

Dr. Muriel Salmona. Psychiater, psychotherapeute, voorzitter van *Association Mémoire Traumatique et Victimologie*, auteur van *Le livre noir des violences sexuelles*, Dunod, 2013; *Violences sexuelles. Les 40 questions-réponses incontournables*, Dunod, 2015.

Impact van seksueel geweld op de gezondheid van slachtoffers: hoe de traumatische herinnering herkennen

Samenvatting:

Gendergerelateerd geweld, zoals seksueel geweld en seksuele verminking, is zeer traumatisch en heeft ernstige en langdurige gevolgen voor de gezondheid van slachtoffers. Nochtans wordt er onvoldoende en te laat bij bescherming en begeleiding geboden aan slachtoffers, vooral aan kinderen. Hier bespreken we het gebrek aan kennis omtrent de realiteit van dit geweld en haar psychotraumatische gevolgen: de traumatische herinnering en de post-traumatische dissociatie. Het is essentieel deze mechanismen te begrijpen om ze beter te identificeren en te behandelen.

I Seksueel geweld: wat is de realiteit?

Seksueel geweld is gendergerelateerd en komt frequent en in alle milieus voor. Dit geweld wordt voornamelijk gepleegd door mannen (95%) en door naasten (90% bij volwassenen en 94% bij kinderen) op vrouwen en meisjes. Het komt overal voor, maar in meer dan de helft van de gevallen gebeurt dit in gezinsverband of bij koppels. Vooral kinderen worden slachtoffer. Hoe meer de omgeving geacht wordt bescherming te bieden, hoe frequenter het geweld. Hoe meer personen zich in een kwetsbare situatie bevinden en beschermd zouden moeten worden, (we denken bijvoorbeeld aan kinderen, mensen met een handicap of in situaties van discriminatie en onzekerheid, zoals migrantenvrouwen en –meisjes), hoe meer ze slachtoffer worden.

Een groot aantal vrouwen en meisjes die vluchtten voor conflicten, werden reeds slachtoffer van seksueel geweld en genitale verminking in hun land van herkomst. Maar ook tijdens de vlucht lopen ze een verhoogd risico op seksueel geweld, vroegtijdige en gedwongen huwelijken en seksuele uitbuiting bij mensenhandel.

Omwille van de grote traumatische impact wordt seksueel geweld vaak gebruikt tegen vrouwen en meisjes die asiel aanvragen. Het wordt beschouwd als vernietigings- of oorlogswapen, foltering en uitroeiing waarbij men beoogt deze groep van hun fundamentele mensenrechten te beroven. Deze strategie kan eveneens leiden tot gedwongen zwangerschappen.

De cijfers over volwassenen zijn indrukwekkend...

In Frankrijk zegt één vrouw op 5 en één man op 14 het slachtoffer te zijn geweest van seksueel geweld. Meer dan één vrouw op 6 en één man op 20 zegt slachtoffer te zijn van verkrachting en/of poging daartoe. Elk jaar worden in Frankrijk 102.000 personen van 18 tot 75 jaar - 84.000 vrouwen en 14.000 mannen - slachtoffer van verkrachting of poging daartoe (CVS, INSEE-ONDRP, 2013).

maar cijfers over kinderen zijn dit des te meer.

Wereldwijd werden 120 miljoen meisjes (één op de tien) verkracht (UNICEF, 2014). Een recent rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO, 2014) wijst erop dat nagenoeg 20% van de vrouwen en 5 tot 10% van de mannen verklaarden dat ze in hun kindertijd slachtoffer werden van seksueel geweld.

Minstens 200 miljoen vrouwen en meisjes in 30 landen zijn slachtoffer van genitale verminking. 44 miljoen van hen zijn jonger dan 15 jaar. In Frankrijk wonen 53.000 vrouwen die deze praktijk ondergingen (Brief Observatoire National des violences faites aux femmes n°9).

Uit de recentste cijfers van de WGO (2016) en de steekproef van Susan Hillis, gepubliceerd in januari 2016 in het tijdschrift *Pediatrics*, blijkt dat één meisje op vijf seksueel geweld onderging.

Dankzij het CSF-onderzoek van 2008 weten we dat in Frankrijk de meeste (pogingen tot) verkrachting gepleegd worden vóór de leeftijd van 18 jaar: 59% bij vrouwen en 67% bij mannen. Als we deze cijfers samenleggen met de cijfers van het CVS-onderzoek, werden elk jaar meer dan 120.000 meisjes en 30.000 jongens, jonger dan 18 jaar, slachtoffer van verkrachting of een poging daartoe.

Volgens de resultaten van het onderzoek “Impact van seksueel geweld tijdens de kindertijd op het leven van een volwassene (IVSEA)”, van de *Association Mémoire traumatique et victimologie* werd 81% van de slachtoffers vóór de leeftijd van 18 jaar onderworpen aan seksueel geweld. 51% was jonger dan 11 jaar en 23% was jonger dan 6 jaar.

Slachtoffers worden aan hun lot overgelaten.

Hoewel dit seksueel geweld (verkrachting en seksuele geweldpleging) erkend wordt als misdrijf waarop zware straffen staan, is er gelijktijdig algemene ontkenning. Er heerst stilte en een nagenoeg totale straffeloosheid. Minder dan 10% van de slachtoffers dient klacht in (met slechts 1% veroordelingen) en slechts 25% doet beroep op professionals in de gezondheids- of sociale sector. De overgrote meerderheid van de slachtoffers, volwassenen én kinderen, worden aan hun lot overgelaten, zonder bescherming, erkenning of zorg. Van de slachtoffers die de IVSEA-enquête invulden, verklaarde 83% nooit te zijn beschermd of erkend.

Wanneer professionals onvoldoende opleiding kregen, slagen ze er vaak niet in de gevolgen van geweld te herkennen en te diagnosticeren. Slachtoffers die niet erkend en behandeld worden, ontwikkelen echter strategieën om het geweld en de traumatische herinnering eraan, te overleven, maar die op termijn voor hen eveneens nefast zijn. Ze lopen het risico om opnieuw slachtoffer te worden (7 op 10 slachtoffers werd herhaaldelijk seksueel misbruikt, IVSEA, 2015).

II Seksueel geweld: wat zijn de psychotraumatische gevolgen?

Seksueel geweld heeft het trieste voorrecht om, samen met foltering, te behoren tot de groep van geweld met de meest ernstige psychotraumatische gevolgen. Meer dan 80 % van de slachtoffers loopt het risico een chronische post-traumatische stressstoornis te ontwikkelen met zeer ernstige dissociatieve stoornissen. Bij het totaal der trauma's is dit slechts 24% (Breslau, 1991). Bij seksueel geweld in de kindertijd ligt dit percentage tussen de 87% en 100% (Rodriguez, 1997, Lindberg, 1985). Verkrachting genereert bij slachtoffers een ervaring van moord, vernedering, aanslag op de waardigheid, een gevoel van psychische dood. Ze zien zichzelf als "levende doden", gereduceerd tot een object. Hun leven wordt een hel vol schuldgevoel en schaamte.

Psychotraumatische aandoeningen zijn normale en universele gevolgen van geweld, die verklaard worden door de ontwikkeling van neuro-psychologische en biologische overlevingsmechanismen bij extreme stress. Ze liggen aan de basis van de traumatische herinnering (McFarlane, 2010). De specifieke, actueel goed gedocumenteerde aandoeningen, zijn niet alleen psychologisch, maar ook neurologisch, met belangrijke disfuncties die de emotionele circuits en het geheugen verstoren. Op een MRI ziet men een duidelijke hersenbeschadiging, met een verminderde activiteit en volume van bepaalde structuren (door verlies van een aantal synapsen). Andere hersenstructuren vertonen dan weer hyperactiviteit en veranderde werking van de geheugencircuits en van de emotionele reacties (Rauch, 2006; Nemerof, 2009). Onlangs werden ook epigenetische veranderingen aangetoond bij slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd, meer bepaald de wijziging van een gen (NR3C1), betrokken bij het beheersen van stressreacties en de afscheiding van

stresshormonen (adrenaline, cortisol). Bij reproductie worden deze veranderingen soms doorgegeven aan de volgende generatie (Perroud, 2011). Een andere recente studie, gepubliceerd in 2013 in het *American Journal of Psychiatry*, toont aan dat ook anatomische veranderingen optreden. Op een MRI kan men in bepaalde corticale zones bij volwassen vrouwen zien dat zij slachtoffer werden van seksueel geweld in de kindertijd. Opmerkelijk is dat deze corticale zones, die aanzienlijk dunner zijn dan die van vrouwen die niet met geweld geconfronteerd werden, exact overeenkomen met de somatosensorische zones van de lichaamsdelen waarop het geweld werd gepleegd (anale en orale zones, genitaliën, enz.). Ook vermindert de dikte van deze corticale zones met de ernst van de geweldpleging (Heim, 2013).

Zonder gepaste behandeling kunnen deze psychotraumatische aandoeningen jaren, decennia of een gans leven duren. Ze zijn niet gerelateerd aan het slachtoffer, maar aan de ernst van de agressie en de destructieve intentie van de dader. Ze zijn verantwoordelijk voor het grote mentale lijden van getraumatiseerde slachtoffers en hebben een aanzienlijke invloed op hun schoolcarrière, gezondheid en professioneel, sociaal, emotioneel en seksueel leven, met risico op vroegtijdig overlijden door ongeval, ziekte en zelfmoord (bijna 50% van de slachtoffers deed een poging tot zelfmoord, 50% was verslaafd, 50% kwam terecht in precare situaties, IVSEA, 2015).

Uit internationaal onderzoek blijkt dat de impact op de gezondheid groot is. 95% van de slachtoffers ervaart gevolgen op de geestelijke gezondheid (IVSEA, 2015): angststoornissen, depressies, slaapstoornissen, cognitieve problemen, eetstoornissen, verslavingen (50% van de slachtoffers), enz. 70% heeft lichamelijke klachten zoals aandoeningen gelieerd aan stress en overlevingsstrategieën, cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen, diabetes, obesitas, epilepsie, immuunstoornissen, gynaecologische aandoeningen, spijsverteringsproblemen, vermoeidheid, chronische pijn, enz.

Seksueel geweld is een immens probleem voor de volksgezondheid. We weten dat het ondergaan van geweld een determinerende factor, of zelfs de belangrijkste determinant (bij geweld in de kindertijd) is voor de gezondheidstoestand van mensen, en dit tot 50 jaar na het geweld. Tevens kan het de levensverwachting verkorten met 20 jaar (Felitti, 2010; Brown, 2009).

Neurobiologische mechanismen aan de basis van psychotrauma's.

Geweld heeft een overweldigend effect op de psyche en kan het slachtoffer verlammen waardoor zij/hij niet langer in staat is adequaat te reageren. Bovendien heeft de cerebrale cortex geen controle meer op de intensiteit van de stressrespons en de productie van adrenaline en cortisol. Extreme stress, een ware emotionele storm, overrompelt het lichaam en is een levensbedreigend risico voor hart en hersenen door een overmatige productie van adrenaline en cortisol (Yehuda, 2007). Het triggert de neurobiologische beschermingsmechanismen die het emotionele circuit als het ware uitschakelen en een fysieke en emotionele verdoving veroorzaken door het aanmaken van op harddrugs gelijkende morfine en ketamine (Lanius, 2010). Emotionele verdoving genereert een dissociatieve toestand die leidt tot een gevoel van vervreemding,

afsluiting en depersonalisatie, alsof men toeschouwer is van de situatie, omdat de persoon waarneemt zonder emoties. Maar deze ‘breuk’ isoleert de structuur die verantwoordelijk is voor sensorische en emotionele reacties (cerebrale amygdala) van de hippocampus (een hersenstructuur die als een soort software het geheugen en de temporo-ruimtelijke locatie stuurt, en zonder dewelke herinneringen niet opgeslagen, herinnerd of in de tijd geplaatst worden). De hippocampus kan de zintuiglijke en emotionele herinnering aan het geweld niet coderen en opslaan en deze blijft daardoor onverwerkt gevangen in de amygdala en wordt niet overgebracht naar het autobiografische geheugen. Ze blijft tijdloos, onbewust, altijd even intens, en kan het bewustzijnsveld binnenvallen waardoor men de gewelddadige scène op een hallucinerende manier terug beleeft. Een beetje zoals in een tijdsmachine, met dezelfde gevoelens, dezelfde pijn, dezelfde geluiden, dezelfde geuren, dezelfde gevoelens van angst en terreur (flashbacks, herinneringen, nachtmerries, paniekaanvallen ...). Deze herinnering, die als het ware gevangen zit in de amygdala, en niet autobiografisch is geworden, wordt een traumatische herinnering.

II Dissociatie en traumatische herinnering in actie: hoe ze begrijpen en herkennen.

Zolang het slachtoffer is blootgesteld aan geweld of de aanwezigheid van de dader of medeplichtigen, voelt zij/hij ontkoppeld van emoties, gedissocieerd. Dissociatie, een overlevingsmechanisme dat in gang treedt in een zeer vijandig milieu, kan zich permanent vestigen en het slachtoffer de indruk geven dat zij/hij een robot is, willoos, verward, als een “levende dode”. Dissociatie isoleert het slachtoffer nog meer en verklaart verschijnselen zoals verlies van zelfvertrouwen. Het is een verwarrend fenomeen voor iedereen die met hen in contact komt (Salmona, 2015). Het schijnbaar gebrek aan emotie bij slachtoffers met dissociatie, verhindert de activatie van automatische empathie, door de spiegelneuronen van de gesprekspartners, die hierdoor nog minder geneigd zullen zijn het ernstig getraumatiseerde en gevaar lopende slachtoffer te beschermen. Deze traumatische dissociatieve stoornissen leiden in de directe entourage en bij professionals tot onverschilligheid, negatieve beoordeling, afwijzing en mishandeling.

Tijdens de dissociatie worden de amygdala en de traumatische herinnering die het bevat, losgekoppeld en heeft het slachtoffer niet langer zintuiglijk en emotioneel toegang tot de traumatische gebeurtenissen, noch tot de herinnering eraan. Deze toestand van dissociatie verdooft het slachtoffer en verhindert de identificatie en de weerstand tegen het geweld dat zij/hij ondergaat. De ernstigste feiten lijken zo onwerkelijk dat ze elke inhoud verliezen, alsof ze nooit gebeurden. Afhankelijk van de intensiteit van de dissociatie, kan dit zelfs leiden tot geheugenverlies van alle of een deel van de traumatiserende gebeurtenissen. Er blijven dan slechts enkele zeer gefragmenteerde beelden hangen, fragmenten van overweldigende emoties of geïsoleerde details. Traumatische amnesie komt vaak voor bij slachtoffers van seksueel geweld in de kindertijd (bijna 60% van de kindslachtoffers vertoont gedeeltelijk geheugenverlies van de feiten en 40% totale amnesie (Briere, 1993, Williams, 1995, Widom, 1996, IVSEA, 2015)). Dit fenomeen kan vele jaren, zelfs decennia, aanwezig blijven.

Het gedissocieerde slachtoffer lijkt onverschillig, niet enkel voor het geweld waaronder zij/hij blijft lijden, maar ook voor de traumatische herinnering aan geweld uit het verleden. Het traumatisch geheugen activeert zich nochtans onmiddellijk zodra een verband, situatie, gevoel of een confrontatie met de agressor, aan de traumatische gebeurtenissen herinnert. Dit geheugen overspoelt de psyche van het slachtoffer, maar dan zonder de emoties. De zintuiglijke en kinesthetische perceptie van de traumatische herinnering (beelden, geuren, geluiden, lichamelijke prikkels) wordt losgekoppeld van zijn affectieve en emotionele lading: stress, angst, walging De gebeurtenissen zijn aanwezig, maar op afstand, zoals in een nevel, zonder emotionele lading en creëren een soort van onverschilligheid en tolerantie bij het slachtoffer. Het geweld en de herinnering zijn daarom niet minder stressvol en traumatiserend (Zoals wanneer men zijn/haar verdoofde hand op een hete plaat legt. Het is niet omdat men geen pijn voelt, dat de hand minder ernstig verbrand zal zijn).

De traumatische dissociatie is een echte psychische aderlating, die alle verlangens van het slachtoffer wegneemt en haar/zijn wil vernietigt. Het gedissocieerde slachtoffer voelt zich leeg, verloren, herkent zichzelf niet langer. Zij/hij is beroofd van haar/zijn emoties, losgekoppeld van zichzelf en de buitenwereld, niet in staat om te geloven wat er gebeurt en hier adequaat op te reageren. Men staat op de automatische piloot, met een gevoel van afwezigheid van de wereld, vervreemd van zichzelf, buiten het lichaam. Het slachtoffer is als het ware onverschillig voor gevaar en pijn. Dissociatie sluit het slachtoffer op in een mentale ruimte buiten de tijd, waar toekomst irreëel is.

Dissociatie maakt elke tegenstand of mentaal en fysiek verweer tegenover de geweldpleging zeer moeilijk, bijna onmogelijk. Het slachtoffer biedt geen weerstand tegen moordende woorden, slagen en vernederingen. Dit maakt haar/hem erg kwetsbaar ten opzichte van de agressor, die totale controle kan uitoefenen, haar/zijn psyche kan overnemen, haar/hem tot slaaf maken en haar/hem rustig alles kan laten ondergaan alsof het om een pop gaat, en dit soms jarenlang. De dader kan haar/hem fysiek en psychologisch onderwerpen om haar/hem te laten doen en denken wat hij wil, en haar dusdanig programmeren dat ze zich schuldig gaat voelen, leeg, waardeloos, zonder rechten, een voorwerp tot zijn beschikking.

Dissociatie is een belangrijke risicofactor voor revictimisatie en onderdrukking. Geweldplegers zullen hun aandacht bij voorkeur richten op personen die reeds gedissocieerd zijn door eerdere geweldpleging, meestal in de kindertijd. Dit zorgt enerzijds voor straffeloosheid en de mogelijkheid om jarenlang ongestoord te kunnen misbruiken. Gedissocieerde personen worden vaak gezien als vreemd, verstandelijk beperkt, zelfs als masochisten die houden van lijden, of als personen met een psychische stoornis (psychose, autisme).

Gedissocieerde slachtoffers zijn een favoriete prooi van misbruikers. De verwarring en desoriëntatie gerelateerd aan dissociatieve symptomen veroorzaken cognitieve stoornissen en voortdurende twijfels over wat wordt gezien, gehoord, gezegd en begrepen. Ze maken slachtoffers kwetsbaar, het wordt moeilijk voor hen om hun opvattingen en wensen te verdedigen. Doordat gedissocieerde slachtoffers 'losgekoppeld' zijn

van de frontale cortex (het centrum van intellectuele analyse en besluitvorming) en de hippocampus (besturingssysteem dat het geheugen en het leren beheert), zijn ze gemakkelijk te beïnvloeden en zijn ze als 'gehypnotiseerd'. Ze werken vaak op automatische, voorgeprogrammeerde piloot, hebben geen vertrouwen in zichzelf, en voelen zich goed ondanks het feit dat ze de wensen van anderen inwilligen als ze onder druk gezet worden. Hoe gevaarlijker de gesprekspartner, des te meer wakkert hij in zijn gekozen slachtoffer de traumatische herinnering en dissociatie aan door attitudes en misplaatste of ongepaste woorden, door een dominante encenering. De dader zorgt ervoor dat het slachtoffer in een hypnotische toestand terechtkomt waardoor zij/hij niet in staat is om na te denken, zich te verdedigen, zich te verzetten en nee te zeggen. De slachtoffers wijten deze toestand van onbekwaamheid aan hun eigen domheid, hun minderwaardigheid of hun verlamme verlegenheid, terwijl deze direct gerelateerd is aan beschermingsmechanismen tegen het gevaar van de dader. Voor beter geïnformeerde mensen en in normale omstandigheden zouden deze mechanismen een alarmbel moeten zijn. In plaats daarvan wordt de gevaarlijke situatie geïnterpreteerd in het voordeel van de dader. De entourage en het 'gehypnotiseerd' slachtoffer zien deze vaak als een superieur en belangrijk iemand, veel intelligenter, een fascinerend persoon van een ander niveau, iemand op wie men misschien zelfs 'verliefd' is. Dit is allemaal het gevolg van de dissociatiemechanismen.

De gedissocieerde slachtoffers zijn ook de ideale prooi voor pooiers. Meisjes die in hun kindertijd seksueel misbruikt werden door naasten, met wie ze vaak samenwonen, hebben vaak een ernstige dissociatiestoornis. Als gevolg hiervan, zoeken pooiers hen uit en zijn ze zeer populair bij de klanten. Ze tolereren namelijk seksueel geweld met pijnlijke en vernederende praktijken en hebben de kracht niet zich te verzetten of te revolteren tegen ernstige aanvallen op hun waardigheid. Ze blijven hun glimlach behouden. We vinden bij mensen in de prostitutie een voorgeschiedenis van geweld, waarbij heel wat geweldpleging plaatsvond in de vroege kindertijd: 59% kreeg te maken met mishandeling, 55% tot 90% met seksueel misbruik in de kindertijd (studie Melissa Farley in 2003 in 9 landen en bij 854 prostituees, bevestigd door vele andere studies). Het percentage antecedenten van seksueel geweld bij prostituees is zeer hoog en het verband tussen seksueel geweld tijdens de kindertijd en het begin van prostitutie is bijzonder significant.

Een gedissocieerd slachtoffer loopt een groot risico niet geloofd of erkend te worden door de wetgever. Dissociatieslachtoffers vertonen niet het gedrag dat van hen wordt verwacht. Ze lijken losgekoppeld van de werkelijkheid, slagen er niet in te praten of een klacht neer te leggen. Dit kan jarenlang duren als ze in contact blijven met de agressor of de context waarin het geweld plaatsvond. Ze worden ervan beschuldigd te lang te hebben gewacht, en dit voedt de twijfels over hun goede bedoelingen.

Traumatische dissociatie maakt het verhaal van de slachtoffers onsamenhangend. De slachtoffers twijfelen voortdurend aan wat er gebeurd is, ze ervaren een gevoel van onwerkelijkheid. Vele episodes worden weggewist door geheugenverlies. Omdat de hippocampus uitgeschakeld is, kunnen ze zich moeilijk oriënteren in de tijd en ruimte waar het geweld zich voordeed. Hoe ongeloviger of geërgerd hun gesprekspartner, hoe meer het slachtoffer zich verloren en gedissocieerd voelt.

Zo zal ook de confrontatie met de dader de dissociatie verergeren en hen opnieuw in zeer hoge mate traumatiseren. Ze verliezen zelfs hun vermogens, worden overspoeld door een gevoel van onwerkelijkheid en komen makkelijk terug onder de invloed van de dader. Ze kunnen ook terugkomen op en intrekken wat ze eerder verklaarden.

Wanneer de slachtoffers uit hun dissociatieve toestand komen, neemt de traumatische herinnering het over.

De dissociatie kan verdwijnen wanneer het slachtoffer eindelijk in veiligheid is en niet langer geconfronteerd wordt met het geweld of de agressor, of tijdens de zoveelste geweldpleging die, omdat het nog extremer is, het beschermingssysteem doet toekappen. In dit geval kan de traumatische herinnering opnieuw opleven. Het slachtoffer kan plotseling worden geconfronteerd met een ware tsunami van emoties en angstaanjagende beelden die met veel pijn en verdriet gepaard gaan. Dit kan resulteren in pure paniek, agitatie, onverdragelijke angst en een toestand van verwarring waardoor het slachtoffer soms zelfs met spoed in de psychiatrie dient opgenomen te worden (vaak met een diagnose van delirium). Vaak is er ook een belangrijk zelfmoordrisico. Vooral wanneer geprobeerd werd het slachtoffer te vermoorden, herbeleeft ze deze intentionaliteit alsof het van haarzelf uitgaat, in een dwang om zelfmoord te plegen.

De traumatische herinnering is de kern van alle psychotraumatische aandoeningen. Zodra een link, een situatie, een invloed of een gevoel aan het geweld herinnert of doet vrezen voor herhaling, neemt het traumatisch geheugen de psychische ruimte van het slachtoffer op een oncontroleerbare manier over. Zoals een 'tijdbom', die maanden of jaren na de geweldpleging kan ontploffen, verandert dit geheugen het psychische leven van het slachtoffer in een mijnenveld. Deze 'zwarte doos' bevat niet alleen de emotionele, zintuiglijke en pijnlijke ervaringen van het slachtoffer, maar ook alles wat betrekking heeft op de geweldpleging, de context en de agressor (zijn gelaatsuitdrukkingen, zijn ensceneringen, zijn haat, zijn opwindings, zijn kreten, zijn woorden, zijn geur, etc.). Deze traumatische herinnering aan het geweld en de agressor overspoelen het slachtoffer en zorgen ervoor dat de persoon geen onderscheid meer kan maken tussen wat ze zelf deed, het geweld en de dader. De traumatische herinnering aan de woorden en de enscenering van de agressor ["Je bent niets waard, het is allemaal jouw schuld, je hebt het verdiend, je houdt ervan," etc.] voedt in haar gevoelens van schaamte, van schuld en een verschrikkelijk gevoel van minderwaardigheid. De haat en perverse opwindings van de agressor zal het slachtoffer ten onrechte doen geloven dat zij het is die dit voelt. Dit is een extra marteling en maakt dat ze zichzelf enkel minacht en haat. Hoe vroeger het geweld plaatsvond in het leven van de slachtoffers, hoe meer ze gedwongen worden om hun leven op te bouwen met deze emoties, deze gevoelens van terreur, deze handelingen en deze perversie. Ze vechten tegen zichzelf zonder te begrijpen waarom en zonder te weten waar de grens ligt tussen hun ware persoonlijkheid en seksualiteit, en wat het gevolg is van hun traumatische herinnering (Van der Hart, 2010; Salmons, 2013).

Door de traumatische herinnering herbeleven de slachtoffers, zonder dit te willen, de momenten van terreur, pijn en wanhoop. Het is een eindeloze marteling waarbij ze geconfronteerd worden met plotse gevoelens van groot gevaar, totale paniek, naderende dood. Ze hebben het gevoel op de grond gegooid te worden, hard geslagen te worden, het bewustzijn te verliezen. Ze zijn bang gek te worden en voelen zich vervreemd van anderen en van zichzelf. Door deze gevoelens blijven de daders altijd aanwezig. Ze laten de slachtoffers dezelfde gruweldaden ondergaan, spreken dezelfde kapot makende woorden uit, veroorzaken hetzelfde opzettelijke leed, halen hetzelfde perverse plezier uit het vernietigen van hun slachtoffers. Ze leggen hen nog steeds raadselachtige en vernederende enceneringen op, uitgevoerd met haat, verachting, beledigingen en woorden die geen enkele betrekking hebben op de slachtoffers (Salmona, 2013).

Er zijn verschillende situaties die de traumatische herinnering kunnen doen opflakkeren: een datum, een uur van de dag, een plaats of bepaalde details (een geur, geluiden, voorwerpen, elementen in een decor, kleuren, bloed), de context, een stresssituatie, angst, pijn, kreten, gevoelens en emoties die herinneren aan het geweld, het terugkeren naar de plaats waar deze geweldpleging plaatsvond, opnieuw samenzijn met de personen of hun handlangers die het geweld pleegden, enz.

De situatie van onzekerheid, onveiligheid en stress die asielzoeksters meemaken, dragen bij tot het opnieuw losmaken van de traumatische herinnering met betrekking tot het seksueel geweld dat ze ondergingen. Hun psychotraumatische symptomen verergeren en ze zijn extreem waakzaam, hebben het gevoel constant gevaar te lopen, lijden aan slapeloosheid, angst en depressies, fobieën, eetstoornissen, chronische pijnen en het risico op dissociatie. Ze kunnen ook slachtoffer worden van nieuwe geweldpleging en lijden aan stressgerelateerde ziektes (zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes, auto-immuun ziekten, enz.). Meer specifiek krijgen slachtoffers van VGV soms paniekaanvallen die samengaan met extreme pijn en het gevoel dood te gaan wanneer ze een mes, een scheermes of bloed zien. Dit kan ook gebeuren tijdens een gynaecologisch onderzoek, een bevalling, een infectie van de urinewegen of wanneer iemand hen bij de enkels of polsen grijpt. Ook een terugkeer naar het land waar ze de besnijdenis ondergingen, veroorzaakt soms een reactivatie en belangrijke traumatische decompensatie. Dit is des te meer het geval wanneer hun dochters eveneens een risico op besnijdenis lopen. Deze aspecten hertraumatiseren de slachtoffers en hebben een belangrijke invloed op hun gezondheid. Zij vormen ook een risico op zelfmoord en revictimisatie.

III Overlevingsstrategieën: vermijdings- en dissociatief gedrag.

Het leven wordt een hel voor de slachtoffers, die lijden aan een gevoel van onveiligheid, angst en permanent conflict. Ze moeten constant waakzaam zijn om situaties te voorkomen die de traumatische herinnering kunnen laten ontploffen. Ze ontwikkelen vermijdingsgedrag en krijgen de drang hun omgeving te controleren (fobieën, OCS). Ze worden overdreven waakzaam (permanent gevoel van gevaar, een staat van paraatheid, hyperactiviteit, prikkelbaarheid en aandachtsstoornissen). Vooral als kind, proberen de

slachtoffers een parallelle wereld te creëren waarin ze zich veilig voelen. Dit kan een fysieke wereld zijn (zoals een kamer, omringd door objecten, knuffels of diertjes die geruststellen) of een geestelijke wereld (een parallelle wereld waar ze continu hun toevlucht kunnen nemen). Elke stressvolle situatie moet vermeden worden, men kan niet waakzaam genoeg zijn, slapen wordt uiterst moeilijk. Eventuele wijzigingen zullen als bedreigend worden ervaren, omdat ze het houvast verstoren. Dit vermijdingsgedrag en deze controles zijn slopend en allesoverheersend, ze veroorzaken cognitieve stoornissen (aandachts-, concentratie- en geheugenstoornissen) die onderwijs en leren vaak negatief beïnvloeden.

Maar omdat het zelden volstaat een traumatische herinnering ten allen prijze te willen uitschakelen of een heropleven te voorkomen, ontdekken slachtoffers al snel de mogelijkheid van emotionele verdoving door middel van dissociatiegedrag (Salmona, 2012). Dit wordt toegepast om de kracht van de emotionele reactie en de ondraaglijke spanning, kost wat kost, te verdoven en te kalmeren of het ontstaan ervan te voorkomen. Deze loskoppeling kan op twee manieren gebeuren: hetzij door het creëren van grote stress die de hoeveelheid natuurlijk dissociërende drugs, afgescheiden door het lichaam, verhoogt; hetzij door het gebruik van dissociatiedrugs (alcohol, harddrugs).

Dit dissociatiegedrag is gevaarlijk: automutilatie (zichzelf slaan, bijten, verbranden, zich snijden, zelfmoordpoging), zichzelf in gevaar brengen (gevaarlijk weggedrag, gevaarlijke spelletjes, extreme sporten, seksueel risicogedrag, prostitutie, vluchten, gevaarlijk daten), verslavend gedrag (alcohol, drugs, medicijnen, eetstoornissen, verslavende games), delinquent en gewelddadig gedrag tegenover anderen (de andere dient dan als 'ontstekingsmechanisme' dankzij het opleggen van een machtsverhouding waardoor men zich kan afkoppelen en verdoven).

Door dit soort risicogedrag brengt men zichzelf bewust in gevaar. Men zoekt het op omwille van de dissociërende kracht. Het bestaat uit een dwangmatig en actief opzoeken van situaties, gedragingen of middelen die bekend staan als potentieel gevaarlijk op korte of middellange termijn. Maar het laadt ook het traumatische geheugen op, waardoor dit steeds explosief aanwezig blijft. De nood aan dissociatiegedrag wordt groter en creëert een echte verslaving aan gevaar en/of geweld. Dit soort gedrag lijkt paradoxaal en is onbegrijpelijk voor anderen. Bij slachtoffers ligt het aan de basis van gevoelens van schuld en grote eenzaamheid die hen nog kwetsbaarder maken. Ze kunnen een permanente dissociatieve toestand veroorzaken zoals tijdens de geweldpleging, door schijnbare onthechting en onverschilligheid. Hierdoor is men enerzijds geneigd slachtoffers minder te helpen, en anderzijds hen nog meer te negeren en te mishandelen.

Als gevolg van deze overlevingsstrategieën kan een slachtoffer van seksueel geweld in de kindertijd tijdens de adolescentie en in de volwassenheid te maken krijgen met:

- De onmogelijkheid of grote moeite om een seksueel leven op te bouwen met iemand die zij/hij liefheeft. De meeste gebaren van seksuele handeling resulteren in het opflakkeren van traumatische herinneringen

waardoor ze ondraaglijk of heel beangstigend overkomen, zelfs in die mate dat seks alleen mogelijk is bij dissociatie (onder invloed van drugs, alcohol, of nadat men een spanning heeft opgebouwd via gewelddadige mentale beelden);

- Situaties van groot ongemak, seksueel risicogedrag, onbeschermd betrekkingen met vreemden, gewelddadige seksuele handelingen (zelfverwonding of 'somasochistische' praktijken), zichzelf in gevaar brengen via internet of met duidelijk perverse personen, zelfs prostitutiepraktijken om zich te dissociëren.

Bovendien geeft de bijna permanent dissociatieve toestand waarin slachtoffers zich bevinden hen de pijnlijke indruk niet zichzelf te zijn, te doen 'alsof', als permanent acteur. De emotionele verdoving verplicht hen om de emoties te 'spelen' in hun relaties met anderen, met het risico niet daadwerkelijk mee te zijn, over of onder-acteren.

Risico op automutilatie, zelfmoord en het opnieuw ondergaan of uitlokken van geweld

Getraumatiseerde slachtoffers van geweld die aan hun lot worden overgelaten lopen het risico dat het geweld zich reproduceert van naaste tot naaste en van generatie op generatie. De slachtoffers lopen een aanzienlijk risico om opnieuw geweld te ondergaan, maar ook om geweld te plegen tegen zichzelf. Een klein aantal loopt het risico dit misschien tegen anderen te doen, waardoor een eindeloze cyclus van geweld gevoed wordt. De WGO verklaarde in 2010 dat het feit slachtoffer te zijn geweest van geweld de belangrijkste factor is bij het ondergaan of plegen van geweld.

Reproducen van het geweld dat men onderging is een ontzettend efficiënt middel om zich emotioneel te verdoven en het slachtoffer dat men was en verachtte te verpletteren. Men kan hierdoor niet alleen aan zijn traumatische herinnering ontsnappen maar ook aan de toestand van terreur of permanente angst. Dit is een dissociatiestrategie. Wanneer men getraumatiseerd is en aan zijn lot overgelaten wordt, zonder zorg of bescherming, kan men niet voorkomen dat een traumatische herinnering opeens opduikt en het geweld oprakelt en tegelijk overlevingsstrategieën zoals vermijdingsgedrag, controle en/of dissociatie meebrengt. Men heeft echter wel de keuze om ze al dan niet te gebruiken tegen anderen of ze te gebruiken als een tool waarmee men de situatie kan ontmynen.

Miskennen van psychotraumatische aandoeningen en hun mechanismen kan zware schade berokkenen bij de slachtoffers. Hun werkelijke lijden, symptomen en handicaps worden namelijk niet erkend en worden niet toegeschreven aan de ware oorzaak: geweld. Het houdt ook het idee in stand dat de slachtoffers verantwoordelijk zijn voor hun eigen ongeluk omdat ze niet in staat zijn weer op te staan, de bladzijde om te

slaan, te stoppen zichzelf als slachtoffer op te stellen, los te komen van een vermeende fascinatie voor het trauma.

IV Seksueel geweld: welke begeleiding en zorg?

In de eerste plaats moeten slachtoffers geïdentificeerd en beschermd worden. Het is daarom noodzakelijk vrouwen en meisjes, de belangrijkste slachtoffers van seksueel geweld, maar ook jongens en mannen systematisch te ondervragen. Wacht niet tot de slachtoffers praten, vaak kunnen ze dat niet omwille van bedreigingen, manipulatie, of een verkrachtingscultuur waarbij men twijfelt aan de slachtoffers (schuld, schaamte, angst te worden beoordeeld en niet te worden geloofd), de moeilijkheid het geleden geweld te identificeren, niet-ondersteunde en ernstige psychotraumatische stoornissen (dissociatie, traumatische amnesie, vermijdingsgedrag gekoppeld aan de traumatische herinnering), en regels. Slachtoffers hebben vaak geprobeerd om te praten, maar werden zelden gehoord. Er werd aan hen getwijfeld of ze werden ontmoedigd om te praten. Het is dan ook belangrijk hen regelmatig te bevragen en te achterhalen wat ze precies hebben meegemaakt.

Een specifieke begeleiding door goed opgeleide hulpverleners/-verleensters, gericht op geweld en de traumatische herinnering, is essentieel.

Helaas ontbreekt dit vaak. Gezondheidscentra waar dit soort opvolging voorgesteld wordt, zijn nog steeds zeer zeldzaam in Frankrijk. Professionele zorgverstrekkers/-sters zijn niet thuis in psychotraumatologie. De meesten ondervragen hun patiënten niet routinematig over het geweld dat ze hebben geleden, identificeren zelden de symptomen als traumatisch en bieden geen specifieke behandeling aan.

Psychotraumatische symptomen worden vaak ten onrechte bestempeld als louter neurotische angst, depressieve aandoening, persoonlijkheidsstoornis (borderline, gevoelig, asociaal), psychotische stoornis (manische depressie, schizofrenie, paranoia, etc.) en dementie bij ouderen. Bijgevolg worden ze niet als traumatische gevolgen behandeld. Op dezelfde manier kunnen vermijdingsgedrag en het controleren van de gedachten gerelateerd aan dissociatieve stoornissen bij kinderen en adolescenten een diepgaande invloed hebben en leiden tot contact- en spraakstoornissen. Soms worden ze dan aangezien als intellectueel deficit of autistische aandoening, wat ze zeker niet zijn. Al deze stoornissen zijn echter regressief zodra de traumatische herinnering behandeld wordt met een kwaliteitsvolle ondersteuning. In de plaats hiervan worden echter eerder symptomatische- en dissociatiebehandelingen toegepast. Deze zijn efficiënt bij het wegwerken van de meest lastige symptomen en verdoven de pijn en de grootste ontredde, maar bieden geen behandeling voor de traumatische herinnering van patiënten. Integendeel, soms werken ze versterkend.

Nochtans kunnen psychotraumatische aandoeningen behandeld worden met psychotherapeutische technieken die de integratie van de traumatische herinnering in het autobiografisch geheugen toelaten en de neurologische schade herstellen dankzij de neuroplasticiteit van de hersenen. Een gedetailleerde analyse maakt dat de associatieve hersenen en hippocampus toe opnieuw functioneren en opnieuw controle krijgen over de reacties van de cerebrale amygdala. Ook wordt het traumatische, emotionele geheugen gecodeerd en omgezet in een bewust en controleerbaar autobiografisch geheugen. Daarnaast werd aangetoond dat een gespecialiseerde aanpak toelaat om de neuronale schade, verbonden met extreme stress tijdens het trauma, te herstellen, waarbij neurogenese en verbeterde dendritische verbindingen zichtbaar worden op een MRI (Ehling, T., 2003).

Om dit te doen, moeten we het slachtoffer bevrijden uit de oorspronkelijke beklemming en de traumatische dissociatie die erop volgde (herbekijken van het geweld, gewapend met alle analytische tools en het nodige inzicht, om het systeem en de leugens van de agressor door te prikken en het opnieuw invoeren van betekenis en samenhang). Men moet de traumatische herinnering ontmythen door een link te leggen tussen elk symptoom en de geweldpleging die het slachtoffer onderging. Zodoende wordt deze ervaring geleidelijk geïntegreerd. Ze wordt namelijk beter voorstelbaar, begrijpelijker, door elke situatie, elk gedrag, elke emotie te benoemen en de context, de reacties en de houding van de dader correct te analyseren. Men gaat als het ware 'de wereld rechtzetten'. We moeten samen met het slachtoffer haar geschiedenis reconstrueren en haar persoonlijkheid en waardigheid herstellen door haar te bevrijden van alles wat haar werd opgelegd en alles wat haar vervreemde (ensceneringen, leugens, ontkenning, traumatische herinnering).

Het doel van psychotherapeutische begeleiding is om nooit op te geven maar te blijven proberen alles te begrijpen en betekenis te geven. Elk symptoom, elke nachtmerrie, elk gedrag dat niet herkend wordt als zijnde coherent met wat we zijn, elke gedachte, reactie, onlogisch gevoel moet worden ontleed om ze te kunnen verbinden met hun oorsprong, om ze te duiden door middel van verbanden die toelaten het ondergane geweld in het juiste perspectief te plaatsen. Een geur bijvoorbeeld die ongemak en een drang tot braken geeft, verwijst naar een geur van de dader. Een pijn die paniek veroorzaakt, verwijst naar een pijn gevoeld tijdens het geweld. Een geluid dat ondraaglijk en pijnlijk lijkt is een geluid dat men hoorde tijdens de daad van geweld, zoals het geluid van regen als het toen regende. Zo kan ook een bepaald tijdstip op de dag angst veroorzaken en leiden tot systematisch alcoholgebruik, boulemie, suïcidale impulsen of zelfverminking. Een gevoel van irritatie, tinteling of warmte in de geslachtsorganen, die op een totaal onaangepaste manier opduiken in bepaalde situaties, kunnen het gevolg zijn van ongewenste aanrakingen in het verleden. Versturende en ongewilde gewelddadige 'seksuele fantasieën' die zich opdringen, zijn traumatische herinneringen aan verkrachting of seksuele aanranding die men onderging ...

Het psychotherapeutisch werk wordt al snel een automatisme dat helpt om het psychische terrein te beveiligen. Bij de opflakking van de traumatische herinnering kan de cortex voortaan de emotionele reactie onder controle houden en de ontredde kalmeren, zonder toevlucht te moeten nemen tot een spontane

loskoppeling of dissociatief risicogedrag. De patiënt moet een ‘ontmijningsexpert’ worden en het werk alleen voortzetten. Dissociatief gedrag is dan niet langer nodig en de traumatische herinnering verdwijnt geleidelijk naar de achtergrond, het gevoel van permanent gevaar neemt af en langzaam wordt het mogelijk samenhang en vrijheid te heroveren. Het slachtoffer stopt met overleven en begint eindelijk te leven.

V Besluit

Het is van essentieel belang dat men slachtoffers van seksueel geweld erkent, beschermt, informeert en troost, er moet zo spoedig mogelijk specifieke zorg geboden worden. Hierdoor kan het ontstaan van acute en chronische psychotraumatische stoornissen met ernstige gevolgen voor de toekomst en gezondheid van de slachtoffers en het risico op een bestendiging van geweld vermeden worden. De preventie van geweld vereist bovenal bescherming en verzorging van slachtoffers. Omdat ze niet langer veroordeeld zijn om te zwijgen of achtergelaten worden zonder bescherming en zorg, kunnen zij uit deze hel geraken waarin ze verbleven als gevolg van hun traumatische herinnering.

Het is belangrijk rekening te houden met het seksueel geweld en de seksuele verminkingen waar vele asielzoeksters mee geconfronteerd werden. Om een betere bescherming en een gepaste begeleiding te kunnen bieden, dient men ook rekening te houden met de psychotraumatische gevolgen die hiermee gepaard gaan.

Het geweld en de gevolgen herkennen, de psychotraumatische mechanismen begrijpen en de slachtoffers opsporen, beschermen en begeleiden is meer dan noodzakelijk en een prioriteit voor de volksgezondheid.

Bibliografie :

Voor meer informatie, raadpleeg de website van de *Association Mémoire traumatique et Victimologie* . Deze bevat vele artikels, documenten, hulpmiddelen, rapporten (IVSEA) en video's die u kan consulteren en downloaden.

<http://www.memoiretraumatique.org>

<http://stopaudeni.com/>

<http://stopauxviolences.blogspot.fr/>

Salmona M. Le viol, crime absolu, dans le dossier Le traumatisme du viol, revue Santé Mentale, 176, mars 2013, pages 20-28. téléchargeable sur le site : http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/Le-viol-crime-absolu-Sant-mentale-Le-traumatisme-du-viol-mars2013.pdf

Salmona M. Pédocriminalité sexuelle : il est urgent de sortir du déni, 2014 article publié sur les blogs médiapart et stop aux violences familiales, conjugales et sexuelles et téléchargeable sur le site <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/Pedocriminalite-sexuelle-II-est-urgent-de-sortir-du-deni-Muriel-Salmona-2014.pdf>

Salmona M. La reconnaissance de l'impact psychotraumatique sur les enfants victimes de violences sexuelles, 2015, article publié sur les blogs médiapart et stop aux violences familiales, conjugales et sexuelles et téléchargeable sur le site : <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Articles-Dr-MSalmona/201508-reconnaissance-des-consequences-psychotraumatiques-sur-les-enfants-victimes.pdf>

Salmona M. Pour en finir avec le déni et la culture du viol en 12 points, 2016, article publié sur les blogs médiapart et stop aux violences familiales, conjugales et sexuelles et téléchargeable sur le site : <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Articles-Dr-MSalmona/2016article-deni-culture-du-viol.pdf>

Salmona M. «En quoi connaître l'impact psychotraumatique des viols et des violences sexuelles est-il nécessaire pour mieux lutter contre le déni, la loi du silence et la culture du viol, pour mieux protéger les victimes et pour que leurs droits soient mieux respectés ?» 2016 téléchargeable sur le site <http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/2016-Necessaire-connaissance-de-limpact-psychotraumatique-chez-les-victimes-de-viols.pdf>

Enquêtes récentes de victimation en population générale, et sur les victimes de violences sexuelles en France et dans le Monde

Enquête CSF Contexte de la sexualité en France de 2006, Bajos N., Bozon M. et l'équipe CSF., Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère, Population & Sociétés (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques), 445, mai 2008.

Enquêtes « Cadre de vie et sécurité » CVS Insee-ONDRP, de l'Observatoire National des réponses pénales 2010 à 2012.

Les lettres numéro 4 et numéro 8 de l'Observatoire National des violences faites aux femmes de la MIPROF qui recense toutes les études et rapports sur les violences faites aux femmes ainsi que les données issues de l'activité des associations spécialisées, téléchargeable sur le site <http://stop-violences-femmes.gouv.fr>

Enquête IVSEA Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte, 2015, conduite auprès de plus de 1200 victimes de violences sexuelles par Association Mémoire Traumatique et Victimologie avec le soutien de l'UNICEF France: SALMONA Laure auteure, SALMONA Muriel coordinatrice, Rapport et synthèse téléchargeables sur les sites : <http://stopaudeni.com> et <http://www.memoiretraumatique.org>

OMS World Health Organization, Global Status Report on Violence Prevention, Genève, WHO, 2014.

United Nations Children's Fund, Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children, New York, UNICEF, 2014.

Enquête Susan Hillis Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates Pediatrics, 2016, ;137(3):e20154079

- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch. Gen. Psychiatry. 1991;48:216-222.
- Briere, J., Conte, J., « Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children » in Journal of traumatic stress, Janvier 1993, Vol. 6, Issue 1, p. 21-31.
- Brown D. W., Anda R. F., et al., « Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality » in American Journal of Preventive Medicine, Novembre 2009, Vol. 37, Issue 5, p. 389-396.
- Ehling, T., & Nijenhuis, E.R.S., Krikke, A. (2003). Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DESNOS, and healthy controls. Proceedings of 20th International Society for the study of dissociation. Chicago, 2003, november 2-4.
- Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. In Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- Heim CM, Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Ch.
- Louville P., Salmona M. Muriel, « Clinique du psychotraumatisme » in Santé Mentale, Mars 2013, n° 176, p. 30-33. téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org
- McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress : intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry. 2010 Feb;9(1):3-10.
- Perroud N. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma Translational Psychiatry (2011) 1, e59;
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., « Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse: A comparison study » in Journal of Consulting and Clinical Psychology, Février 1997, Vol. 65, Issue 1, p. 53-59.
- Salmona M. La mémoire traumatique. In Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). L'aide-mémoire en psychotraumatologie. Paris : Dunod, 2008.
- Salmona M. Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In Coutanceau R, Smith J (eds.). Traumas et résilience. Paris : Dunod, 2012, téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org
- Salmona M. Dissociation traumatique et troubles de la personnalité post-traumatiques. In Coutanceau R, Smith J (eds.). Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie. Paris : Dunod, 2013, téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org
- Salmona M. « Le viol, crime absolu » in doss. « Le traumatisme du viol », Santé Mentale, Mars 2013, n°176. téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org
- Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles, Paris, Dunod, 2013
- Salmona M. Violences sexuelles. Les 40 questions-réponses incontournables, Dunod, 2015
- Salmona M. Le changement dans les psychothérapies de femmes victimes de violences conjugales In Coutanceau R. et Joanna Smith (eds) in Psychothérapie et éducation : la question du changement, Paris, Dunod, 2015 téléchargeable sur le site memoiretraumatique.org
- Shin LM, Scott L, Rauch SL, Roger K, Pitman RK. Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD. Ann NY Acad Sci. 2006;1071:67-79.
- Van der Hart O. and co. Le soi hanté, Paris, De Boeck, 2010
- Yehuda R, Ledoux J. Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD. Neuron 56. 2007, Oct 4;19-32
- Williams, L. M., « Recall of childhood trauma : a prospective study of women's memory of child sexual abuse » in Journal of consulting and clinical psychology, 1994, Vol. 62, n°6, p. 1167-1176.

- Widom C. S., Accuracy of Adult Recollections of Childhood Victimization : Part 1 ; Childhood Abuse, NCJRS Psychological Assessment Volume:8 Issue:4 Dated:(1996) Pages:412-421
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence Geneva: World Health Organization, 2010.