care* voor de therapeutische omgang met herinneringen aan misbruik in de kindertijd verkeert in een stadium van ontwikkeling. Schreven Van der Hart en Van der Velden (1995) bijvoorbeeld nog dat de therapeut er goed aan doet rapportages van misbruik in eerste instantie te geloven, hier wordt voorgesteld om in eerste instantie een neutrale, maar empathische houding aan te nemen. Deze aanbeveling geldt niet alleen voor uitgestelde herinneringen, maar ook voor voortdurende en fragmentaire herinneringen. De neutrale positie wordt verlaten als de therapeut op grond van zorgvuldige reflectie tot de overtuiging komt dat de herinneringen van de patiënt voor een groter of kleiner deel op feiten dan wel fictie berusten. De weloverwogen interpretatie dat de herinneringen authentiek zijn, geeft de patiënt erkenning als traumaslachtoffer. Besluit de therapeut na even zorgvuldige afweging dat de herinneringen naar alle waarschijnlijkheid niet met de werkelijkheid overeenstemmen, dan kan van hieruit een bijdrage geleverd worden aan de realiteitstoetsing van de patiënt. Soms is een combinatie van deze therapeutische acties op zijn plaats. Net zo als geldt voor voortdurende en fragmentaire herinneringen, kunnen uitgestelde herinneringen immers deels wel en deels niet overeenstemmen met feitelijke gebeurtenissen. Deze afwijkingen kunnen het gevolg zijn van suggestieve beïnvloeding door tal van personen, maar ook van andere opslag-, codeer- en ophaalfactoren (zie Brown e.a., 1998; Draijer, 1996; Spinhoven, Nijenhuis & Van Dyck, 1998).

Psychotherapeuten kunnen fouten in de beoordeling van de (in)validiteit van herinneringen aan trauma beperken, maar niet uitsluiten. Dit geldt ook voor andere beoordelaars. Betrokken patiënten, beschuldigen, familieleden, psychotherapeuten, juristen en journalisten lopen allen het risico deze fouten te maken. Dit komt doordat

¹ Critici vallen in sterke mate over het gebruik van hypnose. Over dit thema valt veel te zeggen. Wij beperken ons hier tot de opmerking dat hypnose voor allerlei therapeutische doelen kan worden gebruikt. Er moet bijvoorbeeld onderscheid worden gemaakt tussen hypnotische technieken voor symptoombestrijding en voor exploratie van het verleden. Verder lopen op deze exploratie gerichte hypnotische benaderingen uiteen van permissieve en niet-suggestieve technieken naar meer sturende technieken (vergelijk Brown e.a., 1998). Belangrijk is dat niet de toepassing van hypnose (en ook geleide fantasie en droominterpretatie) per se, maar de in dit artikel genoemde risicofactoren de kans op het verwerven van fictieve herinneringen vergroten (zie Brown e.a., 1998; Klufft, 1998).

niet alleen ieder post hoc oordeel over het verleden feilbaar is wanneer onafhankelijk bewijs van wat heeft plaatsgevonden, ontbreekt of gebrekkig is, maar ook omdat waarschijnlijk niemand volkomen onpartijdig is. Zo zijn psychotherapeuten mogelijk eerder geneigd om trauma voor waar te houden als zij de patiënt sympathiek vinden of als zij zelf misbruikt worden, en dit niet ontkennen. Er zijn ook therapeuten die er bij voorbaat van uitgaan dat uitgestelde herinneringen aan trauma fictief zijn, om verlost te zijn van een mogelijk taxatieprobleem, door gebrek aan kennis, theoretische vooringenomenheid of andere oorzaken.

Het is niet ondenkbaar dat ook in Nederland sommige therapeuten uit angst voor juridische aanklachten niet op gerapporteerd trauma ingaan of traumarapporterende patiënten zelfs niet meer in behandeling nemen. Beschuldigten hebben vaak alle redenen tot ontkennen. In sommige gevallen kan deze ontkenning samenhangen met totale of gedeeltelijke amnesie voor hun daden (Bliss & Larson, 1985; Nijenhuis, 1996; Pollack, 1996). Vrienden van aanklagers zijn mogelijk geneigd geloof aan de beschuldigingen te hechten, terwijl naaste familieleden misschien liever loyaal blijven aan de beschuldigde dan voor de gekende waarheid uit te komen. Experimenteel psychologen stellen waarschijnlijk meer vertrouwen in resultaten van experimenteel onderzoek dan in waarnemingen van klinici, ook al is de ecologische validiteit van dit onderzoek beperkt. Journalisten hebben kennelijk weer andere belangen; sommigen van hen hebben zich schuldig gemaakt aan eenzijdige en wetenschappelijk onhoudbare berichtgeving. Van psychotherapeuten en andere professionals mag echter worden verwacht dat zij zich van deze persoonlijke belangen en emoties bewust zijn of worden en zullen proberen hier boven uit te stijgen.

Voor iedere betrokkene geldt dat per geval zorgvuldig moet worden afgewogen wat de meest waarschijnlijke interpretatie is (Bowman & Mertz, 1996), in plaats van te blijven hangen aan generalisaties, niet empirisch getoetste veronderstellingen, blinde vlekken en andere niet-rationele factoren. Helaas heeft het in de discussie over herinneringen aan trauma tot voor kort al te vaak ontbroken aan nuancering. Het valt te hopen dat de recente trend tot genuanceerder en rationeler denken over de validiteit van herinneringen aan trauma zich voortzet. Deze tendens kan worden versterkt door ecologisch valide wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van trauma op geheugenfuncties en de aard en validiteit van traumatische herinneringen, waarin klinici en experimenteel psychologen nauw samenwerken.

Psychotherapeuten doen er in ieder geval goed aan de volgende, wijze, maar veeleisende raad van Grunberg en Nye (1997) op te volgen.

Omdat zaken als trauma, inter-persoonlijk geweld en uitgestelde herinneringen waarschijnlijk geen onderdeel waren van de formele opleiding van de meeste klinici, geven alle richtlijnen terecht aan dat het nodig is om specialistische kennis te vergaren, waarbij het accent wordt geplaatst op de persoonlijke verantwoordelijkheid van de clinicus om de eigen competentie te ontwikkelen door middel van consultatie, literatuurstudie, supervisie, wetenschappelijk onderzoek en contacten met andere goed geïnformeerde professionals. Het gaat hier om een dynamisch en steeds veranderend praktijkgebied met hoge risico's dat vraagt om permanente educatie. (p. 544; vertaling auteurs)

LITERATUUR (beperkte versie)

- Alpert, J.L. (1995). Professional practice, psychological science, and the delayed memory debate. In J.L. Alpert (red.), *Sexual abuse recalled: Treating trauma in the era of the recovered memory debate* (pp. 3-28). Northvale, NJ: J. Aronson.
- Andrews, B., Morton, J., Bekerian, D.A., Brewin, C.R., Davies, G.M., & Mollon, P. (1995). The recovery of memories in clinical practice: Experiences and beliefs of British Psychological Society practitioners. *The Psychologist*, 8, 209-24.
- Boon, S., & Hart, O. van der (1996). Stabilisatie en symptoomreductie in de behandeling van patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 159-172.
- Brown, D. (1995). Pseudo-memories: The standard of science and the standard of care in trauma treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 1-24.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, C.D. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: W.W. Norton.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Whitfield, C.L. (in druk). Recovered memories: The current standard of evidence in science and in the courts. *Journal of Psychiatry and Law*. Cameron, C. (1996). Comparing amnesic and nonamnesic survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. In K. Pezdek, & W.P. Banks (red.), *The recovered memory/ false memory debate* (pp. 41-68). San Diego: Academic Press.
- Coons, P.M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461-464.
- Coons, P.M., Bowman, E.S., & Milstein, V. (1997). Repressed memories in patients with dissociative disorder: Literature review, controlled study, and treatment recommendations. In D. Spiegel (Section red.), *Repressed memories*, Section II of *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 16. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Corwin, D. L., & Olafson, E. (1997). Videotaped discovery of a reportedly unrecallable memory of child sexual abuse: Comparison with a childhood interview videotaped 11 years before. *Child Maltreatment*, 2, 91-112.
- Dalenberg, C.J. (1996). Accuracy, timing and circumstances of disclosure in therapy of recovered and continuous memories of abuse. *Journal of Psychiatry and Law*, 24, 229-275.
- Davies, J.M., & Frawley, M.G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse*. New York: Basic Books.
- Draijer, N. (1996). Herinneringen aan traumatische ervaringen in de kindertijd. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 707-727.
- Draijer, N., & Boon, S. (1993). Trauma, dissociation, and dissociative disorders. In S. Boon, & N. Draijer, *Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis* (pp. 177-193). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Elliott, D.M. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 811-820.
- Enns, C.Z., McNeilly, C.L., & Gilbert, M.S. (1995). The debate about delayed memories of child sexual abuse: A feminist perspective. *The Counseling Psychologist*, 23, 181-279.
- Freyd, J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gold, S.N., & Brown, L.S. (1997). Therapeutic responses to delayed recall: Beyond recovered memory. *Psychotherapy*, 34, 182-191.
- Hart, O. van der (red.) (1995). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, & Nijenhuis, E.R.S. (1999). Bearing witness to uncorroborated trauma: The clinician's development of reflective belief. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 37-44.
- Harvey, M.R., & Herman, J.L. (1994). Amnesia, partial amnesia, and delayed recall among adult survivors of childhood trauma. *Consciousness and Cognition*, 3, 295-306.
- Hegeman, E. (1997). Reconstruction and the psychoanalytic tradition. In R.B. Gartner (Ed.), *Memories of sexual betrayal: Truth, fantasy, repression, and dissociation* (pp. 149-177). Northvale, NJ: J. Aronson.
- Horevitz, R.P., & Loewenstein, R.J. (1994). The rational assessment of multiple personality disorder. In S.J. Lynn, & J.W. Rhue (red.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 289-316). New York: Guilford Press.

- Hovestad, W.A., & Kristiansen, C.M. (1996). A field study of "false memory syndrome": Construct validity and incidence. *Journal of Psychiatry and Law*, 24, 299-338.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing*. New York: Macmillan (Originele werk gepubliceerd in 1919).
- Kihlstrom, J.F. (1996). The trauma-memory argument and recovered memory therapy. In K. Pezdek & W.P. Banks (red.), *The recovered memory/false memory debate* (pp. 297-311). San Diego: Academic Press.
- Kluft, R.P. (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschrift Supplement), 103-110.
- Kluft, R.P. (1998). Reflections on the traumatic memories of dissociative identity disorder patients. In S.J. Lynn, & K.M. McConkey (red.), *Truth in memory* (PP. 304-323). New York: Guilford.
- Kolk, B.A. van der, & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525. Kolk, B.A. van der, McFarlane, A.C., & Hart, O. van der (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress* (pp. 417-440). New York: Guilford.
- LeDoux, J.E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Lewis, D.O., Yeager, C.A., Swica, Y., Pincus, J.H., & Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1703-1710.
- Liebowitz, L., Harvey, M., & Herman, J. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 378-392.
- Lindsay, D.S. (1997). Increasing sensitivity. In J.D. Read, & D.S. Lindsay (red.), *Recollections of trauma: Scientific evidence and clinical practice* (pp. 1-16). New York: Plenum Press. Loftus, E. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist*, 48, 518-537. Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 4, 196-zoo.
- Martinez-Taboas, A. (1996). Repressed memories: Some clinical data contributing towards its elucidation. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 217-230.
- Matthews, J.A., & Chu, J.A. (1997). Psychodynamic therapy for patients with early childhood trauma. In P.A. Appelbaum, L.A. Uyebara, & M.R. Elin (red.), *Trauma and memory* (pp. 316-343). Oxford/New York: Oxford University Press.
- McCann, L., & Pearlman, L. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor*. New York: Brunner/hazel.
- Nash, M.R. (1994). Memory distortion and sexual trauma: The problem of false negatives and false positives. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 346-362.
- Nijenhuis, E.R.S. (1994). *Dissociatieve stoornissen en psychotrauma*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Vanderlinden, J., Dyck, R. van, & Hart, O. van der (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory threat and injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 63-73.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., Dyck, R. van, Hart, O. van der, & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfeld, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Pearlman, L., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist: Counter transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*.

- New York: W.W. Norton. Pope, K. S., & Brown, L. S. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Silverman, A.B., Reinherz, H.Z., & Giaconia, R.M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 709-723.
- Simon, R.I., & Gutheil, T.G. (1997). Ethical and clinical risk management principles in recovered memory cases: Maintaining therapist neutrality. In P.S. Appelbaum, L.A. Uyehara, & M.R. Elin (red.), *Trauma and memory* (pp. 477-498). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Spinhoven, Ph., Nijenhuis, E.R.S. & Dyck; R. van (1998). Herinneringen aan traumatische ervaringen. *Directieve Therapie*, 18, 134-169.
- Uyehara, L.A. (1997). Diagnosis, pathogenesis, and memories of childhood abuse. In P.S. Appelbaum, L.A. Uyehara, & M.R. Elin (red.), *Trauma and memory* (pp. 394-422). Oxford/New York: Oxford University Press.
- Williams, L. M. (1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 649-673.

Gelet op de vele literatuurverwijzingen in de tekst zijn hier alleen de belangrijkste referenties opgenomen. De volledige literatuurlijst is op te vragen bij het redactie bureau.

SUMMARIES

ONNO VAN DER HART & ELLERT NIJENHUIS

Psychotherapy and recovered memories I

Phase-oriented trauma treatment versus recovered memory therapy Remembrance of traumatic experiences, including childhood sexual abuse, may involve three patterns: continuous recall, partial recall, and delayed recall after a period of total or partial amnesia. The opinion that delayed recall of trauma always implies false memories emerging from so-called recovered memory therapy, is critically examined. The article also describes how the evolving standard of care with respect to the treatment of post-traumatic stress pertains to a phase-oriented approach.

ONNO VAN DER HART & ELLERT NIJENHUIS

Psychotherapy and recovered memories II Guidelines for clinical practice

According to the evolving standard of care, psychotherapists can best approach so-called recovered or delayed trauma memories of uncertain validity with an attitude of open-minded neutrality. This article presents various reasons why this neutrality cannot be endlessly maintained. Psychotherapists are well-advised to develop a reflective belief regarding the (in)validity of uncorroborated trauma memories instead, to share this belief with the patients, and also to heed other guidelines.