

# ***De psychische gevolgen van seksueel misbruik***

## **Het perspectief van macht en machtsmisbruik**

### ***Hoofdstuk 3***

N.J. NICOLAI

In de traditionele psychiatrie en psychologie is het niet gebruikelijk om de gevolgen van macht en onderdrukking op het psychisch welbevinden van individuen te onderzoeken. Dat is op zich niet zo verwonderlijk: de meeste verklaringsmodellen voor psychisch disfunctioneren zijn immers gebaseerd op het individu. Erfelijke, biologische of psychodynamische aspecten staan op de voorgrond. Omgevingsfactoren worden meestal vrij simplistisch en eenzijdig benaderd. Voor zover macht aandacht krijgt in verklaringsmodellen, betreft het meestal macht opgevat in eendimensionale zin: persoon A heeft macht over persoon B als hij/zij erin slaagt om persoon B iets te laten doen wat persoon B uit zichzelf niet gedaan zou hebben.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijke opvatting over macht weinig toevoegt aan de verklaring van psychische klachten en problemen.

Onder invloed van de Britse socioloog Lukes wordt in de sociologie een ander model van macht gehanteerd, namelijk een driedimensionaal model (Lukes 1974, zie ook Komter 1985). Aspecten van dit driedimensionale model zijn:

- macht komt niet noodzakelijk tot uitdrukking in openlijk gedrag;
- zowel individuele beslissingen en niet-beslissingen als controle over de politieke agenda als gevolg van een aan collectiviteiten en institutionele praktijken toe te schrijven 'mobilisation of bias' (het gebruik maken en oproepen van vooroordelen) kunnen machtsuitoefening weerspiegelen;

- aan macht kan een in principe observeerbaar openlijk of bedekt conflict maar ook een latent conflict ten grondslag liggen; in tegenstelling tot een bedekt conflict zijn de grieven, die de voorwaarde vormen voor een latent conflict, nooit op enigerlei wijze naar voren gebracht (Komter 1985).

Wat niet gebeurt, niet gedaan wordt, kan evengoed het effect van macht zijn, als hetgeen, dat wél gebeurt. Het weghouden van sommige onderwerpen van de politieke agenda ('politiek' dient hier opgevat te worden in de breedste zin van het woord) heeft ook te maken met machtsuitoefening. Verder kan machtsuitoefening blijken uit het feit dat sommige conflicten en belangen-tegenstellingen nooit 'verwoord' worden, latent blijven. Een voorbeeld hiervan is het maatschappelijk verzwijgen van vrouwenmishandeling en seksueel misbruik van vrouwen en kinderen. Doordat het probleem tot voor kort geen naam mocht hebben, konden degenen die de mishandeling ondergingen geen woorden vinden voor hun ervaringen. Het probleem bestond eenvoudigweg niet.

Het zal duidelijk zijn dat vooral in het feminisme de driedimensionale theorie over macht aanhangers vond. Immers, feministische theorieën pogen een verklaring te vinden voor 'de macht van de vanzelfsprekendheid' en 'het onbehagen van de vrouw', maatschappelijke fenomenen die tot aan het eind van de jaren zestig door geen enkele sociologische en psychologische theorie over vrouwen werden verklaard.

Het is dan ook niet verwonderlijk, dat theorieën waarin psychische problemen van vrouwen in verband worden gebracht met macht en machtsmisbruik afkomstig zijn van feministische psychologen en therapeuten.

Laura Brown, feministisch psychologe en therapeute uit de Verenigde Staten, ontwikkelde in samenwerking met Lenore Walker een diagnostische categorie die de stoornissen die het gevolg zijn van misbruik en onderdrukking omvatten: de 'abuse and oppression artifact disorders' (door misbruik en onderdrukking veroorzaakte stoornissen).

Laura Brown hanteerde bij deze nieuwe diagnostische categorie de termen en indeling van het classificatiesysteem van de Diagnostic and Statistic Manual in de versie van de derde editie, de DSM-III-R (APA 1987). Inmiddels is er een vierde editie uitgegeven in 1994. Het model van Brown is nooit aangeslagen maar geeft ons wel een kijkje hoe we kunnen denken over de relatie tussen macht(s-misbruik) en psychische verschijnselen. Alvorens het model van Brown te bespreken, is het zinnig aandacht te besteden aan de waarde en het nut van diagnostiek.

### **Diagnoses: beperkende etiketten of verruimende conceptuele kaders?**

In de vrouwenhulpverlening is het lang niet gebruikelijk geweest om diagnoses te stellen. In het vorige hoofdstuk heb ik daar al op gewezen. Diagnostiek lijkt immers haaks te staan op de principes van vrouwenhulpverlening: het respectvol en met aandacht voor de gehele persoon werken aan een door de hulpvraagster duidelijk geformuleerd doel, in een relatie die gekenmerkt wordt door gelijkwaardigheid en solidariteit. Het gebruik van diagnoses wordt afgewezen om het vaak denigrerende en kwetsende karakter ervan.

De vrouwenhulpverlening, met haar wortels in de antipsychiatriebeweging van de jaren zeventig, heeft zich altijd verre gehouden van deze vormen van diagnostiek. Naarmate het inzicht in en de ervaring met de behandeling van frequent, langdurig en ernstig in hun kinderjaren seksueel misbruikte vrouwen toeneemt, groeit echter de behoefte aan een conceptueel kader dat sommige verschijnselen in de therapie kan verklaren. Wanneer je als hulpverleenster geconfronteerd wordt met zich herhalende zelfmoordpogingen en ernstig zelfbeschadigend gedrag, en wanneer in de therapie, juist als je denkt een bijzondere graad van wederzijdse betrokkenheid te hebben bereikt, je cliënte ineens acuut opgenomen wordt in een crisiscentrum, dan is het zaak een stap terug te doen en te bedenken wat er aan de hand is en met welke herhalingsmechanismen je geconfronteerd wordt.

Juist in de hulpverlening aan vrouwen met ernstige trauma's is het nuttig en nodig om van te voren en al doende te bedenken, wat er precies onder de oppervlakte speelt en welke mechanismen getraumatiseerde individuen op de lange termijn vertonen.

Wanneer je dat niet doet, bestaat het gevaar dat de therapie verwordt tot een serie ad hoc crisis-interventies, waarbij de hulpverleenster amechtig achter de tumultueuze belevingen van haar cliënte aanholt en elke kans op een effectieve aanpak van de problemen in het water valt.

Zoals bij alles, is diagnostiek iets wat je kunt misbruiken en goed kan gebruiken. Een uitleg over wat er volgens de hulpverleenster aan de hand is, kan dienen als onderhandelingsmodel: de hulpverleenster stelt iets voor - een verklaringsmodel - en de cliënte kan beslissen of zij dit model accepteert of verwerpt. Een diagnose als verklaringsmodel voor tot dan toe onbegrijpelijke en met schuld beladen klachten kan iemand helpen greep en controle over zichzelf te krijgen. Het is heel wat anders

als je beseft dat de vreemde episodes van 'tijd kwijt zijn' een gevolg zijn van dissociatie, die je als overlevingsstrategie hebt leren hanteren, in plaats van een geheimzinnige 'gekte'. Een goed gebruik van diagnostiek kan dus bijdragen aan de versterking van mondigheid en autonomie van cliënten.

Dit is een ommezwaai in de praktijk en de theorie van de vrouwenhulpverlening. Het houdt in dat niet meer voorbijgegaan kan worden aan de traditionele diagnoses in de psychiatrie en psychologie, maar dat deze manieren van kijken beoordeeld moeten worden op hun merites en na een kritische beschouwing eventueel een plaats kunnen krijgen in de vrouwenhulpverlening.

### **Diagnostiek en het DSM-classificatiesysteem**

Een andere reden - naast het verschaffen van mondigheid aan cliënten en naast het verschaffen van een conceptueel kader in een therapie,- om diagnostiek niet bij voorbaat af te wijzen, is van praktisch-strategische aard. Zo meldt Brown, dat verzekeringsmaatschappijen in de Verenigde Staten een DSM-categorie vragen voordat zij een behandeling vergoeden. Deze ontwikkeling heeft ook in Nederland plaatsgevonden. Voor vrouwenhulpverleners kan dit betekenen, dat zij op de hoogte moeten zijn van de gangbare manieren van diagnosticeren om hun behandelingen door ziekenfondsen of particuliere verzekeringsmaatschappijen vergoed te krijgen.

Een andere reden om je bezig te houden met diagnostiek en met name met het DSM-systeem, is de groeiende internationale populariteit van dit systeem. DSM-diagnoses worden in alle toonaangevende tijdschriften en publicaties gehanteerd, ook op de terreinen van seksueel misbruik, incest, verkrachting en mishandeling.

Er is het nodige aan kritiek in te brengen met betrekking tot de waarde, het nut en de geldigheid van sommige diagnoses. Zo is er in de DSM sprake van blinde vlekken op de terreinen van sekse, religie, klasse en subcultuur als beïnvloedende variabelen bij psychische klachten. Op het ogenblik is het DSM-systeem echter het meest gestandaardiseerde, het internationaal meest geaccepteerde en het meest geldige diagnose-classificatiesysteem dat de psychiatrie en psychologie kennen.

### **Het DSM-classificatiesysteem**

Zoals bekend is het DSM-systeem een in principe atheoretisch classificatiesysteem van diagnoses. Het is

ontwikkeld in de Verenigde Staten in een poging om de wirwar van - vaak zeer subjectieve en landgebonden - diagnoses te ordenen. Het a-theoretische bestaat hieruit, dat niet gesproken wordt over oorzaken. Het systeem beoogt een beschrijving te geven van klachten en verschijnselen.

Een DSM-categorie is niet gelijk te stellen aan een diagnose. Een diagnose - in de klassieke betekenis van het woord een 'doorschouwen' - vereist naast een beschrijving van psychische verschijnselen een hypothese over het ontstaan ervan en over de samenhang met andere factoren, zoals omgeving en interacties met het milieu.

Het DSM-systeem is in 1980 ontwikkeld in de Verenigde Staten als een hiërarchisch, meer-assig systeem. Het bestaat uit vijf assen.

As 1 beschrijft de aanwezige klachten en symptomen. Om bijvoorbeeld aan de diagnose 'depressie' te voldoen, moet er sprake zijn van een aantal absolute en een aantal relatieve voorwaarden. Zo moet er een gedrukte stemming zijn, een vertraagd beleven van tijd, moeite met in- of doorslapen, gebrek aan eetlust, enzovoort. Pas als aan een aantal van deze voorwaarden voldaan is, kan gesproken worden van een 'depressieve stoornis'.

As 2 representeert de gedragspatronen over langere tijd, dus de persoonlijkheid oftewel het 'karakter' van een persoon.

Op as 3 wordt informatie gegeven over lichamelijke ziekten of afwijkingen, al dan niet in verband met de in as 1 genoemde symptomen.

As 4 omvat de stressoren, de belastende momenten, die aanleiding gaven tot de klachten.

As 5 bevat de informatie over het sociaal functioneren vóór het ontstaan van de klachten, uitgedrukt in een cijfercode.

De hiërarchie in het systeem bestaat eruit dat eerst die ziekten en symptomen benoemd worden, die een duidelijk organische (bijvoorbeeld dementie) of externe (bijvoorbeeld alcoholintoxicatie) oorzaak hebben. Dan volgen de psychotische stoornissen die over de gehele wereld in gelijke mate voorkomen, ongeacht de cultuur, zoals schizofrenie. Vervolgens komen de stemmingsstoornissen (depressie en manie), de angststoornissen (bijvoorbeeld paniekaanvallen), de 'gewone' reacties op stress (zoals rouw-reacties) en de nagebootste stoornissen.

Je zou kunnen zeggen dat de DSM-hiërarchie is geordend van meer organisch naar meer sociaal. De door Brown voorgestelde diagnostische categorie kan worden geplaatst bij de meer sociaal bepaalde stoornissen.

**Het model van Laura Brown: door misbruik en onderdrukking veroorzaakte stoornissen, in de termen van DSM**

Er is sprake van een door misbruik en onderdrukking veroorzaakte stoornis wanneer:

**a**

Er een of meer stressoren zijn op:

- interpersoonlijk terrein, bijvoorbeeld bij intimi, bekenden of individuele onbekenden;
- cultureel/door de omgeving beïnvloed: bijvoorbeeld openlijke afkeuring, bedekte systematische afkeuring of gebrek aan bescherming of mogelijkheden.

**b**

Deze stressor is toegediend:

- eenmalig;
  - gedurende korte tijd;
  - langdurig/frequent;
- en heeft tot gevolgen geleid, die voor de persoon:
- belonend of schijnbaar positief,
  - verward, gemengd, ambivalent;
  - negatief, bestraffend;
  - levensbedreigend; waren.

**c**

Dit heeft geleid tot:

- de aanwezigheid van hardnekkige en pijnlijke gedragspatronen, die in de individuele ontwikkeling eertijds adequate overlevingsstrategieën vormden.

Voorbeelden zijn:

- aangeleerde hulpeloosheid;
- bedekte of indirecte uitoefening van macht;
- vermijding van de stressor en verschijnselen die daarop lijken;
- (overdreven) zorgzaam en reddend gedrag.

**d**

Dit heeft verder geleid tot:

- vervorming en/of inperking van emotionele expressiviteit, meestal in situaties die gelijkenis vertonen met de oorspronkelijke stressor(en).

Voorbeelden zijn:

- angst en wantrouwen jegens een bepaalde groep personen;

- emotionele gevoelloosheid in de aanwezigheid van personen en situaties die op de oorspronkelijke stressor lijken;
- rigide, seksistereotiep gedrag;
- onmogelijkheid bepaalde gevoelens te ervaren.

**e**

Dit vervolgens leidt tot:

- verstoring van cognitieve functies, zoals perceptie van zichzelf en de omgeving.

Voorbeelden zijn:

- neiging tot zelfbeschuldiging; - schaamte;
- ontkenning/bagatellisering van gevoelens en feiten betreffende het misbruik;
- de overtuiging anderen te kunnen controleren;
- hardnekkige verwardheid/onvermogen helder te denken bij afwezigheid van fysiologische beperkingen of cognitieve stoornissen;
- extreem cynisme, pessimisme of wanhoop.

**f**

Dit patroon van lange duur is. Het wordt beleefd als pijnlijk en niet bij de persoon passend (ego-dystoon).

Culturele verschijnselen die dit patroon versterken, kunnen door de persoon of de diagnosticus herkend worden.

De vraag die zich aandient, is of dit model voldoende geldigheid heeft. Ongetwijfeld zullen velen zichzelf of andere vrouwen hierin herkennen, maar dat is op zich niet voldoende. Verder is het de vraag of dit 'brede' model de specifieke effecten van sommige vormen van seksueel misbruik, zoals seksuele kindermishandeling en verkrachting, niet verdoezelt.

De Amerikaanse onderzoeker Briere formuleerde in 1983 een specifiek 'post-sexual abuse syndrome' dat overlap vertoont met het model van Brown, maar veel meer aandacht schenkt aan andere reactiepatronen en overlevingsstrategieën die na seksueel misbruik optreden, zoals bijvoorbeeld dissociatie en automutilatie.

In het model van Brown ontbreekt het effect van het trauma dat seksueel misbruik in feite is. Zij benoemt weliswaar 'stressoren', maar het begrip 'stressor' heeft een andere betekenis dan 'trauma', dat veel meer het schokkende, onverwachte en voor iederéén ingrijpende karakter van bepaalde gebeurtenissen weergeeft.

Hierna zal ik de gevolgen van seksueel misbruik behandelen aan de hand van de symptomen, klachten en reactiepatronen zoals deze momenteel uit wetenschappelijk onderzoek (Draijer 1988, Herman en Van der

Kolk 1989, Carmen e.a. 1984, Bryer e.a. 1987) bekend zijn. Achtereenvolgens bespreek ik de posttraumatische stress-stoornis, pogingen deze te overleven of het hoofd te bieden en andere factoren in het leven, die een gunstige of juist ongunstige invloed uitoefenen.

### **Seksueel misbruik als trauma: de posttraumatische stress-stoornis (PTSS)**

Tot het midden van de jaren tachtig werden de gevolgen van seksueel misbruik op impressionistische wijze benoemd. Er bestond geen duidelijk overkoepelend kader van waaruit de klachten en symptomen geregistreerd werden. Hierdoor werden subjectieve ervaringen, objectief waarneembare gedragingen en klinische observaties, gebaseerd op een kleine groep cliënten en interactionele stijlen, vaak zonder onderscheid aan elkaar gekoppeld (Meiselman 1978, Kempe en Kempe 1978, Nelson 1984).

In 1981 beschreef Denise Gelinas hoe de gevolgen van incest op te vatten waren als een posttraumatisch stress-syndroom, zoals dat ook voor verkrachting gold. Burgess en Holstrom hadden in 1974 het 'verkrachtingssyndroom' beschreven als een vorm van posttraumatische reactiepatronen.

In 1985 verscheen een artikel van Lindberg en Distad, 'Post-Traumatic Stress Disorder in Women, Who Experienced Childhood Incest'. Dit artikel heeft een grote invloed gehad op theoretische en therapeutische ontwikkelingen.

Het begrip 'posttraumatische stress-stoornis' is in oorsprong ontwikkeld om de gevolgen van oorlogstrauma's, gijzelingen, schietincidenten en natuurrampen een kader te geven.

Tot de jaren zeventig stonden de reacties op deze gebeurtenissen bekend onder diverse namen, zoals oorlogsneurose, traumatische neurose en post-Vietnamsyndroom. De problemen van de uit Vietnam terugkerende soldaten vormden de aanleiding tot de ontwikkeling van de diagnose posttraumatische stress-stoornis. In 1980 werd deze categorie onder deze noemer in de DSM-III opgenomen (Horowitz e.a. 1980). Vanaf de introductie van deze diagnose is er veel onderzoek verricht waarbij twee vragen centraal stonden. Wat is eigenlijk een trauma? Gaat het altijd alleen om een schokkende gebeurtenis, is daar een objectieve maat van ernst voor aan te geven of is het afhankelijk van leeftijd en betekenisgeving? Met andere woorden, wat is de relatie tussen de extreme factoren en de subjectieve reactie (doodsangst, verdoving, het niet meer onder woorden kunnen brengen)?



De afgelopen tien jaar - sinds het schrijven van de eerste versie van dit hoofdstuk - is veel onderzoek verricht op het terrein van de posttraumatische stress-stoornis, waaruit blijkt dat niet iedereen die een schokkende gebeurtenis meemaakt een PTSS ontwikkelt. Dit lijkt afhankelijk te zijn van een gevoel van afstandelijkheid, verdoofdheid en vervreemding rond de gebeurtenis (peritraumatische dissociatie). Ook blijkt dat tweederde van de vrouwen die als kind verkracht zijn (dus een vorm van ernstig seksueel misbruik hebben doorgemaakt) een PTSS ontwikkelen. Dus niet allemaal (Epstein, Saunders en Kilpatrick 1997). Het subjectief reageren is dus belangrijk en dat is dan ook opgenomen in de definitie van een traumatische ervaring in de DSM-IV Niet dat daar alle problemen mee uit de wereld zijn, want hoe moeten we ons het seksueel misbruik voorstellen dat bestaat uit niet-bedreigende, zich herhalende aanrakingen – ongewenst en overspoelend - maar wel door een vader of oom of opa waar je ook van houdt? In de huidige definitie is voor deze sluipende, in de ontwikkeling ingrijpende. vorm van misbruik onvoldoende ruimte. PTSS blijkt toch als centraal zoekschema naar de effecten en gevolgen belangrijk.

#### **De posttraumatische stress-stoornis: criteria volgens de DSM-IV (APA 1994)**

##### **a**

De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij de volgende aspecten van toepassing zijn:

1. Betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebrachten of die een bedreiging vormden van de fysieke integriteit van betrokkene en anderen;
2. Tot de reacties van betrokkene behoorden intense angst, hulpeloosheid en afschuw (bij kinderen kan dit zich uiten in chaotisch of geagiteerd gedrag).

##### **b**

De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op tenminste één van de volgende manieren:

1. Terugkerende en opdringerige onaangename herinneringen aan de gebeurtenis (bij jonge kinderen terugkerende spelletjes), waarin de thema's of aspecten van het trauma naar voren komen;
2. Herhaaldelijk akelig dromen over de gebeurtenis;

3. Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt; ook het gevoel het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve ('flash-back') episodes, zelfs als deze voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie;
4. Intens psychisch lijden bij blootstelling aan gebeurtenissen, die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken, of elk jaar op de dag dat het trauma plaatsvond.

**c**

Aanhoudend vermijden van prikkels, die bij het trauma hoorden of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma), zoals blijkt uit tenminste drie van de volgende verschijnselen:

1. Pogingen om gedachten of gevoelens horende bij het trauma te vermijden;
2. Pogingen om activiteiten en/of situaties die herinneringen aan het trauma oproepen, te vermijden;
3. Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren (psychogene amnesie);
4. Duidelijk verminderde belangstelling voor belangrijke activiteiten (bij kinderen: verlies van kortgeleden verworven vaardigheden zoals zindelijkheid of taalvaardigheden);
5. Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen;
6. Beperkt uiten van affect, bijvoorbeeld niet in staat zijn gevoelens van liefde te hebben;
7. Gevoel van een beperktere toekomst. Bijvoorbeeld een kind verwacht geen carrière te zullen maken, niet te trouwen, geen kinderen of geen lang leven te zullen hebben.

**d**

Aanhoudende verschijnselen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit tenminste twee van de volgende verschijnselen:

1. Moeite met inslapen of doorslapen;
2. Prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen,
3. Moeite met concentreren;
4. Overmatige waakzaamheid;
5. Buitensporige schrikreacties;
6. Fysiologische reacties op blootstelling aan gebeurtenissen die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.

**e**

Duur van de stoornis (symptomen in b, c en d): langer dan één maand.

**f**

De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

*Een dertigjarige vrouw, die van haar elfde tot haar zestiende jaar seksueel misbruikt werd door haar vader, wordt elke nacht panisch wakker door een droom dat haar vader haar kamer binnenkomt (b2). Overdag kan dat beeld haar achtervolgen als ze een routinekarweitje verricht, zoals strijken (b1). Soms heeft ze het gevoel haar vader te zien; eenmaal meende ze dat hij (inmiddels overleden) in haar kamer was (b3, pseudo-hallucinatie). Zij is verder schrikachtig: als de deur dichtklapt vliegt ze op (d5). Haar man mag haar nooit van achteren benaderen (d4). Seksueel contact is moeizaam; in haar eigen woorden: 'Ik klap dicht' (d6). Ten opzichte van haar man en kinderen voelt ze zich vaak gevoelloos en vervreemd (b5 en b6).*

Kern van de posttraumatische reactie is de afwisseling tussen de zich opdringende herinneringsbeelden en de pogingen van het overspoelde ik deze beelden weg te werken. Beide aspecten hebben in oorsprong een 'overlevingswaarde': het herinneren kan worden gezien als een soort herkauwen van de gebeurtenis en het wegduwen heeft als functie even ruimte te maken voor het hier-en-nu (Kleber, Brom en Defares 1986).

Bij de meeste mensen met PTSS wisselen deze fasen elkaar af. Het komt echter ook voor, dat één van beide fasen langdurig overheerst.

Wanneer het trauma op jonge leeftijd is veroorzaakt of repeterend van aard was, kan een van beide reactiewijzen tot een levensstijl of gedragspatroon worden. De 'ontkenning-fase' kan dan verward worden met een symptoom-vrije fase. Het enige dat dan aan een persoon opvalt, is haar neiging alle gevoelens te isoleren, te bagatelliseren of te ontkennen.

De omslag van de ontkenning-fase in de herbelevingsfase wordt meestal op gang gebracht door specifieke gebeurtenissen of 'life-events'. Onder de 'triggers' vallen zaken die betrekking hebben op de aard van het oorspronkelijke trauma of een psychologische betekenis hebben die met het trauma verbonden is: verliefd worden, een kind krijgen, een relatie aangaan of het eigen kind de leeftijd zien bereiken, waarop in de eigen geschiedenis het misbruik begon. A-specifieke 'triggers' zijn gebeurtenissen die een aanslag doen op verdedigingsmechanismen of die diepgewortelde overtuigingen doen wankelen.

*Een vrouw, die als overlevingsmechanisme vooral hard werken en zorgzaam voor anderen zijn heeft gehanteerd, krijgt na veel inspanning eindelijk een belangrijke promotie. In plaats van de verwachte trots voelt ze zich alleen maar neerslachtig en moe. Er komt een vloed van pijnlijke herinneringen naar boven, Haar basisovertuiging over zichzelf was - zo bleek later - die van een 'slecht kind'. Zolang het 'slechte kind' moest ploeteren en werken, was er niets aan de hand. Toen dat niet-bewuste zelfbeeld in conflict kwam met een nieuwe realiteit ontstonden klachten, die de klassieke symptomen van een PTSS vormden.*

### **Dissociatieve reacties**

Een van de zelfverdedigingsmechanismen die een ontwikkeld individu kan toepassen om het hoofd te bieden aan overspoelende gevoelens van schrik, angst, pijn en machteloosheid, is dissociëren. Dissociatie is het ontkoppelen van verschillende ervarings- of bewustzijnsniveaus. Het is een vorm van 'verticale' splitsing, in tegenstelling tot verdringing dat beschouwd wordt als een 'horizontale' splitsing tussen bewustzijnsinhouden.

De meeste mensen kennen dit verschijnsel in de vorm van de 'snelwegtrance'. Denkend aan van alles en nog wat, heb je kilometers afstand in de auto afgelegd. Noch het verstrijken van de tijd, noch de omgeving is tot je bewustzijn doorgedrongen. je handelingen verrichtte je 'op de automatische piloot'.

Het vermogen tot dissociëren is individueel bepaald en blijkt gekoppeld te zijn aan de hypnotiseerbaarheid. Waarschijnlijk is het ook erfelijk bepaald (Putnam 1984, Braun 1984, Boon en Van der Hart 1988). Sommige auteurs menen dat er een relatie bestaat tussen dissociatie en posttraumatische stressstoornissen. Dissociatie wordt dan opgevat als een vorm van zelfhypnose (Spiegel 1984, Spiegel e.a. 1988). De zelfhypnose of trance wordt opgeroepen op momenten, dat pijnlijke herinneringen of gevoelens opkomen.

Dissociatie is een manier van omgaan met angst en bedreigingen van een klein kind, dat geen andere mogelijkheden tot ontsnapping heeft. Het is een poging om er in de geest niet te zijn, en het is niet hetzelfde als zich terugtrekken in een fantasiewereld. Bij dissociatie is het vooral de bedoeling dat er niets gevoeld wordt. Het is te vergelijken met de 'Todstell'-reflex bij dieren die zich in extreem bedreigende situaties dood houden. Niet iedereen, die als kind ernstig traumatiserende gebeurtenissen heeft ondervonden, maakt gebruik van dit overlevings-

mechanisme. Briere (1984) schat het percentage vrouwen, dat als kind seksueel misbruikt is en dissociatieve verschijnselen vertoont, op 50%. Volgens vele auteurs vormt dissociatie de kern van de posttraumatische stress-stoornis: zij stellen dat de PTSS dan ook bij de dissociatieve stoornissen ondergebracht zou moeten worden. In hun opvatting leidt elk trauma dat het zelfgevoel in de kern aantast, tot dissociatieve verschijnselen.

Hoewel het concept 'overlevingsstrategie' zou doen vermoeden dat het vermogen tot dissociëren een welkome eigenschap is, kan het tot klachten en problemen leiden wanneer dissociatie te vaak, te veel en als enige overlevingsstrategie gehanteerd wordt. Wat voor een afhankelijk en klein kind de enige manier is om ondraaglijke situaties te doorstaan, kan bij een volwassene een last worden.

Het kan verhinderen dat het trauma verwerkt en geïntegreerd wordt: elke keer als er een pijnlijke herinnering opkomt, treedt het dissociatieve mechanisme in werking. Het belemmert eveneens het leren omgaan met gevoelens. Dissociëren is, als je het van jongsaf doet, een makkelijke vluchtweg die zichzelf onmiddellijk beloont ('instant relief'). In rap tempo worden alle vervelende, angstige en pijnlijke gevoelens weggewerkt. Dit belemmert evenwel het vermogen om andere probleemoplossingen te leren op de momenten in de ontwikkeling dat daar het meest de tijd en de ruimte voor is.

Wanneer dissociatie op deze manier gebruikt wordt, kan dit leiden tot een dissociatieve stoornis. Hieronder vallen volgens de DSM-IV:

- de dissociatieve amnesie;
- de dissociatieve fugue;
- de depersonalisatiestoornis (vervreemding);
- de dissociatieve identiteitsstoornis (vroeger de meervoudige persoonlijkheid);
- een categorie 'dissociatieve stoornis, NAO (Niet Anderszins Omschreven).

Voor een uitgebreide bespreking en een overzicht van deze nieuwe classificaties verwijs ik naar Van der Hart (1991) en Nijenhuis (1994).

### **De dissociatieve identiteitsstoornis**

De meervoudige persoonlijkheid ontstaat, wanneer een jong kind splitsing van bewustzijnstoestanden gebruikt om een traumatische gebeurtenis te verdragen en dit afgesplitste deel vervolgens tot de kern maakt van een nieuwe persoonlijkheid, compleet met naam, eigen mimiek en motoriek en een eigen biografie. Boon en Van der

Hart (1988) hebben dit verschijnsel zeer helder beschreven.

Het ontstaan van een nieuwe persoonlijkheid gebeurt niet zomaar: naast het al eerder genoemde vermogen tot dissociëren, hebben er meestal ook bijzonder ernstige, vroege en vaak zeer bizarre vormen van seksuele en fysieke mishandeling plaatsgevonden. Bovendien moeten er voldoende identificatieobjecten (in het echt of in de fantasie) bestaan om het een kind mogelijk te maken een afgesplitste bewustzijnstoestand in te vullen met unieke eigenschappen. Dit vermogen lijkt gerelateerd te zijn aan het vermogen fantasievriendjes te maken, iets wat veel kinderen in een bepaalde fase in hun ontwikkeling doen.

Het aantal persoonlijkheden dat op deze manier ontstaat, kan variëren van twee tot meer dan negentig. Meestal is er een persoonlijkheid (de 'gastvrouw') die niet altijd op de hoogte is van het bestaan van alle andere 'alters'. Er is meestal ook een aantal 'helpers' en een aantal 'achtervolgers'. De persoonlijkheden hoeven niet noodzakelijk van hetzelfde geslacht of dezelfde leeftijd te zijn als de hoofdpersoonlijkheid.

Behandeling is goed mogelijk, maar vaak langdurig, en dient door specialisten op dit terrein te geschieden. Belangrijk in de behandeling is soms het gebruik van hypnotherapeutische technieken om contact te leggen met alle persoonlijkheden.

Volgens sommige auteurs is vereniging van alle afgesplitste persoonlijkheden tot één persoonlijkheid het doel van de behandeling (Kluft 1984). Andere auteurs vinden de belangrijkste doelstelling dat alle deelpersoonlijkheden met elkaar communiceren en laten de keuze of alle persoonlijkheden in één moeten opgaan over aan de cliënt(e) in kwestie (Beahrs 1983, Coons 1986, Boon en Van der Hart 1988, Boon en Draijer 1993, 1995). Het vermoeden van het bestaan van een dissociatieve identiteitsstoornis kan opgeroepen worden door de volgende verschijnselen:

- Iemand is regelmatig 'tijd kwijt' en vindt in tassen en kasten aankopen, waarvan zij zich niet herinnert hoe ze eraan komt. Dit is amnesie in het heden;
- Iemand wordt door anderen, die zij niet kent, regelmatig aangesproken met andere namen en verhalen over gebeurtenissen, waaraan zij geen herinnering heeft;
- Tijdens de behandeling bestaat er een volstrekt onvoorspelbaar en niet bespreekbaar verschil in houding, gedrag, stemgebruik, kleding, motoriek gedurende de verschillende zittingen. Als hulpverlener krijg je het idee dat je met verschillende mensen te maken hebt;
- Er is een verhaal van dagboeken, die iemand niet als van zichzelf herkent of er is sprake van verschillende handschriften.

Voor een juiste diagnose is een goed klinisch onderzoek vereist met het Structured Clinical Interview voor Dissociatieve Stoornissen (SCID-D) (Boon en Van der Hart 1995). Kans op verwarring is groot als er bijvoorbeeld twee kanten in iemand zijn (een boze en een lieve) die meer met persoonlijkheidsproblematiek te maken hebben. De kans op vals-positieve diagnoses is naarmate de bekendheid met het syndroom toeneemt, groter.

### **Dissociatieve amnesie**

Bij de dissociatieve amnesie is er een plotseling onvermogen je te herinneren wie je bent, waar je woont en wat er in je leven is gebeurd; dit overschrijdt 'gewone' vergeetachtigheid.

### **Depersonalisatie**

Bij depersonalisatie wordt een splitsing tussen het ervarende en het observerende ik aangebracht. Je kijkt naar jezelf alsof je naar een vreemde kijkt en dit levert een gevoel op dat in het spraakgebruik benoemd wordt als 'vervreemding'. Je kan van jezelf vervreemd zijn, maar ook van de omgeving. Deze doet zich dan voor als onwerkelijk, als een decor of als een vreemde droom. Deze splitsing of vervreemding kan worden ervaren ten opzichte van het hele lichaam, dat dan gevoeld wordt als een ding of een mechaniek, of ten opzichte van bepaalde lichaamsdelen. Bij seksueel misbruikte vrouwen is dit bijvoorbeeld het hele gebied tussen de taille en de knieën of het gebied van nek, hals en rug. Bij deze groep komt vooral de ervaring voor, uit het lichaam te treden: de betrokkene beschrijft het alsof ze niet meer in haar lichaam is, maar vanuit een andere blikrichting kijkt.

De vervreemding van lichaamsfuncties uit zich tevens in het niet mogen of kunnen voelen van moeheid, pijn, koorts, seksuele opwindings, angst en de lichamelijke verschijnselen van angst. Dit vermogen tot 'gevoelloosheid' voor lichamelijke sensaties kan leiden tot uitputting en chronische klachten: het signaal dat er grenzen bereikt zijn, zoals pijn of moeheid, mag immers niet doordringen.

Kenmerkend voor deze gevoelens van vervreemding en gevoelloosheid is, dat ze een 'alsof'-karakter hebben. Het is alsof je vanachter glas naar de wereld kijkt, alsof je van bovenaf op jezelf neerkijkt, alsof je lichaam een dood, gevoelloos ding is.

De Amerikaanse schrijfster Sylvia Plath beschreef het als een glazen stomp die over haar en al haar emoties gezet was:

*“Ik wist dat ik mevrouw Guinea dankbaar moest zijn, maar ik voelde helemaal niets. Als mevrouw Guinea me een reis naar Europa had aangeboden, of een ticket voor een bootreis om de wereld had het geen enkel verschil gemaakt, want waar ik ook zou zijn - op het dek van een schip of op een terrasje in Parijs of Bangkok - overal zou ik onder dezelfde glazen stolp zitten, broeiend in mijn eigen zure lucht.”* (Sylvia Plath, *The Bell Jar*, 1963).

Tussen de vormen van dissociëren die iedereen kent in de vorm van de beschreven ‘snelwegtrance’ en de bovengenoemde stoornissen bestaat een continuüm. De overgang tussen het soms gebruiken van dit mechanisme en het ontstaan van een dissociatieve stoornis lijkt aan de ene kant bewerkstelligd te worden door het individueel bepaalde erfelijk vermogen tot dissociëren. Aan de andere kant is er meestal ook sprake van een opstapeling van steeds nieuwe traumatische situaties. Eenmalig seksueel misbruik hoeft niet een dissociatieve stoornis tot gevolg te hebben.

Veel vrouwen die als kind seksueel misbruikt zijn, vertonen een vrij typisch patroon van dissociatieve klachten. In DSM-termen valt dit patroon onder het hoofdje ‘*niet anderszins omschreven*’ (NAO). Kenmerkend voor dit patroon is een combinatie van enkele van de volgende symptomen: de subjectieve ervaring van ‘in de war’ zijn, niet goed weten wie je bent en af en toe ‘tijd kwijt’ zijn, naast depersonalisatie-ervaringen en gevoelens van vervreemding.

Het is zinnig om bij elke vrouw die een geschiedenis heeft van seksueel misbruik, te vragen naar dissociatieve verschijnselen. Vaak wordt er niet spontaan over gesproken. Veel dissociatieve klachten, zoals gevoelens van vervreemding of het gevoel niets te voelen, worden ervaren als beschamend en schuldbeladen. Bovendien zijn veel vrouwen bang dat deze klachten erop duiden dat zij gek zijn of zullen worden. Vaak hebben vrouwen de gevoelens van vervreemding of gevoelloos zijn al zo lang, dat zij niet eens beseffen dat het ook anders kan.

De overlevingsstrategieën die een kind heeft ontwikkeld om overweldigende gevoelens de baas te blijven, bieden winst: het kunnen verdragen van angst, woede, haat, loyaliteitsconflicten en pijn. Ze eisen echter ook een tol: verlies van autonomie, verlies van het geloof in de eigen kracht en mogelijkheden, en verlies van het gevoel van controle. Het gevoel van gespletenheid, dat veel vrouwen die dissociëren hebben, wordt meestal als bijzonder angstig en pijnlijk ervaren. Het gevoel dat je een geheel bent en een samenhangende persoonlijkheid bezit,



is filosofisch gezien misschien een illusie; als psychologisch fenomeen is het onontbeerlijk voor een gezond zelfgevoel.

### **Vroege overlevingsstrategieën en de relatie met gedragspatronen**

#### *Splitsen en splijten*

Dissociëren is een vorm van splijting tussen verschillende niveaus van ervaren, bijvoorbeeld tussen lichamelijke sensaties en het waarnemen daarvan, of tussen gevoelens en verstandelijke overwegingen.

Er is ook nog een andere vorm van splitsing, die zich vooral afspeelt op het terrein van aan jezelf of aan anderen toegeschreven kwalificaties. In de Angelsaksische literatuur wordt dit meestal 'splitting' genoemd. Om het te onderscheiden van het splijten bij dissociatie noem ik dit tweede fenomeen 'splitsing'. Splitsing is het aanbrengen van een scheiding tussen onhanteerbare, tegenstrijdige gevoelens, zoals liefde en haat, bewondering en afgunst. Om deze kloof in jezelf in stand te houden moet ook de buitenwereld verdeeld worden in twee kampen: een goed ('all-good') en een slecht ('all-bad') kamp. Deze scheiding moet met veel energie in stand gehouden worden; als dat niet lukt, bestaat de angst dat het individu overspoeld raakt door onhanteerbare boze en destructieve gevoelens.

Splitsen is een verdedigings- of overlevingsmechanisme, dat vroeg in de kinderjaren (ongeveer tussen de derde en de zesde maand) ontstaat. Het leidt uiteindelijk, mits een beetje opgevangen en gesteund door een betrouwbare omgeving, tot een besef van 'binnen' en 'buiten', van 'zelf' en 'niet-zelf' en van 'ik' en de 'ander'. Bij dit proces hoort ook het besef dat goede en slechte kwaliteiten van de buitenwereld, die voordien van verschillende kanten leken te komen, bij één persoon horen, bijvoorbeeld bij de primaire verzorger. In plaats van het beeld van de heks of het monster aan de ene kant tegenover dat van de fee en de tovenaar aan de andere kant, ontstaat het beeld dat de ouders of verzorgers beide aspecten in zich dragen. Later ontstaat het besef dat de goede en de slechte kanten in jezelf bij elkaar horen. Het accepteren hiervan is een van de moeilijkste stappen in het leven.

Wanneer een klein kind -door verschillende oorzaken- ernstig onder druk gezet wordt, kan het teruggrijpen op splitsing om orde in de chaos te scheppen. Er ontstaat dan een strikte scheiding in kwalificaties.

Sommige mensen, dingen of gebeurtenissen zijn goed en worden op een voetstuk geplaatst. Andere zijn slecht,

waardeloos en deugen voor geen meter. Tegenover idealisering staat devaluatie. Een reeks vroege trauma's, waarbij naast fysieke en seksuele kindermishandeling ook sprake is van pesterijen, vernederingen, verwaarlozing van normale kinderbehoeften aan veiligheid en aandacht en van verlating, zal het gebruik van het overlevingsmechanisme 'splitsen' versterken en in stand houden. Zo'n verdeling in 'goed' en 'slecht' vereist voortdurende waakzaamheid. Vaak zijn andere overlevingsmechanismen nodig om de splitsing vol te houden, bijvoorbeeld door projectie van gevoelens: de eigen boosheid wordt dan ervaren als een achtervolging door anderen.

Al deze overlevingsstrategieën eisen op de lange duur hun tol. Bovendien breekt datgene wat niet gevoeld mag worden af en toe toch door, hetgeen kan leiden tot heftig en impulsief gedrag zoals suïcidepogingen of automutilatie.

*'Borderline gedrag'*

Sommige (maar niet alle) 'overleefsters' van seksuele kindermishandeling vertonen later in hun leven gedrag, dat in de psychiatrie meestal gediagnosticeerd wordt als 'borderline-persoonlijkheidsstoornis'.

Deze diagnose wordt gesteld als iemand gedragskenmerken vertoont als impulsiviteit, terugkerende suïcidaliteit en/of automutilatie en een patroon van heftige en instabiele relaties heeft. Voor ik de DSM-criteria van deze stoornis beschrijf, zijn twee uitstapjes noodzakelijk.

Het eerste betreft de historie van het begrip borderline. De term verwijst naar een grensgebied, een overgang, die in de traditionele psychiatrische theorieën verondersteld werd tussen psychoses (schizofrenie) aan de ene kant en neuroses aan de andere (Rohde-Dachser 1981, Stone 1986).

Met betrekking tot borderlinegedrag zijn er twee gezichtspunten die in enkele opzichten met elkaar overeenkomen, maar elkaar ook tegenspreken. Het ene is een psychodynamisch, psychoanalytisch perspectief (Kernberg 1984, 1988), het andere is een meer beschrijvend, op symptomen en gedragingen (descriptief-nosologisch) gericht perspectief. Dit laatste perspectief wordt gebruikt in de DSM-IV.

Over de oorzaken van de borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn de onderzoekers het nog lang niet eens. Wel zijn zij het eens over het feit, dat het verschil maakt wie de diagnose stelt en waar deze gesteld wordt.

Psychoanalytisch georiënteerde auteurs benoemen eerder mechanismen als projectie en splitsing en benadrukken de noodzaak om in therapie de nodige steun en structuur te bieden. Psychiaters in een klinische setting

daarentegen onderstrepen meestal de onbehandelbaarheid, de neiging tot heftige woede, suïcidaliteit en automutilatie van cliënten met een borderline-persoonlijke stoornis.

Geen van beide groepen betreft de interactie tussen individu, behandelaar en vorm en aard van de setting bij deze diagnose (Stone 1986). Het is echter wel duidelijk, dat mensen met borderlinegedrag bij voorkeur niet langdurig in een klinische setting (ziekenhuis) thuishoren. Ziekenhuizen vereisen, zoals alle grote instituties, dat je de controle afgeeft en je afhankelijk maakt van de geldende regels. Dat roept angst voor controleverlies op bij mensen die zich toch al niet stevig voelen, zoals veel getraumatiseerde vrouwen. Er ontstaan dan makkelijk escalaties met heftig impulsief gedrag (automutilatie, suïcidaliteit) en toenemende repressie van het behandelend team. In feite wordt het trauma dan herhaald en dat werkt op de lange duur anti-therapeutisch. De diagnose borderline-persoonlijke stoornis wordt vaak uit onmacht gesteld en het posttraumatische aspect van het herhalingsgedrag wordt uit het oog verloren.

Het tweede uitstapje betreft de relatie tussen een dergelijke diagnose en vrouwenhulpverlening. Kan en mag in de vrouwenhulpverlening gebruik gemaakt worden van beschrijvingen en theorieën, die - op zijn zachtst gezegd - weinig rekening houden met de realiteit waarin de meeste vrouwen leven? Is het niet vrouw-vijandig om 'overleefsters' van seksueel misbruik te beschrijven in termen van ziekte en stoornissen?

Er is een aantal redenen om toch uitgebreid aandacht te besteden aan borderlinegedrag:

- In veel instellingen voor geestelijke gezondheidszorg wordt de diagnose ongediscrimineerd gehanteerd. Het is zinvol om precies te weten, wat onder de term verstaan wordt. Als je weet wat de term inhoudt, kan je makkelijker vragen op grond van welke kenmerken andere behandelaars tot die omschrijving zijn gekomen;
- Er zijn veel overeenkomsten, maar ook veel verschillen tussen de klachten en symptomen die het gevolg zijn van seksueel misbruik in de kinderjaren en de borderline-persoonlijke stoornis. Als je op de hoogte bent van de overeenkomsten, zal je eerder gespitst zijn op de verschillen. Om deze reden is het belangrijk om eerst te spreken over 'borderlinegedrag'. Om tot de diagnose borderline-persoonlijke stoornis te komen, moet er veel meer bekend zijn;
- Kennis hebben van de heftige emoties die seksuele en fysieke trauma's oproepen en van de overlevingsstrategieën die ingezet worden om het leven leefbaar en

het trauma buiten het bewustzijn te houden, betekent ook weten dat veel gedrag dient om niet te hoeven voelen. Het zogenaamde acting-out gedrag van 'incest-overleefsters' (zoals snijden, pillen slikken en middelen-misbruik) wordt dan ook sterker op het moment dat in de hulpverlening de herinneringen aan vroeger dichterbij komen. Als je dit beseft, kan je er in de hulpverlening rekening mee houden door bijvoorbeeld niet mee in de paniek te schieten en niet te snel in te gaan op de ge-schokte, boze of teleurgestelde reactie die je in jezelf voelt opkomen.

### **Borderline-persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV Koster van Groos e.a.1994)**

Een voortdurend aanwezig patroon van instabiliteit in stemmingen, relaties en zelfbeeld, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit tenminste vijf van de volgende kenmerken:

1. Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden (reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe aangegeven onder criterium 5);
2. Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatige idealisering en kleinering;
3. Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel;
4. Impulsiviteit op tenminste twee terreinen, die betrok-kene mogelijk zelf kunnen schaden, bijvoorbeeld: geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, winkeldief-stallen, roekeloos autorijden, overmatig veel eten (reken hier niet het suïcidale of automutilerende gedrag toe, aangegeven in 5);
5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of drei-gingen of automutilatie;
6. Affectlabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen);
7. Chronisch gevoel van leegte;
8. Onaangepaste, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen, bijvoorbeeld frequente driftbuien, aan-houdende woede of herhaaldelijke vechtpartijen;
9. Voorbijgaande aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

Veel seksueel misbruikte vrouwen 'scoren' op een aantal van de bovengenoemde kenmerken: ze automutilleren of neigen tot middelenmisbruik, hebben eetproblemen of belanden regelmatig in relaties waarin ze worden misbruikt. Andere trekken vertonen ze vaak veel minder, bijvoorbeeld het onvermogen om alleen te zijn. Hun zelfbeeld is meestal stabiel (zij het negatief) en hun stemmingen vertonen over het algemeen geen sterke wisselingen. Dit betekent dat zij geen borderline-persoonlijkheidsstoornis vertonen, maar borderlinetrekken, waarvan op voorhand niet duidelijk is of die het gevolg zijn van een posttraumatische stress-stoornis (Herman 1992). Niet iedereen die automutileert, is per definitie iemand met een borderline-persoonlijkheidsstoornis!

### **De relatie tussen de borderline-persoonlijkheidsstoornis en trauma's**

De laatste jaren is duidelijk geworden dat in de jeugd van mensen die de diagnose borderline-persoonlijkheidsstoornis kregen, vaker dan in de gehele bevolking, sprake is van geweld: seksueel misbruik, lichamelijke kindermishandeling, verbale kindermishandeling. In sommige onderzoeken komt men op een percentage van 60%, bij andere onderzoeken is zelfs bij 80% van de patiënten met deze diagnose sprake van zo'n geschiedenis in de jeugd (Herman, Perry en Van der Kolk 1989, Zanarini en Gunderson 1988)' Dat gaf natuurlijk aanleiding voor nieuw onderzoek en veel discussie: was de borderline-persoonlijkheidsstoornis nu toch ook een soort posttraumatische stress-stoornis, zoals Judith Herman in haar boek "Trauma en herstel" beweerde of waren er toch meer oorzaken? Immers, niet iedereen met dergelijke klachten is misbruikt of mishandeld en voor we ouders de schuld geven, is het goed om alle mogelijke oorzakelijke factoren te wegen. Sommige kleine kinderen zijn al vanaf de geboorte prikkelbaar en extreem gevoelig voor omgevingsinvloeden. Er zou dan volgens de onderzoekers geen 'goodness of fit' ontstaan, geen passend samenspel tussen de behoeften van een baby en peuter en de omgeving, waardoor dat kindje niet leert om zichzelf te troosten, gerust te stellen of zich alleen bezig te houden. Sommige onderzoekers stellen, dat het kind geen veilige hechting ontwikkelt.

Er zijn volwassenen die later een borderline-persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen die als kind 'normale' kinderen lijken. Dat wil zeggen: ze vertonen geen gedragsstoornissen, maar de mogelijke emotionele stoornissen in de kindertijd zijn zo subtiel en zo 'van binnen' dat ze niet opvallen. Dit geldt met name voor meisjes die vaker op

een niet-gunstige omgeving reageren met extra aangepast gedrag, terwijl jongens eerder reageren met probleemgedrag. En dat valt op en is vaak aanleiding tot twee zaken: ingrijpen of een negatieve spiraal van afwijzing en ergernis bij ouders en opvoeders.

Kinderen die als kind een beeld vertonen dat lijkt op de borderline-persoonlijkheidsstoornis bij volwassenen krijgen later ernstiger stoornissen. Dat geldt vreemd genoeg vooral bij meisjes. Er zijn minder meisjes die die diagnose in de kindertijd krijgen, maar als ze die krijgen zijn ze er vaak later slechter aan toe, met veel zelfdestructief gedrag, suïcidepogingen en heftiger gevoelsomslagen.

Sommige kinderen die van jongs af al een beetje onveilig gehecht zijn, worden extra de onveiligheid ingeduwd door mishandeling en misbruik. Als dat niet gebeurd was, zouden ze waarschijnlijk hoogstens angstig en onzeker geweest zijn, maar nu is de combinatie teveel en ontwikkelen ze een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Er zijn ook mensen die als kind misbruikt zijn, die andere stoornissen ontwikkelen zoals dissociatieve stoornissen of die zich emotioneel geheel ontworstelen aan hun verleden. Je kan dus niet zonder meer stellen, dat mishandeling of misbruik dé oorzaak is.

### **Wie krijgt wat?**

Wat bepaalt dat de ene vrouw een borderline-persoonlijkheidsstoornis ontwikkelt, de ander een dissociatieve stoornis, de volgende een posttraumatische stressstoornis? Met andere woorden: waarom heeft de ene seksueel misbruikte vrouw last van nachtmerries en herinneringen, maar heeft zij verder een stabiel bestaan op kunnen bouwen, terwijl een andere vlucht in alcohol en keer op keer een mishandelende partner ontmoet? Hoewel nog niet voldoende onderzocht is welke factoren welk gewicht hebben, lijkt het verschil beïnvloed door de volgende factoren:

- De *leeftijd* waarop het seksueel misbruik begon. Het maakt verschil of een kind misbruikt wordt op een moment dat het nog geen besef heeft van de seksualiteit van volwassenen en geen scheiding aan kan brengen tussen binnen- en buitenwereld, of dat er sprake is van een redelijk verlopen ontwikkeling. De - arbitraire - grens ligt in ontwikkelingspsychologische termen rond de leeftijd van zes à zeven jaar. Op deze leeftijd is het zelfgevoel redelijk ontwikkeld, evenals het vermogen om werkelijkheid en fantasie van elkaar te onderscheiden.
- De *combinatie* van seksueel misbruik met fysieke mishandeling en andere vormen van verwaarlozing en ver-

- lating (zie ook Draijer 1988, Ensinck 1992). Juist bij dis-sociatieve stoornissen blijkt het te gaan om de combi-natie van fysiek geweld, seksueel misbruik, ontkenning van de behoeftes van het kind en verwaarlozing.
- De *duur* en de frequentie van het seksuele misbruik. Anders dan bij andere trauma's die tot een post-traumatische stress-stoornis (PTSS) leiden, is seksuele kindermishandeling in het gezin vaak geen eenmalige gebeurtenis, geen enkelvoudig trauma. Het vindt bovendien plaats binnen een relatie, die voor het kind onontkoombaar is. Tussen de verschillende incidenten moet een kind een aantal psychische 'handelingen' verrichten om de gebeurtenissen een betekenis en een plaats te geven. Naarmate het al eerder genoemde 'splitsen' je overlevingsstrategie van voorkeur wordt, neemt de kans op borderlinegedrag toe. Een eenmalige misbruikervaring kan je nog wel 'vergeten' of 'verdringen'; wanneer je fysieke en psychologische grenzen dagelijks overschreden worden, moet je andere manieren gebruiken om jezelf intact te houden.
  - De aard van de *relatie* waarin het seksueel misbruik is ingebed. Een eenvoudige vuistregel is: hoe meer de dader in een opvoedingsrelatie staat tot het kind, hoe erger de gevolgen van seksueel misbruik (Frenken en Van Stolk 1987). Wanneer een ouder je als kind gebruikt om eigen seksuele en emotionele behoeftes te bevredigen, onderga je een lijfelijke invasie en verlies je een ouder.
  - De *ernst* van het misbruik. Epstein Saunders en Kilpatrick (1997) beschrijven dat bij een grote groep vrouwen die als kind verkracht waren, de aard van het misbruik: dat wil zeggen anale, vaginale of orale penetratie, overeenkwam met de ernst van de PTSS. Ensinck (1992) vond hetzelfde.
  - De *reacties* van de omgeving. Wist de moeder of wisten andere familieleden ervan af? Zo ja, dan betekent dit voor het kind dat het opgeofferd werd. Hoe is gereageerd toen het misbruik uitkwam: met ontkenning, straf of doodzwijgen? Moest er getuigd worden? Waren er rechtszittingen? Negatieve reacties vormen een nieuw trauma.
  - De aard van de argumenten of de *machtsmiddelen* van de dader. Het is inmiddels duidelijk dat (de dreiging met) geweld of vernietiging een ander effect heeft dan manipulatie, chantage of subtiele vleierij. Hoewel in alle gevallen het slachtoffer onontkoombaar aan de dader gebonden wordt, roept elk van de machtsmiddelen toch een andere overlevingsstrategie op.

- Tenslotte de *eigenschappen* en mogelijkheden van het kind zelf (temperament, intelligentie, het vermogen tot hechting). Vooral de kwaliteit van de hechtingsrelaties vroeger en de mate waarin deze verinnerlijkt zijn als mentaal schema lijken bepalend voor het soort stoornis dat zich ontwikkelt.

Hoe jonger, hoe ernstiger, hoe invasiever, hoe meer gepaard gaand met fysiek geweld, vernederingen en verwaarlozing het seksueel misbruik is geweest, hoe groter de kans dat een posttraumatische reactie zich later uit in ernstige psychische stoornissen. Hoe kwetsbaarder, hoe meer verstoken van steun van andere volwassenen of leeftijdsgenoten, hoe groter de kans dat een individu geen andere manier van omgaan met het trauma kan ontwikkelen dan splitsen en projectie van de onverdraaglijke angst en woede.

Het gevolg van deze ernstige vormen van seksueel misbruik, die gepaard gaan met andere vormen van kindermishandeling en verwaarlozing, is een post sexual abuse-syndroom. Dit wordt gekenmerkt door ernstige vormen van zelfbeschadigend gedrag, dissociatie en problemen in relaties (Briere 1984).

Over de relatie tussen bovengenoemde persoonlijkheidskenmerken, gedragingen, klachten en problemen en de aard en de intensiteit van traumatische gebeurtenissen is het laatste woord nog niet gezegd. In de praktijk van de hulpverlening verdient het evenwel aanbeveling alle klachten en symptomen zorgvuldig te onderzoeken en vooral aandacht te besteden aan de beleving, de betekenis voor de overleving als kind en de aard van het contact tussen hulpvraagster en hulpverleenster. Zeker als daarin sprake is van een goede werkrelatie en van groeiend vertrouwen is er kans dat de diagnose borderline niet terecht is. De diagnose post sexual abuse-syndroom is dan veel meer op zijn plaats.

### **Psychotische stoornissen**

De relatie tussen psychiatrische stoornissen als psychoses en repeterende trauma's is niet eenduidig. Het is in elk geval wel duidelijk, dat de ernstigste psychiatrische ziekten, zoals schizofrenie en manisch-depressieve syndromen, niet primair 'veroorzaakt' worden door trauma's in de kindertijd.

Daarvoor zijn deze - of in het algemeen externe invloeden - niet van doorslaggevende betekenis. Van meer belang lijken, gezien de huidige wetenschappelijke stand



van zaken, factoren van erfelijke en internbiologische aard.

Wel is het zo dat seksuele of fysieke mishandeling de druppel kan zijn die de emmer doet overlopen: het laatste zetje waardoor een door andere factoren kwetsbaar individu in de war kan raken.

Andersom is het ook vaak zo, dat zeer kwetsbare kinderen en pubers zich onvoldoende kunnen wapenen en weren tegen allerlei vormen van machtsmisbruik, ook op seksueel gebied. In de voorgeschiedenis van vrouwelijke schizofrene patiënten komen herhaalde verkrachtingen, met name door personen buiten de familie, vaak voor (Carmen, Rieker en Mills 1984).

Over het algemeen is bij grotere groepen seksueel misbruikte vrouwen het percentage dat last heeft van psychotische verschijnselen als hallucinaties, denkstoornissen en ernstige stemmingsstoornissen klein (Carmen e.a. 1984, Zanarini e.a. 1988, Beck en Van der Kolk 1987).

Op het niveau van diagnostiek is enige verwarring mogelijk, bijvoorbeeld tussen herbelevingen, pseudo-hallucinaties (die meer in termen van 'alsof beleefd worden') en echte hallucinaties, die een absoluut 'waarheidskarakter' bezitten. Veel vrouwen met dissociatienegingen hebben pseudo-hallucinaties. De vraag of ze het gevoel hebben dat de beelden of geluiden echt van buiten komen, wordt meestal beantwoord met de opmerking dat ze wel weten dat het niet echt vanuit de buitenwereld komt, maar dat het griezelig lijkt 'alsof'. De 'stemmen', die vrouwen met dissociatieve stoornissen horen, zijn meestal dreigend van karakter, treden vaak op als over het 'geheim' gesproken is en worden beleefd alsof iemand hen direct toespreekt. Dit is in tegenstelling tot de akoestische hallucinaties die bij schizofrenie optreden, waarbij meerdere stemmen over de persoon in kwestie praten. Hierbij is die persoon volledig overtuigd van het waarheidskarakter van die stemmen. Toch is dat 'alsof'-gevoel geen betrouwbaar criterium, omdat bij heftige herbelevingen de grens tussen realiteit en binnenwereld even verloren gaat. Pas door het verloop is duidelijk wat het betreft. Herbelevingen gaan betrekkelijk snel over en vertonen alle aspecten van de oorspronkelijke gebeurtenissen in onverteerde en ongesymboliseerde vormen.

Ook kan het plotselinge overgaan van de ene persoonlijkheid in de andere bij een meervoudige persoonlijkheid doen denken aan een psychose. Veel 'multiples' blijken in het verleden het psychiatrische etiket 'schizofrenie' of 'hysterische psychose' gekregen te hebben (Putnam e.a. 1986). Om het nog ingewikkelder te maken,

sommige 'alters' kunnen bij een meervoudige persoonlijkheid soms psychotische symptomen vertonen.

### **Angst**

De kern van de posttraumatische reactie is angst - het PTSS behoort in de psychiatrische classificatie niet voor niets tot de angststoornissen. Deze angst heeft te maken met het gevoel vernietigd of weggevaagd te worden en geen greep te hebben op de traumatische gebeurtenissen en de eigen reacties daarop.

De angst voor overweldiging, vernietiging en dood ligt ten grondslag aan de verschijnselen van de posttraumatische stress-stoornis. Om deze angst de baas te blijven, moeten het trauma en alles wat in eerste instantie en later via associatie met het trauma verbonden is, vermeden worden.

In het twee-fasenmodel van de posttraumatische stress-reactie hebben herinneringen en emoties de neiging steeds terug te komen (in dromen en flashbacks) en wordt de vermijding steeds ingezet om deze onwelkome terugkeer een halt toe te roepen. Naast deze twee componenten, vermijding en angst, bestaan er de lichamelijke verschijnselen van verhoogde waakzaamheid (fysiologische 'arousal') die zich uiten in allerlei mogelijke reacties van het menselijk lichaam op dreiging en gevaar. Deze verschijnselen zijn: verhoogde spierverspanning, schrikachtigheid, hartkloppingen, maagkramp, hyperventilatie, buikpijn, zweten en trillen. Als de bron van angst ongekend moet blijven of niet geweten mag worden omdat er geen ontsnapping mogelijk is of er geen woorden voor zijn, dan kunnen deze lichamelijke verschijnselen een eigen leven gaan leiden en een nieuwe bron van angst en onzekerheid gaan vormen.

De oorspronkelijke - weggedrukte - angst wordt verplaatst naar de lichamelijke waargenomen angstsensaties. De vermijding van angst kan velerlei vorm aannemen: het vermijden van elke herinnering en elke associatie met de oorspronkelijke situatie, bijvoorbeeld de vermijding van een zware ademhaling ('doet denken aan vader'), vermijding van seksuele activiteit of opwinding ('als ik me daarin mee laat slepen, maakt hij nog meer misbruik van me'), het vermijden van jongens en mannen, vermijden van plekken die aan de dader of de situatie doen denken (veel angst voor openbaar vervoer blijkt gekoppeld aan de angst zich op een bepaalde manier door mannen bekeken te voelen), maar ook het vermijden van bepaalde emoties zoals gevoelens van verbondenheid ('maakt je zo kwetsbaar'), hechting ('als je je hecht, wordt er weer misbruik van je gemaakt'), verdriet ('dan lachte hij me vierkant uit')

en woede ('als ik dat boven laat komen, dan zou ik alles kapot kunnen maken, mijn vader inclusief').

Zoals al eerder naar voren kwam, is seksueel misbruik in het gezin - anders dan eenmalige en kortdurende vormen van seksueel en fysiek geweld - vaak een repeterende gebeurtenis die zich soms over jaren uitstrekt (Nicolai 1988).

Dit heeft consequenties voor het kind in kwestie. Kinderen geloven - net als de meeste volwassenen overigens - sterk aan 'het concept van een rechtvaardige samenleving'. Dit geldt zeker voor kinderen tussen zes en twaalf jaar, die zich uitermate bewust tonen van onrechtvaardigheid en rechten. Als er in het leven van een kind dingen gebeuren die het niet wil, zoals het herhaaldelijk onderworpen worden aan seksuele handelingen, dan zal het hiervoor een verklaring moeten vinden. Liever dan het concept van de rechtvaardige samenleving te verliezen, legt een kind de oorzaak bij zichzelf. Een mishandeld of misbruikt kind denkt eerder dat het een dergelijke straf wel verdiend zal hebben, dan dat zij de gedachte zal toelaten dat deze pijnlijke dingen uit volstrekte willekeur gebeurd zijn.

Wat zoeken kinderen meestal voor verklaringen? Het meest voorkomend is het gevoel een slecht, stout of zondig kind te zijn, niet waard om lief gevonden te worden. Dit mede uit loyaliteit ten opzichte van de ouders bestaande gevoel van 'slechtheid' vormt een extra laag angst. Een laag, die de oorspronkelijke angst versterkt en in stand houdt. In het hoofdstuk over overlevingsstrategieën zal nader op dit mechanisme - dat in feite een vorm van identificatie met de agressor is - ingegaan worden.

### **Depressie**

Een van de gevolgen van posttraumatische angst die 'er niet uit kan', ondergronds gaat en chronisch wordt, is een constant gevoel van somberheid, dat gepaard gaat met een negatieve zelfwaardering en zelfhaat. Hoewel dit subjectief aanvoelt als 'depressie' en meestal ook in deze termen verwoord wordt, gaat het bij seksueel misbruikte vrouwen niet altijd om een klinische depressieve stoornis. Bij dit laatste is naast een stemmingsdaling ook sprake van een vertraging van motoriek, een verandering in tijds- en lichaamsbeleven en een forse verandering in allerlei 'vitale functies' zoals slapen, eten, de stoelgang en dergelijke. Uit onderzoek waarbij verschillende cliëntenpopulaties met elkaar vergeleken zijn (Zanarini e.a. 1988), blijkt dat onder de groep vrouwen met een milde depressieve stoornis het percentage met seksueel misbruik in de geschiedenis niet groter is dan bij con-

trolegroepen. Dit wil dus in gewone taal zeggen, dat je van een incestverleden wel down en verdrietig kunt worden, maar dat je niet per se in een diepe depressie hoeft te schieten. Belangrijk is dat de depressieve stemming en het negatieve zelfbeeld ontstaan, wanneer gevoelens van angst, schuld en schaamte niet beleefd en gevoeld mogen worden.

Afhankelijk van de kracht van het verbod op woede, protest en boosheid, zijn vier verschillende wijzen van reageren mogelijk:

1. Elke emotie wordt uit angst voor straf en verlies van controle weggewerkt door middel van dissociatie, verdringing, inperking van belevingsmogelijkheden (rationaliseren) of gedragmogelijkheden (vermijding, ingeperkt gedrag). Bij veel vrouwen uit dit zich in een uiterst beheerst, ingehouden, soms zeer flink en stoer gedrag.
2. Net als bij 1 worden zoveel mogelijk emoties weggevoerd, maar de kracht van de gevoelens of het tekortschieten van de beheersingsmechanismen maakt dat de woede er af en toe doorheenschiet. Dit leidt tot impulsief, zelfdestructief gedrag, zoals suïcidepogingen, automutilatie, roekeloos gedrag of het opzoeken van roesachtige ervaringen. Cruciaal is dat de woede niet ervaren mag worden, maar wordt uitgeleefd tegen het zelf of het eigen lichaam. Er bestaat de cultureel bepaalde overtuiging dat woede en boosheid niet bij vrouwen horen. Dit belemmert vrouwen in hoge mate woede te ervaren: het sekstereotiepe beeld van zachtmoedigheid en passiviteit heerst als innerlijke norm. Afgezien daarvan roept zelfs het kleinste beetje gevoel van woede beangstigende fantasieën op over de eigen destructieve krachten en mogelijkheden. Het duurt meestal een tijdje, eer vrouwen kunnen ervaren dat hun woede weliswaar kracht heeft, maar niet zo tornado-achtig is als zij wel dachten.
3. Bij een derde groep mag de woede wel ervaren of beleefd worden, maar kan deze ook worden omgezet in kracht en energie (en creativiteit). Soms is het moeilijk de woede te richten op de juiste persoon op de juiste plaats.
4. De vierde groep ervaart de woede eveneens niet, maar uit deze op en in de buitenwereld. Dit kan leiden tot ongecontroleerde agressie, mishandeling en het opnieuw maken van slachtoffers van seksueel en fysiek geweld. Hoewel het erop lijkt dat dit meer bij mannen dan bij vrouwen voorkomt, blijkt dat mannen vaker dan werd aangenomen eveneens reageren op de twee

eerstgenoemde wijzen (extreme controle en het op zichzelf richten van agressie, zie ook Gianotten 1988).

### **Ingeperkt gedrag**

Anders dan met angst en depressie, die in de eerste plaats subjectieve gevoelens zijn, is ingeperkt gedrag meer ingebed in de omgeving en in interacties. Het is dan ook niet los te zien van een culturele context en opvattingen over wat 'normaal' gedrag is.

Met de term 'ingeperkt' wordt hier alleen dat gedrag bedoeld, dat voor de persoon in kwestie niet overeenkomt met hoe ze zou willen zijn. Gedragsinperking begint vaak als overlevingsstrategie: 'Blijf zitten waar je zit en verroer je niet, dan kan er ook niets vreselijks gebeuren.'

Omdat ingeperkt gedrag - en in sterkere mate afhankelijk gedrag - overeenkomt met seksestereotiepe opvattingen over vrouwelijkheid, wordt de keus voor dit gedrag later in het leven stevig bekrachtigd. Omdat er zoveel angst mee vermeden wordt, bestaat er ook nog een intrinsieke oftewel innerlijke bekrachtiging. Deze beide bronnen - externe en interne bekrachtiging - houden het gedrag dus in stand.

In de termen 'ingeperkt' en 'afhankelijk' gedrag zit overigens een impliciete norm verscholen, die de veranderende opvattingen over het gedrag van vrouwen weerspiegelt. In het huidige tijdperk horen vrouwen dit gedrag niet meer te vertonen, in elk geval niet teveel. Het lijkt mij dan ook beter om niet zomaar over deze gedragskenmerken te spreken, maar altijd de vragen te stellen: 'Ingeperkt ten opzichte van wat, afhankelijk ten opzichte van wie?'

Beide gedragspatronen zijn specifieke reacties op situaties van chronische onderdrukking. Uitbreiding van het gedragsrepertoire kan pas een behandeldoel zijn, als duidelijk is op welk gebied veranderingen gewenst en mogelijk zijn en welke kosten en baten die met zich meebrengen.

Wanneer ingeperkt gedrag echter optreedt na een geschiedenis van traumatische ervaringen, terwijl daar voordien geen sprake van was, dan is ingeperkt gedrag op te vatten als posttraumatische reactie. Het is dan een gevolg van 'numbing' - een doof of gevoelloos gevoel - of ontkenning.

Inperking kan zich op meerdere terreinen voordoen: op het gebied van emoties en het uiten daarvan, op het terrein van gedachten en op het terrein van activiteiten. Inperking onderscheidt zich van vermijding. Bij het vermijden weet je meestal wel wat je uit de weg gaat. Bij

inperking heb je jezelf ervan overtuigd dat je de gevreesde situatie toch al niet wilde.

Een voorbeeld:

Een vrouw die verkracht is komt 's avonds de straat niet meer op. Angstig is ze niet, zegt ze. Ze hoeft gewoon nooit de straat op, omdat haar hobby's beter overdag uitgeoefend kunnen worden.

Een ander voorbeeld: een vrouw wil liever niet over 'moeilijke dingen' praten in groepstherapie. Het zou toch voor alle aanwezigen beter zijn als ze het 'gezellig' hielden.

Een volgend voorbeeld: veel vrouwenhulpverlensters hebben het gevoel dat theorie niets voor hen is en zoveel mogelijk vermeden moet worden. Dit heeft aan de ene kant te maken met de angst voor het seksistische karakter van veel (psychologische) theorieën, maar er zit ook iets anders bij: het verbod om door te denken, de ontkenning van de 'eigen wijsheid' van vrouwen. Meer voorbeelden, nu van emoties: nooit kwaad kunnen worden en dit rationaliseren met een beroep op de al aanwezige agressie in de wereld. Nooit huilen omdat tranen toch niets oplossen. Geen verlangens voelen of hebben omdat een afwijzing daarvan toch voorspelbaar is.

Inperking en vermijding zijn therapeutisch moeilijk aan te pakken, zeker als er tussen hulpverleenster en cliënte de gezamenlijk gedeelde overtuiging bestaat dat sommige dingen te vreselijk zijn om te bespreken. De cliënte denkt vaak dat ze in stukjes uit elkaar zal vallen, dood zal gaan of gek zal worden. De hulpverleenster deelt deze angst vaak - min of meer bewust - en rationaliseert dit met een beroep op de behoefte aan steun en de geringe draagkracht van de cliënte.

Hoewel het buiten kijf staat dat te allen tijde en in elke fase rekening gehouden moet worden met wat de cliënte aan kan en wil, houdt een al te voorzichtige en oppervlakkige aanpak in dat het oorspronkelijke post-traumatische beeld in stand blijft.

Dit betekent niet dat het oorspronkelijke trauma altijd herbeleefd moet worden. Het betekent wel dat stelselmatig verbindingen gelegd moeten worden tussen gedragingen en gevoelens van nu en de oorspronkelijke gebeurtenissen. Het betekent ook dat de fantasieën die een vrouw ontwikkeld heeft om een verklaring te vinden, in alle lagen doorgewerkt moeten worden. Vaak is de meest 'diepe' fantasie ook degene die er het meest toe bijdraagt dat de klachten in stand blijven. Voorbeelden van dergelijke fantasieën, die vaak pas bespreekbaar zijn na lange therapie, zijn de fantasie toch de favoriet van vader geweest te zijn of door de bijzondere geschiedenis toch een bijzonder en uniek individu te zijn. Dergelijke

fantasieën zijn vaak zo schaamte beladen, dat ze nooit met iemand gedeeld kunnen worden, zodat ook niet ervaren kan worden dat een dergelijk verlangen in feite gewoon en menselijk is.

### **Samenvatting**

In dit hoofdstuk is een verband gelegd tussen de effecten van macht en onderdrukking en seksuele traumatisering. Anders dan de 'gewone' effecten van macht en onderdrukking heeft seksueel misbruik specifieke gevolgen. Deze gevolgen zijn op te vatten als posttraumatische stressreacties.

Kern van de posttraumatische stressreactie is de afwisseling tussen de ontkenningfase en de herbelevingsfase. Bij de ontkenningfase horen gevolgen als dissociatieve verschijnselen, emotionele gevoelloosheid, vermijding en ik-inperking. Bij de herbelevingsfase horen nachtmerries, herinneringen, flashbacks en herhalingen in gedrag, zoals die tot uiting komen in revictimisatie, woede-uitbarstingen en zelfdestructief gedrag. Naast deze twee fasen is een constante factor de verhoogde fysiologische respons, leidend tot angst, verhoogde waakzaamheid, slaapstoornissen en psychosomatische klachten.

Wanneer posttraumatische reacties bij kinderen optreden, dan kunnen zij een invloed op de ontwikkeling uitoefenen en leiden tot secundaire klachten, zoals depressie, borderlinegedrag, dissociatieve stoornissen, chronische angst en chronische lichamelijke klachten.