

Omstreden herinneringen

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad. Omstreden herinneringen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/02.

Meneer de minister,

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

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

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

Samenvatting

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

Traumatische jeugdervaringen zijn belangrijke risicofactoren

Seksueel misbruik en andere traumatische ervaringen in de jeugd zijn belangrijke risicofactoren voor psychische problemen en psychopathologie bij volwassenen. Er is alle reden om in de hulpverlening alert te zijn op eventueel moeilijk bespreekbare herinneringen aan traumatische jeugdervaringen. De relatie is echter niet specifiek en niet dwingend.

Het is onmogelijk om op grond van een klinisch beeld conclusies te trekken over de aanwezigheid van specifieke traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis van een patiënt.

Herinneringen zijn reconstructies met een functie in het heden

Lange tijd is gedacht dat ervaringen integraal in het geheugen worden geregistreerd en als herinnering opgeslagen. Naar men nu weet, is dit beeld niet correct. Er is sprake van een meervoudig geheugen, wat wil zeggen dat de verschillende aspecten van een ervaring op verschillende plaatsen, verbonden door associaties, worden opgeslagen. Het ophalen van een herinnering impliceert altijd een reconstructie, en niet een directe weergave.

Deze reconstructie is gekoppeld aan de huidige situatie en wordt beïnvloed door de sociale context: die kan bepaalde herinneringen zowel stimuleren als bemoeilijken. Een herinnering kan worden beleefd als een betrouwbare en authentieke weergave van een gebeurtenis in het verleden, maar de mate waarin hij daarvan afwijkt kan aanzienlijk zijn.

Vergeeten en hervinden zijn normale verschijnselen

Wat niet is opgeslagen in het geheugen, kan niet herinnerd, vergeten of hervonden worden.

Als een opgeslagen herinnering moeilijk toegankelijk wordt, raakt hij vergeten. Een vergeten herinnering kan in principe worden opgehaald als zich de juiste *cues* voordoen: geheugensteuntjes of zoektermen die de juiste associaties oproepen, en als er geen processen optreden die de bewuste beleving van de opgeroepen herinnering tegengaan.

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

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

Niet-melden of ontkennen van het ervaren hebben van seksueel misbruik komt vrij geregeld voor. Dit hangt niet noodzakelijkerwijs samen met vergeten of speciale geheugenmechanismen.

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

Ingebeelde herinneringen komen in sommige omstandigheden méér voor

Ingebeelde herinneringen komen bij iedereen voor. Dit wordt vooral verklaard door het verwarren van de verschillende bronnen van opkomende beelden en gedachten: fantasie, voorstellingsvermogen, dromen, verhalen van anderen en eigen belevenissen. Ook kan de betekenis van een herinnering veranderen door herinterpretatie, hertaxatie of herattributie.

Het blijkt ook mogelijk ingebeelde, fictieve herinneringen aan ingrijpende persoonlijke gebeurtenissen te ervaren. De kans hierop is groter dan gemiddeld bij een combinatie van bepaalde persoonlijkheidskenmerken of psychiatrische stoornissen en bij suggestieve beïnvloeding door een belangrijk persoon of vanuit een belangrijke andere bron.

Psychotherapie kan het toelaten en ophalen van herinneringen mogelijk maken

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

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

Psychotherapie stimuleert herinterpretatie van herinneringen

Vrijwel alle vormen van psychotherapie richten zich in enige mate op het veranderen van de betekenis van klachten voor de patiënt, zodat deze er minder door gehinderd wordt in het dagelijks functioneren. Deze betekenisverandering gaat noodzakelijkerwijs gepaard met een veranderde kijk op aspecten uit de voorgeschiedenis en met een herinterpretatie van herinneringen. De nieuwe interpretatie is in de eerste plaats één waarmee de patiënt beter uit de voeten kan en is niet noodzakelijkerwijs een meer accurate weerspiegeling van de werkelijkheid. Het bespreken van het verleden is niet gericht op het vinden van de waarheid, maar op het toekennen van een betekenis aan herinneringen.

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

Suggestieve beïnvloeding van herinneringen moet vermeden worden

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

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

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

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

Beroepsgroepen dienen zich uit te spreken

Er bestaat momenteel voldoende overeenstemming binnen het experimenteel en klinisch-wetenschappelijk onderzoek naar bepaalde aspecten van het geheugen met betrekking tot emotionele ervaringen om uitspraken en richtlijnen voor de klinische praktijk te formuleren. Dit neemt niet weg dat het empirisch onderzoek naar met name onderliggende mechanismen van geheugenverschijnselen bij traumatische ervaringen nog vele vragen onbeantwoord laat en dat verder onderzoek hiernaar noodzakelijk is.

De bestaande kennis over de stand van wetenschap met betrekking tot het geheugen is van groot belang voor het therapeutisch handelen, maar lijkt in de praktijk onvoldoende daarin door te dringen. De commissie acht het dan ook gewenst en mogelijk dat de betrokken BIG-geregistreerde beroepsgroepen zich uitspreken over de in dit advies besproken bevindingen in het moderne geheugenonderzoek en hun consequenties voor het therapeutisch handelen. Dit geldt in het bijzonder voor de mogelijkheden en risico's van het in een therapeutische behandeling omgaan met herinneringen aan traumatische ervaringen in de jeugd. De commissie noemt enkele specifieke kwaliteitsvoorwaarden op het gebied van de noodzakelijke kennis, de diagnostiek en behandeling, de dossiervoering, de therapeutische houding en een mogelijke juridische context.

In meer algemene zin is het gewenst dat beroepsgroepen komen tot een soort 'bijsluiter' met algemene informatie over de werkwijze bij en de effectiviteit, nadelen en alternatieven van diverse vormen van psychotherapie. Vanwege de rol die herinneringen spelen in elke vorm van psychotherapie, is de relevantie van uitspraken en richtlijnen op dit gebied groot. De commissie verwacht dat richtlijnen van de BIG-geregistreerde beroepsgroepen een voorbeeldfunctie kunnen hebben voor niet-BIG-geregistreerde beroepsgroepen in de psychosociale en maatschappelijke hulpverlening. Zij meent dat ook alternatieve behandelaars met dergelijke bevindingen rekening dienen te houden.

Opleidingen mogen niet achter lopen

Het is van het grootste belang dat nieuw opgeleide professionals van diverse beroepsgroepen op de hoogte zijn van de implicaties van het moderne geheugenonderzoek.

Beroepsopleidingen die gericht zijn op hulpverlening bij psychische klachten en psychosociale problemen, zowel op academisch als op HBO-niveau, dienen deze ontwikkelingen aantoonbaar in hun programma op te nemen.

Therapie kan botsen met de juridische procesgang

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

2 Het veld van discussie

2.3 Enkele conclusies

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

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

3 Autobiografische herinneringen en levensverhalen

3.5 Enkele conclusies

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

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

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

4 Geheugen en trauma: vergeten, hervinden en inbeelden

4.5 Enkele conclusies

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

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

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

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

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

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

5 Herinneringen aan trauma en therapie

5.2 Psychotherapie en interpretatie van herinneringen

Psychotherapie maakt altijd gebruik van verbale communicatie, die gericht is op bepaalde aspecten van het functioneren van de patiënt. Het praten hierover faciliteert het ophalen van allerlei gerelateerde informatie, zowel door het genereren van *cues* als door het verminderen van de *retrieval*-inhibitie. Hierdoor kunnen 'vergeten' details of gebeurtenissen bovenkomen. Er zijn vele redenen waarom patiënten soms voor het eerst over bepaalde gevoelens en herinneringen praten in het kader van psychotherapie. De setting biedt, als het goed is, veiligheid en acceptatie van negatieve gevoelens van angst, agressie, ambivalentie, schuld, schaamte, wraak en ongeoorloofde lust. Dit kan ruimte bieden om bepaalde herinneringen onder woorden te brengen; niet zelden maakt dit het mogelijk ook met anderen over zo'n, voor hen nieuwe, herinnering te praten.

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

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

Vrijwel alle vormen van psychotherapie richten zich in enige mate op het zodanig veranderen van de betekenis van klachten voor de patiënt, dat deze daardoor minder gehinderd wordt in het dagelijks functioneren. Deze betekenisverandering gaat noodzakelijkerwijs gepaard met een veranderde kijk op aspecten uit de voorgeschiedenis en aan herinterpretatie van herinneringen. Het theoretisch kader van de therapeut kan hierbij steun en richting geven. De nieuwe interpretatie is er in de eerste plaats één waarmee de patiënt beter uit de voeten kan en is niet noodzakelijkerwijs een meer accurate weerspiegeling van de werkelijkheid.

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

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

5.3 De rationale achter het stimuleren van herinneringen in therapie

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

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

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

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

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

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

5.4 De 'waarheidsvraag'

In het algemeen is in de hulpverlening het verhaal van de hulpvrager een belangrijk gegeven. Ook vóór de huidige ontwikkelingen in het geheugenonderzoek, was het uiteraard bekend dat niet alles wat een patiënt vertelt, ook de feitelijke werkelijkheid weergeeft. Ingebeelde ziekte, ziekelijke fantasie, confabulatie, waanideeën, manipulatief of hysterisch gedrag, het zijn allemaal voorbeelden van situaties waarin de behandelaar niet zonder meer zal uitgaan van de realiteit van het vertelde. Een behandelaar gebruikt het verhaal van de patiënt om zich een oordeel te vormen over diens situatie. De geloofwaardigheid van de inhoud van het verhaal op zich en de (in)congruentie van inhoud en beleving spelen een rol in dit oordeel.

Soms heeft een therapeut behoefte om uitsluitsel te verkrijgen over de vraag in hoeverre het verhaal op feiten is gebaseerd, bijvoorbeeld om te beoordelen of er sprake is van waandenkbeelden. Hij heeft echter nauwelijks instrumenten voor externe toetsing en zal proberen zich een overtuiging te vormen door af te gaan op toegespitste elementen uit de diagnostiek. De validiteit van het oordeel van therapeuten over de werkelijkheid van herinneringen op basis van diagnostiek is echter in onderzoek heel beperkt gebleken en heeft in verband met de 'waarheidsvraag' geen betekenis.

Wanneer men echter bepaalde ervaringen in het verleden ziet als een bron van de huidige klachten, lijkt het wel van belang om te weten of die gebeurtenissen reëel zijn. Toch wordt hier verschillend over gedacht. De vraag of het voor de opzet en het succes van de behandeling uitmaakt of het verhaal van de patiënt de historische werkelijkheid weergeeft of de beleving van het verleden op dit moment (de 'narratieve' werkelijkheid), is niet eenduidig te beantwoorden. Zo is het niet duidelijk of het voor een therapie uitmaakt of iemand die zich seksueel misbruik herinnert, in het verleden al dan niet werkelijk misbruikt is.

De 'waarheidsvraag' heeft in effectonderzoek van therapie nauwelijks een rol gespeeld. In het algemeen wordt daarbij immers gekeken naar de gepresenteerde klachten en symptomen bij het begin en na afloop van de therapie. In verschillende theorieën is de relatie tussen wat herinnerd/verteld wordt en wat realiteit is, verschillend belicht: in de psycho-analytische theorie is veel nadruk gelegd op onbewuste motieven en fantasieën om tot een verhaal te komen, later is de nadruk gelegd op de vele concrete gebeurtenissen die een traumatische rol kunnen spelen.

5.5 Het omgaan met onbegrepen dysfunctioneren en emotionele verschijnselen

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

Onbegrepen lichamelijke en psychische verschijnselen en reacties, die lijken op te treden zonder aanwijsbare aanleiding, stimuleren het zoeken van een verklaring, bijvoorbeeld in de vorm van het toeschrijven ervan aan een oorzakelijke gebeurtenis. Personen zoeken en vinden verklaringen op allerlei plaatsen en manieren. Wanneer zij professionele hulp zoeken, komt een deel van de verantwoordelijkheid hiervoor bij de therapeut te liggen. Hulpverleners maken, vanuit hun rol als deskundige, vaak gebruik van attributie, ook als er geen directe aanwijzingen zijn voor een verband. Lichamelijke verschijnselen kunnen echter nooit een bewijs zijn voor de accurateheid van opgeroepen herinneringen of voor de terechtheid van de attributie.

Theoretische kaders van therapeuten verschillen in de hypothesen over het ontstaansmechanisme van onbegrepen ernstig dysfunctioneren of emotionele verschijnselen. Zo wordt al dan niet waarde gehecht aan angstconditionering, onbewuste verdringing, dissociatie bij trauma en gedachteonderdrukking. Dit kan – een stap verder – leiden tot bepaalde veronderstellingen over een onbekende oorzakelijke gebeurtenis. De gezochte verklaring kan zijn theoretische basis vinden in het veronderstelde ontstaansmechanisme, maar is gericht op de betekenisverlening.

Bij het zoeken naar en accepteren van een verklaring zijn patiënt en therapeut beide onderhevig aan sociaal-culturele invloeden en vigerende denkbeelden. Bovendien moet de verklaring passen in het zelfbeeld en de persoonlijke drijfveren van de patiënt. Er is in zekere zin sprake van een dialoog tussen patiënt en therapeut om te komen tot een door beide partijen gedeelde verklaring⁴⁰. Een verklaring kan dan ook tot op zekere hoogte therapeutisch bruikbaar zijn, maar feitelijk onjuist of zeer onwaarschijnlijk. Voorbeelden hiervan zijn herinneringen uit een vorig leven of uit de moederschoot en contacten met buitenaardse wezens. De acceptatie van een onjuiste verklaring of onterechte attributie kan echter ook schadelijk zijn, zowel voor de patiënt zelf als voor anderen.

5.6 Risico's in de behandeling

Er zijn ook risico's verbonden aan het stimuleren van herinneringen aan trauma. Enerzijds kunnen herinneringen bovenkomen die maar beter hadden kunnen blijven rusten omdat de persoon in kwestie er voor langere tijd niet mee uit de voeten kan. Anderzijds kunnen zich fictieve herinneringen voordoen of kunnen bestaande herinneringen de waarde krijgen van een feit dat men zich eerder nooit of nooit op die manier heeft gerealiseerd.

Zo kan zich met terugwerkende kracht een, eventueel traumatisch en al dan niet 'waar', verleden opdringen, dat misschien als verklaring voor de huidige klachten zou kunnen dienen, maar waar men vervolgens onnodig moeilijk mee moet verder leven en zien om te gaan. Een therapeut dient het risico op dit bijeffect van een therapie te onderkennen en zo veel mogelijk te vermijden. Er is een aantal bronnen van problemen te onderscheiden.

5.6.1 Patiënten met extra risico's

Niet iedereen loopt dezelfde kans op het ontwikkelen van fictieve herinneringen. In onderzoek is gebleken dat een aantal verwante, maar toch te onderscheiden persoonlijkheidskenmerken hierbij een rol speelt. Het gaat zowel om de vatbaarheid voor meningen en suggesties van buiten af, als om de neiging om zelf verhalen te verzinnen. Zo is in onderzoek een verband aangetoond met de gevoeligheid voor suggestie, de neiging om in fantasie op te gaan (*fantasy-proneness*), de nauwkeurigheid van de bron-identificatie (*source-monitoring*), de neiging tot aanpassing aan belangrijke personen of sociaal-wenselijk gedrag in het algemeen, de gevoeligheid voor hypnose, een hoge score op de DES-schaal voor dissociatieve ervaringen en een neiging tot neuroticisme dan wel introversie. Onder studenten bleken vooral personen met twee specifieke clusters van symptomen* *fantasy-prone* te zijn.

Patiënten met bepaalde psychiatrische aandoeningen lopen een relatief hoog risico. Sommige patiënten met persoonlijkheidspathologie kunnen een soms dramatische voorgeschiedenis fabriceren. De sociaal-culturele context, zoals de maatschappelijke waardering van bepaalde symptomen of ervaringen, kan invloed hebben op de invulling ervan. Het onderscheid tussen als echt beleefde herinneringen of bewuste verzinsels kan dan lastig zijn, temeer als patiënten zelf in een verhaal gaan geloven.

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

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

5.6.2 Problemen in de diagnostiek

Subjectieve elementen spelen een grote rol in de diagnostiek van psychiatrische aandoeningen. Het is dan ook van belang om gebruik te maken van gestandaardiseerde anamneselijsten en diagnostische instrumenten en om feiten, meningen en veronderstellingen zo duidelijk en ondubbelzinnig mogelijk vast te leggen. Dat gebeurt echter lang niet altijd. In de biografische anamnese dient neutraal gevraagd te worden naar traumatische gebeurtenissen en seksuele ervaringen. Tegelijkertijd dient het vertelde levensverhaal niet los gezien te worden van de huidige situatie van de patiënt. Zo hebben depressieve patiënten niet alleen een selectief geheugen voor negatieve ervaringen, ze hebben ook de neiging om herinneringen en nieuwe ervaringen negatief te labelen. Patiënten met persoonlijkheidspathologie zetten soms elementen uit hun levensverhaal aan om de macht(eloosheid) van de hulpverlener uit te testen. Ook het simuleren dan wel onbewust nabootsen van stoornissen door patiënten komt voor en dit kan verschillende achtergronden hebben, zoals van een antisociale of *borderline* persoonlijkheidsstoornis.

Voorts wordt wel gewezen op de mogelijkheid dat bij zeer suggestibele personen de diagnose Dissociatieve Identiteitsstoornis relatief vaak ten onrechte gesteld wordt. Juist bij verhalen die sterke emoties of bevreesing oproepen, is zorgvuldige diagnostiek van groot belang. Te snelle conclusies of interpretatie van klachten door de therapeut kunnen al tijdens het diagnostisch proces sturing geven aan het verhaal van de hulpvrager, temeer als deze sterk op zoek is naar een verklaring van klachten en problemen.

5.6.3 Onkritisch hanteren van hypothesen over het geheugen

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

Ook in het kader van hervonden en fictieve herinneringen aan seksueel misbruik is een aantal hypothe-
sen onterecht tot overtuigingen verheven. Dit geldt bijvoorbeeld voor de veronderstelling dat bepaalde
specifieke klachten of symptomen verwijzen naar trauma in het verleden, in het bijzonder seksueel mis-
bruik, ook als daaraan geen expliciete herinneringen bestaan. In het verleden heeft een aantal auteurs
dit als dogma gehanteerd.

De opvatting dat klachten en symptomen – bijvoorbeeld pijnklachten waarvoor medisch onderzoek geen
organische oorzaak heeft kunnen vaststellen of pseudoepileptische aanvallen – gerelateerd kunnen zijn
aan traumatische ervaringen die patiënten zich niet bewust herinneren, komt voort uit door de jaren
heen vermelde observaties in de klinische praktijk. Ook al kan er sprake zijn van een verband, men mag
er uiteraard niet bij voorbaat vanuit gaan dat dergelijke klachten trauma-gerelateerd zijn, en al hele-
maal niet specifiek verbonden met seksueel trauma. Toch bleken in onderzoeken uit 1995 en 1996 ook
professionele therapeuten wel op zoek te gaan naar een vermeend traumatische oorsprong van klachten
die niet direct aan een dergelijke ervaring refereren. De toegenomen aandacht voor het verschijnsel van
seksueel misbruik in de kindertijd, waarvan de omvang in die jaren duidelijk werd in grootschalig onder-
zoek, heeft in de jaren negentig van de vorige eeuw bij sommige therapeuten geleid tot een fixatie op
traumatische ervaringen van die aard en een soms onverantwoorde attributie. De onkritische overtui-
ging van de therapeut kan in dergelijke gevallen leiden tot suggestieve beïnvloeding en mogelijk tot fic-
tieve of vervormde herinneringen bij de patiënt.

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

Er is wel aangenomen dat herinneringen die zich voordoen als 'traumatische herinneringen', met hun
sterk sensori-motorische karakter, hun heftige emotionele lading en de intense fysiologische opwindning
waarmee zij doorgaans gepaard gaan en de rigide manier waarop zij herhaald worden, per definitie
waarheidsgetrouw zijn. Dit is onjuist gebleken. Zij kunnen wel degelijk aan vertekening – ten tijde van
de traumatiserende gebeurtenis of door latere ervaringen – of aan verkeerde interpretatie blootgesteld
worden.

Een voorbeeld van het laatste is de traumatische herinnering aan het als kind ondergaan van een zeer
pijnlijke medische ingreep aan de urinewegen waarover een patiënt als volwassen vrouw zich begon af
te vragen of het wellicht seksueel misbruik was geweest. Voorts is aangetoond dat aantoonbaar fictieve
herinneringen gepaard kunnen gaan met fysiologische reacties die niet onderdoen voor de reacties be-
horende bij herinneringen aan werkelijke traumatiserende gebeurtenissen: '*false memories, true pain*'.
Opvattingen hebben in de praktijk direct invloed op de wijze van behandelen.

Het is dan ook van het grootste belang dat hypothesen (kunnen) worden onderzocht in wetenschappelijk
onderzoek en dat therapeuten op de hoogte zijn van en kunnen omgaan met de voorlopige status van
de inzichten.

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

5.6.4 Onverantwoord of suggestief stimuleren van herinneringen

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

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

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

Alle methoden die het ophalen van herinneringen stimuleren, stimuleren ook de 'fouten' die daaraan inherent zijn. Er is echter een aantal technieken, waarbij in onderzoek bij gezonde proefpersonen het aantal fouten relatief groot is gebleken, deels doordat de fantasie sterk gestimuleerd wordt, deels doordat de bronidentificatie wordt verzwakt. Dit zijn dus relatief riskante technieken als het gaat om het ophalen van werkelijke gebeurtenissen uit het verleden. Het gaat hier om hypnose, droominterpretatie, geleide fantasie, schrijfopdrachten en narcoanalyse. Deze technieken kunnen ook voor andere doeleinden worden ingezet, zoals symptoomreductie, angstvermindering en hernieuwde betekenisverlening. Over de waarde ervan in die situaties doet de commissie geen uitspraak. Wel is duidelijk dat men ook dan bij conclusies over de inhoud van opgeroepen herinneringen rekening dient te houden met de mogelijkheid van een meer dan gemiddelde vertekening. Zo versterkt hypnose het vertrouwen in de accuraatheid en de bron van herinneringen, maar vermindert de accuraatheid zelf.

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

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

5.8 Enkele conclusies

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

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

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

Het risico is groter bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken, bij therapeuten die hun overtuiging sterk kunnen overbrengen, bij vage herinneringen en moeilijk verklaarbare klachten en wordt versterkt door het gebruik van bepaalde methoden om herinneringen te stimuleren.

6 Professioneel handelen

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

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

6.2 Kwaliteitsbewaking in de hulpverlening

In de geneeskunde dient een arts bij zijn handelen rekening te houden met bijwerkingen, complicaties en de kans op fouten. Daarover dient hij de patiënt dus ook te informeren.

Met betrekking tot psychotherapie is niet veel onderzoek gedaan naar mogelijke schadelijke effecten voor de patiënt of voor anderen. Langzamerhand wordt duidelijk dat die er in bepaalde situaties wel kunnen zijn. De aandacht voor een verleden van feitelijk seksueel misbruik in de psychotherapeutische setting – ook als het niet gaat om de verwerking van deze herinneringen – kan aanleiding geven tot confrontaties met de dader en familieleden, waarbij patiënt en/of andere gezinsleden psychische schade lijden. Ook, en dat is van belang in de context van dit advies, kunnen fictieve herinneringen naar voren komen of zich vormen. Zeker als dit seksueel misbruik betreft, kunnen de patiënt, degene die ten onrechte voor dader wordt aangezien en familieleden ernstige schade oplopen.

Meer in het algemeen kunnen interactief ontstane sterk negatieve herinneringen nadelige gevolgen hebben voor patiënten en anderen. Hoe groot die laatste kans is, is van veel factoren afhankelijk. De commissie meent dat hier in de psychotherapie in het algemeen meer aandacht voor moet zijn: in opleiding, voorlichting en onderzoek. Ook hier geldt naar haar oordeel dat aandacht voor dit aspect in de professionele beroepsgroepen een bredere uitstraling kan krijgen naar andere hulpverleningssituaties.

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

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

Een hulpverlener heeft ook dossierplicht*. Hierin moet aantekening gehouden worden van de gegevens die voor een goede hulpverlening noodzakelijk zijn. De dossierplicht staat primair ten dienste van de kwaliteit en de continuïteit van de zorg. Een goed bijgehouden dossier is voorts van grote betekenis in situaties waarin gevraagd wordt om verantwoording af te leggen aan anderen zoals de cliënt, de klachtencommissie of de tuchtrechter, bij civiele of zelfs strafrechtelijke procedures. Omdat het bij seksueel misbruik om onrechtmatig handelen dan wel een misdrijf gaat, is de kans op dergelijke juridische procedures jegens de pleger groter dan in andere situaties. Een patiënt (of eventueel zijn advocaat) heeft inzage-recht in het dossier. Alleen persoonlijke werkaantekeningen behoren daar niet toe*. Het kan dan zeer belangrijk zijn dat de behandelaar het dossier heeft bijgehouden volgens de eisen die daaraan gesteld kunnen worden.

Het is dus van groot belang dat de beroepsgroep zich uitspreekt over die eisen**.

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

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

6.4 De therapeutische houding ten aanzien van de 'waarheidsvraag'

Het huidige inzicht dat herinneringen steeds weer nieuwe constructies zijn, pleit voor een principiële neutraliteit ten aanzien van de accuraatheid ervan. Dit is in een therapeutische relatie niet vanzelfsprekend. De positie van de therapeut is niet vrijblijvend, hij moet een therapeutische relatie opbouwen en onderhouden. Vertrouwen en empathie zijn daarbij onontbeerlijk. Twijfel aan het waarheidsgehalte van herinneringen lijkt daar niet in te passen.

Tegelijkertijd echter is ook *reality-testing* van belang: heeft de patiënt misschien een (systematisch) vertekend beeld van de werkelijkheid en worden de klachten meer verklaard door deze vertekening dan door feitelijke gebeurtenissen? Op zich is het feit dat de mate van vertekening niet kan worden bepaald, een punt dat patiënt en behandelaar kunnen delen. De behandelaar moet zich dan aan de ene kant een hypothese vormen over alle factoren die bijdragen aan de problematiek van de patiënt, en zich aan de andere kant realiseren dat er geen zekerheid is over de exacte gebeurtenissen. Dit geheel moet hij op een verantwoorde manier met de patiënt bespreken, hetgeen een grote professionaliteit vraagt. Patiënten kunnen er moeite mee hebben wanneer hun therapeut niet onvoorwaardelijk gelooft dat hun herinnering aan seksueel misbruik de werkelijkheid weergeeft. Voor hen kan het de zoveelste afwijzing lijken na eerdere ervaringen van twijfel, ongeloof en dreiging.

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

Anderen leggen meer nadruk op professionele distantie door zich te onthouden van een uitspraak over de geloofwaardigheid. Een nadeel hiervan is dat het moeilijk hanteerbaar kan zijn als een patiënt niet kan accepteren dat een behandelaar op wetenschappelijke gronden geen uitspraak kan doen over het waarheidsgehalte van zijn herinneringen; dit zou de therapie zelfs kunnen belemmeren. Een therapeut mag zich in principe nooit laten dwingen tot een standpunt, maar de druk kan in bepaalde situaties en bij bepaalde patiënten heel groot zijn. Het bewaren van de benodigde distantie is dan buitengewoon lastig, vooral als het verhaal van de patiënt gelijkenis vertoont met of inhaakt op persoonlijke ervaringen van de therapeut. In professionele opleidingen en trainingen wordt hier gericht aandacht aan besteed; toch kan niet ontkend worden dat het ook wel eens mis gaat. Intervisie van lopende behandelingen is een methode om dit zoveel mogelijk te voorkomen. Echter, noch bij vrijgevestigde hulpverleners noch in instellingen is intervisie in dit soort situaties vanzelfsprekend opgenomen in het kwaliteitsbeleid.

In alternatieve hulpverlening of maatschappelijke opvang zijn de opvattingen over distantie zeer gevarieerd en dat geldt, naar de commissie aanneemt, ook voor de deskundigheid om er mee om te gaan. Soms, bijvoorbeeld in begeleide zelfhulpgroepen, wordt de herkenning juist als een wezenlijk onderdeel in de hulp gezien. Zonder een uitspraak te doen over de werkzaamheid van al die hulp, kan men wel constateren dat wetenschappelijke reserves over de 'waarheidsvraag' daar geen vanzelfsprekende rol in spelen. Dit vergroot het risico op de interactieve constructie van fictieve herinneringen.

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

Een therapeut moet wel inzicht hebben in de situaties waarin de spanning tussen de narratieve waarheid en de historische feitelijkheid een belangrijke rol kan (gaan) spelen en in situaties waarin de kans op vertekening groter is dan gemiddeld. Het dient voor alle partijen duidelijk te zijn dat de waarheidsvraag in de therapeutische setting niet aan de orde is, maar dat de behandelaar bij het therapeutisch handelen in het achterhoofd moet houden dat de beleefde werkelijkheid onderwerp kan worden van juridische claims.

De commissie erkent dat het voor een therapeut lastig kan zijn om in het verloop van de therapie wetenschappelijke reserves te moeten inbrengen bij het verhaal van de patiënt. Zij pleit er dan ook voor om in de voorlichting in verband met het *informed consent* duidelijke informatie te geven over aard en doel, maar zeker ook over beperkingen van de therapie. Daarbij kan worden aangegeven dat het bespreken van het verleden niet gericht is op het vinden van de waarheid, maar op het toekennen van betekenis aan herinneringen en dat je uit herinneringen zonder verdere concrete aanwijzingen niet betrouwbaar kunt afleiden wat werkelijk gebeurd is. Tevens kan worden aangegeven dat in sommige situaties therapie en rechtspraak niet goed samengaan en dat een therapeut zich neutraal dient op te stellen in eventuele te volgen juridische procedures.

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

6.4.1 Verklaringen aan derden

Soms vragen patiënten aan hun behandelaar om een verklaring af te geven ten bate van een aanspraak op een voorziening of financiële tegemoetkoming. De beroepsregels van de verschillende betrokken BIG-geregistreerde beroepsgroepen zijn wat dit betreft niet allemaal even duidelijk. Artsen worden geacht gebonden te zijn aan de door de beroepsgroep zelf opgestelde *Gedragsregels* met de daaraan gerelateerde *Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens*. In de praktijk gelden deze regels voor alle artsen als professionele standaard. Onderdeel van deze laatste richtlijnen is de richtlijn inzake de geneeskundige verklaring. 'Wanneer een patiënt, die een verzoek heeft, welke hij ondersteunt met argumenten van medische aard, en wanneer de instelling/persoon, die over dit verzoek te beslissen heeft en niet voldoende heeft aan de mededelingen van de patiënt zelf, een bevestiging met waardeoordeel van een arts wenst, dan wordt deze bevestiging een geneeskundige verklaring genoemd'¹³⁰. Dit waardeoordeel, dat een ander doel dient dan behandeling/begeleiding, moet objectief en deskundig zijn, hetgeen inhoudt dat de geneeskundige verklaring moet worden opgesteld door een onafhankelijk arts, die deskundigheid heeft op het terrein waarop de vraagstelling zich afspeelt. De informatieverstreckende arts, zeker als hij de behandelend arts is, wordt ontraden een conclusie en/of een oordeel mee te delen. Dit is niet alleen het geval omdat de vertrouwensrelatie ernstig kan worden geschaad indien dit oordeel niet gunstig voor de aanspraken van de patiënt zou zijn, doch ook omdat dit oordeel, juist in verband met de bestaande relatie, in vrijwel alle gevallen niet geheel onbevooroordeeld kan zijn.

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

7 Conclusies en aanbevelingen

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

7.1 De stand van wetenschap

7.1.1 Conclusies over de stand van wetenschap

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

De wetenschappelijke kennis op het gebied van het geheugen biedt steun aan het verschijnsel van een verstoorde geheugenfunctie onder grote stress, maar geeft geen uitsluitsel over de rol van specifieke mechanismen daarbij. Belangrijke emotionele dan wel traumatische ervaringen worden, zeker op onderdelen, sterker opgeslagen dan gewone ervaringen. Ze worden daardoor in het algemeen goed, zij het soms fragmentarisch, herinnerd.

Het is echter aannemelijk dat ook zij geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of contextafhankelijk, ontoegankelijk kunnen raken. Het onderscheid tussen niet vertellen, niet willen herinneren en niet kunnen herinneren is in de praktijk niet altijd scherp te maken.

Als het gaat om de wetenschappelijke analyse van geheugenprocessen is het onderscheid van groot belang.

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

Autobiografische herinneringen zijn per definitie subjectieve verschijnselen. Kenmerken als authenticiteit, helderheid, zintuiglijkheid, gedetailleerdheid en begeleidend lichamelijke reacties kunnen mogelijk op groepsniveau wél, maar op individueel niveau níet gehanteerd worden als aanwijzing voor de objectieve betrouwbaarheid of accuraatheid.

Dit geldt ook voor de ervaring van een hervonden herinnering, flashbacks, toestand- afhankelijke herinneringen of nog andersvormige herinneringen in bepaalde patiëntengroepen of bepaalde situaties.

Aanwijzingen voor het maken van een onderscheid tussen hervonden (feitelijk ware) en fictieve herinneringen zijn gelegen in aantoonbare feiten. Gedegen klinisch diagnostisch en gestandaardiseerd psychologisch onderzoek en, in de toekomst, functioneel beeldvormend onderzoek kunnen wellicht gevalideerd worden met aantoonbare feiten.

Het valt voorlopig niet te bezien of klinische en diagnostische aanwijzingen ooit in de plaats zouden kunnen komen van objectieve bewijsvoering.

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

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

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

7.2 Het therapeutisch handelen

7.2.1 Conclusies over het therapeutisch handelen

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

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

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

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

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

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

7.2.2 Aanbevelingen met betrekking tot het therapeutisch handelen

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

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

Behandelaars dienen, conform de WGBO, de patiënt tijdig en vóór aanvang van de behandeling voor te lichten over doel, voordelen en nadelen van de psychotherapeutische behandeling. Ook in het kader van psycho-educatie dient de patiënt voorgelicht te worden over de status van herinneringen en over de wijze waarop en het doel waarmee in therapie met herinneringen wordt omgegaan.

Bij het gebruik van methoden die niet alleen het ophalen van herinneringen stimuleren, maar ook een beroep doen op fantasie en voorstellingsvermogen of die de drempel voor suggestie verlagen, dient de therapeut rekening te houden met het feit dat hiermee evenzeer het opkomen van echte als van fictieve herinneringen gestimuleerd wordt; hij dient de patiënt er op te wijzen dat ook uit de hiermee opgekomen herinneringen geen conclusies mogen worden verbonden over de feitelijkheid ervan.

Therapie beoogt geen waarheidsvinding en behandelaars dienen zich van uitspraken over de feitelijke betrouwbaarheid van specifieke herinneringen te onthouden. Bij opgekomen herinneringen aan mogelijk onrechtmatige daden en strafbare feiten, dient de behandelaar de relatie tussen therapeutische en juridische processen zo enigszins mogelijk aan de orde te stellen in zijn gesprek met de patiënt.

Behandelaars dienen zich bewust te zijn van de grenzen van hun weten en kunnen. Ze moeten onderscheid kunnen maken tussen kennis en persoonlijke overtuiging, en tussen de objectieve onderbouwing en de metaforische waarde van een theoretisch kader.

Het hoort tot de professionele competentie om, ook bij patiënten met herinneringen aan ernstig traumatiserende ervaringen, emotionele distantie te bewaren.

Met betrekking tot de waarheidsvraag dienen therapeuten het uitgangspunt van principiële neutraliteit met hun patiënten te bespreken op een zodanige wijze dat deze empathie tot de psychische problematiek en de behandeling niet in de weg staat.

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

De dossiervoering dient - meer dan tot nu toe gebruikelijk is - de mogelijkheid te geven om verantwoording af te leggen over het therapeutisch handelen.

Ook belangrijke interventies en ontwikkelingen in de therapie dienen te worden genoteerd, met een zorgvuldig onderscheid tussen de inbreng van de patiënt en die van de therapeut.

Meldingen in therapie van seksueel misbruik kunnen een onrechtmatige daad cq strafbaar feit betreffen en kunnen daardoor ook relevant worden in civiel- of strafrechtelijke procedures. Een behandelaar moet zich hiervan bewust te zijn en voldoende kennis te hebben van de mogelijke consequenties hiervan. Het is wenselijk om deze met de patiënt te bespreken en zo mogelijk afspraken te maken over hoe hiermee om te gaan.

Een hulpverlener dient de patiënt te informeren over het feit dat in bepaalde situaties strijdigheid kan ontstaan tussen therapie en rechtspraak, dat een therapeut principieel neutraal dient te blijven in een juridische procedure en dat soms het samengaan van therapie en een juridische procedure niet wenselijk is. Het is wenselijk dat patiënt en hulpverlener tot overeenstemming komen over de te kiezen handelwijze; in laatste instantie is de hulpverlener altijd verantwoordelijk voor zijn eigen handelwijze.

Een behandelend psychotherapeut heeft geen taak in de juridische waarheidsvinding, en dient zich - zowel op wetenschappelijke gronden als om redenen van beroepsethiek - te onthouden van uitspraken over de betrouwbaarheid van de verklaring van een patiënt. De commissie acht het niet wenselijk dat de behandelend therapeut in het kader van de behandeling familieleden of andere betrokkenen hoort om zich een oordeel te vormen over de feitelijke grondslag van de herinneringen van de patiënt.

Als een BIG-geregistreeerde behandelaar in verband met een juridische procedure om informatie wordt verzocht, dient hij zich te beroepen op zijn verschoningsrecht. Als de patiënt toestemming heeft gegeven om informatie te verschaffen, kan hij van dat recht afzien, maar hij dient zich dan te beperken tot feitelijke informatie en eigen waarnemingen. Dit laatste geldt ook voor hulpverleners zonder verschoningsrecht.

7.3 Juridische aspecten

7.3.1 Conclusies over juridische aspecten

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

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

7.3.2 Aanbevelingen over juridische aspecten

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

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

7.4 Tot slot

Wetenschap, kliniek en rechtspraak hanteren het begrip waarheid verschillend. Als het in de experimentele psychologie al gebruikt wordt, heeft het de zeer beperkte connotatie van de gecontroleerde situatie en manipuleerbare gebeurtenissen binnen de onderzoekopstelling.

In therapie gaat het veelal om wat men wel noemt de 'narratieve' waarheid van de patiënt, de authentieke beleving van het verleden op dit moment. In de rechtspraak gaat het om de objectief aantoonbare gebeurtenissen, de feitelijke waarheid.

Een ongedifferentieerd gebruik van het begrip kan – zo is in het verleden maar al te vaak gebleken – voor grote verwarring en verwijten zorgen.

Het therapeutisch interpretatiekader heeft wetenschappelijk gezien het karakter van een hypothese, maar binnen een therapie het karakter van een uitgangspunt. De stand van empirische wetenschap loopt veelal achter op de klinische hypothesevorming en is voor een therapie een te beperkte basis. Voor geheugenonderzoekers is essentieel óf bepaalde fenomenen kunnen optreden. Als in experimenteel onderzoek blijkt dat fictieve herinneringen mogelijk zijn, heeft dat als gegeven betekenis voor de therapeutische situatie.

De specifieke rol van therapie is voor de wetenschap vooral interessant vanwege methoden of omstandigheden waardoor herinneringen die eerst niet toegankelijk waren voor relevante cues, dat wel worden. In therapie daarentegen gaat het om de interpretatie van het geheel van klachten van een patiënt en om methoden die de klachten verminderen. Empirische kennis is ook niet zonder meer bruikbaar in de praktijk: zo geeft in onderzoek een geleidelijk exploratie van herinneringen meer aanleiding tot de constructie van fictieve herinneringen, maar in therapie kan een snelle exploratie ongewenst geacht worden vanwege risico's op suicidaliteit of decompensatie.

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

Nawoord aan de minister

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

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

De commissie beantwoordt de vragen als volgt.

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

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

Het is mogelijk om autobiografische herinneringen te ervaren aan gebeurtenissen die men niet heeft meegemaakt. De verklaring is onder meer gelegen in het proces van *reality-monitoring* en herattributie. Elke vorm van psychotherapie stimuleert herinneringen en draagt bij aan herinterpretatie ervan; het gaat daarbij meestal om de betekenis van (deels) herinnerde feiten.

Wat herinneringen stimuleert, kan ook vertekening van herinneringen of opkomen van 'nieuwe' herinneringen stimuleren. Therapie kan dan ook zowel het hervinden (toegankelijk worden) van ware herinneringen als het opkomen van fictieve herinneringen faciliteren.

Een suggestieve werkwijze van de therapeut als de patiënt herinneringen ophaalt, vormt door haar sturende werking een duidelijk risico voor het ontstaan van fictieve herinneringen met een aan de suggestie gerelateerde inhoud. Het risico is groter bij patiënten met bepaalde persoonlijkheidskenmerken of bepaalde psychiatrische stoornissen, bij therapeuten die hun overtuiging sterk kunnen overbrengen, bij vage herinneringen en moeilijk verklaarbare klachten en wordt versterkt door het gebruik van bepaalde methoden om herinneringen te stimuleren.