In gesprek met therapeuten over georganiseerd sadistisch misbruik

Tijdelijke Onderzoekscommissie Georganiseerd Sadistisch Misbruik van Minderjarigen (Commissie Hendriks)

21 december 2022

Inleiding

In dit deelrapport worden de ervaringen beschreven van professionals die tijdens hun werk als hulpverlener te maken krijgen met slachtoffers van georganiseerd sadistisch misbruik. Tevens worden aandachtspunten genoemd die van belang zijn voor het werken met deze doelgroep. Hulpverlening is voor veel slachtoffers van dit type misbruik een onmisbare schakel in de keten van herstel na het meemaken van ernstig (vroegkinderlijk) trauma. Wat onder hulpverlening valt, kan variëren van sociale of juridische hulpverlening tot behandeling door klinische professionals. Professionals in de hulpverlening zijn vaak de eersten die over ervaringen met dit type misbruik te horen krijgen van hun cliënten.

De meeste therapeuten zullen nauwelijks cliënten zien die georganiseerd sadistisch misbruik rapporteren. Voor de hulpverleners die deze wél (zullen gaan) zien kan de informatie die in dit deelrapport beschreven wordt van belang zijn.

Allereerst gaat het in dit rapport over wat therapeuten horen en zien bij hun cliënten en hoe zij denken over de manier van beïnvloeding door (familie)netwerken waarover de cliënten rapporteren. Tevens beschrijven de therapeuten het klinisch beeld van deze specifieke doelgroep. Daarna volgt een overzicht van wat de therapeuten als belemmerende en bevorderende factoren in de behandeling noemen. De Commissie heeft verder hun mening gevraagd over het doen van aangifte en over het instellen van een meldpunt. Tot slot geven therapeuten aan dat zij het van belang achten om de behandeling van deze doelgroep te verbeteren en de discussie die er is rondom dit fenomeen te nuanceren en zij doen hiervoor suggesties.

Methode

Er is met elf therapeuten gesproken.[1] Enkelen van hen zijn met de Commissie in contact gekomen via het algemene emailadres van de Commissie of via het Kenniscentrum Transgenerationeel Georganiseerd Geweld (KTGG). Andere (klinische) professionals zijn benaderd door de Commissie vanwege hun kennis over en ervaring met deze specifieke doelgroep, of vanwege publicaties van hun hand over dit onderwerp. Volgens de therapeuten heeft een klein deel van de cliënten sadistische vormen van misbruik in georganiseerd verband meegemaakt. Er zijn ook rituele en satanische aspecten genoemd.

De volgende vragen vormden de leidraad voor de gesprekken met therapeuten.[2]

[1] Namen staan in bijlage A7 (Overzicht van door de Commissie gevoerde gesprekken) van het hoofdrapport.
[2] In Bijlage 1 is een meer gedetailleerde topiclijst opgenomen.

- Zijn ze bekend met cliënten die aangeven als kind georganiseerd sadistisch misbruik te hebben meegemaakt (met rituele en/of satanische kenmerken)? Zo ja, over welke (satanische) rituelen is gesproken?
- Is er gesproken over daders in een netwerk/cult?
- Was het misbruik gestopt ten tijde van de behandelsessies, of was het nog gaande?
- Was er sprake van bedreiging van de therapeut of cliënt door een netwerk?
- Zijn de clinici bekend met 'programmering' door het netwerk van daders?
- Welk type behandeling wordt er aangeboden aan de groep cliënten?
- Hoe is de prognose van deze groep?
- Tegen welke ethische dilemma's lopen ze aan in behandeling van dit type misbruik?
- Welke zaken spelen wanneer een cliënt nog in gevaar is en de veiligheid gewaarborgd dient te worden?
- Voorts is ook gevraagd wat er in de klinische praktijk wordt gezien aan knelpunten in (1) de behandeling en (2) het begeleiden van cliënten bij het doen van aangifte van het misbruik.
- Verder is hun mening gevraagd over de meerwaarde van een op te richten meldpunt en/of kenniscentrum.
- Afsluitend is gevraagd naar verbeterpunten voor de behandeling en bejegening van deze groep cliënten.

In de hierop volgende tekst worden inzichten van de klinische professionals per thema beschreven. Waar nodig wordt verwezen naar Nederlandse publicaties over hulpverlening aan deze doelgroep.

Kader: verschillende inzichten van invloed op behandeling

Er bestaan verschillende benaderingen in de klinische praktijk over de aangewezen behandeling van complex trauma in het algemeen en dissociatieve stoornissen in het bijzonder. In een ander deelrapport, *Neurowetenschappelijke en psychologische inzichten met betrekking tot geheugen, trauma en dissociatie*, is de wetenschappelijke stand van zaken van geheugen, trauma en dissociatie nader uiteengezet. Daarin worden ook verschillende aanpakken van behandeling van complex trauma toegelicht. Hierover woeden soms felle discussies, alsook over de rol van hervonden herinneringen. De controverse rondom hervonden herinneringen is actueel wanneer slachtoffers tientallen jaren later op volwassen leeftijd de herinneringen van vroegkinderlijk trauma hervinden. Dit speelt niet bij rapportage van actueel en doorgaand misbruik en indien jonge kinderen rapporteren over misbruikervaringen. Bij het vermelden van satanische en rituele aspecten bij georganiseerd sadistisch misbruik wordt een therapeut geconfronteerd met een fenomeen waarover al decennia discussie gevoerd wordt. Dit, evenals de beeldvorming vanuit de media, heeft mogelijk invloed op keuzes en houding van (on)ervaren klinische professionals.

Klinische inzichten

Het klinische beeld

Slachtoffers van seksueel misbruik op jonge leeftijd kunnen van deze vroegkinderlijke traumatische ervaringen ernstige en levenslange gevolgen ondervinden, menen de therapeuten. Als gevolg de ervaringen kunnen zich trauma-gerelateerde stoornissen ontwikkelen zoals (complexe) posttraumatische stressstoornis of dissociatieve stoornissen. Een deel ontwikkelt een dissociatieve identiteitsstoornis, aldus de therapeuten. Slachtoffers noemen verder lichamelijke klachten (verminderde mobiliteit, buikklachten, seksuele klachten en pijn). Mentale klachten zijn bijvoorbeeld gedachten van angst en paniek, depressie, verslaving of suïcidale gedachten. Ook een lage zelfwaardering, diepgeworteld wantrouwen naar onbekende anderen, relatieproblemen en problemen in de opvoeding van eigen kinderen komen vaak voor bij deze doelgroep.

Wat betreft het dagelijkse functioneren is een tweedeling te zien: een deel van de slachtoffers is erg kwetsbaar en heeft moeite zich zelfstandig staande te houden. Andere slachtoffers laten juist een enorme veerkracht zien en functioneren goed – ze hebben een goed betaalde baan, een eigen bedrijf en een gezin. Mogelijk speelt een sterke vermijding een rol waardoor het trauma-deel verborgen blijft. Sommige slachtoffers hebben ook partners die veel steun bieden. Hulpverleners hebben soms ook contact met deze partners tijdens het behandeltraject. Op volwassen leeftijd komen cliënten vaak met andersoortige (mentale) klachten in behandeling en is het trauma meer op de achtergrond. Een deel van deze volwassen slachtoffers kent specifieke stoornissen die voortkomen uit een ernstige verstoring van de gehechtheid en van de persoonlijkheidsontwikkeling. Dit heeft (veelal) te maken met het op zeer jonge leeftijd ervaren van seksueel misbruik wanneer een kind nog afhankelijk is van een volwassene en hechting nog gevormd wordt. Indien de ouders, broers of zussen betrokken zijn bij het misbruik, ontstaat een sterke ambivalentie omdat zij voor een kind belangrijke hechtingsfiguren zijn. Een deel van deze doelgroep presenteert rigide overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld. Deze overtuigingen lijken in het (familie)netwerk geleerd te zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld om de superioriteit van ‘hun wereld’ boven de wereld van de ‘gewone zielen’, of dat ze niet tot de ‘normale wereld’ behoren, omdat ze ‘in en in slecht’ zouden zijn door wat ze deden en gaan doen voor de daders.[3]

Meerdere therapeuten zien een patroon van klachten en ervaringen dat kenmerkend is voor deze doelgroep. Specifieke kenmerken in gedrag hangen mogelijk samen met herbelevingen of angsten als gevolg van het (ritueel) misbruik, aldus de therapeuten. Voorbeelden zijn

[3] Dit is een van de voorbeelden uit een Nederlandstalig artikel van Boon (2013). Boon schreef over haar kennis en ervaringen tijdens dertig jaar werken met deze doelgroep als klinisch professional.

specifieke uitingen van ernstige automutilatie, atypische epileptische aanvallen of gedachten aan suïcide. Ook extreme eetproblemen en specifieke fobieën voor kerken, bepaalde muziek en kruizen worden genoemd. Een toename van depressieve klachten en angst is te zien voor bepaalde data of een bepaalde periode van het jaar (meestal het najaar), wanneer er tijdens de misbruikperiode bijeenkomsten waren.

Patiënten geven telkens stukjes informatie in therapie, een proces dat vaak gepaard gaat met intense gevoelens van angst, schaamte, walging en verwarring. De interne conflicten zijn heftig (gedachten, gevoelens en gedragingen lopen uiteen).[4] Opvallend is, tot slot, de extreme angst bij deze groep cliënten, aldus de therapeuten. Slachtoffers zeggen hoe zij geïntimideerd werden met bepaalde prikkels (zoals specifieke woorden, geluiden, plaatjes) en daar sterke emoties bij zijn gaan ervaren. Therapeuten zien soms patronen van angst- en stressreacties die ogenschijnlijk onbegrijpelijk en disproportioneel zijn. Een dergelijke wijze van conditionering, aangeleerde prikkel-angstrelaties, is gevarieerd, en lang niet altijd zijn slachtoffers zich van de prikkels bewust. De extreme angst kan bijdragen aan de ervaring dat ze geen enkele keuze hebben dan te doen wat hen opgedragen wordt. Zo blijven ze vermoedelijk 'in de tang' van degenen die hen uitbuiten, aldus enkele therapeuten.

De aard en omstandigheden van het misbruik

De therapeuten zien bepaalde patronen bij de groep slachtoffers van georganiseerd misbruik (met of zonder rituele kenmerken). Het gaat altijd om misbruik dat in de jonge jaren heeft plaatsgevonden, soms in georganiseerd verband, dat gepaard ging veel gruwelijkheden zoals martelingen en intimidatie in kleine netwerken. Familie is er vaak direct of indirect bij betrokken geweest. Veel ouders zijn zelf getraumatiseerd of kwetsbaar vanwege een eigen psychische problematiek of een verleden van mishandelingen of misbruik.

Soms is er sprake van doorgaand misbruik en aanhoudende bedreigingen terwijl iemand in therapie is. Een professional kan een slachtoffer dat nog in een situatie van georganiseerd misbruik zit, niet opleggen of dwingen uit het netwerk te stappen. De stap naar fysieke veiligheid kunnen slachtoffers alleen zelf zetten en de behandeling kan ertoe bijdragen dat zij zich sterker en autonomer voelen om te breken met een netwerk dat hen uitbuit. Weggaan bij de eigen familie blijkt een 'systemisch' obstakel: ondanks het misbruik kost het veel moeite om van hen los te breken. Loyaliteitskwesties spelen een rol. Losmaken van het netwerk gaat gepaard met een intens schuldgevoel en met schaamte en rouw, omdat men doorgaans familieleden moet gaan loslaten met wie een zeer intense maar ook ambivalente binding bestaat. Niet alle cliënten kunnen of willen breken met familie. Als slachtoffers vanaf hun geboorte zijn opgegroeid in een familie die hen (seksueel) uitbuit of exploiteert en

[4] Kraaij & Van der Knoop (2017) schrijven over deze doelgroep en de dilemma's die een therapeut ervaart bij het werken met cliënten die georganiseerd sadistisch misbruik (met en zonder rituele kenmerken) rapporteren.

weinig ‘gezonde’ contacten erbuiten hebben, is het moeilijk los te komen van de familie of van de ideologie die hen geleerd is.

Slachtoffers vertellen tijdens de behandeling over rituele en satanische aspecten, zoals offers, het doden van dieren en baby’s en ‘sadistische martelingen’. De functie van deze aspecten is volgens de geïnterviewde therapeuten vooral het aanjagen van (extreme) angst bij jonge kinderen om hen op deze wijze te kunnen beïnvloeden.

De omgang met deze gerapporteerde aspecten en de duidingen ervan verschillen onder de gesproken professionals. Eén groep ziet het dus als een middel om angst aan te jagen. Het betreft volgens hen een crimineel netwerk dat exploiteert en rituelen uit niet-ideologische overwegingen gebruikt, aldus de therapeuten. Daders kunnen de rituelen gebruiken om slachtoffers zo te conditioneren dat deze (blijven) gehoorzamen. Het is volgens hen zo sterk omdat deze conditionering al van jongs af aan herhaaldelijk is bekrachtigd. Andere klinische professionals die de Commissie gesproken heeft zien het als een *cry for help* waarmee slachtoffers zich vast kunnen bijten omdat zij voor zichzelf een verklaring zoeken van wat hen is aangedaan en om hun eigen enorme lijdensdruk ergens aan toe te schrijven. Zodra het over het netwerk gaat, kiezen deze professionals ervoor dat de aandacht met name uitgaat naar de, als kind, niet vervulde behoeftes. Geen aandacht wordt besteed aan het hoe en wat van rituele (satanische) aspecten. Alle therapeuten zijn het erover eens dat voor het specifieke doel van hulpverlening de exacte details van de rituelen niet relevant zijn. Hulpverlening draait om wat de actuele behoefte is aan ondersteuning voor cliënten die dit misbruik rapporteren.

Beïnvloeding door de groep daders

Bij georganiseerd sadistisch misbruik (met of zonder rituele kenmerken) horen de klinische professionals over bijeenkomsten waarin het seksuele misbruik en uitbuiting plaatsvindt. Er is gerapporteerd over verschillende bijeenkomsten, zoals seksfeesten waar sprake was van prostitutie van jonge vrouwen met veel middelengebruik of bijeenkomsten op bepaalde data met een meer ritueel offerdoel waarbij ook sprake was van hypnose. In een ander type bijeenkomst zou meer de nadruk liggen op nazisymbolen en folteringen (waaronder elektrische schokken, *waterboarding* en ophangen aan een kruis).[5] Volgens één van de gesproken therapeuten gaat het ‘slechts’ om een familiesysteem van antisociale ouders, en niet om een ‘netwerk’. Anderen spreken wel over een besloten (crimineel) netwerk van families, die indirect betrokken zijn bij uitbuiten en uitruilen met andere criminele netwerken.

[5] Marinkelle en collega’s (2007, 2011) schreven voor het Alternatief Beraad (later KTGG) twee rapporten waarin 28 hulpverleners over hun ervaringen vertellen met in totaal 109 slachtoffers van ritueel misbruik. Hierin staan de meest genoemde rituelen en werkwijzen van daders toegelicht als ook geduid door enkele hulpverleners.

Verschillende therapeuten vertelden over de wijze waarop de slachtoffers zich onder druk voelen staan of beïnvloed worden door de groep daders die hen misbruikt. Ze noemen een aantal terugkerende punten. De slachtoffers vertellen door daders geïntimideerd te worden met als gevolg dat zij zaken voor het netwerk te gaan of blijven doen (bijvoorbeeld rapporteren aan het netwerk en niet meer praten met externen). Ook de extreme ervaren angst voor martelingen of andere consequenties kan ervoor zorgen dat ze doen wat hen opgedragen wordt. Er wordt gebruikgemaakt van psychische en emotionele chantage, waarmee (jonge) slachtoffers ook tot dader worden gemaakt, en zo 'verbonden' blijven. Slachtoffers worden bedreigd, soms doorgaand tot in de volwassen leeftijd tijdens de periode dat zij in behandeling zijn. De slachtoffers is verteld dat 'het netwerk overal is' en dat er 'beeldmateriaal' is van wat zijzelf hebben gedaan. Therapeuten vermelden kortom dat een geraffineerd manipulatief systeem slachtoffers 'gijzelt', bindt en onderdeel van het netwerk maakt. Feitelijk vaststellen wat er is gebeurd valt echter buiten hun reikwijdte in de cliënt-therapeut-relatie.

De beïnvloeding zit volgens sommige therapeuten ook in het 'systematisch suggereren' van bepaalde zaken door de daders, om slachtoffers als kind of volwassene gebonden te houden. De groep daders maakt volgens hen doelgericht misbruik van de mate van 'suggestibiliteit' die aanwezig is bij (zeer) jonge kinderen. Therapeuten zien een structurele exploitatie van gehechtheidsrelaties doordat familieleden zowel verzorgers kunnen zijn als misbruikers. Volgens de geïnterviewde therapeuten is dit een extreme vorm van psychische manipulatie. Door hen systematisch van jongs af aan 'voor de gek te houden' of 'in de war te brengen' gaan slachtoffers geloven wat gesuggereerd is, aldus therapeuten. Ook zouden drogeren en 'spinning' (ronddraaien) manieren van het netwerk zijn om hen te desoriënteren. Dit houdt dan ook in dat zich pseudoherinneringen kunnen vormen door toedoen van deze manipulatie door daders. Het drogeren met hallucinogene middelen veroorzaakt dat herinneringen nog meer vertekend kunnen raken. Op jonge leeftijd, en ook later in behandeling, is het voor slachtoffers en therapeut lastig te achterhalen 'wat er feitelijk gebeurd is en wat is gesuggereerd'. Ook voor de route naar aangifte is deze verwarring een belemmering. De gesproken therapeuten maken uit de gerapporteerde ervaringen van hun cliënten op dat jonge kinderen in rollenspellen met de daders de hulpverlening en politie gaan associëren met 'onveilig' of 'als onderdeel van het netwerk'. Mogelijk wordt dit door daders gedaan om een rookgordijn op te werpen en de kans te verkleinen dat slachtoffers om hulp bij één van deze instanties durven te gaan vragen, aldus therapeuten. In gesprekken met de therapeuten is niet gesproken over de betrokkenheid van autoriteitsfiguren die landelijk bekend zijn en vaak in mediaberichten worden genoemd.
Bovengenoemde manier van conditionering is volgens therapeuten zo krachtig omdat het al van jongs af aan wordt gedaan en een extreme angst geeft. Overigens doen cliënten later niet meer altijd wat hen gevraagd is; ze zoeken gedurende de behandeling de grenzen op van wat ze mogen van de groep waaruit zij proberen los te komen. De therapeuten zijn niet overtuigd van extremere wijzen van *mind control*, zoals beschreven in mediabronnen.

Belemmerende factoren voor adequate hulpverlening

De therapeuten die de Commissie gesproken heeft, beschrijven ook de factoren die de behandeling van de groep cliënten die ritueel misbruik rapporteert, kan bemoeilijken.

Ervaringen met (eerdere) hulpverlening

Vaak zijn slachtoffers lang in therapie en hebben zij meerdere behandelaren en vormen van therapie gehad. De meeste slachtoffers geven aan dat de weg naar adequate hulpverlening lang en moeizaam was. Deels heeft dit te maken met de presentatie van klachten. Psychische klachten als gevolg van het misbruik openbaren zich bij deze doelgroep soms pas op latere leeftijd. Slachtoffers komen regelmatig voor het eerst in aanraking met hulpverlening vanwege een burn-out, depressie, eetproblematiek of gedragsproblemen. Therapeuten nemen bij een deel van deze cliënten een enorme veerkracht en sterke cognitieve kanten waar, die tot gevolg hebben dat cliënten ondanks de negatieve ervaringen (behoorlijk) goed functioneren in het dagelijks leven. Specialisatie in de behandeling van dissociatieve stoornissen waaronder DIS én kennis hebben van het gerapporteerde georganiseerde misbruik is niet veelvoorkomend. De klinische professionals hebben regelmatig te maken met slachtoffers die ritueel misbruik in georganiseerd verband rapporteren. Omdat deze professionals bekendstaan als deskundig op dit gebied, vinden ook andere slachtoffers de weg naar hun praktijk en ontstaan er wachtlijsten.

Terwijl er doorgaans sprake is van ernstige problematiek (psychisch, somatisch), duurt het vaak enige tijd voordat passende hulpverlening is gevonden. Dat heeft enerzijds te maken met het zoeken van passende hulp en stellen van de juiste hulpvraag door slachtoffers. Anderzijds heeft dit te maken met de toegankelijkheid tot deskundige hulp waarbij de problematiek bij deze doelgroep herkend en correct geduid wordt door therapeuten.

Het zoeken van passende hulp

Therapeuten zijn vaak de eerste personen aan wie een slachtoffer vertelt over het misbruik. De slachtoffers zijn niet altijd tevreden over de kwaliteit en kennis van de gemiddelde klinische professional.

Bij deze doelgroep is voor de therapeuten niet direct bij aanvang van een behandeling altijd duidelijk wat de aard en omvang van het misbruik is geweest; dat wordt pas na enige tijd duidelijker. De indruk is vaak wel dat er sprake is geweest van seksueel misbruik, echter niet in welke mate. De gemiddelde therapeut herkent vaak niet de signalen doordat diens kennis en ervaring er (nog) niet is. De therapeuten die veel van deze slachtoffers in behandeling zien, geven aan dat direct bij kennismaking en het eerste contact vaak al dissociatieve reacties opvallen, zoals ‘ik ben tijd kwijt’ of ‘ik voel me vervreemd van mezelf’. Er spelen

meerdere problemen tegelijkertijd en er is sprake van comorbiditeit van stoornissen. Behalve psychische problemen zijn er sociaal-maatschappelijke moeilijkheden en doen zich lichamelijke problemen voor. Gedurende de behandeling, zo menen de therapeuten, komt geleidelijk ook acceptatie van wat gebeurd is aan de orde – en dat gaat niet zelden gepaard met gevoelens van rouw – verlies van (het idee van) een 'normale' jeugd en liefhebbende familie. Het begeleiden hierbij vereist ook de nodige ervaring. Volgens enkele therapeuten hebben slachtoffers (al dan niet met DIS) zelf ook grote moeite om te accepteren wat hen is overkomen; zij ervaren daar een sterke interne strijd over. De complexiteit van de problematiek bij deze doelgroep en de interpersoonlijke dynamiek tussen cliënt en therapeut vraagt veel van therapeuten. Angsten en wantrouwen zijn sterk aanwezig in persoonlijke contacten en er is veel tijd nodig om dit te verminderen. Vooruitgang gaat in kleine stappen. Het heeft meerdere slachtoffers moeite gekost om onder woorden te brengen wat hen is overkomen en in volle omvang dissociatieprocessen te begrijpen.

Toegang tot deskundige hulp

De toegang tot zorg is als moeizaam beschreven vanwege lange wachtlijsten en/of een (beperkt) aanbod bestaande uit een beperkt aantal behandelbijeenkomsten. Soms heeft een hulpverlener zich veel moeite getroost om meer kennis op te doen over het probleem waar een slachtoffer mee kwam. Die kennis is niet altijd eenvoudig te verkrijgen, melden enkele therapeuten. Goede diagnostiek als één van de eerste stappen in het hulpverleningsproces is dan van belang. Voldoen de reacties en symptomen aan bijvoorbeeld (complexe) posttraumatische stressstoornis, een angststoornis of dissociatieve stoornis (bijvoorbeeld DIS)? Soms zijn er reacties die als psychotisch kunnen worden aangemerkt – de realiteitstoetsing is dan beperkt aanwezig. Volgens één therapeut is er dan een vergroot risico op suggestibiliteit. Dit en het willen verklaren waarom iemand lijdt onder deze forse klachten, zou iemand kwetsbaar kunnen maken voor beïnvloeding van buitenaf. Een andere expert geeft aan dat het mogelijk is dat wanneer een jong kind systematisch bang wordt gemaakt, gemanipuleerd en gedrogeerd wordt met (geestverruimende) middelen, er ook psychotisch-achtige belevingen kunnen worden gecreëerd die als 'bizar' overkomen.

Ethische dilemma's

Ethische dilemma's waar therapeuten mee van doen krijgen, zijn:

- Wel of niet handelen in het kader van de veiligheid van cliënten in situaties waarin geweld en misbruik voortduurt;
- Wel of niet handelen in het kader van de veiligheid van kinderen van cliënten, zeker wanneer hun ouder (de cliënt) last heeft van dissociatieve symptomen.

Allereerst gaven meerdere therapeuten aan dat zij weten dat hun cliënt nog altijd bedreigd, mishandeld en misbruikt wordt. Deze voortdurende onveiligheid, mishandeling en het in de 'ban' zijn van daders waar sommige cliënten nog mee te maken hebben, is iets waarmee therapeuten geconfronteerd worden. De therapeut neemt idealiter de rol aan om een cliënt gaandeweg te helpen om zichzelf te sterken en zich (definitief) los te maken uit het dwingende geweld.

De therapeuten dienen conform de beroepscode na te gaan of de veiligheid van de kinderen van cliënten in het gedrang is (zogenaamde 'kindcheck'). Sommige cliënten willen hun kinderen tegen zichzelf in bescherming nemen. Zo regelen cliënten soms dat hun kinderen tijdelijk onder toezicht staan of uit huis worden geplaatst als zijzelf door verslaving of dissociatieve periodes niet op een veilige manier voor hen kunnen zorgen. Incidenteel is door een slachtoffer genoemd dat zij haar kind had meegenomen naar een bijeenkomst waar misbruik plaatsvond en dus in gevaar had gebracht. Cliënten noemen hun kinderen hun grootste prioriteit en uiten zich enorm bezwaard als ze weten dat minderjarige neefjes en nichtjes misbruikt worden, en dat ze niet geloofd worden wanneer ze dit aan de eigen familie of politie vertellen. Een manier om de veiligheid in de gaten te houden is het betrekken van een partner of andere persoon 'die veilig is' en die voldoende zicht heeft op de veiligheid van de kinderen. Het dilemma van de therapeut is het al dan niet ingrijpen in de huiselijke situatie van cliënten om kinderen veilig te weten. Meerdere therapeuten herkennen dit. Ingrijpen kan de behandelrelatie onder druk zetten.

Bewaken van professionele afstand

Een laatste punt waar meerdere therapeuten op hebben gewezen is het behouden van een goede balans in afstand versus nabijheid. Werk en privé dienen gescheiden te blijven. Intervisie en zich bewust blijven van wat acceptabele grenzen zijn, is onontbeerlijk in het werk met slachtoffers van georganiseerd sadistisch misbruik. Tegelijkertijd is nodig dat therapeuten wel aansluiting zoeken bij de beleving van hun patiënten; dit staat ten dienste van een goede behandelrelatie.

Een belangrijk aspect bij de behandeling van slachtoffers van georganiseerd sadistisch misbruik is de balans tussen een neutrale, respectvolle en serieuze benadering van de cliënt – het erkennen en 'geloven' van hun verhaal – en het bewaken van professionele integriteit. Voor vrijwel alle slachtoffers is het belangrijk dat een therapeut hun verhaal gelooft en serieus neemt. Veel verhalen van slachtoffers bevatten bizarre en moeilijk voorstelbare aspecten, waarvan niet altijd na te gaan is of het ook zo heeft plaatsgevonden. Een therapeut kan en dient niet aan waarheidsvinding te doen. Het is daarom belangrijk dat een therapeut zich bewust is van eigen reacties als ongeloof en afkeer en zich hier niet door laat leiden in de behandeling. In supervisie dient aandacht te zijn voor processen van overdracht en tegenoverdracht.

Als bepaalde aspecten van een verhaal aantoonbaar niet waar zijn, betekent dit niet dat alle elementen van het gehele verhaal niet waar kunnen zijn. Tegelijkertijd moeten therapeuten ook waken om niet emotioneel betrokken te raken of te weinig kritisch te zijn in hun benadering van cliënten. Er blijft een mogelijk gevaar schuilen in het op latere leeftijd herinneren van vroeger trauma: men weet nooit of en op welke wijze het over de jaren heen vertekend is. Onjuiste aannames hierover helpen geen van de betrokkenen (slachtoffer, hulpverlener en beschuldigde daders).[6] Er dient altijd ruimte te blijven voor alternatieve verklaringen voor bepaalde genoemde aspecten. Sommige (pseudo)herinneringen kunnen bijvoorbeeld een functie hebben om andere ernstige emotionele pijn te overdekken.

Niet alle (klinische) professionals en ook slachtoffers zijn zich bewust dat er op diverse wijze beïnvloeding kan plaatsvinden. Er is volgens de (klinische) professionals een (klein) deel van de therapeuten dat satanisch ritueel misbruik bij hun cliënten aanpraat. Voor deze cliënten, die vele jaren later zelf twijfelen of dit type misbruik hen overkomen is, heeft dit negatieve gevolgen gehad voor hun kwaliteit van leven.[7] Er zijn verder in Nederland enkele individuele tucht- of strafrechtelijke zaken bekend waarin therapeuten berispt, geschorst of veroordeeld zijn voor onprofessioneel handelen binnen hun functie en/of vanwege seksueel grensoverschrijdend gedrag richting de cliënt. Deze cliënten is verteld dat zij slachtoffer van seksueel misbruik met ritueel (satanische) aspecten zijn geweest.

De geïnterviewde therapeuten vinden het onprettig om te merken dat ‘alle therapeuten over één kam worden geschoren’ en hen hierdoor verweten wordt ondoordacht schade toe te brengen. Genoemde beïnvloeding zou deels te wijten zijn aan het niet handelen door therapeuten volgens gangbare beroepsstandaarden en niet de juiste kennis hebben over dit fenomeen. De therapeuten die de Commissie heeft gesproken nemen afstand van, in hun ogen, hulpverleners die zich onprofessioneel gedragen.

In het rapport *Omstreden Herinneringen* (Gezondheidsraad, 2004) zijn reeds aanbevelingen gedaan over hoe therapeuten een professionele benadering van cliënten kunnen waarborgen. In 2021 zijn er daarnaast algemene zorgstandaarden voor *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* geformuleerd en is een *Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen* vastgesteld (AKWA, 2021). Deze standaarden kunnen bijdragen aan het bieden van passende en deskundige therapie. Voor het bewaken van professionele grenzen en voor het vergroten van specialistische kennis zijn frequente intervisie en andere vormen van intercollegiale toetsing noodzakelijk.

[6] Artikelen van De Jongh, Bicanic en collega’s (2012) en Nierop & Van den Eshof (2017) beschrijven de risico’s die hervonden herinneringen met zich mee kunnen brengen.

[7] Dit zijn de zogeheten ‘herroepers’ waarop in het deelrapport *Beschuldigingen van seksueel misbruik en twijfels aan herinneringen* nader wordt ingegaan.

Afstemming met professionele omgeving

Enkele therapeuten geven aan dat ze een geïsoleerde positie ervaren bij collega-professionals die met deze doelgroep niet bekend zijn. Behandelaren kunnen in een isolement terechtkomen en er niet meer met collega's over durven praten, uit angst voor ridiculisering, ongeloof of geconfronteerd worden met vaste overtuigingen wat ze wel of juist niet zouden moeten doen in de behandeling van hun cliënten.

Een ander probleem dat therapeuten noemen, is het gebrek aan ervaring met het behandelen van deze cliënten en daardoor ook aan voldoende kennis over georganiseerd misbruik en de gevolgen daarvan. Er is verdeeldheid over de voorkeursbehandeling van dissociatie en van deze specifieke doelgroep. Dit maakt onderlinge afstemming met (zelfs de gespecialiseerde) collega's lastig. De opbouw van kennis bij de gemiddelde therapeut wordt bemoeilijkt doordat zich relatief weinig cliënten melden met deze problematiek. Vanwege de beperkte behandelervaringen worden intervisie en consultatie zeer wenselijk geacht. Intervisie is ook belangrijk om de emotionele belasting voor therapeuten zelf, en de gevolgen daarvan op hun eigen gemoedstoestand en professioneel functioneren, te ondervangen.

Trauma en zeker dissociatieve stoornissen als DIS zijn moeilijk te behandelen en vereisen vaak een langdurige behandeling, menen de therapeuten. De meeste in de ggz toegepaste kortdurende en geprotocolleerde behandelingen zijn niet afdoende. Verder speelt ook mee dat negatieve associaties die ritueel misbruik en DIS oproepen, kunnen leiden tot het afwijzen door instellingen van cliënten met deze problematiek.

Verschillende therapeuten noemden dat zij in de algemene en specialistische ggz over het algemeen weinig kennis over georganiseerd misbruik, dissociatie en DIS in het bijzonder zien. Zij merken ook dat ggz-professionals zich soms distantiëren, het 'te bizar' vinden. Het is verder niet behulpzaam dat er 'complotverhalen' rond dit misbruik rondgaan.

Therapeuten merken op dat doorverwijzen van deze doelgroep naar andere professionals lastig is. Een belangrijk praktisch probleem is dat het aantal opvangbedden dat beschikbaar is voor slachtoffers die uit een situatie van uitbuiting willen stappen, te beperkt is. Enkele geïnterviewde therapeuten hebben met CoMensha een initiatief ontwikkeld om tijdelijke opvangplekken te bieden aan deze doelgroep. CoMensha heeft ervaring in het bieden van veiligheid voor slachtoffers van uitbuiting.

Bevorderende factoren voor adequate behandeling

Een belangrijke factor die behandeling zou ondersteunen, is het hebben van gezonde relaties met personen buiten het netwerk van daders. Dit kan ervoor zorgen dat slachtoffers

ook buiten het netwerk een leven op kunnen bouwen met gezonde contacten. Cliënten die voldoende 'ik-sterkte' hebben, hebben een gunstigere prognose. Het opbouwen van autonomie en zelfvertrouwen kan het doel van behandeling zijn.

Het afstemmen van verwachtingen over de haalbaarheid van de doelen van de behandeling, gezien de ernst van het trauma en daaraan gerelateerde stoornis, kan ook bijdragen aan een succesvolle behandeling. Het doel verschilt per slachtoffer. Succes in een behandeling kan voor de één zijn 'uit de misbruiksituatie komen' en voor de ander 'geen dissociatieve klachten meer hebben'. Sommige slachtoffers vinden de kwaliteit van leven ook al dragelijk zodra ze minder destabiliserende momenten ervaren. Ook kan adequate hulpverlening eraan bijdragen dat slachtoffers weer 'zelf mogen gaan nadenken' en 'mentaal sterk genoeg worden om weerstand te bieden aan het netwerk'.

De therapeuten geven, zoals eerder al beschreven, aan dat de aandacht niet te veel zou moeten liggen op details van rituele of satanische aspecten. In het geval van actueel misbruik is het belangrijk dat slachtoffers terechtkunnen in *safe houses.* Ook andere hulpverleners bij diverse organisatie die melders zien die op een of andere wijze in uitbuitingssituaties zitten, geven aan dat opvangplekken van meerwaarde zijn.

Tot slot is volgens de therapeuten meer kennis en onderzoek nodig om goede diagnostiek te kunnen verrichten en effectieve behandelmethoden te ontwikkelen voor deze doelgroep.

Coping of omgaan met ingrijpende ervaringen

Als therapeut is het goed om te weten dat de slachtoffers zelf ook manieren hebben gevonden om met de trauma's om te gaan. Professionele hulpverlening en ondersteuning verlicht soms maar één aspect. Het is ook goed om de verwachtingen over wat haalbaar is en wat de wens is van slachtoffers over en weer goed uit te spreken. Het aanmoedigen van het creëren van eigen manieren van coping kan daartoe behoren. Slachtoffers proberen, naast hulpverlening, eigen manieren te vinden om om te gaan met deze ingrijpende trauma's. Zo zijn door meerdere slachtoffers tekeningen overhandigd aan de Commissie. Zij zijn later in hun leven bezig geweest met het verbeelden van hun gruwelijke ervaringen. Sommigen zeggen als ervaringsdeskundige aan de slag te zijn of te gaan. De meesten gaven aan het onderzoek mee te doen om hun steentje aan verbetering bij te dragen, met het oog op kinderen die nu georganiseerd misbruik meemaken. Slachtoffers geven aan dat een 'normaal' leven moeilijk haalbaar is; het is vaak knokken om overeind te blijven. Zij ervaren tot slot ook ondersteuning bij Stichting Misbruikt!, Spotlight en Kenniscentrum TGG en de lotgenoten die ze ontmoeten.

Aangifte doen, beeldmateriaal en instelling van een meldpunt

Aangifte

Tijdens de interviews heeft de Commissie geïnformeerd naar wat de therapeuten meekrijgen van de ervaringen van hun cliënten met het doen van aangifte van (georganiseerd) sadistisch misbruik. Therapeuten geven aan bij slachtoffers ‘extreme angst’ te zien en horen voor het doen van aangifte. Angst voor repercussies vanuit het netwerk kan een reden zijn.

De combinatie van DIS en ritueel misbruik wordt verder door instanties, waaronder de politie, gezien als ongeloofwaardig, aldus een expert. Een andere expert vertelt dat het voor sommige slachtoffers bijna onmogelijk is om aangifte te doen omdat zij alleen kunnen functioneren door bepaalde prikkels te vermijden. Het vertellen over het misbruik, nodig bij het doen van aangifte, is zo’n prikkel. Slachtoffers beseffen dat wat ze vertellen gefragmenteerd is, dat ze ook over bepaalde zaken twijfelen en dat dit niet bevorderlijk is voor de aangifte. Vaak duurt het lang voordat ze alles zelf helder hebben en daarna proberen ze pas aangifte te doen. Een andere expert noemt een systemisch obstakel: als meerdere familieleden betrokken zijn bij het misbruik is aangifte doen lastig. Net als uit de directe informatie van slachtoffers naar voren komt, noemen therapeuten dat slachtoffers veel angst hebben voor straf uit het netwerk. Hulpverleners wijzen erop dat bij slachtoffers van wie de daders ook de ouders of familie zijn, er op het moment van weghalen uit de situatie kans is op ontregeling en suïcide.

Wanneer aangifte wordt gedaan, komt het voor dat een slachtoffer ‘gepakt’ wordt door het netwerk, aldus een expert. Therapeuten vertellen ook dat slachtoffers aangeven dat er bij het doen van aangifte niet altijd voldoende en op de juiste manier wordt doorgevraagd. Het ondervragen van volwassenen over traumatische ervaringen zoals seksueel misbruik vraagt om expertise. Ondervragen van getraumatiseerde kinderen vraagt des te meer deskundigheid. Verder hebben slachtoffers te maken met ongeloof bij de politie. Er is te weinig kennis of ongeloof bij de medewerkers van de politie over dit fenomeen in het algemeen. Kennis ontbreekt bij niet-klinische professionals over de wijze waarop een diagnose DIS invloed heeft op het gedrag van slachtoffers bij het doen van hun verhaal. Hierdoor kan er onbegrip ontstaan tussen aangever en politiemedewerker.

Alle geïnterviewde therapeuten zijn van mening dat de keuze voor aangifte bij het slachtoffer ligt en dat de rol van de therapeut vooral ligt in het ondersteunen bij deze keuze. Ze bespreken de voor- en nadelen van aangifte doen met slachtoffers. Aangifte doen kan bijvoorbeeld destabiliserend werken op de psychische toestand van een slachtoffer. Over specifiek opsporing noemt een professional dat het van belang is dat al in het stadium van melding doen aandacht is bij politie voor het verzamelen van aanvullend bewijs van alle

kenmerken van het misbruik. Dit wordt bemoeilijkt omdat slachtoffers zeggen informatie over het misbruik niet te kunnen of (van het netwerk) niet te mogen geven waardoor bewijsvergaring vastloopt. Ook dienen betrokken professionals bij de aangifte, alsook de slachtoffers, zich bewust te zijn van het feit dat een verhaal ook beïnvloed kan zijn door bijvoorbeeld sturing van een coach of therapeut of door het onderling delen van bijvoorbeeld foto's op besloten fora door slachtoffers.

Beeldmateriaal

Aan de therapeuten is gevraagd of zij zelf beeldmateriaal gezien hebben van het gerapporteerde misbruik en wat cliënten over beeldmateriaal zeggen. Slachtoffers hebben therapeuten verteld dat er beeldmateriaal van het misbruik is gemaakt, maar dat ze zelf geen beschikking over dit beeldmateriaal hebben. Enkelen zouden dit hebben overdragen aan de politie. Er zouden niet alleen van het eigen misbruik opnames zijn gemaakt, maar ook van het geweld dat zijzelf als slachtoffers (onder dwang) hebben gebruikt tegen andere minderjarigen. Door de daders wordt gedreigd hiermee naar buiten te treden om de slachtoffers als daders af te schilderen. Therapeuten weten niet of er daadwerkelijk opnames zijn gemaakt van het misbruik: dat weten slachtoffer ook niet altijd (meer). Het is volgens sommige therapeuten mogelijk dat daders de slachtoffers dit willen laten geloven om hiermee later te kunnen manipuleren richting slachtoffers zodat deze doen wat van hen gevraagd wordt.

Instellen van een meldpunt

Tot slot is gevraagd naar de ideeën over het instellen van een meldpunt voor (minderjarige) slachtoffers van georganiseerd sadistisch misbruik of specifiek voor ritueel misbruik.

De adviezen van de klinische professionals lopen uiteen. Sommigen staan er positief tegenover. Het kan volgens één van hen een goed instrument zijn om deze slachtoffers een stem te geven. De juiste houding van het meldpunt dient 'niet vooringenomen te zijn', maar ook 'niet onkritisch' te zijn, aldus deze professional. Een andere therapeut meent dat melden alleen niet voldoende is, maar dat de attitude jegens een dergelijk meldpunt vanuit hulpverlening en andere betrokken instanties vooral van belang is. Er is volgens deze therapeut momenteel weinig kennis en veel scepsis over DIS en ritueel misbruik bij professionals. Ook de angst voor het melden bij slachtoffers bij officiële instanties (en mogelijk ook bij een meldpunt) kan een obstakel zijn. Daarnaast geven therapeuten aan dat sommige instanties en hulpverleners moeite hebben om met dit specifieke onderwerp in verband te worden gebracht.

Het belangrijkste aspect dat hulpverleners noemen, is dat bij een meldpunt kennis aanwezig moet zijn over trauma, dissociatie en ritueel misbruik. Een meldpunt kan bijdragen aan het verzamelen van data, en daarmee aan het vergroten van kennis over deze problematiek.

Andere therapeuten die positief zijn over een meldpunt, zien idealiter een meldpunt met een multidisciplinair team dat zowel voor gezondheid als veiligheid kan zorgen voor de melders. Andere professionals die bijvoorbeeld bij diverse organisaties werkzaam zijn die ook met meldingen van uitbuiting te maken hebben, vragen aandacht voor het vergroten van (ervaren) veiligheid. Een praktische oplossing zou dan kunnen zijn het kunnen doorverwijzen van deze slachtoffers via de juiste instanties naar *safe houses.*

Sommige gesproken professionals hebben bedenkingen bij een specifiek meldpunt voor georganiseerd sadistisch misbruik. Therapeuten geven aan dat een meldpunt erkenning voor slachtoffers zou kunnen bieden, maar dat tegelijkertijd het gevaar van hertraumatisering dreigt. Er wordt door een andere professional gewezen op een mogelijke toename in meldingen van dit type misbruik na het instellen van een dergelijk meldpunt, waaronder mogelijk onterechte beschuldigingen. Sommige professionals zijn van mening dat een algemeen meldpunt voor seksueel geweld beter zou zijn dan alleen een meldpunt voor georganiseerde sadistisch misbruik.

Om een slachtoffer vanuit een meldpunt verder te helpen, is een goede samenwerking met bestaande hulpverleningsinstanties noodzakelijk, aldus de therapeuten. Het betrekken van opsporingsdiensten kan daarnaast helpen om de drempel voor melding of aangifte doen bij de politie te verlagen. Het centraal verzamelen van mogelijk bewijs in een zo vroeg mogelijk stadium, zoals bij het melden bij de politie, kan bijdragen aan een kansrijke aangifte die eventueel later gedaan zal worden.

Verbeterpunten voor ondersteuning, hulpverlening en opsporing

De volgende verbeterpunten worden meegegeven aan de Commissie:

- Uitgebreider behandelaanbod zodat meer van deze cliënten geholpen kunnen worden. Ook meer variatie in behandelaanbod wordt aanbevolen. Wat werkt, verschilt per cliënt. Ook wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van behandeling is van belang.
- Idealiter dienen er meerdere typen behandelingen beschikbaar te zijn, zodat behandeling op maat gesneden kan worden (*personalized medicine*).
- Minder koudwatervrees binnen de ggz is wenselijk. De wat negatieve houding die er in het algemene publiek alsook in de ggz heerst ten opzichte van DIS en/of ritueel misbruik, maakt dat weinigen hun handen hieraan willen branden.
- Alle betrokkenen zouden zich niet te veel moeten laten leiden door extreme complotverhalen. Deze verhalen leiden af van de essentie dat het om slachtoffers gaat. Het rapport van de Commissie kan bijdragen aan minder polarisatie en minder stigmatisering door vooral goed te informeren.
- Therapeuten en andere professionals zien ernstige uitbuitingssituaties. Een benadering vanuit het perspectief van mensenhandel vinden zij meer passend.
- Meer aandacht in de ggz voor dissociatieve stoornissen: in opleidingen, in instellingen en bij onderzoek. Medewerkers in de jeugdzorg dienen beter opgeleid te worden in het herkennen van vroege traumatisering en dissociatieve stoornissen alsook in het herkennen van signalen van uitbuiting binnen het ouderlijk gezin.
- Politie zou meer kunnen kijken naar overeenkomsten in ervaringen en minder afgaan op telkens een individuele verklaring van een slachtoffer.

Conclusie

Uit de hiervoor beschreven ervaringen van de therapeuten die tijdens hun werk te maken krijgen met slachtoffers van georganiseerd sadistisch misbruik komen diverse aandachtspunten naar voren. De therapeuten beschrijven wat de impact is van de trauma's in de kinderjaren zoals de cliënten dat aangeven. Ook beschrijven zij hoe de psychologische beïnvloeding vanuit het (vroegere) netwerk van daders door kan werken in de huidige klachten en huidige leefsituatie van cliënten. De door slachtoffers genoemde rituele en satanische aspecten bij het misbruik worden – gezien het doel van hulpverlening – als details gezien. De benodigde psychologische hulp om het huidige functioneren van hun cliënten te verbeteren staat voorop. Therapeuten merken hoe sterk angsten zijn van cliënten voor degenen die hen hebben uitgebuit. Indien er sprake is van doorgaand misbruik ten tijde van de behandelcontacten is dit nog sterker merkbaar. Er wordt hiermee een fors emotioneel

appel gedaan op therapeuten. Een open houding, kennis over het fenomeen, begrip van de complexiteit van de problematiek, professionele grenzen en voldoende inbedding en intervisie met collega's zijn noodzakelijk.

Hulpverleners kunnen een dilemma ervaren wanneer zij willen ingrijpen in een onveilige situatie en de cliënt zich daar niet aan kan of wil onttrekken. Een tweede dilemma ontstaat wanneer er kinderen van cliënten in gevaar te zijn. Ofschoon dit de behandelrelatie met de cliënt op negatieve wijze kan beïnvloeden omdat bijvoorbeeld een uithuisplaatsing van een kind of meerdere kinderen dreigt, dienen hulpverleners conform de beroepscode hierop te handelen.

Het werken met deze doelgroep kent ook andere factoren die belemmerend dan wel bevorderend kunnen zijn voor hulpverlening. Vaak komen slachtoffers pas op latere leeftijd in behandeling. De route naar de juiste hulpverlening is lang. Het is niet altijd makkelijk voor een therapeut om de juiste diagnose te stellen of het onderliggende trauma te herkennen. Hier is ervaring voor nodig en de meeste therapeuten hebben weinig kennis van deze doelgroep. Praktisch gezien bestaan er lange wachtlijsten en is er beperkt behandelaanbod. Ook vanwege ongeloof, mede als gevolg van complotverhalen uit de media, wijzen instellingen soms dit type hulpzoekende slachtoffers af. De ggz is niet voldoende ingericht op langdurige behandelingen die deze groep slachtoffers nodig heeft.

Slachtoffers en therapeuten noemen enkele factoren die kunnen bijdragen aan een adequate behandeling. Slachtoffers willen vooral gehoord en geloofd worden. Therapeuten geven aan dat het niet hun taak is om aan waarheidsvinding te doen. Het hebben van gezonde relaties met personen buiten het netwerk werkt bevorderend, aldus de therapeuten. Cliënten die voldoende 'ik-sterkte' hebben, hebben een betere prognose in behandeling. Hulpverlening kan eraan bijdragen dat slachtoffers 'mentaal sterk genoeg worden om weerstand te bieden aan het netwerk'. Goede opvangplekken voor slachtoffers die in een actuele misbruiksituatie verkeren, worden van belang geacht. Tot slot is, volgens de therapeuten, een goede afstemming nodig over wat haalbaar is met behandeling gezien de ernst van het trauma en daaraan gerelateerde stoornis. Ook zijn kennis en wetenschappelijk onderzoek nodig om deze doelgroep betere hulp te kunnen bieden.

Bronnenlijst

Boon, S. (2013). Behandeling van cliënten die (ritueel) misbruik door georganiseerde dadernetwerken rapporteren. Reflectie op bijna dertig jaar ervaring. *Tijdschrift voor Psychotherapie,* 39, p. 441-452.

Gezondheidsraad (2004). *Omstreden herinneringen.* Publicatienr. 2004/02. Den Haag: Gezondheidsraad.

Jongh, de, A., Bicanic, I. & Eimers, D. (2016) Verhalen over satanisch en ritueel misbruik: Hoe moeten we er mee omgaan? *EMDR-magazine,*12, p. 36-41.

Kraaij, C., & Van der Knoop, A. (2017). Ritueel misbruik en mind control als onderdeel van het levensverhaal van de patiënte. Een dilemma in psychotherapie. *Psyche & Geloof*, 28(4), p. 171-183.

Marinkelle, A.B. (2007) *Rapportage van een onderzoek. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek onder Nederlandse hulpverleners naar kenmerken van satanisch ritueel misbruik, zoals beschreven door cliënten die zeggen dat zij SRA (hebben) ondergaan. Met medewerking van leden van de werkgroep 'Alternatief Beraad'.* Werkgroep Alternatief Beraad.

Marinkelle, A.B. (2011). *Ritueel Misbruik: ervaringen van hulpverleners en hun cliënten. Rapportage van een onderzoek (vervolg). Met medewerking van leden van de werkgroep 'Alternatief Beraad'.* Werkgroep Alternatief Beraad.

Nierop, N.M., & Van den Eshof, P. (2017). Voorbij ritueel misbruik. EMDR magazine, 13, 26-28.

Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (2020a). GGZ Standaarden. Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Geraadpleegd via: https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_2d229b50-c9fb-4af2-b930-26b0e3a8c580_psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen__authorized-at_01-12-2020.pdf

Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (2020b). GGZ Standaarden. Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen.. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_9bac3045-2fc4-4a3f-85b7-b9d86101e132_dissociatieve-stoornissen__authorized-at_16-12-2020.pdf

Bijlage 1 – Topiclijst interview therapeuten

Vooraf

- *Doel van interview/aanleiding*
- *Wij vragen niet naar individuele cliënten, maar naar uw ervaring met gevallen van satanisch ritueel misbruik en georganiseerd seksueel misbruik*
- *Na afloop maken we een verslag die we u voorleggen ter goedkeuring*

Algemeen

- Wie bent u en wat is uw voornaamste (klinische) expertise?
- Komt u in uw praktijk slachtoffers van georganiseerd geweld en seksueel misbruik tegen – kunt u daar iets over vertellen?
- Welk type behandeling biedt u in het geval van seksueel misbruik (van minderjarigen)?

Onderwerpen/Thema's

Zaken met satanisch rituele kenmerken

- Bent u als behandelaar bekend met cliënten die aangeven als kind satanische ritueel of sadistisch misbruikt te zijn? Bent u dat tegengekomen, heeft u er een vermoeden van gehad? Hoe kwam u bij die gedachte?
  Zo ja,
- Over welke (satanische) rituelen is gesproken?
- Is er sprake geweest van zichtbare verwondingen (met of zonder rituele symbolen)
- Is er gesproken over meerdere daders in een netwerk/cult?
- Is er gesproken over bedreiging door een cult?
- Was het misbruik gestopt ten tijde van de sessies? Of was het nog gaande?
- Is er sprake geweest van aanvullend 'bewijs' zoals beeldmateriaal van het misbruik?

Visie op/mening over SRM/GSM

Recent is er een opleving geweest van de aandacht voor slachtoffer-verklaringen over satanisch ritueel misbruik in hun kinderjaren.

- Was uw mening over dit fenomeen?
- Welke type behandeling biedt u aan zo'n cliënt?
- Werkt die behandeling? Welke elementen zijn werkzaam?
- Wat is de feedback van cliënten?

Kennis over trauma-gerelateerde dissociatie

- Herkent u het?
- Hoe gaat u ermee om?

- Wat zijn behulpzame interventies?
- Kunt u over uw ervaringen ermee vertellen? En voorbeelden geven?
- Kunnen door het ervaren van trauma persoonlijkheidsdelen gecompartimentaliseerd raken?
- Kunt u vertellen hoe het ontstaan en het voortbestaan hiervan in zijn werk gaat?

Sommige slachtofferverklaringen spreken over 'programmering door de cult', waarbij ontstane alters als gevolg van marteling bewust door het netwerk/cult getraind zouden zijn tot het verrichten van handelingen. Er zou dan geen keuze zijn voor slachtoffers dan dat uit te voeren wanneer ze door triggers (gebaren, plaatjes, woorden) geactiveerd worden. [Torture-based mind control]

- Wat zijn uw ervaringen en ideeën over deze vorm van mind-control/programmering?

Aangifte of doorverwijzing

- Is er weleens aangifte gedaan in het verleden? Is erover gesproken om het nog te gaan doen? (Indien relevant, waarom doet men doorgaans geen aangifte?)
- Kwam de cliënt op doorverwijzing bij u terecht? Welke instantie of meldpunt is dat?

Ethische dilemma's

- Zijn er volgens u ethische dilemma's in behandeling van dit type misbruik? Zo ja, welke?
- Bent u deze tegengekomen in de klinische praktijk?
- Hoe bent u ermee omgegaan?
- Hoe gaat u ermee om als de cliënt op dat moment nog bedreigd of misbruikt wordt?
- Is er een protocol binnen de beroepsgroep met officiële vervolgstappen? [Verplicht melden bij inspectie; i.h.k.v. meldcode kindermishandeling. Of aangifte/melding doen bij politie?]
- Hoe waarborgt u de veiligheid van de cliënt in dit geval? Indien uzelf ook bedreigd wordt door degenen rondom de cliënt, hoe waarborgt u uw eigen veiligheid?

Overig

- Wat vindt u belangrijk om ons als commissie mee te geven?
- Kent u nog een collega die wij zouden kunnen interviewen over specifiek dit onderwerp?

Afsluiting

- Hartelijk dank! Veel waardering voor uw bijdrage aan het onderzoek.