

Ritueel misbruik en *mind control* als onderdeel van het levensverhaal van de patiënte; een dilemma in psychotherapie

CHRISTEL KRAAIJ, klinisch psycholoog
AERNOUD VAN DER KNOOP, Gz-psycholoog/ psychotherapeut
Top Referent Trauma Centrum van Altrecht

SAMENVATTING

Ritueel misbruik en *mind control* in de behandeling van patiënten die gediagnosticeerd zijn met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) scheidt therapeuten in 'gelovigen' en sceptici. Hoewel de meeste van deze patiënten onafhankelijk van elkaar vergelijkbare ervaringen benoemen en dezelfde symptomen, gerelateerd aan dit type misbruik, rapporteren, ontbreekt elk objectief bewijs dat deze georganiseerde vorm van misbruik bestaat. Er is evenmin bewijs voor het bestaan van de 'sektarische netwerken' die dit ritueel misbruik zouden uitvoeren. Om die reden is psychologische behandeling een lastige opgave. Het doel van dit artikel is om dit dilemma op verschillende gebieden te beschrijven. Thema's als de loyaliteit tussen de behandelaar en de patiënte, gewetensvragen, inhoud behandeling, ontkenning van collega's en het betrekken van politie of justitie worden uiteengezet. De auteurs trachten de gepolariseerde discussie over dit onderwerp te overstijgen en nodigen de lezer uit om hetzelfde te doen en een eigen oordeel te vormen.

TREFWOORDEN: (Satanisch) ritueel misbruik, *mind control*, dissociatieve identiteitsstoornis, psychotherapie

INLEIDING

Een doorsnee dag op een Top Referent Trauma Centrum (TRTC): de therapeut spreekt zes tot zeven patiënten in het kader van behandeling, allen bekend met ernstig vroegkinderlijk trauma. Er is sprake van forse beschadigingen op hechtingsgebied vanwege een zeer onveilige jeugd en PTSS naar aanleiding van mishandeling en/of seksueel misbruik. Een deel van deze patiënten heeft een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) ontwikkeld als reactie op deze belastende ervaringen. Een deel van de patiënten met DIS geeft

daarnaast aan dat ze in hun kindertijd onderdeel hebben uitgemaakt van een groep (door henzelf netwerk, sekte of 'cult' genoemd), waarbinnen ze heel vreemde, bizarre, sadistische ervaringen hebben opgedaan. Dit wordt vaak met ritueel misbruik aangeduid. Ook wordt er gesproken over hersenspoelingen of andere ervaringen die wijzen op een vorm van *mind control*. Een handvol heeft het contact met deze groep nog niet geheel kunnen verbreken.

In 1994 kwam er een onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Justitie uit waarin het volgende werd gesteld:

‘In de contacten met de hulpverleners is aan de Werkgroep voorgehouden dat op dit moment in Nederland enkele tientallen personen (volwassenen en kinderen) leven die – verbaal of non-verbaal – aangeven het slachtoffer te zijn of te zijn geweest van rituele mishandeling. De verhalen van deze personen kenmerken zich door bij hen bestaande en waar te nemen excessieve angsten en/of psychiatrische stoornissen. In geen van de gemelde gevallen kon echter daadwerkelijk ritueel misbruik worden aangetoond.’ (Ministerie van Justitie, 1994).

In dit onderzoeksrapport was het advies opgenomen om een vervolgonderzoek in te stellen naar het bestaan van ritueel misbruik, tevens werd geadviseerd een meldpunt in te richten waar meldingen van ritueel misbruik geïnventariseerd konden worden en van waaruit met name hulpverleners advies konden krijgen hoe om te gaan met eventuele meldingen van ritueel misbruik door hun patiënten in de spreekkamer. Er heeft tot op heden geen vervolgonderzoek plaatsgevonden en er is noch vanuit de politiek, noch vanuit justitie, noch vanuit de GGZ een meldpunt ingesteld. Vanuit politie is wel de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken (LEBZ) opgericht om te assisteren bij de zaken waarin ritueel misbruik gerapporteerd wordt, met als doel valse aangiften te voorkomen (Nierop & Van den Eshof, 2008). Hoewel er in het verleden wel sprake is geweest van aangifte van ritueel misbruik, is het tot op heden in geen enkele zaak daadwerkelijk tot een veroordeling gekomen. Het LEBZ

Een deel van de patiënten met DIS geeft aan dat ze heel vreemde, bizarre, sadistische ervaringen hebben opgedaan

geeft hier een mogelijke verklaring voor: een aantal mensen dat deze ervaringen rapporteerde, kampte met psychische klachten die door behandelaren geduid werden als gevolg van ritueel misbruik en zouden passen bij een dissociatieve identiteitsstoornis. Inmiddels hebben deze mensen ontdekt dat er geen delen van

de persoonlijkheid bestaan en dat het door hen in een eerder stadium gerapporteerde ritueel misbruik nooit heeft plaatsgevonden. Deze patiënten worden *retractors* genoemd en schrijven deze ‘delen’ en het vermeende ritueel misbruik toe aan de duiding van hun therapeuten (Nierop & Van den Eshof, 2017).

Vanwege het uitblijven van vervolgonderzoek heeft een aantal professionals dat in hun werk te maken heeft gehad met overlevenden van ritueel misbruik, zich in 2005 verenigd in het Alternatief Beraad om met beperkte middelen en mogelijkheden alsnog onderzoek te doen en als meldpunt te fungeren, waarbij ondersteuning geboden wordt aan professionals. In 2007 en 2011 zijn er twee onderzoeksrapporten uitgekomen, waarin de ervaringen van hulpverleners met patiënten die aangaven satanisch ritueel misbruik te hebben ondergaan, geïnventariseerd zijn (zie: <http://www.alternatiefberaad.nl>, ook voor de onderzoeksrapporten).

Ondanks de beschreven dagelijkse praktijk is er dus een werkelijkheid die haaks lijkt te staan op deze praktijk. Tot op heden is er een gebrek aan objectief bewijsmateriaal dat deze georganiseerde vorm van seksueel misbruik, exploitatie en *mind control*, vaak van generatie op generatie, plaatsvindt. In Nederland zijn er voor zover de auteurs hebben kunnen nagaan geen rechtszaken bekend, waarin dit in deze omvang en met deze aard van misbruik en mishandeling/exploitatie is aangetoond.

Het thema dat centraal staat in dit artikel is:

Als de therapeut uitgaat van het ontbreken van objectief bewijsmateriaal moet deze een neutrale en mischien zelfs terughoudende positie innemen, als zijn patiënte vertelt over ervaringen met (satanisch) ritueel misbruik. Als de therapeut echter uitgaat van het verhaal van de patiënte en de wijze waarop dit verhaal verteld wordt, inclusief de zelfkritische houding, de consistentie in de verhalen en de lijdensdruk, dan is het geven van erkenning voor wat de patiënte beleeft en rapporteert noodzakelijk voor therapeutische verandering, evenals het bieden van steun en het behandelen van de aanwezige klachten. Dit dilemma raakt diverse thema’s en deze zullen beschreven worden, aan de hand van de persoonlijke ervaringen, een aantal theorieën en de verschillende meningen die in diverse

artikelen beschreven zijn. Voor een goed begrip van het vervolg zal eerst worden ingegaan op de diagnose ‘dissociatieve identiteitsstoornis’ en de begrippen ‘ritueel misbruik’ en ‘*mind control*’.

DE DISSOCIATIEVE IDENTITEITSSTOORNIS

Een dissociatieve identiteitsstoornis (voorheen meer-voudige persoonlijkheidsstoornis) is een classificatie binnen de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2014). De classificatie in de DSM-5 bevat de volgende criteria:

- A Verstoring van de identiteit, gekenmerkt door twee of meer afzonderlijke persoonlijkheidstoestanden. In sommige culturen wordt dit beschreven als een ervaring van bezetenheid. De verstoring in identiteit houdt een duidelijke discontinuïteit in van het gevoel van eigenwaarde en het gevoel van leeftijd, vergezeld door afwisselingen in invloed, gedrag, bewustzijn, geheugen, waarneming, cognitie en / of zintuiglijk functioneren. Deze symptomen kunnen worden waargenomen door anderen of door de persoon zelf.
- B Terugkerende hiaten in het herinneren van dagelijkse gebeurtenissen, belangrijke persoonlijke informatie en / of traumatiserende gebeurtenissen die niet passen bij het gewone vergeten.
- C De symptomen veroorzaken een klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D De stoornis is geen normaal onderdeel van de in grote lijnen geaccepteerde culturele of religieuze praktijk.
- E De symptomen zijn niet te wijten aan fysiologische effecten van een verslaving of een andere medische aandoening.

Ondanks de formele status van deze classificatie is het in de praktijk één van de meest controversiële diagnoses binnen de hulpverlening. Er zijn tot op de dag van vandaag professionals die aangeven ‘niet in deze classificatie te geloven’. Differentiaal diagnostisch wordt dan vaak een persoonlijkheidsstoornis geïdentificeerd (borderline, theatraal, vanwege de gefragmenteerde

beleving van het zelf, wat dan uitgelegd wordt als externaliseren, emotieregulatieproblemen, een instabiel zelfbeeld, zelfdestructief gedrag en een theatrale presentatie) en soms een psychotische stoornis (vanwege het horen van stemmen en andere ‘Schneider symptomen’). Er zijn diverse verklaringen vanuit verschillende invalshoeken voor het ontstaan van DIS. Er zullen twee uitersten beschreven worden.

Tot op heden is er een gebrek aan objectief bewijsmateriaal dat deze vorm van misbruik plaatsvindt

De *International Society for the Study of Trauma and Dissociation* (2011) ziet DIS als een gevolg van vroegkindelijk trauma en hoge stressniveaus, binnen de context van een verstoorde hechting. Delen van de persoonlijkheid worden gevormd als gevolg van het onvermogen van het kind om een geïntegreerd zelf te ontwikkelen dat gehandhaafd kan worden over verschillende gedragsstaten. Ondraaglijke herinneringen, affecten, sensaties, overtuigingen en gedragingen worden ingekapseld en bewaard in afgescheiden, gepersonificeerde gedragsstaten (*day child/night child*).

Een andere verklaring wordt door Spanos (1994) gegeven. Hij gaat uit van een socio-cognitief model, waarbij DIS zou ontstaan door iatrogene effecten en door sociaal culturele processen (o.a. media). De therapeut veroorzaakt meervoudigheid en dissociatieve symptomen door suggestie en hypnose, evenals het creëren van (hervonden) herinneringen aan traumatische ervaringen. De stoornis wordt bekrachtigd door de aandacht van anderen (en de symptomen veranderen naarmate er andere verwachtingen zijn vanuit de omgeving). Het gaat om emotioneel behoeftige en aandachtzoekende (theatrale) mensen, fantasierijk en suggestibel.

Reinders, Willemsen, Vissia, Vos, Den Boer en Nijenhuis (2016) onderzoeken middels fMRI de houdbaarheid van de theorie van Spanos die het type behandelaar en het type patiënt en hun interactie als voornaamste oorzaak ziet voor het ontstaan van DIS. Zij tonen met beeldvormend onderzoek verschillen

aan in hersenactiviteit, waardoor de verklaring dat patiënten met DIS meer suggestibel zijn dan patiënten zonder DIS (vergeleken met patiënten met PTSS, met acteurs en een gezonde controle groep) niet houdbaar is. Deze discussie is overigens nog in volle gang, zie bijvoorbeeld de reactie van Merckelbach, Lynn en Lienenfeld (2016) op een aantal conclusies.

RITUEEL MISBRUIK EN *MIND CONTROL*

‘In maart 2011 werd Colin Batley, een 48-jarige inwoner van Kidwelly, een plaatsje in het westen van Wales, schuldig bevonden aan het leiden van een satanische sekte waarin jonge kinderen en volwassen vrouwen werden misbruikt en waarin occulte riten werden gehouden.’ (BBC News, 11 maart 2011).

Bovenstaande krantenkop heeft betrekking op een vorm van misbruik die in de volksmond satanisch ritueel misbruik (*satanic ritual abuse* – SRA) wordt genoemd. In de literatuur worden verschillende definities gehanteerd met betrekking tot ritueel misbruik en het begrip *mind control* dat hieraan gelinkt is. De definities die in dit artikel worden gebruikt voor beide begrippen zijn ontleend aan het boek ‘*Healing the unimaginaire*’ van Miller (2012, vertaald door de auteurs):

‘Ritueel misbruik is een ernstige vorm van misbruik van kinderen, adolescenten en volwassenen, die bestaat uit fysiek, seksueel en psychologisch misbruik, en waarbij bepaalde rituelen worden toegepast. Hoewel

het doodmaken van anderen (mensen of dieren). Het seksuele misbruik is doorgaans pijnlijk, sadistisch, en is bedoeld als een manier om overwicht te hebben over het slachtoffer. Het psychologische misbruik is vernietigend en omvat onder meer het toedienen van drugs die het bewustzijn veranderen, als ook het gebruikmaken van bepaalde rituelen met als doel het slachtoffer te intimideren en in haar een extreme angst op te roepen voor de sekteleiden en voor de kwaadaardige geesten waarvan geloofd wordt dat de sekteleiden deze kunnen oproepen. Zowel tijdens als na het misbruik verkeren de meeste slachtoffers in een staat van doodsangst, gehersenspoeld en gedissocieerd, waardoor het na afloop extreem moeilijk is voor hen om te praten over dat wat is voorgevallen.’

Onder *mind control* experimenten wordt verstaan: ‘Het doelbewust en vaardig manipuleren van delen van de geest van iemand, zodat deze onder de controle van een ander komen en blijven staan. Er is een bepaald doel en de technieken worden geselecteerd om dit doel te bereiken. Ze werken grondig en systematisch’.

Er is geen documentatie aanwezig op basis waarvan de conclusie zou kunnen worden getrokken dat (satanisch) ritueel misbruik en de gebruikmaking van *mind control* op grote schaal voorkomen in de westerse wereld. Het voorbeeld uit Wales (waarin overigens de term *mind control* niet voorkomt) staat mogelijk op zichzelf. Tegelijkertijd is er door de tijd heen door verschillende patiënten in Nederland maar ook in andere Europese landen en de VS melding gemaakt van misbruik waarbij bepaalde rituelen zijn gebruikt.

Ross besteedt in zijn boek ‘*Satanic Ritual Abuse – Principles of Treatment*’ (1994) uitvoerig aandacht aan de voetangels en klemmen in het werken met patiënten die een geschiedenis van satanisch ritueel misbruik rapporteren en gaat in op de vraag of er iets van waarheid zou kunnen zitten in de verhalen. De moderne geschiedenis van de mensheid leert ons, zo betoogt hij, dat de mens in staat is gebleken om op grote schaal mensen systematisch te vermoorden op gruwelijke manieren. Hierbij verwijst hij naar de Katholieke Inquisitie en naar het Derde Rijk. Hij duidt deze aan als grootschalige sektes, respectievelijk van religieus-theologische aard en van militair-politieke aard. Daarnaast zijn er door de eeuwen heen talloze sektes en geheime

Er zijn tot op de dag van vandaag professionals die aangeven ‘niet in deze classificatie te geloven’

met “ritueel” niet per se een satanisch ritueel wordt bedoeld, geven de meeste slachtoffers die rituelen rapporteren aan dat deze werden gebruikt als onderdeel van duivelsaanbedding, met als doel om hen te indocineren om bepaalde gedachten en handelingen over te nemen als “eigen”. Ritueel misbruik omvat zelden een eenmalige gebeurtenis. Gewoonlijk betreft het herhaald misbruik over een langere tijdsperiode. Het fysieke misbruik is ernstig en omvat soms marteling of

genootschappen geweest waarin vaak mensen werden vermoord terwijl er gebruik werd gemaakt van het toepassen van bepaalde rituelen. Ross verwijst de lezer die geïnteresseerd is in een overzicht van deze geheime genootschappen naar *'A History of Secret Societies'* (Daraul, 1961) of *'The Occult Conspiracy'* (Howard, 1990).

Mollon, die in zijn boek *'Multiple Selves, Multiple Voices'* (1996) onder meer aandacht besteedt aan de bizarre ervaringen die patiënten soms rapporteren, stelt zich op het standpunt dat hij niet weet wat hiervan te denken. Hij geeft echter ook aan dat datgene wat in de perverse fantasie van de een ontstaat, door een ander ook daadwerkelijk zou kunnen worden uitgevoerd. Mensen kunnen elkaar verschrikkelijke dingen aan doen en doen dit ook onder bepaalde omstandigheden. Dit is ook de ervaring van de auteurs, die beide al jaren werkzaam zijn op het terrein van de behandeling van patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis en in die jaren veel verschillende traumaverhalen hebben gehoord: onder diegenen die zich in de traumageschiedenis van de patiënten schuldig hebben gemaakt aan uitbuiting, geweld en mishandeling, zijn mensen te vinden die soms de grenzen lijken te hebben opgezocht van wat men een slachtoffer aan kan doen. Patiënten geven in de therapiekamer veelal brokstukken informatie, een proces dat vaak gepaard gaat met intense gevoelens van angst, schaamte, walging en verwarring. Het is de mening van de auteurs dat het zeer goed mogelijk is dat sommige daders van misbruik zich aangetrokken voelen tot bepaalde duistere vormen van religie, zich verenigen en in groepsverband slachtoffers misbruiken waarbij zij rituelen gebruiken. Tegelijkertijd zijn de auteurs er niet op uit om bewijzen aan te dragen voor het bestaan van ritueel misbruik. Zij stellen zich op het standpunt dat een therapeut geen onderzoeker is en patiënten er niet bij gebaat zijn als deze zich als zodanig gaat gedragen.

Hier ligt in de ogen van de auteurs voor de behandelaar van een patiënte met DIS die bizarre rituelen rapporteert als onderdeel van de misbruikgeschiedenis een grote uitdaging: patiënten hebben recht op een integere en respectvolle behandeling door hun therapeut en dit impliceert dat deze durft te overwegen dat er tenminste deels iets van waarheid kan zitten in gruwelijke verhalen over ritueel misbruik die hij soms in de

loop van de therapie te horen krijgt. Om dit te kunnen zal de therapeut de eigen tegenoverdracht moeten onderkennen en moeten hanteren om te voorkomen dat de reactie van afkeer, ongeloof en loochening het verloop van de therapie gaat bepalen. Dit kan zeer ingewikkeld zijn: de ervaringen van sommige patiënten zijn zo bizar en onvoorstelbaar, dat degene die ze aanhoort de neiging kan hebben om ze a priori af te doen als 'fictie', dat wil zeggen als psychotische be-

Gewoonlijk betreft het herhaald misbruik over een langere tijdsperiode

levingen, of als fantasieverhalen van mensen die een ander, minder ernstig trauma hebben meegemaakt en het perspectief op de werkelijkheid zijn kwijtgeraakt, of simpelweg als de verhalen van mensen die aandacht zoeken. Er is anderzijds ook het risico dat therapeuten overbetrokken raken, te weinig distantie bewaren ten aanzien van de patiënte en de traumaverhalen die de patiënte vertelt en dan te weinig kritisch zijn in hun houding en daarmee de patiënte bekrachtigen in het vertellen van gebeurtenissen die niet daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Het zal duidelijk zijn dat de patiënte hier evenmin bij gebaat is. Kortom: het is voor therapeuten die met deze zeer getraumatiseerde mensen werken zeker raadzaam om zich af te vragen of de verhalen die zij vertellen het product zijn van een wisselwerking tussen destructieve kinderlijke fantasieën en een kwaadaardige omgeving (bijvoorbeeld Bion, 1957). Tegelijkertijd is het raadzaam zich te realiseren dat er door de eeuwen heen altijd sektes hebben bestaan en daarbij Shakespeare (1752/2016) in gedachten te houden: *'There are more things between heaven and earth than are dreamed of in your philosophy'*.

DE ATTITUDE NAAR DE PATIËNT

Ten aanzien van de vraag hoe dan praktisch te handelen richting deze patiëntengroep, geeft een publicatie uit 2004 over 'Omstreden Herinneringen' (De Gezondheidsraad, 2004) de therapeut die patiënten behandelt die herinneringen rapporteren die passend

lijken te zijn bij het fenomeen van ritueel misbruik, enkele bruikbare adviezen. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar de volledige publicatie, de auteurs volstaan hier met het citeren van een aantal conclusies en aanbevelingen die direct raken aan het kern van dit artikel:

- ‘Bespreek met de patiënt bij aanvang van de therapie het uitgangspunt van de principiële neutraliteit die je als therapeut hebt, maar doe dit op zodanige wijze dat het empathie met de psychische problematiek en de behandeling niet in de weg staat.
- Bewaar emotionele distantie, ook bij herinneringen van de patiënt aan zeer ernstig trauma.
- Psychotherapie, elke vorm daarvan, stimuleert het opkomen van herinneringen en de herinterpretatie daarvan. Therapeuten dienen zich bewust te zijn van het feit dat hun handelen zowel het opkomen van ware herinneringen als het opkomen van fictieve herinneringen kan faciliteren, en daarom dienen zij zich in beginsel terughoudend op te stellen in het toepassen van suggestieve technieken, zeker bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken en bij patiënten met bepaalde psychiatrische stoornissen.’

Dat wat in de perverse fantasie van de een ontstaat, door een ander ook daadwerkelijk zou kunnen worden uitgevoerd

In bijlage C van bovenstaande publicatie geven diverse auteurs een overzicht van richtlijnen en waarschuwingen voor de klinische praktijk. De auteurs citeren een aantal van de door Van der Hart en Nijenhuis genoemde aanbevelingen:

‘De therapeut sluit in de therapie aan bij de gerapporteerde herinneringen en gaat niet op zoek naar herinneringen waarvoor mogelijk amnesie bestaat. Bij het rapporteren 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 conclusie komt dat het gerapporteerde trauma of een deel ervan al dan niet plaatsvond, is het doorgaans goed daar uitdrukking aan te geven. 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. 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. Wanneer herinneringen van de patiënt aan trauma invloed kunnen hebben op de levens van andere mensen, kan het goed zijn om met de patiënt na te gaan of er gegevens zijn, die deze herinneringen direct of indirect bevestigen of ondersteunen. Moedig de patiënt niet aan om gerechtelijke stappen te ondernemen. Waarschuw tegen de risico’s hiervan als er te weinig juridisch bewijs is.’

HET KLINISCH BEELD

Het is de ervaring van de auteurs dat patiënten met DIS zonder gerapporteerd ritueel misbruik en patiënten die deze vorm van misbruik wél rapporteren, van elkaar verschillen met betrekking tot de wijze waarop klachten zich manifesteren (naast het feit dat er een sterke overlap in de kernsymptomen bestaat). De patiënten met gerapporteerd ritueel misbruik zijn vaak sterk gefragmenteerd (hebben meer delen, switchen vaker), ervaren meer ontregeling en angst rondom bepaalde data en periodes van het jaar, uit zich vaker paranoïde (wat ze overigens vaak zelf ook weer corrigeren) en laten vaak en veel ontregeling zien gedurende de lopende psychotherapie, vaak in lijn met een toenevende realisatie over wat ze hebben meegemaakt. De interne conflicten zijn heftiger (gedachten, gevoelens en gedragingen liggen meer uiteen). Van deze patiënten is er bovendien een klein deel dat aangeeft ook in het heden nog onderdeel uit te maken van of beïnvloed te

worden door een groep waarbinnen gruwelijke rituelen zouden plaatsvinden. Patiënten die zich (bijna) los hebben gemaakt uit zo'n groep of netwerk, geven vaak aan dat er sterke druk wordt uitgeoefend op hen om terug te keren naar de groep (in de therapie rapporteert de patiënte vaak angst voor represailles, het ervaren van sterke loyaliteit naar bepaalde groepsleden, en het buiten het bewustzijn om handelen naar bepaalde overtuigingen die ze hebben meegekregen, vanuit hersenspoelingen, en die sterk geïnternaliseerd zijn geraakt). In opzet is de behandeling van patiënten met DIS die ritueel misbruik rapporteren niet anders dan de behandeling van patiënten met DIS die deze ervaringen niet rapporteren: er wordt gewerkt volgens het drie-fase model (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006), wat betekent dat in de eerste fase stabilisatie, symptoomreductie en veiligheid centraal staan. Indien er sprake is van doorgaand misbruik, staat het stoppen hiervan centraal in deze fase van de therapie. De tweede fase van de behandeling bestaat uit traumaverwerking, bijvoorbeeld door middel van EMDR, psycho-synthese of Narratieve Exposure Therapie. De derde fase is gericht op de integratie van de persoonlijkheid, waarbij het oppakken en vormgeven van het dagelijks leven centraal staat, inclusief het verwezenlijken van wensen en kansen en acceptatie van eventuele restklachten. Niet alle patiënten blijken in staat of zijn gemotiveerd om alle fasen te doorlopen. Fase 1 is nagenoeg wel altijd een noodzakelijk onderdeel van de behandeling. In deze fase wordt er psycho-educatie gegeven over de diagnose en de ontstaanswijze. Patiënten worden gestimuleerd de verschillende delen in zichzelf te leren onderkennen en herkennen. Ze worden geholpen bij het ontwikkelen van meer begrip voor de verschillende delen: de samenwerking tussen de delen onderling wordt waar mogelijk bevorderd, zodat er minder interne conflicten ontstaan, meer verantwoordelijkheid en grip op eigen gedrag wordt genomen en ervaren en patiënten beter in staat zijn hun leven vorm te geven en er minder klachten zijn.

De groep patiënten met DIS die ritueel misbruik rapporteert, is in de ervaring van de auteurs behoorlijk gemêleerd. Het ene uiterste van deze groep kent problemen op alle levensgebieden en de problematiek bij deze patiënten kent vaak een chronisch beloop.

Het andere uiterste van deze groep blijkt behoorlijk in staat op een aantal gebieden het leven vorm te geven. Niet zelden is er sprake van een goede baan met een hoog opleidingsniveau (HBO, WO), zijn er kinderen

Er is ook het risico dat therapeuten overbetrokken raken

en wordt het ouderschap door anderen beoordeeld als stevig, adequaat, zorgzaam. Er kan sprake zijn van een stabiele relatie en/of een langdurig en hechte vriendengroep. Patiënten met DIS kunnen tegelijkertijd een sterke klachtenpresentatie en een verstoord hechtingspatroon hebben en op een aantal gebieden (boven) gemiddeld functioneren. Een deel van deze patiënten rapporteert ervaringen op het gebied van ritueel misbruik en werkt tegelijkertijd zelf als hulpverlener met cliënten met (ernstige) psychische problemen. Er is in dat geval meestal geen sprake van een context waarin zij als ervaringsdeskundige optreden. Sterker nog, de diagnose en de traumatische voorgeschiedenis worden geheim gehouden. Er is angst voor de reactie, onbegrip, gezien worden als patiënte in plaats van collega. Daarnaast is het hele systeem van innerlijke delen gericht op het geheim houden ervan, het zou tegen de boodschappen die ze hebben meegekregen ingaan om openheid van zaken te geven.

DE BEHANDELING

Veiligheid is een belangrijke voorwaarde om te kunnen reflecteren. De *'window of tolerance'* (Ogden, Minton & Pain, 2006) gaat uit van het idee dat een mens in staat is te leren, te veranderen als het spanningsniveau iets verhoogd is (men moet uitgedaagd worden), maar niet te hoog. Indien je buiten de *window* raakt, treden er automatische reacties op, die reflecteren onmogelijk maken. Actuele onveiligheid en zeker de onveiligheid die gepaard gaat met ritueel misbruik en *mind control* leidt tot een continu verhoogd angstniveau, wat dan wel uitmondt in een staat van hyperarousal (verhoogde alertheid), dan wel in hypo-arousal, oftewel een *shutdown* reactie. Het in therapie zijn, openheid geven over zaken, die verboden zijn en waar geweld op ge-

richt wordt/is geweest om die openheid te voorkomen, maken dat in therapie zijn tevens leidt tot uit een verhoogd spanningsniveau.

Is psychotherapie dan haalbaar en voldoende? Moet er niet eerst gezorgd worden voor veiligheid, al dan niet binnen een gedwongen kader, als de patiënte hier zelf geen zorg voor draagt/ kan dragen? Op basis van klinische ervaring zijn de auteurs terughoudend om iemand (gedwongen) in veiligheid te brengen, dat wil zeggen om de patiënten door middel van een opname uit de handen van het netwerk te houden. Er is genoeg altijd een intern conflict over het nemen van afstand van het netwerk, aangejaagd door hersenspoelingen en/of boodschappen die zorgen voor een hoge mate aan loyaliteit aan het netwerk. Angst speelt hier een grote rol in, angst voor de consequenties voor zichzelf en voor anderen uit het netwerk. Soms ook angst voor de veiligheid van belangrijke anderen, die geen onderdeel uitmaken van het netwerk, bijvoorbeeld de partner, de kinderen of de therapeut. Patiënten geven vaak aan gedwongen te zijn zelf ook als dader op te treden en zijn bang zelf aangegeven en/of vervolgd te worden. Er is daarnaast vaak ook sprake van een ander conflict, dat raakt aan loyaliteit richting mensen uit het netwerk. Loyaliteit, omdat er naast de gruwelijkheden ook iets gekregen wordt, een gevoel van belangrijkheid, ergens bij horen, macht. Ze zijn soms juist goed in bepaalde zaken geworden, waar ze status aan ontlenden, die ze missen in het 'gewone leven' of waarvan ze overtuigd zijn geraakt dit in het normale leven nooit te krijgen. Een (gedwongen) opname of

Dit vraagt van de behandelaar wel het vermogen om machteloosheid te verdragen

geheime (nood)opvang ondersteunt één kant van het conflict, de behoefte aan veiligheid, het willen voorkomen van pijn, misbruik en schade (moeten) toebrengen aan anderen. Echter, het gaat voorbij aan de angst voor represailles en de loyaliteitsgevoelens die er ook zijn. Inherent aan DIS zijn deze verschillende gevoelens en

overtuigingen gescheiden en het bijbehorende gedrag zal, zo is de ervaring van de auteurs, buiten de controle om plaatsvinden, zolang er geen consensus is over de manier waarop veiligheid de meeste kans van slagen heeft. Dus een opname wordt, zolang het conflict zich nog afspeelt tussen verschillende delen waar geen/nauwelijks bewustzijn van is en/of waar voortdurend strijd tussen is, ondermijnd als poging om veiligheid te creëren. We zien helaas in zo'n situatie juist een averechts effect, delen van de persoonlijkheid zoeken alsnog contact en/of rapporteren waar ze zijn, mensen uit het netwerk zoeken patiënte op, met alle consequenties van dien en de hulpverlening ervaart machteloosheid en geeft het op, wordt boos, gelooft niet dat patiënte echt gemotiveerd is, et cetera. Vanwege de veelvoorkomende twijfel en scepsis ten aanzien van het bestaan van ritueel misbruik en de diagnose DIS is het daarnaast vaak problematisch om een opname-afdeling te vinden die op basis van deze indicatie aan een opname wil meewerken. Het (vaak letterlijke) spanningsveld is dus dat psychotherapie nodig is om te werken aan die interne conflicten en de hersenspoelingen met betrekking tot veiligheid en dat tegelijkertijd de psychologische ruimte beperkt is vanwege de context van onveiligheid en de gevolgen van *mind control*. Desondanks kiezen de auteurs toch over het algemeen voor psychotherapie en indien patiënte voldoende consensus ervaart intern over het weg willen/kunnen bij het netwerk, dan kan soms een verhuizing, een opname, een schuiladres of iets dergelijks nuttig zijn ter ondersteuning of om een ander, veilig leven mogelijk te maken. Dit vraagt van de behandelaar wel het vermogen om machteloosheid te verdragen. Niet alleen de machteloosheid van de patiënte zelf, richting het netwerk, maar ook de eigen machteloosheid dat patiënten ten tijde van de behandeling opnieuw/herhaald getraumatiseerd raken, omdat ze nog onder invloed staan van het netwerk, dan wel te angstig zijn om echt te zorgen voor veiligheid.

Naast de ingewikkelde afweging van wel of geen psychotherapie als middel om veiligheid te creëren en los te komen van de invloeden vanuit de *mind control* is er een ander actueel thema. In het EMDR-magazine van december 2016 (De Jongh, Bicanic & Eimers, 2016) wordt namelijk het advies gegeven om de

traumatische ervaringen die onder satanisch en ritueel misbruik vallen, niet te behandelen en de EMDR te beperken tot de ‘normale’ traumatische ervaringen. Er wordt aangegeven dat EMDR van dit soort herinneringen ‘een vorm van beïnvloeding is, waar de Gezondheidsraad voor waarschuwt, omdat de suggestie wordt gewekt dat de therapeut de herinnerde gebeurtenissen als feiten beschouwt en daarmee het gedrag van de patiënt bekrachtigt’.

De Gezondheidsraad bestond destijds uit diverse experts (zowel klinici als wetenschappers) binnen de gezondheidszorg, gespecialiseerd in de gevolgen van traumata en specifiek de werking van het geheugen. Echter, het rapport ‘Omstreden herinneringen’ beperkt zich niet tot herinneringen aan ritueel misbruik, maar adviseert hoe om te gaan met hervonden en fictieve herinneringen aan seksueel misbruik in het algemeen. De auteurs hebben de indruk dat dit advies specifiek wordt aangehaald voor herinneringen aan ritueel misbruik, terwijl veel van de misbruikervaringen die minder omstreden zijn, vaak ook niet objectief vast te stellen zijn (vanwege gebrek aan bewijs of angst om aangifte te doen, bijvoorbeeld). De Jongh, et al. (2016) vervolgen echter: ‘Daarnaast geven anekdotische ervaringen vanuit de behandelpraktijk aanleiding om te veronderstellen dat patiënten die zeggen slachtoffer te zijn van satanisch ritueel misbruik, vaak averechts op traumagerichte therapie reageren.’ De auteurs hebben helaas ook geen onderzoeksgegevens, maar kunnen vanuit eigen ervaringen aangeven dat een trauma-focused behandeling bestaande uit drie fasen, waarbij eerst gestabiliseerd wordt en vervolgens overgegaan wordt naar traumaverwerking wel degelijk succesvol kan zijn. De voorgestelde volgorde is eerst behandeling van DIS en PTSS ter stabilisatie en indien er voldoende bewustzijn is van verschillende delen van de persoonlijkheid en consensus wordt ervaren over het verwerken van traumatische ervaringen, wordt de overstap naar verwerking gemaakt, waar met name de PTSS centraal staat. De ervaring van de auteurs is juist dat het verwerken van deze ervaringen met EMDR of een andere vorm van traumaverwerking kan leiden tot vermindering van PTSS-klachten, meer berusting en een verbetering van de kwaliteit van leven. De behandeling van de traumatische ervaringen leidt mede tot

verdere integratie van de persoonlijkheid.

Direct starten met traumaverwerking leidt vaak tot verslechtering of zelfs crisisachtige situaties. Het is vol-

Wanneer er te snel in de behandeling wordt gestart met traumaverwerking, treedt ontregeling op

gens de auteurs een misvatting om te concluderen dat dat betekent dat herbelevingen aan ritueel misbruik niet verwerkt zou kunnen worden, of zelfs een reden zouden moeten zijn om aan het waarheidsgehalte van de gerapporteerde traumageschiedenis te twijfelen. Wanneer er te snel in de behandeling wordt gestart met traumaverwerking, treedt ontregeling op. Vanwege het sterke wantrouwen richting de therapeut, is het voor veel patiënten in het begin van de behandeling onmogelijk om de therapeut als ‘medestander’ te ervaren. Daarnaast is er vaak een sterke loyaliteit (vaak gebaseerd op angst) richting de ouders, zeker als dit familieleden zijn. Het proces van zich realiseren wat een patiënte heeft meegemaakt vraagt ook tijd. Onderliggende gevoelens van schaamte, schuld en een daaraan gekoppeld negatief zelfbeeld zijn vaak rigide aanwezig. De cognitieve herstructurering moet al op gang zijn gebracht, voordat traumaverwerking kan plaatsvinden. De patiënte moet eerst leren mentaliseren om dit te bereiken. Ten slotte moet in een aantal gevallen het eigen ouderschap ook onder ogen worden gezien, voordat met traumaverwerking kan worden gestart.

DE COLLEGA'S

Het is de ervaring van de auteurs dat hulpverleners die werkzaam zijn op het terrein van behandeling van patiënten met DIS, met regelmaat te maken krijgen met sterke reacties van ongeloof en scepsis onder collega's, zowel waar het de aangeboden behandelvorm betreft, als ook waar het de inhoud van traumaverhalen betreft. Sommige collega's gaan zelfs zover dat ze de diagnose DIS, die al tientallen jaren door experts wereldwijd wordt erkend, verwijzen naar het rijk van eenhoorns, elfen en dwergen. Veelal gaat het hier overigens over

collega's die zelf weinig tot geen behandelervaring hebben waar het bovengenoemde patiëntenpopulatie betreft.

Hulpverleners die werkzaam zijn in dit veld krijgen door collega's nogal eens het verwijt dat ze door hun manier van werken iatrogene schade zouden toebrengen aan patiënten die kwetsbaar en suggestibel zijn. Ze zouden hun patiënten traumaverhalen in de mond leggen en hypnose gebruiken als een methodiek om toegang te krijgen tot 'verdrongen herinneringen'. Deze hulpverleners zouden, in de beleving van deze collega's, teveel en ten onrechte meegaan in het luisteren naar en erkennen van de traumata die patiënten hebben meegemaakt, terwijl het switchen dat zij doen zou moeten worden opgevat als ongewenst (vermij-

Sterke reacties van ongeloof en scepsis onder collega's

ding)gedrag dat juist bekrachtigd raakt als de therapeut er aandacht aan besteedt. De lezer die geïnteresseerd is in een uitgebreide bespreking van een aantal van deze hardnekkige mythes waar het de behandeling van patiënten met DIS betreft, wordt verwezen naar een artikel van Brand, Sar et al. (2016) waarin zij deze mythes weerleggen. Zo gaan zij erop in dat het weliswaar voorkomt dat patiënten geen herinneringen hebben aan bepaalde aspecten van een trauma dat zij hebben meegemaakt, maar dat het zelden tot nooit gebeurt dat zij de gehele gebeurtenis vergeten zijn. Verder is er al langere tijd consensus onder goed getrainde traumatherapeuten dat hypnose niet aangewezen is als methode om herinneringen op te halen en dat er bij toepassing hiervan uiterst zorgvuldig te werk moet worden gegaan. Er wordt in de behandeling vooral aandacht besteed aan de verscheidene 'zelf-toestanden' om toe te werken naar integratie in plaats van dat er meer verdeeldheid wordt gecreëerd. Therapie bij DIS helpt, is de conclusie.

De scepsis waar het de inhoud van de traumaverhalen betreft is te begrijpen vanuit het gevoel van *common sense* van de therapeut. Sommige verhalen klinken te bizar om waar te zijn. Daarnaast schakelt, zo lijkt

het, als het over bepaalde specifieke vormen van georganiseerd en sadistisch misbruik gaat, de prefrontale cortex een beetje uit. De therapeut ervaart als reactie op gruwelijk trauma intense gevoelens van schrik, afkeer, vervreemding, walging of simpelweg ongeloof. Alhoewel deze reactie zeer begrijpelijk is, is het voor de therapeut toch van belang te blijven reflecteren op wat er verteld wordt.

JUSTITIE

Indien er uitgegaan wordt van het bestaan van satanisch en ritueel misbruik in georganiseerde gesloten groepen en zeker als er is sprake van actueel geweld, seksueel misbruik, exploitatie en *mind control*, dan zou de therapeut, in de lijn van de meldcode huiselijk geweld bij een vermoeden van (kinder)misbruik, maar ook vanuit de burgerplicht om misdaad te melden, hier melding van moeten maken. Echter, melden wordt door de auteurs nagenoeg nooit gedaan. Dat heeft verschillende redenen. Ten eerste speelt de patiënte hier een belangrijke rol in. De meeste patiënten zijn te bang om te melden en/of mee te werken aan een melding door hun behandelaar. Ze zijn enerzijds bang voor represailles, gericht op henzelf of op andere leden uit het netwerk. Sommigen geven ook aan dat als ze hiermee naar buiten treden, er in hun hoofd boodschappen afgespeeld worden, die gericht zijn op suïcide en/of zichzelf ongeloofwaardig maken (psychotisch worden, delict plegen). Ze zijn vaak ook bang om niet geloofd te worden, bang en beschaamd om te moeten vertellen wat hen is overkomen, bang dat zij zelf berecht zullen worden door wat ze hebben moeten doen. Ten tweede spelen de auteurs zelf een belangrijke rol bij het niet melden. Binnen de therapeutische setting wordt niet gedaan aan waarheidsvinding en hoewel de behandelaars de patiënten willen behandelen voor de klachten die ze rapporteren en de gruwelijkheden die ze hebben meegemaakt, kan er niet vanuit worden gegaan dat alles wat zij vertellen ook tot in detail zo gebeurd is. Dat geeft al een spanningsveld, als de therapeut overweegt tot melden over te gaan. Het rapport van de Gezondheidsraad over omstreden herinneringen (2004) is in zijn algemeenheid zeer terughoudend met betrekking tot de rol die een therapeut zou moeten vervullen indien er sprake is van een rechtszaak. Over

de situatie waarin de therapeut aangifte doet wordt niet gesproken, aangezien het rapport niet actueel misbruik behandelt. Indien een patiënte zelf overweegt aangifte doen, adviseren Van der Hart en Nijenhuis de therapeut in dit rapport van de Gezondheidsraad (2004) de patiënten niet aan te moedigen om aangifte te doen en te waarschuwen tegen de risico's van het doen van aangifte bij onvoldoende bewijs. Het starten van een aangifteprocedure blijkt voor veel mensen een zeer belastende ervaring, terwijl de uitkomst onzeker is. Dat geldt voor de meer gangbare zedenzaken, maar in het bijzonder voor zedenzaken, waarbij de geloofwaardigheid ervan in twijfel wordt getrokken. De LEBZ heeft als doel 'het tijdig onderkennen van valse beschuldigingen' en wordt verplicht geconsulteerd als er sprake is van 1) herinneringen aan seksueel misbruik voor de derde verjaardag, 2) hervonden herinneringen aan seksueel misbruik (al dan niet na therapie) en/of 3) ritueel misbruik. Het onderzoeksverslag van de LEBZ (Nierop & Van den Eshof, 2008) bevat veel informatie over hun werkwijze en de afwegingen die zij maken als ze een dossier onderzoeken om tot een advies te komen met betrekking tot een aangifte door te zetten, dan wel te seponeren. Alle patiënten die gediagnosticeerd zijn met DIS en ervaringen van ritueel misbruik en *mind control* rapporteren voldoen aan één of meerdere criteria om deze expertisegroep in te schakelen. Het is de indruk van de auteurs dat deze patiënten doordat zij in de meeste gevallen de feiten onvoldoende kunnen weergeven, niet voldoen aan de eisen om een serieuze

Binnen de therapeutische setting wordt niet gedaan aan waarheidsvinding

zaak te hebben voor een rechter, waardoor de aangifte op voorhand geen kans van slagen heeft. Terwijl de auteurs denken dat deels de beschadigingen en deels de manier waarop er gedreigd is, indien ze naar buiten zouden treden met informatie, ertoe leidt dat ze 'ongeloofwaardig' overkomen. Ze kunnen zonder gevoel de meest gruwelijke dingen vertellen, wat passend is

bij een gedissocieerde toestand. Ze kunnen geen toegang hebben tot bepaalde informatie (verdeeld over de delen opgeslagen), waardoor ze een inconsistent en incoherent verhaal hebben. Ze kunnen iets vertellen en dat later terugtrekken, vanuit de ambivalentie over het doen van aangifte en/of geen toegang (meer) hebben tot bepaalde informatie. Kortom: het vergt kennis van de psychopathologie en de aard van de traumatisering om de manier van communicatie te begrijpen vanuit de DIS en het vergt vertrouwen van het slachtoffer om hierover haar ervaringen te kunnen vertellen. Voorwaarde hiervoor is een neutrale houding ten opzichte van het bestaan van ritueel misbruik en 'mind control'.

DE BEHANDELAAR

De therapeut heeft, om dit werk aan te blijven kunnen en niet afgebrand of gedemoraliseerd te raken, in de ervaring van de auteurs een aantal zaken nodig:

De steun van een behandelteam waarin men vertrouwd is met het behandelen van patiënten die ritueel misbruikervaringen en *mind control* rapporteren, net als ervaringen die duiden op georganiseerd seksueel geweld en sadistisch geweld. In dit team is het van belang dat men er oog voor heeft dat er patiënten zijn bij wie er niet alleen forse schade is ontstaan op hechtingsgebied ten gevolge van trauma, maar dat de wens en neiging tot hechting van de patiënt soms doelgericht is misbruikt door de ouders. Tevens dient men in dit team capabel te zijn om de soms ingewikkelde en forse tegenoverdrachtsreacties die in het therapeutisch werk worden opgeroepen te hanteren. De patiënte die nog niet geleerd heeft om de ervaringen die zij heeft gehad onder woorden te brengen, zal de therapeut door middel van projectie, projectieve identificatie, splitsing, devaluatie en dissociatie laten voelen hoe het is om misbruikt, vernederd en mishandeld te zijn. De gevoelsreacties die de therapeut in het contact met haar ervaart kunnen bijzonder heftig zijn. Hierbij valt te denken aan gevoelens van haat, machteloosheid, ongelof, afkeer, walging en schaamte die (ook) door de therapeut soms heel lijfelijk kunnen worden ervaren.

Geregelde wekelijkse supervisie of intervisie waarin aandacht is voor individuele casuïstiek en het effect ervan op de persoon van de therapeut en de behandelrelatie. In deze supervisie en intervisie dient steeds

het hanteren van overdracht en tegenoverdracht door de therapeut centraal te staan. Zoals hierboven ook reeds werd genoemd, kan het emotionele appel dat er van de patiënt uitgaat op de therapeut zeer sterk zijn en een dwingend karakter hebben. Supervisie en intervisie zijn onmisbaar voor de therapeut die werkt met deze patiëntenpopulatie als bescherming tegen het ingezogen raken in de dynamiek van de patiënte. De hulpverleners die deel uitmaken van de supervisie- of intervisiegroep dienen een open en onbevooroordeelde houding te hebben ten aanzien van het onderwerp ritueel misbruik. Of beter gezegd: therapeuten dienen zich ervan bewust te zijn dat als er iets in het trauma-verhaal van de patiënte aantoonbaar klopt, dat niet wil zeggen dat alles wat de patiënte vertelt ook hoeft te kloppen, evenals omgekeerd geldt dat als wordt aangevoeld dat er iets niet klopt aan wat de patiënte heeft verteld, dit niet bewijst dat alles wat verteld wordt dan onjuist zal zijn. De therapeut wiens patiënte misbruik-ervaringen rapporteert die een ritueel karakter hebben, dient zich vrij te voelen in het team om deze gerapporteerde ervaringen in te brengen zonder de angst te hebben dat er over de patiënt vervolgens niet meer respectvol gepraat wordt en zonder de angst te hebben zelf a priori beschuldigd te worden van een suggestieve werkwijze. De emotionele last moet gedeeld kunnen worden met collega's, net zoals de patiënte dit moet kunnen met de therapeut.

Collega's dienen zich er verder van bewust te zijn dat juist het langdurig werken met patiënten die doorgaand ritueel misbruik rapporteren in sterke mate kan maken dat de therapeut besmet raakt met gevoelens van angst en wantrouwen. Het kan gaan om angst over de eigen veiligheid, het gevoel zelf in gevaar te verkeren, bijvoorbeeld als de patiënte herhaaldelijk aangeeft in de therapie dat het netwerk haar heeft bedreigd de therapeut iets aan te doen als ze meer gaat vertellen over het misbruik. Maar ook gevoelens van wantrouwen die de patiënte ervaart richting andere mensen, kunnen door de therapeut worden overgenomen. De therapeut kan zeer terughoudend worden om politie in te schakelen voor advies of hulp, uit angst niet geloofd te worden of simpelweg omdat het justitiële apparaat wordt gewantrouwd. De therapeut heeft het nodig dat bovenstaande gevoelsreacties worden onderkend

en erkend door zijn collega's, zodat hij zich vrij kan blijven bewegen en vrij kan blijven denken. Hij dient vervolgens zijn collega's kritisch te laten meekijken naar het verloop van de therapie, zowel op inhoudsniveau als op procesniveau.

In aanvulling hierop: regelmatige teamsupervisie om parallelprocessen op teamniveau te signaleren en te bespreken. Gevoelens die conflict beladen zijn en niet adequaat doorgewerkt worden, kunnen doorgeschoven worden naar een andere groep. Voorhoeve en Van Putten (1994) geven aan dat naarmate de patiëntengroep die door een team wordt behandeld bestaat uit mensen die in een vroegere ontwikkelingsfase beschadigingen hebben opgelopen, (sterke neiging tot acting-out in combinatie met gebrekkige zelfreflectie en geringe neiging tot onder woorden brengen van gevoel), des te sterker de leden van het behandelteam geneigd zijn om bij crisis tot actie over te gaan, en des te minder men geneigd zal zijn aandacht te besteden aan zelfreflectie en overleg.

Daarnaast is een evenwichtige *caseload* waar niet alleen patiënten met zeer ernstig trauma deel van uit maken, maar ook patiënten met lichter trauma of andersoortige psychische problemen sterk aan te bevelen. In de praktijk is dit niet altijd mogelijk. Er bestaat in Nederland een aantal gespecialiseerde afdelingen, het TRTC van Altrecht is daar een van, waar alleen patiënten met vroegkinderlijk trauma worden behandeld. De *caseload* is dan niet zo evenwichtig verdeeld als wenselijk zou zijn. Dan zijn de overige aspecten des te belangrijker om goed te organiseren binnen de instelling en de afdeling.

Tot slot is een stabiel privéleven waarin men tevens voldoende activiteiten voorhanden heeft om spanning kwijt te raken die in het werk kan worden opgelopen, onontbeerlijk.

TOT SLOT

De auteurs hopen door middel van dit artikel enige openheid te hebben gegeven over een onderwerp dat normaal gesproken achter de gesloten deuren van de therapiekamer blijft: het vorm geven aan de behandeling van patiënten die aangeven met (satanisch) ritueel misbruik en *mind control* te maken te hebben (gehad). Dit was hun opzet, om een kijkje in de keuken te

geven. De auteurs leveren met dit artikel een bijdrage aan het overstijgen van de van oudsher aanwezige neiging tot polarisatie onder hulpverleners waar het dit onderwerp betreft in de hoop dat dit leidt tot een betere verstandhouding tussen collega's onderling en een constructievere bejegening van de patiënten die deze ervaringen bij zich dragen.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5)*. Washington, DC: APA.
- Bion, W. R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38(3-4), 266-275.
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Kruger, C., Korzekwa, M., Martinez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). Separating Fact from Fiction: An Empirical Examination of Six Myths About Dissociative Identity Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257-270. doi: 10.1097/HRP.000000000000100.
- Daraul, A. (1961). *A history of secret societies*. New York, NY: Citadel Press.
- Howard, M. (1990). *The occult conspiracy: Secret societies and their influence and power in world history*. Rochester, NY: Destiny Books.
- De Jongh, A., Bicanic, I., & Eimers, D. (2016). Verhalen over satanisch en ritueel misbruik: Hoe moeten we er mee omgaan? *EMDR magazine*, 12, 36-41.
- Gezondheidsraad (2004). *Omstreden herinneringen*. Publicatienr. 2004/02. Den Haag: Gezondheidsraad.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115-187. doi: 10.1080/15299732.2011.537247.
- Miller, A. (2012). *Healing the unimaginable: Treating ritual abuse and mind control*. London: KARNAC.
- Ministerie van Justitie (1994). *Rapport van de werkgroep ritueel misbruik*.
- Mollon, P. (1996). *Multiple selves, multiple voices. Working with trauma, violation and dissociation*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Merckelbach, H., Lynn, S. J., & Lilienfeld, S. O. (2016). Vissia and co-workers claim that DID is trauma-based. But how strong is their evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 559-560. doi: 10.1111/acps.12642.
- Nierop, N.M., & Van den Eshof, P. (2008). *Misbruik, misleiding en misverstanden. Onderzoeksverslag van de Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken over de periode 2003-2007*. Landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken.
- Nierop, N.M., & Van den Eshof, P. (2017). Voorbij ritueel misbruik. *EMDR magazine*, 13, 26-28.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vissia, E. M., Vos, H. P., den Boer J. A., & Nijenhuis, E. R. (2016). The Psychobiology of Authentic and Simulated Dissociative Personality States: The Full Monty. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 445-457. doi: 10.1097/NMD.0000000000000522.
- Ross, C.A. (1995). *Satanic ritual abuse: Principles of treatment*. London: University of Toronto Press.
- Shakespeare, W. (1752/2016). *The complete works of William Shakespeare*. Hamlet, 1.5.167-8. New York, NY: Barnes & Noble.
- Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116(1), 143-165.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Voorhoeve, J.N., & Van Putten, C.A. (1994). Parallel processes in supervision on working with psychotic patients. *Groupanalysis*, 27, 459-466.

PERSONALIA

Christel Kraaij is klinisch psycholoog. Aernoud van der Knoop is Gz-psycholoog/ psychotherapeut. Beiden zijn werkzaam bij het Top Referent Trauma Centrum van Altrecht, Vrijbaan 1, 3705 WC te Zeist. Correspondentie-adres: c.kraaij@altrecht.nl en a.van.der.knoop@altrecht.nl.