

## **Omgaan met slachtoffers van (vroegkinderlijke) chronische traumatisering: inzichten voor magistraten, forensische hulpverleners, psychologen en psychotherapeuten**

Erik de Soir

### Inleiding

Slachtoffers van ernstige en langdurige mishandeling, misbruik en/of verwaarlozing, meer in het bijzonder van vroegkinderlijk seksueel misbruik en systematische uitbuiting, worden vaak gezien als onbetrouwbare, wispelturige en moeilijke cliënten of getuigen. Tijdens psychotherapie zien ze zich overigens zelf ook vaak als hopeloos. Ze schamen zich vaak voor wat er zich in de sessies afspeelt: dissociatie, oncontroleerbaar switchen tussen 'in traumatische tijd zijn' en 'in het hier en nu zijn' en heen en weer geslingerd worden tussen herbeleving en ontkenning.

De bedoeling van dit artikel is om het functioneren en het lijden van slachtoffers van vroegkinderlijke chronische traumatisering nader te verduidelijken, zodat ze zowel tijdens politiebureaus en gerechtelijke procedures als tijdens een proces van diagnostiek en indicatiestelling voor psychotherapie beter kunnen worden bijgestaan.

Slachtoffers van langdurige en extreme traumatisering lijden intens door de steeds weer gereactiveerde traumatische herinneringen, waarvoor zij eerder geen hulp kregen. Velen vertellen dat hun lijden juist vaak werd versterkt door de bejegening tijdens de politiebureaus en de gerechtelijke behandeling van hun dossier, maar ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Als ze geluk hebben, komen deze slachtoffers terecht bij psychotherapeuten die zich gespecialiseerd hebben in de diagnostiek en behandeling van de gevolgen van (vroegkinderlijke) chronische traumatisering. Tegen die tijd hebben velen de hoop op verbetering echter al grotendeels opgegeven. Anderen komen terecht in een proces met regelmatige psychiatrische opnames waarbij hoogstens structuur en regelmaat wordt aangeboden, maar het verband tussen de klachten en de traumatisering die eraan ten grondslag ligt vaak niet wordt gelegd, omdat daarvoor vaak de kennis, de tijd en het personeel ontbreekt.

Het dagelijkse leven van mensen met een geschiedenis van chronische traumatisering wordt veelal gekenmerkt door het zich niet kunnen realiseren wat hun is aangedaan en wat de gevolgen daarvan zijn, door Janet (1935) beschreven als *non-realisation*. De *non-realisation* van het traumatische verleden zorgt ervoor dat slachtoffers toch enigszins – schijnbaar normaal – kunnen deelnemen aan het gewone leven. Maar op bepaalde momenten kan het traumatisch verleden hen overspoelen en soms is alles ineens weer ongrijpbaar. Soms wanen slachtoffers zich plots terug volop in 'traumatische tijd' en gedragen ze zich ook zo. Voor hulpverleners is dit wisselende gedrag moeilijk te begrijpen; het geeft vaak aanleiding tot spanningen, omdat het slachtoffer ervan verdacht wordt het trauma en het daarbij horende lijden te overdrijven of te verzinnen. Indien het slachtoffer dan ook nog verkeerd behandeld werd door therapeuten waardoor fantasie en realiteit in de herinnering door elkaar gaan lopen, bijvoorbeeld door een suggestieve aanpak, wordt het voor de overlevende nog moeilijker om tot 'realisation' te komen van de traumatisering die heeft plaatsgevonden. Twijfel en ontkenning zijn mechanismen die er gedurende lange tijd voor zorgen dat de traumagerelateerde

ervaringen nooit de status bereiken van echte herinnering aan waargebeurde feiten. Deze vorm van ontkenning en bijgevolg emotionele verdoving zorgt ervoor dat het slachtoffer zich blijft afvragen of alles niet aangepaard is door anderen. Het is ook de ontkenning en de non-realisatie die het voor het slachtoffer mogelijk maken er een schijnbaar normaal stuk leven op na te houden. De lichamelijke herbelevingen geven echter spreekwoordelijk 'tegengas' tegen deze ontkenning en het slachtoffer heeft de somatoforme manifestaties eigenlijk nodig om zichzelf te blijven geloven. Niet alleen slachtoffers nemen vaak hun toevlucht tot het ontkennen en bagatelliseren van de verschrikkelijke realiteit, maar ook hun gezinsleden evenals de ouders, die soms bijzonder geloofwaardig kunnen overkomen. Ze spelen de vermoorde onschuld en creëren mist door het over gezinswaarden en over moeilijke opvoedingssituaties of het rebelse gedrag van hun moeilijk handelbare kinderen in de puberteit te hebben. Het is daarom belangrijk om de redenen en de achtergrond van het functioneren van slachtoffers van vroegkinderlijke chronische traumatisering duidelijk te schetsen.

### Non-realisatie bij slachtoffers van chronische traumatisering

Slachtoffers van chronische traumatisering zullen altijd in meer of mindere mate een leven leiden waarin ze soms te veel en dan weer te weinig ervaren van hun traumatische verleden. Op bepaalde momenten zijn er de ondraaglijke, kwellende nachtmerries en flashbacks, en herbeleven zij in de meest diverse vormen de traumatiserende feiten die hebben plaatsgevonden; daarbij horen de gewelddaden, de verkrachtingen, de bestraffing als zij zich niet volgens de voorschriften gedroegen, de mensonterende omstandigheden waarin ze werden vervoerd of vastgehouden, enzovoort. Op andere momenten functioneren zij ogenschijnlijk normaal en lijkt er op het eerste gezicht niets bijzonders aan de hand. Deze normaliteit is in bepaalde opzichten echter alleen maar schijn; wat niet betekent dat het slachtoffer zelf een soort façade optrekt en bewust de indruk van normaliteit wekt.

### Casus

Karen werd jarenlang door haar vader en zijn vrienden mishandeld en misbruikt; hierbij waren ook andere kinderen betrokken. Door haar moeder werd ze uit bed gehaald en naar de plaats van het misbruik gebracht, maar ook door moeder weer in bed gestopt na het misbruik. Zij stelt het als volgt: "Ik heb het moeilijk met de woorden schijn en façade, dat roept iets op van doen alsof, iets faken. Niet alles wat ik in mijn leven gedaan en bereikt heb, is hol. Integendeel, maar de dissociatie is er ook geweest om mijn essentie te bewaren, die ik pas kon inzetten op een moment dat ik de stap naar onafhankelijkheid van mijn ouders kon zetten, onder andere door de relatie met mijn man, te huwen en zelfs psychiater te worden."

Onder een façade van meer of minder competent functioneren in het dagelijkse leven, loert de onopgeloste traumatisering die slachtoffers absoluut proberen te vermijden. Bij traumagerelateerde structurele dissociatie van de persoonlijkheid is er een dynamiek van ogenschijnlijk normale delen die alles doen om de herinneringen aan de traumatisering weg te houden, terwijl deze schijnbare normaliteit abrupt kan worden verstoord door delen die permanent in 'traumatijd' leven en op intrusieve wijze binnendringen in het hier en nu. Sommige slachtoffers zullen er alles aan doen om de herinnering aan de traumatisering te vermijden door zich te verliezen in werk of terug te vallen terug op de copingstrategieën die hen de meest

mensonterende ervaringen hielpen overleven (Van der Hart et al., 2010). Het zijn deze copingstrategieën, die nodig waren om het onvoorstelbare en onuitspreekbare geweld te overleven, die bij volwassen slachtoffers de indruk kunnen wekken dat ze alles lijken aan te kunnen. Voor slachtoffers van mensenhandel kan dat het (over)leven in de prostitutie zijn, waarbij ze vaak ook chronisch onder invloed van verdovende middelen leven, gedissocieerd van de normale wereld die in hun beleving niet eens lijkt te bestaan. Anderen zijn alleen maar bezig met de zorg voor anderen en verwaarlozen zichzelf.

### Casus

Gil schreef in haar therapiedagboek het volgende: "Zelfverwaarlozing als een vorm van straf tegen mezelf. Dat resoneert in me. Ik kon zo mezelf straffen en mishandelen. Ik heb mezelf verwaarloosd onder andere door mijn overgewicht. Maar ook door niets aan anderen te vragen en van hen niets te verwachten. Geen zorg af te dwingen of aandacht te vragen voor mijn problemen. Gewoon af te wachten of er niet gewoon vanzelf zorg zou komen als antwoord op mijn zorgen voor anderen. Dit is echter moeilijk in mijn huidig gezin: een partner die niet kan antwoorden op mijn uitgesproken zorgbehoefte en het gebrek aan erkenning en respect dat ik soms ervaar vanwege mijn dochters. Het is pas sedert ik in therapie mezelf vooruit voelde gaan dat ik sterk genoeg werd om expliciet mijn verwachtingen of eisen aan het adres van anderen uit te spreken."

Veel slachtoffers van vroegkinderlijke chronische traumatisering vermijden de volle intensiteit van menselijke relaties en alles wat daarbij hoort, zoals intimiteit en seks. Ze gaan bepaalde mensen of plaatsen automatisch uit de weg omdat die de traumatische herinneringen zouden kunnen reactiveren. Door eenzaamheid en oppervlakkigheid verschaalt hun leven. Partners worden gekozen in functie van het in stand houden van het gedissocieerd leven; partners die in feite een relatie aangaan met het ogenschijnlijk normale deel van de getraumatiseerde persoon, het deel dat geen rechtstreekse toegang meer heeft tot de herinneringen aan de traumatisering. Slachtoffers kiezen doorgaans 'veilige' partners die niet veel behoefte hebben aan het ervaren van diepe(re) emoties.

Het onvermogen om de traumatiserende gebeurtenissen en hun gevolgen onder ogen te zien is gebaseerd op een gebrek aan 'realisatie' omdat de herinneringen aan het geweld en misbruik meteen tot een te grote crisis zouden leiden. De meest extreme vorm van non-realitatie is amnesie, dat wil zeggen: zich in het dagelijks leven niets meer herinneren van de traumatisering (Laub & Auerhahn, 1973; Van der Hart et al., 2010). Niettegenstaande de feiten die vaak uitgebreid gedocumenteerd zijn, kunnen ze dan vasthouden aan gedachten of uitspraken zoals: "Er is helemaal niets erg gebeurd", "Ik had best een gelukkige jeugd", "Ik had zeer zorgzame ouders", "Ik werd alleen maar wat geplaagd", of "Het was helemaal niet zo erg".

### Casus

Angèle hield lange tijd de herinneringen aan seksueel misbruik op afstand door haar ouders te idealiseren. Ze schreef in haar therapiedagboek: "Ik heb mijn misbruikende ouders als Goden verheven. Ik heb ze onaantastbaar gemaakt. Mijn vader was in alles mijn referentie. Hij legde de lat zeer hoog voor me en ik sprong erover. Mijn moeder was mijn beste vriendin, terwijl ze me had laten misbruiken en zelfs vaak toekeek."

Het verrassende is dat deze ontkenning vaak ook volgt op ontboezemingen in de context van een psychotherapie of getuigenissen die het tegenovergestelde hebben aangetoond, maar waaraan het slachtoffer niet meer wil denken. Het probleem is dat ze zelfs met deze (vaak onbewuste en automatische) strategie van ontkenning de traumatische herinneringen niet voorgoed kunnen weghouden; als ze er al in slagen om de traumatische herinneringen overdag te vermijden, lopen ze nog steeds een grote kans dat deze 's nachts op intrusieve wijze zullen terugkeren in de vorm van nachtmerries. In veel gevallen ervaren deze slachtoffers heel wat lichamelijke klachten (fibromyalgie, chronische vermoeidheid, aanhoudende gewrichtsklachten, enzovoort), omdat ze ook lichamelijk vaak de traumatiserende gebeurtenissen herbelevan, zelfs op momenten dat ze zich niet meer herinneren wat er met hen juist gebeurde of geen contact kunnen maken met traumatische episodes in hun leven.

Het tot uiting komen van traumatische herinneringen in nachtmerries, flashbacks en andere vormen van herbeleving vormt voor velen een essentieel deel van de hoge prijs die zij betalen voor non-realisatie. Traumatische herinneringen zijn het tegenovergestelde van autobiografische, narratieve herinneringen. Ze bestaan hoofdzakelijk non-verbaal, als zintuiglijke flarden, op basis van ondraaglijke emoties of onbenoembare paniekaanvallen, en zorgen ervoor dat het voor het slachtoffer is alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (Brewin, 2003; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). In veel gevallen is bij de slachtoffers het 'beeldenkanaal' van de herinneringen (tijdelijk) ontoegankelijk, omdat een 'videoweergave' van momenten van misbruik de vaak noodzakelijke ontkenning zou verbreken. Het blijkt echter dat de beelden slechts ontoegankelijk zijn voor een deel van de persoonlijkheid. Slachtoffers hebben aanvankelijk een fobie voor realisatie (Van der Hart et al., 2010) en zijn als de dood voor het moment waarop ze hun traumatiserende ervaringen niet meer zullen ontkennen. Ze vrezen ten onder te gaan aan de emoties die bij de herinneringen horen. En als de flarden duidelijke herinneringen worden, vervalt ook voor altijd de hoop dat het nog goed zal komen tussen slachtoffer en dader. Dit is extra pijnlijk als deze de rol van verzorgingsfiguur in plaats van misbruiker had moeten innemen. Wanneer de herinneringen gereactiveerd worden, is het voor het slachtoffer alsof de traumatiserende gebeurtenis opnieuw plaatsvindt, met alle heftige emoties, lichamelijke ervaringen en traumatische gedachten (bijvoorbeeld: ik ga dood) die daarbij horen. Pas als de systematische ontkenning van het misbruik geleidelijk stopt, komt er ruimte voor realisatie van wat er allemaal is gebeurd, van de verliezen die er geleden werden en van de onvermijdelijke breuk met betekenisvolle anderen die de rol van verzorger hadden moeten vervullen. Het geleidelijk stoppen van de ontkenning zorgt voor druppelsgewijze realisatie die leidt tot emoties van verdriet, met een rouwproces als gevolg. Het is pas na de doorwerking van deze rouwreacties dat het slachtoffer in therapie kan leren dat na 'overleven', leren leven komt.

Mensen met een geschiedenis van vroegkinderlijke chronische traumatisering zijn vaak opgegroeid in een gewelddadig gezin of in een oorlogsgebied. Zij ervaren al heel vroeg in hun bestaan een veelvoud aan breekpunten, momenten waarop de realiteit zo overweldigend en ondraaglijk is dat de ervaringen niet geïntegreerd – niet gerealiseerd – kunnen worden. Hoe kan een klein kind bevatten dat zijn moeder wenst dat het nooit geboren was en het dood wenst, of dat vader het seksueel misbruikt in plaats van het de nodige veiligheid en bescherming te bieden (Freyd & Birrell, 2013)? In plaats hiervan zien kinderen en volwassenen de manifestaties van hun traumatisering veeleer als tekenen dat zij gek zijn; een visie die velen met een dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) – de meest complexe stoornis die in vroegkinderlijke chronische

traumatisering geworteld is – maar al te vaak te horen hebben gekregen van professionals in de ggz bij wie zij hulp zochten. Het horen van stemmen, bijvoorbeeld, wordt dan als uiting van een psychose of schizofrenie bestempeld (Boon & Draijer, 1993). De wisselende stemmingen worden vaak gezien als theatraal of onecht. De momenten van dissociatie, waarin zij weer terecht komen in ‘traumatijd’, worden gezien als ‘moeilijk doen’ tijdens of aan het einde van de sessie; slachtoffers worden zelfs gestraft voor hun heftige flashbacks, uit de sessie gestuurd of in het gezicht geklapt om hen terug naar het hier en nu te halen.

### *Dissociatie van de persoonlijkheid*

Het begrijpen van traumatische ervaringen als breekpunten voor het ontstaan en voortbestaan van een dissociatie (opdeling) van de persoonlijkheid kan belangenbehartigers en hulpverleners helpen om beter te begrijpen hoe het kan dat getraumatiseerde cliënten te veel en tegelijk te weinig besef hebben van hun traumatisering. Ze leven in wisselende niveaus van bewustzijn, waarbij hun aandacht afwisselend geconcentreerd is op de traumatische ervaringen die ze herbeleven enerzijds en op het vermijden van deze ervaringen anderzijds. Op momenten van herbeleving is hun ‘normale’ persoonlijkheid vervangen door een ‘emotionele persoonlijkheid’ die afgewisseld wordt met een ‘ogenschijnlijk normale persoonlijkheid’. Aangezien we er kunnen van uitgaan dat ieder individu slechts één persoonlijkheid heeft, hoe gefragmenteerd of verdeeld die ook moge zijn, zijn we eerder geneigd om te spreken over ‘een (dissociatief) emotioneel deel van de persoonlijkheid’ (emotional part of the personality [EP]), zoals beschreven door Van der Hart et al., (2010), dat ‘in traumatijd verkeert’. Een ogenschijnlijk normaal deel van de persoonlijkheid (apparently normal part of the personality [ANP]) is actief in het dagelijks leven, maar functioneert aan de oppervlakte van het bewustzijn, aldus Applefeld (1993), zonder te kunnen stilstaan bij de traumatiserende gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden. Dit deel houdt de traumatische herinnering én het deel dat die traumatische herinnering ‘bewaart’ zo goed en zo kwaad als het gaat op afstand. Het individu als ANP kan of wil de traumatische herinnering niet integreren en de EP, door het alleen maar herbeleven ervan, kan dit derhalve evenmin. Kortom, het meemaken van breekpunten houdt het ontstaan en voortbestaan van een dissociatie van de persoonlijkheid in. Hoewel de dissociatie van de persoonlijkheid zeker overlevingswaarde heeft en als een bescherming tegen vreselijke ervaringen kan worden gezien, door deze ervaringen ‘in te kapselen’ in een compartiment van de persoonlijkheid, is de prijs voor de non-realisatie dat het traumatisch lijden blijft bestaan. Verklaringen en getuigenissen, in het kader van een gerechtelijke procedure of een diagnostisch proces, kunnen niet anders dan gebeuren onder invloed van deze mechanismen, die in de periode van traumatisering als copingstrategie ontstaan zijn. Dit kan bij een en dezelfde persoon een zeer wisselend beeld geven en voor verwarring zorgen bij de hulpverlener en belangenbehartiger die deze fenomenen niet herkent.

Traumagerelateerde dissociatie van de persoonlijkheid kan variëren in complexiteit. Bij iemand die als volwassene een eenmalige traumatiserende gebeurtenis meemaakt, kan het breekpunt de persoonlijkheid opdelen in één ANP en één EP. Hierbij is dan bijvoorbeeld sprake van een eenvoudige posttraumatische stressstoornis (PTSS). Bij kinderen die chronisch getraumatiseerd worden, kunnen de breekpunten al heel vroeg in het leven optreden, in een levensfase waarin zij biologisch zeer kwetsbaar zijn en de steun en veiligheid van verzorgingsfiguren onontbeerlijk is. Dat zij die veiligheid moeten missen en in plaats daarvan juist door deze verzorgingsfiguren getraumatiseerd worden, heeft tot gevolg dat hun persoonlijkheid in

meerdere dissociatieve delen kan uiteenvallen. Diagnostisch kan er dan sprake zijn van een complexe posttraumatische stoornis of een dissociatieve stoornis. De DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) onderscheidt vijf typen dissociatieve stoornissen: 1. de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), 2. de dissociatieve amnesie, 3. de depersonalisatie-derealisatiestoornis, 4. andere gespecificeerde dissociatieve stoornis (AGDS, voorheen dissociatieve stoornis NAO), en 5. de ongespecificeerde dissociatieve stoornis. De theorie van de traumagerelateerde structurele dissociatie zou een eenvormig kader kunnen bieden waarin alle dissociatieve stoornissen kunnen worden geplaatst, maar de bespreking daarvan valt buiten de reikwijdte van dit artikel.

Veel EP's worden gekenmerkt door verdedigingsgedrag ten opzichte van overweldigende bedreiging en vertonen gedragingen die omschreven kunnen worden als vluchten, vechten, bevriezen, instorten en/of volledige onderwerping. EP's kunnen ook verbonden zijn met bepaalde leeftijden die overeenstemmen met momenten van (herhaalde) traumatisering. Nauw hiermee verbonden, ontwikkelen deze kinddelen ook vormen van traumatische gehechtheid, die van betekenis kunnen zijn in het ontstaan van een hechting ten aanzien van ouders (zie infra). De meest complexe traumagerelateerde stoornis is de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), die gekenmerkt wordt door twee of meer EP's en twee of meer ANP's. Dergelijke problematiek kan soms aanleiding geven tot onbegrip en veroordeling; hulpverleners begrijpen vaak de afwisseling van agressieve delen, verleidende delen, bange delen, de dader-imiterende delen, de dader-idealiserende delen, enzovoort niet en denken dat het slachtoffer bewust rollen speelt of theateraal ageert. Alsof de slachtoffers kunnen kiezen op de momenten dat de delen elkaar willekeurig en min of meer autonoom, los van de bewuste wilsvaardigheid van de ANP, opvolgen. Het verkrijgen van controle over deze wisselende optredende verschijningen van dissociatieve delen is juist een van de doelen van elke traumatherapie. Via een fasegerichte begeleiding (een proces waarin afwisselend wordt gewerkt aan stabilisatie, confrontatie en integratie) wordt toegewerkt naar een beter begrip van de copingmechanismen die ontstaan zijn op het ogenblik van traumatisering. Na verloop van tijd kan het slachtoffer leren en ervaren dat dissociatie niet meer nodig is als er geen amnesie meer is. Het slachtoffer is dan veel beter in staat om de uitdagingen van het leven aan te gaan, meer in de eigen kracht te staan en (weer) een toekomstperspectief op te bouwen – kortom, 'gewoon te leven'.

Dissociatie van de persoonlijkheid komt tot uiting in dissociatieve symptomen, die onderscheiden worden in negatieve symptomen (functioneel verlies, zoals amnesie of verlamming) en positieve symptomen (intrusies, zoals flashbacks en het horen van stemmen), alsook in somatoforme symptomen (zoals anesthesie, tics of pijn) en psychoforme symptomen (zoals amnesie en het horen van stemmen). Deze symptomen kunnen komen en gaan, naarmate de ANP's en (gereactiveerde) EP's elkaar afwisselen. Dit kan niet alleen het slachtoffer zeer verwarren, maar ook niet-gespecialiseerde hulpverleners – met als risico verkeerde bejegening, diagnoses en behandelingen. En comorbiditeit (zoals depressie, eetstoornis, persoonlijkheidsstoornis) die vaak voorkomt, kan het klinische beeld nog complexer maken.

#### *Kindermishandeling, gedesorganiseerde gehechtheid en dissociatieve persoonsdelen*

Wanneer er een opdeling van de persoonlijkheid optreedt, wordt er echter ook een (aangeboren) *verdedigingssysteem* geactiveerd: vluchten, vechten, bevriezen, instorten of onderwerping aan de

mishandelende of misbruikende ouder of verzorger. Het bij kinderen gelijktijdig geactiveerd zijn of afwisselen van de handelingssystemen van gehechtheid en verdediging wordt *gedesorganiseerde gehechtheid* genoemd. Hierbij is sprake van een parallelle aanwezigheid of snelle wisseling van verschillende dissociatieve delen, waarbij ten minste één deel vastzit in de 'gehechtheidskreet' (de roep om hulp) en ten minste één EP geleid wordt door een verdedigings(sub)systeem, namelijk de neiging tot vluchten (met bijbehorende angst), maar omdat dit onmogelijk is, komt het slachtoffer vast te zitten in de poging tot vluchten (Janet, 1889/2021). Het kind kan dus opgroeien met een EP dat extreem angstig is voor het verlies van hechting en nabijheid, terwijl een ander deel van de persoonlijkheid juist bang is voor gehechtheid en nabijheid, en daarom angstig, agressief of zich onderwerpend reageert op de ouder.

Op dezelfde manier kan het kind als EP een volledig besef hebben van de ernstige verwaarlozing en verlatenheid door degene(n) van wie het volledig afhankelijk is en dit als een levensbedreigende catastrofe ervaren, terwijl het kind als ANP een voortdurende amnesie heeft voor het misbruik en de verwaarlozing door verzorgingsfiguren – benoemd als *betrayal trauma* (Freyd & Birrel, 2013). Dankzij amnesie, een extreme vorm van non-realisatie, kan dit kind een relatie hebben met de ouderfiguren en de illusie koesteren dat het veilig is. Deze thema's zullen zich echter later herhalen in relaties met anderen, met de partner in het bijzonder. Elke ruzie of afwijzing kan dan intense emoties van schuld en paniek teweeg brengen. Hetzelfde zal gebeuren bij verbroken vriendschappen – waarbij vrienden de overlevingsstrategieën activeren – of bij het (moeten) wisselen van therapeut. Het is vanzelfsprekend dat vroegkinderlijke chronische traumatisering mensen kwetsbaar maakt om opnieuw slachtoffer te worden van menselijke 'roofdieren'.

#### Non-realisatie en ontkenning in gezinnen of leefsysteem

In gezinnen of leefsysteem waar vroegkinderlijke traumatisering plaatsvindt, ontkennen doorgaans niet alleen de dader(s), maar ook andere familieleden de traumatisering van het kind. Daders hebben specifieke redenen om de realisatie te vermijden van het mishandelen en verwaarlozen en de schadelijke gevolgen daarvan. Sommige daders – van wie we dan aannemen dat zij niet simuleren – kunnen zich niet herinneren wat ze hebben gedaan (Nijenhuis, 1996; Pyszorra et al., 2003). Zij hebben amnesie voor hun daden. Veel daders van kindermishandeling en verwaarlozing zijn zich echter wel degelijk bewust van hun daden, maar ontkennen deze en/of nemen er geen verantwoordelijkheid voor (Kennedy & Grubin, 1992; Miller et al., 1999; Salter, 1995). Wanneer ze geconfronteerd worden met hun daden en hun ontkenning niet langer in stand kunnen houden, kunnen ze bijvoorbeeld beweren dat het kind zich verleidelijk gedroeg, dat het kind het prettig vond of dat het straf verdiende. Maar ook dat er een bijzondere band onderhouden werd met het misbruikte kind, wat voor het slachtoffer een extra dilemma oplevert: de twijfel of alles toch niet uit liefde gebeurde. Zo kunnen zij het slachtoffer indoctrineren en in opperste verwarring brengen. In een godsdienstig milieu of sekte kunnen daders zelfs zo ver gaan dat zij het geloof op een perverse manier gebruiken om het misbruik te rechtvaardigen, bijvoorbeeld door het kind ervan te overtuigen dat het misbruik onderdeel vormt van het gebod om vader en moeder te eren, of door te beweren dat het een 'duivelskind' is dat op deze manier genezen dan wel gestraft moet worden. Het kind moet dan het misbruik ondergaan in opdracht van een hoger doel en ter bescherming van de anderen.

## Casus

Mariane schrijft hierover: "Op mijn verjaardag werd ik mooi aangekleed en moest ik altijd mijn ouders vergezellen naar een duur restaurant. Mijn moeder zat dan zwijgend aan tafel terwijl mijn vader begon te bidden en me ophemelde als zijn prinses. Na de maaltijd was het ook mijn vader die me in bed kwam leggen. Hij kleepte me uit, vertelde hoe belangrijk ik voor hem was en dat onze liefde iets heilig had wat niemand kon begrijpen. Dan misbruikte hij me. Ik gehoorzaamde gedwee en het misbruik kreeg bijna iets ritueel. De Goddelijke bezegeling van een bijzondere vader-dochter band. De straf volgde echter de volgende dag vanwege mijn moeder die me fysiek mishandelde omwille van de relatie die ik met mijn vader had."

Een van de complicaties in de behandeling van volwassen cliënten met een geschiedenis van kindermishandeling is dat zij als kind een innerlijke, dissociatieve representatie hebben ontwikkeld van de dader(s) in de vorm van zogenoemde 'dader-imiterende delen'. Omwille van zelfbescherming en om meer controle te verwerven op de externe bronnen van beschadiging, herhaalt een dergelijke EP de straffende houding van de dader jegens het slachtoffer en herhaalt de dreigementen van de dader wanneer de cliënt uiteindelijk probeert te praten over het misbruik. Het is belangrijk om de betekenis en ontstaansreden van dit soort boosaardige introjecten (als EP-delen) te begrijpen, want dit actiepatroon veroorzaakt intens lijden. De cliënten ervaren dergelijke dader-imiterende delen immers als de daders zelf en kunnen niet aan hen ontsnappen. Zij hebben daarbij geen oog voor de oorspronkelijk beschermende functie van deze delen, namelijk om het gevaarlijke gedrag van de werkelijke daders voor te zijn. Dat is trouwens ook de taak van de innerlijke zelfdestructieve stemmen: de werkelijke daders voor zijn en zich optimaal aanpassen aan de context van mogelijke dreiging. Het is de taak van de therapeut of de forensische hulpverlener om deze beschermende functie te benoemen en dergelijke delen met respect en compassie te bejegenen – wat overigens niet betekent dat de therapeut de dreigementen van deze delen en hun soms ook gewelddadige gedrag accepteert. Het is evident dat deze inzichten bijzonder belangrijk kunnen zijn voor rechters die zich moeten uitspreken over de mate van verantwoordelijkheid en schuldinzicht bij dit soort misdrijven.

### Maatschappelijke ontkenning van vroegkinderlijke chronische traumatisering

De non-realisatie van slachtoffers van vroegkinderlijke chronische traumatisering en de ontkenning in het gezin weerspiegelen een houding die kenmerkend is voor de samenleving als geheel en die ook nog te vaak in de somatische hulpverlening en de ggz heerst. De maatschappij heeft al vele kansen laten liggen om van de preventie en de aanpak van vroegtijdige chronische traumatisering een prioriteit te maken.

De laatste tijd is er echter, mede onder invloed van spraakmakende pedofiliezaken die de wereldpers haalden, rapporten over misbruik in de kerk en de sport, verschillende schandalen in scholen, maar ook door de talrijke getuigenissen van vluchtelingen die op hun route naar het Westen vreselijke dingen meemaakten, meer begrip gekomen voor de slachtoffers van seksueel misbruik en geweld. Deze bijdrage wil een aanzet geven om slachtoffers van (vroegkinderlijke) chronische traumatisering nog beter te kunnen begeleiden tijdens diagnostische, psychotherapeutische en gerechtelijke procedures en ervoor te zorgen dat zij een gepaste vorm van hulp kunnen krijgen. Dit laatste vraagt dan ook om de ontwikkeling van een geheel van aanbevelingen en richtlijnen voor de opvang, de begeleiding en de nazorg van slachtoffers van



vroegkinderlijke chronische traumatisering. Een aanpassing van de bestaande internationale richtlijnen voor behandeling van DIS (ISSTD, 2011) aan de context van de Lage Landen zou reeds een grote stap vooruit zijn.

## **Conclusie**

De druk op mensen met een geschiedenis van chronische mishandeling, misbruik en verwaarlozing om te zwijgen over wat hun is aangedaan is enorm. Er is de angst en de schaamte van de slachtoffers die vrezen om niet meer voor vol aanzien te worden als ze hun achtergrond als 'slachtoffer' openbaren. Dit stelt hen voor het dilemma: blijven leven aan de oppervlakte van het bewustzijn met de instandhouding van diepe onderliggende verwondingen of afdalen in de hel van het eigen verleden.

De druk om de herinneringen aan het trauma aan de vergetelheid prijs te geven, komt van alle kanten: vanuit de slachtoffers zelf, van ouders, gezinnen en families, van de samenleving, van de kerk. Ook in de ggz kan een dergelijke druk bestaan. Binnen politionele en gerechtelijke diensten is er nog een schromelijk gebrek aan kennis over wat chronische traumatisering met een mens doet, al is het een feit dat daar langzamerhand de deskundigheid groeit, zeker als het cliënten met (complexe) PTSS betreft. Degenen die een DIS hebben ontwikkeld blijken echter nog steeds moeilijk passende hulp krijgen. Hun therapeuten zijn vaak onvoldoende deskundig, bijvoorbeeld met betrekking tot de diagnostiek van de dissociatieve stoornissen, waarbij ambivalentie of vooroordelen jegens deze stoornissen, in het bijzonder DIS, een rol spelen.

Het is de opgave van een beschaafde samenleving om de overlevenden van vroegkinderlijke chronische traumatisering te helpen om in het reine te komen met hun geschiedenis, met het lijden en met zichzelf. Dat gaat samen met het ontdekken van hun mogelijkheden en capaciteiten voor het omgaan met de uitdagingen en tegenslagen in hun leven. Realisatie van het traumatisch verleden en van het 'kunnen zijn' in het heden gaan hand in hand met een toekomstgericht leven. Het proces van herstel begint vaak bij een degelijke politionele en gerechtelijke afhandeling van het dossier van de slachtoffers, zeker in de context van georganiseerde misdaad of systematische uitbuiting. Deze overlevenden kunnen pas dan aan hun pad van heling als mens beginnen.

## **Dankbetuiging**

De auteurs willen hun dank betuigen aan de cliënten die (onder een pseudoniem) hun medewerking verleenden aan deze bijdrage en aan Dr. Jessie Delooz (De Binnentuin – Psychotherapeutisch Centrum te Boutersem) voor haar waarde(n)volle hulp bij de redactie van dit artikel.

---

## **Literatuur**

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). [https://doi.org/10.1176.appi.books.9780890425596](https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596)
- Appelfeld, A. (1993). *Beyond despair: Three lectures and a conversation with Philip Roth*. Fromm.

- Boon, S., & Draijer, N. (1993). *Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis*. Swets & Zeitlinger.
- Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* Yale University Press.
- Freyd, J., & Birrell, P. (2013). *Blind to betrayal: Why we fool ourselves, we aren't being fooled*. Wiley.
- ISSTD (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12:115-187.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93(2), 329-366.
- Janet, P. (2021). *Subconscious acts, anesthesias and psychological disaggregation in psychological automatism: partial automatism* (G. Craparo & O. Van der Hart [Eds.]). Taylor & Francis. (Origineel werk gepubliceerd 1889)
- Kennedy, H., & Grubin, D. (1992). Patterns of denial in seks offenders. *Psychological Medicine*, 22(1), 191-196. <https://doi.org/10.1017/s0033291700032840>
- Laub, D., & Auerhahn, N. (1993). Knowing and not knowing massive psychic trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 74(Pt 2), 287-302.
- Miller, B., Fox, B., & Garcia-Beckwith, L. (1999). Intervening in severe physical child abuse cases: Mental health, legal, and social services. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 905-914. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(99\)00059-9](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(99)00059-9)
- Nijenhuis, E. (1996). Dissociative identity disorder in a forensic psychiatric patient: A case report. *Dissociation*, 9(4), 282-288.
- Pyszora, N., Barker, A., & Kopelman, M. (2003). Amnesia for criminal offenses: A study of life sentence prisoners. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(3), 475-490. <http://dx.doi.org/10.1080/14789940310001599785>
- Salter, A. (1995). *Transforming trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*. Sage.
- Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48(4), 425-454.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2010). *Het belaagde zelf: structurele dissociatie en de behandeling van chronische traumatisering*. Boom.

## Personalia

Erik de Soir is doctor in de Psychologie (Universiteit Utrecht) en doctor in de Sociale en Militaire Wetenschappen (Koninklijke Militaire School, Brussel). Hij is werkzaam als psychotraumatheapeut bij De Weg Wijzer – Expertisecentrum voor Trauma- en Rouwbegeleiding te Leopoldsburg (<https://www.dewegwijzer.org>), doceert psychotraumatologie aan universiteiten in binnen- en buitenland en zijn onderzoek richt zich op de effecten van acute en chronische traumatisering.  
E-mail: erik.de.soir@telenet.be

## Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.