

# Hoofdstuk 1

## Introductie

*Nelleke Nicolai*

*'Adverse outcomes associated with abuse are complex and interconnected. The relationship with the perpetrators and types of abuse are the most powerful "severity" variables. The level of dissociation immediately following the trauma is the single powerful predictor of long term psychopathology as well as biological and social effects' (Putnam 1999).*

### 1 DE STAND VAN ZAKEN

In 1985 werd in een onderzoek van Lindberg en Distad voor het eerst beschreven dat volwassenen die als kind seksueel misbruikt waren, konden lijden onder posttraumatische stresssymptomen. Actueel seksueel geweld zoals verkrachting werd toen al wel beschouwd als trauma in de zin van een 'schokkende gebeurtenis', maar toen 'incest' daar ook bij gerekend werd, ontstond een forse aardverschuiving in de traumatologie. Het leidde in de eerste plaats tot een enorme groei in wetenschappelijke aandacht. Er kwamen cijfers over prevalentie, over dissociatieve stoornissen, over de relatie tussen traumatische gebeurtenissen en allerlei psychiatrische ziektebeelden, waarin met name de borderline persoonlijkheidsstoornis een centrale rol speelde. Op het vlak van de behandeling werd gepleit voor traumaverwerking, voor lotgenotengroepen, seksehomo-gene groepstherapie en er ontstonden verschillende zorgprogramma's, voor getraumatiseerde patiënten of patiënten met een dissociatieve stoornis.

Inhoudelijk lag het accent op het vertellen van het verhaal.

In 1992 echter luidden Wakefield en Underwager in de Verenigde Staten een nieuwe fase in de discussie in over het al of niet bestaan van traumatische amnesie. Dit staat bekend als het *false memory* of fictieve-herinneringendebat (Loftus 1992; Wagenaar & Crombach 1995). Deze controverse heeft als negatief resultaat gehad dat het onderzoek naar geschikte en adequate therapievormen lange tijd geblokkeerd raakte. Immers het risico bestond altijd, dat therapie zou leiden tot falsificatie van herinneringen. Dit debat heeft echter ook positieve (neven)effecten gehad. Het heeft geleid tot een betere integratie van modern geheugenonderzoek in de traumatheorieën en tot goed opgezet prospectief onderzoek naar de effecten van seksueel misbruik. En het heeft het veld van hulpverleners ertoe gebracht richtlijnen te formuleren.

#### 1.1 Traumatische amnesie

Op grond van prospectief onderzoek bij gerandomiseerde populaties blijkt inmiddels dat de herinnering aan traumatische gebeurtenissen *inderdaad* een tijd weg kan zijn. Een (vroegkinderlijk) trauma vergeten kán. Traumatische amnesie of 'vergeten' van seksueel misbruik is aangetoond door de prospectieve onderzoeken van Williams (1994; 1995) en Widom en Morris (1997). Als belangrijkste

*triggers* voor het hervinden van herinneringen werden de media genoemd (films, praatshows, documentaires). Psychotherapie bleek eerder het *gevolg* van het terugkeren van herinneringen of fragmenten dan de oorzaak. Of de amnesie gevolg is van loochening, suppressie, gewoon vergeten of verdringing blijkt niet zo relevant in het licht van het toenemende onderzoek naar de werking van traumatische stress op het geheugen (Vermetten & Bremner 1997).

## 1.2 Richtlijnen

Wanneer gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (nog) niet mogelijk is, is het in de klinische praktijk gebruikelijk om terug te grijpen op een klinische consensus- en richtlijnontwikkeling. Dat gebeurde ook in de Verenigde Staten met twee – voorlopige – richtlijnen: de richtlijn van Roth en Friedman (1998) en die van Christine Courtois (1999). Courtois heeft deel genomen aan de Taskforces bij onder andere de American Psychological Association en de American Psychiatric Association. Haar boek is gebaseerd op deze officiële richtlijnen.

Courtois pleit voor het uitgebreid schriftelijk vastleggen van wederzijdse rechten en plichten. Deze richtlijnen zijn in de Verenigde Staten inmiddels geaccepteerd. Ten aanzien van het verifiëren van vermoedens van seksueel misbruik wordt tot voorzichtigheid geneigd. De consensus is: ‘Het kan waar geweest zijn, maar handel niet voor je de cognitieve en emotionele implicaties hebt doorwerkt’. Noch zwijgen (of ‘toedekken’) noch actieve methoden om ‘vergeten’ zaken boven te halen zijn op hun plaats. Wanneer er geen herinneringen zijn, zelfs niet als door informatie uit andere bron wel sprake was van een trauma, dient men te beginnen met een ‘gewone’ (dat wil zeggen symptoomgerichte) therapie, geen traumatherapie. Het doen van aanklachten en het aangaan van onvoorbe-

reide confrontaties met familieleden wordt afgeraden tijdens de therapie. De richtlijnontwikkeling gebruikt het driefasenmodel van stabiliseren, integreren, rouwen en afsluiten. In 1999 publiceerden Van der Hart en Nijenhuis (1999a; 1999b) op geleide van Courtois een richtlijn gebaseerd op het fasemodel, dat ook in dit boek de rode draad vormt.

## 1.3 Prospectief onderzoek

De impact van seksueel misbruik is het afgelopen decennium aan alle kanten belicht, beklopt en gewogen. Ontkend, gebagatelliseerd, toegeschreven aan andere kwetsbaarheidfactoren en aan de andere kant gedramatiseerd. Zoals vaak gebeurt met heftige onderwerpen verdeelde dit onderwerp het therapeutische veld in ‘gelovers’, sceptici, ontkenners en redders en slachtoffers. Showalter sprak zelfs van een massahysterie. Inmiddels is duidelijk dat seksueel misbruik ernstige gevolgen kan hebben, die we zakelijk en nuchter onder ogen dienen te zien. Uit het onderzoek van Putnam en zijn medewerkers, bleek de ontwikkeling bij misbruikte meisjes – vergeleken met een controlegroep – fors verstoord te zijn (Putnam & Trickett 1995; Trickett e.a. 1997). Kendall-Tackett c.s. (1993) concludeerden in een overzichtsonderzoek, dat de effecten van seksueel misbruik voor 15-45 % van de variantie in symptomen verantwoordelijk waren.

Seksueel misbruik in de kindertijd is behalve een ‘trauma’ – een schokkende gebeurtenis – ook een ernstige ontwikkelingsinterferentie. In een groot epidemiologisch onderzoek blijken vrouwen met een geschiedenis van seksueel misbruik een verhoogde kans op een breed spectrum aan psychopathologie te vertonen. De effecten waren dosisafhankelijk, dat wil zeggen hoe erger het misbruik, hoe groter het risico (Kendler e.a. 2000). Dit werd zelfs gevonden als er geen sprake was van een verstoorde ontwikkeling in het gezin. Daarnaast is de afgelopen jaren duidelijk ge-

worden dat traumatische situaties ook later nog invloed hebben op de hechting en de gehechtheidrepresentaties. Eigenlijk is dat naast de snelle ontwikkeling van de neurobiologie de meest revolutionaire ontwikkeling op dit gebied.

Veilige hechting en het daaruit volgende ontstaan van een veilig innerlijk werkmodel van hechting aan anderen is niet alleen een bescherming tegen de nefaste invloed van traumatische situaties, het is ook het vehikel in welke behandeling dan ook.

Allen (2001) spreekt van een spectrum van hechtingstrauma's. Aan het ene uiterste staat de verkrachting door een relatief onbekende. Aan het andere uiterste seksueel misbruik door iemand waaraan het kind gehecht is. Daarnaast speelt dat de ander ouder c.q. verzorger het kind niet heeft kunnen beschermen, hetgeen een indirecte vorm van verwaarlozing of afwijzing oplevert en in elk geval de functie van het gehechtheidssysteem, een veilige basis, compromitteert. De laatste vorm van traumatisering heeft niet alleen posttraumatische reacties ten gevolge, maar kan ook – zoals inmiddels uit de substantiële literatuur daarover blijkt – tot verschillende ontwikkelingsstoornissen leiden op basis van een desorganisatie van de hechting (Alexander 1998; Allen 2001; Nicolai 2001a; 2001b; Solomon & George 1999). Dit heeft consequenties voor de ernst van de symptomen, de behandeling en de therapeutische relatie (zie ook hoofdstuk 12).

#### 1.4 Neurobiologisch onderzoek

Ook recent neurobiologisch onderzoek heeft geleid tot een wijziging van opvattingen. Ledoux (1996) beschrijft hoe extreme stress in bepaalde ontwikkelingsstadia kan leiden tot verlies van het autobiografisch geheugen, in de hippocampus. Het impliciet emotionele geheugen in de neurale circuits rond de amygdala of amandelkern is betrokken in de

geconditioneerde angstrespons op alles wat maar te maken heeft met het oorspronkelijke trauma. Impliciet, dus niet gekend en vrijwel volledig automatisch. Als het trauma sociale aspecten heeft en als de traumatische gebeurtenissen plaatsvonden op een tijdstip in het leven dat mentale modellen van zelf en anderen in ontwikkeling zijn, dan kan een overmaat aan stress deze mentale modellen beïnvloeden.

Het is inmiddels duidelijk dat traumatische gebeurtenissen in de vroege kindertijd onomkeerbare gevolgen hebben op de ontwikkeling van het brein (Perry e.a. 1995; Perry 1999; Schore 1999). Met name kan de ontwikkeling van de rechterhersenhelft verstoord raken als het misbruik binnen een sensitieve periode valt. De rechterhersenhelft is betrokken in de ontwikkeling van de affectregulatie, het impliciete zelfgevoel en het vermogen tot zelfregulatie. Anders dan men meestal denkt zijn deze capaciteiten niet aangeboren, maar product van interactie en afhankelijk van leerervaringen. Er is een duidelijke relatie tussen hechting en de regulatie van emoties. Veilige gehechtheid leidt tot een betere zelfregulatie. Traumatisering leidt ertoe dat je niet in staat bent jezelf te troosten: de *self soothing capacity* blijkt afwezig. Omdat het het impliciet geheugen betreft, zijn er ook geen woorden: het vermogen tot symboliseren is afwezig. Dat wil overigens niet zeggen dat er niets nieuws geleerd kan worden: het vermogen tot leren, zeg het genetisch -aangelegde vermogen van het DNA tot de productie van eiwitten die nieuwe informatie opslaan, is altijd mogelijk. Alleen: er dient dan wel een klimaat te zijn waarin dat leren mogelijk is en aanslaat.

De bekende reacties op traumatische gebeurtenissen: hyperarousal en dissociatie beïnvloeden weliswaar elkaar, maar lijken toch te berusten op twee verschillende biologische regulatiemechanismen. Men spreekt ook wel over een *hyperarousal*-continuüm en een *dissociatief* continuüm. Het eerste patroon

wordt gekenmerkt door een toename van de afgifte van (nor)adrenaline, glutamaat en cortisol releasing factor (CRF) en door een verhoogde schrikrespons, prikkelbaarheid en verhoogde emotionaliteit. ‘Wanneer mensen regelmatig getraumatiseerd worden, wordt de rechterhersenhelft gesensitiseerd. Dat wil zeggen dat elke stressor in staat blijkt om de responspatronen hyperarousal of dissociatie op te roepen. Hyperarousal is een uitingsvorm van het *fear/anger*-systeem, dat leidt tot woede en angst, vluchten of vechten’ (Perry e.a. 1995). Het dissociatieve continuüm wordt gestuurd door een ander systeem, namelijk dat van immobilisatie, ‘bevrozen’, op energieniveau conserverend, tot onbeweeglijkheid leidend en uiteindelijk tot flauwvallen. De hartslag vertraagt. Het vermogen tot het opnemen van – gedetailleerde – visuele informatie neemt toe. Deze reacties zijn bij dieren bekend als de *Todstellreflex*. Bij mensen spreekt men over ‘overgave’ (surrender). Deze response heeft waarde voor de overleving. Het dissociatieve continuüm wordt meer in stelling gebracht naarmate het kind op jongere leeftijd wordt geconfronteerd met traumatische situaties. De mate van machteloosheid speelt een rol. Ook *gender* blijkt belangrijk: meisjes dissociëren eerder dan jongens. Ten slotte blijkt de activering van het endogene opioïdensysteem door pijn en lichamelijke kwetsuren een rol te spelen (Perry e.a. 1995; Perry 1999; Schore 1999).

Concluderend kunnen we stellen dat prospectief, epidemiologisch en neurobiologisch onderzoek en hechtingsonderzoek onze inzichten in de effecten van traumatische situaties sterk veranderd heeft.

De effecten van vroege seksuele traumatisering blijven niet beperkt tot de ontwikkeling van posttraumatische stressstoornis (PTSS), maar beïnvloeden de architectuur en de functionele ontwikkeling van de hersenen. Dit zou dus ook moeten leiden tot een behandelingsaanbod dat specifiek met deze ontwikkeling

rekening houdt. Dat is echter niet of nauwelijks gebeurd. En voorzover dat wél gebeurd is, is er geen sprake van enig gecontroleerd effectonderzoek naar de behandelmogelijkheden voor patiënten met forse emotionele disregulatie of ernstige dissociatieve klachten. Zo bestaat er wel onderzoek naar de behandeling van posttraumatische stressstoornissen van volwassen vrouwen (zie hoofdstuk 3, 6 en 15) maar blijken juist die patiënten uitgesloten te zijn die in de klinische praktijk het meeste hulp zoeken: patiënten met dissociatieve klachten, zelfdestructief gedrag, alcohol- of middelenmisbruik, persoonlijkheidsproblematiek of psychotische episodes.

Er bestaat tot op heden dus geen op wetenschappelijke effectiviteit gebaseerde therapievormen voor volwassenen met ernstige vormen van seksueel misbruik in de voorgeschiedenis. Niet alleen is de problematiek te complex, ook zijn de therapieën vaak langdurig, waardoor de standaard voor goed onderzoek – dubbelblind gecontroleerd en gerandomiseerd onderzoek – niet mogelijk is. Gersons en Carlier concluderen in 1998 dat de behandeling van slachtoffers van seksueel misbruik weliswaar een uitgebreid palet aan mogelijkheden biedt, maar dat over de resultaten nog niets zinnigs is te zeggen.

## 2 WAAROM EEN NEDERLANDSTALIG HANDBOEK?

We hebben in Nederland op het gebied van trauma's een aantal onderzoekers met wereldfaam. Desondanks hebben we de neiging wat behandeling betreft onze pet te laten hangen naar de nieuwe ontwikkelingen in het Angelsaksisch taalgebied. Op zich is daar niets op tegen maar dit doet geen recht aan behandelprogramma's die in Nederland ontwikkeld zijn. Ook zijn aanbevelingen en richtlijnen uit de Verenigde Staten niet zonder meer van toepassing op de Nederlandse situatie. Zo

kennen wij een andere organisatie van de geestelijke gezondheidszorg met een relatief dicht netwerk van ambulante psychotherapie, met zorgprogramma's toegesneden op persoonlijkheidsproblematiek, klinische en dagbehandelingprogramma's, onder andere voor vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel misbruik. De transmurale zorg is groter, er is meer integratie van verbale en non-verbale vormen van therapie. Veel programma's zoals incestgroepen die destijds in de vrouwenhulpverlening zijn ontwikkeld blijken qua opbouw en interventies op dezelfde leest geschoeid als evidence-based psycho-educatiegroepen. Verder ligt de nadruk van de Amerikaanse richtlijnen meer op wat je *niet* dient te doen, dan hoe je wel een adequate behandeling op kan stellen. Dat is niet verwonderlijk gezien de historie, maar geeft geen aanwijzing wanneer wat wel te doen. Er wordt in deze richtlijnen ook weinig rekening gehouden met specifieke behandelvormen voor specifieke diagnostische groepen. Zo kan de presentatie van een complexe posttraumatische stressstoornis sterk lijken op die van een borderline persoonlijkheidsstoornis, maar kan de mogelijkheid tot integratie veel groter zijn en dient het behandelaanbod dan ook anders te zijn. Andersom kan comorbiditeit op de voorgrond staan en een andere behandeling dan een traumabehandeling noodzakelijk maken.

Een volgende aanleiding voor dit handboek is zorg om ontwikkelingen die in het veld waarneembaar zijn. Het veld van traumabehandelingen heeft zich enorm uitgebreid, zowel binnen als buiten de reguliere GGZ. Op grond van een lopend onderzoek van de Rutgers-Nisso-groep naar de hulpverlening blijkt, dat er nog vele verschillende methodes van traumaverwerking gebruikt worden die inmiddels obsoleet geraakt zijn: cathartische methoden ('het moet eruit'), of regressiebevorderende interventies, zoals reïncarnatietherapie, leeftijdsregressie of hypnotherapie, an-

ders dan gericht op zelfcontrole. Aan de andere kant bestaat ook een soort therapeutische koudwatervrees. Inmiddels goed onderbouwde interventies worden niet, te kort of niet consistent genoeg aangeboden. Naast mogelijke revictimisering is er dus ook sprake van therapeutische verwaarlozing en onderbehandeling. Tussen de evidence-based behandelvormen die idealiter gevolgd zouden moeten vormen en de praktijk staat meer in de weg dan wetten en praktische bezwaren: het gaat ook om allerlei tradities en gebruiken, waarvan sommige algemeen geaccepteerd zijn, maar andere op de grens liggen.

Ten slotte is sinds de productie van deze richtlijnen de wetenschappelijke aandacht verschoven van het trauma naar datgene wat de *integratie of verwerking* van traumatische gebeurtenissen kan belemmeren of bevorderen. 50% van de volwassen vrouwen en 60% van de mannen maakt op enig punt in hun leven een trauma door, maar slechts 5,5% van de mannen en 10% van de vrouwen ontwikkelen PTSS (Kessler e.a. 1995). De hypothese van Marmar c.s. (1994) dat peritraumatische dissociatie eerder voorspelt wie een posttraumatische stressstoornis ontwikkelt dan de *aard* van het trauma, is daarvan een voorbeeld. Steeds meer wordt duidelijk dat hechtingstrauma's het verwerken onmogelijk maken. De psychotherapie bij een voorgeschiedenis van ernstige traumatisering is dan ook gekanteld: de focus ligt niet zozeer op de inhoud (van de mentale representaties, van gedachten, emoties en herinneringen) maar op de wijze waarop over deze inhoud gedacht, gevoeld en gepraat kan worden; dus op het niveau van het veranderen van de impliciete procedures. Psychotherapie dient het vermogen tot mentaliseren te bevorderen, het vermogen na te denken over de eigen gevoelens, gedachten, impulsen, angsten en intenties.

Bij ontstentenis van een evidence-based aanpak van de verschillende klachten en syn-

dromen wil dit boek een aanzet geven tot het ontwikkelen van een richtlijn en stappenplan op basis van de nu beschikbare gegevens en de in verschillende therapeutische richtingen ontwikkelde methodieken, waarover in het veld wel consensus bestaat. De rode draad in alle artikelen is het inmiddels algemeen geaccepteerde fasenmodel, dat bestaat uit:

- 1 een fase van stabilisatie en symptoomreductie;
- 2 een fase gericht op verwerking, dat wil zeggen integratie van traumatische, gefragmenteerde herinneringen;
- 3 een fase van verbinding en reïntegratie.

Overkoepelende leidraad is de vraag: 'Wat bevordert het vermogen tot mentaliseren?' Tot dit doel staan vele wegen open en de verschillende therapievormen die in dit boek zijn beschreven kunnen alle een eigen weg vormen tot de doelen van emotieregulatie, mentalisatie en integratie.

### 3 WAAROM NU EEN HANDBOEK GEWIJD AAN DE BEHANDELING VAN SEKSUEEL MISBRUIK?

Waarom niet aan (vroegkinderlijke) traumatisering in het algemeen? Dit heeft een aantal redenen. Seksueel misbruik blijkt in recent onderzoek toch een eigen impact te hebben, zowel neuro-endocrinologisch, neurofysiologisch als neuroanatomisch (Rinne e.a. 2000; Trickett e.a. 1997; Stein e.a. 1997; Teichert 2002). Ten tweede is seksueel misbruik niet beperkt tot de kindertijd. De kans dat een psychotherapeut te maken krijgt met cliënten die recent of langer geleden verkracht zijn, is groot. Inmiddels zijn een aantal cognitieve behandelmethoden ontwikkeld, die effectief, werkzaam en kortdurend zijn (gemiddeld twaalf zittingen). Uit lopend onderzoek (Rutgers-Nisso-groep, zie hoofdstuk 3) blijkt dat deze methoden nauwelijks in de Nederlandse praktijk zijn doorgedrongen. Seksueel misbruik van kinderen heeft ook een andere bete-

kenis dan bijvoorbeeld slaan. Hoewel het in beide gevallen om traumatische situaties gaat, met bijbehorende gevoelens van machteloosheid, verschillen de stappen die tot mishandeling en misbruik leiden enorm. Niet bij alle seksueel misbruik immers is sprake van bruto geweld. Vaak wordt pas achteraf duidelijk wat er precies aan de hand was, als een kind door andere informatie de impact van bepaalde handelingen begrijpt: de *Nachträglichkeit* of a posteriori betekenis. Seksueel misbruik, om het even of dit nu binnen of buiten het gezin plaatsvindt, roept ook andere gevoelens op over de ouder(s), die in de fantasie van de meeste patiënten hadden moeten of kunnen 'weten' of ingrijpen, en het niet deden. Veel mensen klagen dat het afwezig zijn van de (andere) ouder, het niet-gezien of opgemerkt zijn, als puntje bij paaltje komt het meest pijnlijk is om te verdragen. Seksuele handelingen hebben een andere sensorische en fysiologische impact die zich uit in een andere beleving van het eigen lichaam. Ongewenste gevoelens van opwinding kunnen het gevoel van schaamte en machteloosheid versterken. Veel patiënten die als kind misbruikt zijn, klagen dan ook vooral over de gevoelens van vreemding van hun eigen lichaam en een belemmering van de seksualiteit. Dat dient ook te leiden tot een ander behandelaanbod. De plaats van lichaamsgerichte therapie is hierdoor anders dan bij andere vormen van traumatisering (hoofdstuk 10).

### 4 HET BOEK DAT VOOR U LIGT

Het boek bestaat uit drie delen. In deel I bespreekt Nel Draijer de *state of the art* van diagnostiek en indicatiestelling. Bernardine Ensink geeft een overzicht van de evidence-based behandeling van type-I of actueel seksueel misbruik: aanranding en verkrachting. Onno van der Hart en Marko van Gerven beschrijven de huidige stand van zaken op

het gebied van behandeling van vroeger seksueel misbruik en de fasen. Bernardine Ensink, Annechien van Engen, Mechtild Höing en Ine van Weesenbeeck geven ten slotte – op zoek naar een effectieve en doelmatige praktijk – een overzicht van protocollaire groepstherapie bij seksueel misbruik.

Deel II geeft een overzicht van de stromingen in de psychotherapie, zowel de verbale als de non-verbale vormen. Achtereenvolgens zijn dit cliëntgerichte psychotherapie (Greet Vanaerschot); de cognitieve therapie (Merel Kindt en Arnout Arntz); creatieve therapie (Monique Gerritsen); *eye movement desensitization and reprocessing* (Erik van den Broeke en Ad de Jong); directe en hypnotherapeutische behandelingstherapie (Suzette Boon); lichaamsgerichte therapie (Karien de Ridder); en recente ontwikkelingen in de psychodynamische psychotherapie (Nelleke Nicolai). Ook komen verschillende settings aan de orde. Hierbij wordt een beschrijving gegeven van twee zorgprogramma's zoals ze de laatste tien jaar in Nederland zijn ontwikkeld. Het eerste is een programma vanuit de vrouwenhulpverlening, geïntegreerd in een herstellingsoord, dat inmiddels gefuseerd is met een grote GGZ-instelling en een dagklinisch en ambulante aanbod biedt (Marja van Aken en Inge Breukel). Deze dagbehandeling kan model staan voor verschillende vergelijkbare programma's in den lande, al of niet seksehomoog. Het tweede programma is afkomstig uit de traditie van de therapeutische gemeenschap, nu veranderd in klinische psychotherapie (Mia Famaey en Moniek Thunissen). Daarna wordt in dit deel aandacht besteed aan de behandeling van adolescenten (Sandra Visser).

In het laatste hoofdstuk – deel III – wordt een geïntegreerd model voor psychotherapie ontwikkeld met een stappenplan en wordt een protocol voorgesteld, dat kan dienen als leidraad bij het aanbieden van een behandeling, al of niet binnen de reguliere GGZ.

Tot slot: in dit boek is vaak gebruikgemaakt van 'zij', maar waar zij staat kan ook 'hij' gelezen worden: het is de laatste jaren duidelijk geworden dat ook veel jongens seksueel misbruikt zijn. Omdat ik zelf een hekel heb aan het verhullende karakter van het woord 'cliënt', dat een vrijheid van keuze impliceert die niet overeenkomt met de werkelijkheid, noch van het lijden noch van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, heb ik het woord patiënt gebruikt, maar de auteurs hun eigen gebruik gelaten.

#### LITERATUUR

- Alexander, P.C., Anderson, C.L., Brand, B., Schaffer, C.M., Grelling, B.Z., & Kretz, L. (1998). Adult attachment and long term effects in survivors of incest. *Child Abuse and Neglect*, 22, 45-61.
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollections of sexual abuse. Treatment principles and guidelines*. New York: Norton.
- Gersons, B.P.R., & Carlier, I.V.E. (1998). *Behandelstrategieën bij posttraumatische stressstoornissen*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Hart, O. van der, & Nijenhuis, E.R.S. (1999a). Psychotherapie en hervonden herinneringen: deel I: fasegerichte behandeling versus 'recovered memory Therapy'. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 387-406.
- Hart, O. van der, & Nijenhuis, E.R.S. (1999b). Psychotherapie en hervonden herinneringen: deel II: richtlijnen voor de praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 407-422.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children. A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Siberg, J., Hetteema, J.M., Myers, C., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance abuse disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the

- National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1058-1060.
- Ledoux, J. (1996). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
- Lindberg, F.H., & Distad, L.J. (1985). Posttraumatic stress disorder in women who experienced childhood incest. *Child Abuse and Neglect*, 9, 329-334.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist* 48, 720-725.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, K., Kulka, R.A., & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Merckelbach, H., & Wessel, I. (1994). Recovered memories. *De Psycholoog*, 85-90.
- Nicolai, N.J. (2001a). Hechting en psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 333-343.
- Nicolai, N.J. (2001b). Hechting en psychopathologie II. De reflectieve functie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 705-715.
- Paris, J.D. (1994). *Borderline personality disorder, a multidimensional approach*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakley, T.L., Baker, W.L., & Vigilante, D. (1996). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation and Use-dependent Development of the Brain: How States become Traits. *Infant Mental Health Journal*.
- Perry, B.D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky & E. Benedek (Red.) *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc. (221-238).
- Putnam, F.W., & Trickett, P.K. (1997). Psychobiological effects of sexual abuse: a longitudinal study. In R. Yehuda & Mac Farlane (Eds.) *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. New York: New York Academy of Science, vol 821, 150-159.
- Rinne, Th., Westenberg, H.G.M., Boer, J.A., den & Brink, W. van den (2000). Serotonergic blunting to metachlorophenylpiperazine (m-CPP) highly correlates with sustained childhood abuse in impulsive and auto-aggressive female borderline patients. *Biological Psychiatry*, 47, 548-556
- Roth, S., & Friedman, M.J. (1998). Childhood trauma remembered; a report on the current scientific knowledge base and its applications. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, 83-110.
- Sandler, J., & Fonagy, P. (Eds.) (1997). *Recovered memories of abuse. True or false?* Psychoanalytic Monograph. 2. Londen: Karnac Books.
- Shacter, D.L. (1996). *Searching for memory: the brain, the mind and the past*. New York: Basic Books.
- Schore, A.N. (1998). *The right brain as a neurobiological substrate of Freud's dynamic unconscious*. Unpublished keynote address, Conference, 'Freud at the Millennium', Georgetown University. Washington, DC, October, 1998.
- Showalter, E. (1997). *Hysterical epidemics and modern culture*. Londen: Picador.
- Solomon, J., & George, C. (1999). *Attachment Desorganisation*. New York: Guilford.
- Teichert, M.J. (2002). Scars that won't heal: the neurobiology of child abuse. *Scientific American*, March, 54-61.
- Trickett, P.K., Reiffman, A., Horowitz, L.A., & Putnam, F.W. (1997). Characteristics of sexual abuse trauma and the prediction of developmental outcomes. In D. Cicchetti, & S.L. Toth, (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: theory, research and intervention*, vol 8, 289-311. Rochester: Rochester University Press.
- Stein, M.B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, J.G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by child abuse. *Psychological medicine*, 27, 951-959.
- Vermetten, E., & Bremner, D.J. (1997). Dissociative amnesia. In G. Berios & J. Hodges J. (Eds.), *Memory Complaints & Disorders: the neuropsychiatric perspective*. Boston: Cambridge University Press.
- Wagenaar, W.A., & Crombag, H.F.M. (1995). Verdrongen herinneringen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1275-1279.
- Wakefield, H., & Underwager, R. (1992). Recovered memories of alleged sexual abuse: lawsuits against parents. *Behavioral Sciences and the Law*, 10, 483-507.
- Widom, C.S., & Morris, S. (1997). Accuracy of adult recollections of childhood victimization: part 2 Childhood sexual abuse. *Psychological assessment*, 9, 34-46.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma. A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.
- Williams, L.M. (1995). Recovered memories of

abuse in women with documented child sexual  
vitiimization. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 649-  
673.