

In gesprek met prof. dr. H.M. van der Ploeg

Tom de Ridder*

Een hoogleraar in de psychotraumatologie door oorlog en geweld: dat is een wens die al lang van allerlei kanten naar voren is gebracht en die op 1 mei van dit jaar in vervulling is gegaan met de benoeming van dr. H.M. van der Ploeg. Het betreft een bescheiden aanstelling van slechts één dag per week, en de nieuwe hoogleraar legt er in het gesprek dat Toon Nelissen en ik in zijn werkkamer in de Jelgersmakliniek met hem hadden dan ook de nadruk op dat er niet op korte termijn opzienbarende resultaten verwacht kunnen worden, maar het is toch duidelijk dat de universitaire aandacht voor de psychische gevolgen van oorlog en ander geweld met deze benoeming een belangrijke stimulans krijgt.

De heer Van der Ploeg is buitengewoon hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Leiden vanwege de Internationale Stichting Slachtoffers Oorlog en Geweld. Deze ISSOG is een initiatief uit 1984 van enkele mensen met bindingen met het voormalig verzet en met het bestuur van de Leidse universiteit. De ISSOG heeft voor haar activiteiten financiële ondersteuning verworven van het ministerie van WVC en van enkele verzetsorganisaties.

Door middel van dit vraaggesprek willen wij de lezers van ICODO-Info graag laten kennismaken met de heer Van der Ploeg en met zijn plannen. Om te beginnen vroegen wij hem iets te vertellen over zijn opleiding en beroepsverleden.

Opleiding

"In 1970 ben ik afgestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam in de psychologie, met de nadruk op wat daar werd genoemd persoonlijkheidsleer. In die tijd was er nog voldoende werkgelegenheid en ik kon direct in dienst komen in Leiden bij prof. Groen, bekend om zijn deskundigheid op het gebied van de psychosomatiek; bij hem heb ik onderzoek gedaan naar de vraag wat gedragstherapie zou kunnen bijdragen aan vermindering van de klachten van mensen met astma.

Na een jaar ben ik gaan werken bij de afdeling psychiatrie van de Leidse universiteit, waarvan prof. Bastiaans en prof. Speijer de directeuren waren. Binnen die afdeling was ik verbonden aan de sectie psychologie, die alle hier in de Jelgersmakliniek opgenomen patiënten psychologisch testte. Maar al snel werd mijn hoofdtak het onderwijs in de medische psychologie aan medicijnenstudenten. Nog steeds ben ik het grootste deel van de week bezig als hoofddocent medische psychologie. We geven hoorcolleges aan eerstejaars studenten, waarin we ze het een en ander vertellen over de psychische aspecten van het patiënt zijn, het te maken

* Tom de Ridder is redacteur van ICODO-Info

hebben met de gezondheidszorg. Verder krijgen ze in het eerste jaar vijf middagen observatie- en interviewpracticum, om ze te leren hoe ze gesprekken met patiënten moeten voeren. In het tweede studiejaar komen die elementen weer terug, en dan kunnen we al iets gerichtere training geven in adviesgesprekken en misschien ook al in slecht-nieuwsgesprekken. In de volgende studiejaar kunnen we dat op bescheiden schaal nog wat voortzetten, maar het zwaartepunt ligt voor ons in de eerste twee jaren.”

Onderzoek

”Naast het onderwijs heb ik ook nogal wat onderzoek gedaan op het gebied van de medische psychologie, namelijk naar het omgaan met emoties: angst, boosheid, depressiviteit. Voor mijn proefschrift heb ik het verband tussen medische consumptie en persoonlijkheidsfactoren onderzocht, simpel gezegd: hoe komt het dat de een, als hij bepaalde objectief vast te stellen ziekteverschijnselen vertoont, bijvoorbeeld hoesterigheid en een lichte verhoging, de dokter raadpleegt en de ander met dezelfde verschijnselen denkt: ach, niets aan de hand, het gaat wel over? Dat blijkt soms iets te maken te hebben met iemands hele psychologische opbouw, iemands karakter, en wel in zo sterke mate dat ik erin slaagde bij een klein deel van de patiënten te voorspellen of ze bij bepaalde verschijnselen wel of niet naar de dokter zouden gaan.”

”Naast deze activiteiten - en dan komen we dichterbij mijn benoeming als hoogleraar - raakte ik betrokken bij het werk van prof. Bastiaans met oorlogsgetroffenen. Een van de dingen die hij deed was het schrijven van psychiatrische rapportages ten behoeve van mensen die in beroep gingen bij de uitkeringsinstanties. Daarvoor schakelde hij ook anderen in, bijvoorbeeld een internist of een neuroloog, en vaak ook een psycholoog. Zo kwam het dat ik met enige regelmaat uitvoerige psychologische onderzoeken deed bij oorlogsgetroffenen. Later ging prof. Bastiaans me vragen ook delen van de behandeling van zijn patiënten op me te nemen, bijvoorbeeld een therapie op het gebied van angstklachten; het ging dan altijd wel om een bescheiden aandeel in de behandeling als geheel, maar toch voldoende om een aantal uren per week bezig te zijn met de behandeling van oorlogsgetroffenen; dat leidde soms tot heel intensieve contacten.”

Gijzelingen

”U weet dat we in Nederland in het midden van de jaren zeventig een aantal gijzelingszaken hebben gehad. De mensen van het Scheveningse zangkoor dat in oktober 1974 gegijzeld was, vertelden een jaar later op de televisie hoe slecht ze er eigenlijk aan toe waren. Bastiaans heeft daar toen een toelichting op gegeven. Uit die publieke aandacht is toen voortgevloeid dat de regering in januari 1976 een Centrale Beleids- en Ondersteunings-Groep (CBOG) heeft ingesteld voor de nazorg van ex-gijzelaars en hun familieleden. Vanuit die CBOG, waarin prof. Bastiaans ook weer een belangrijke rol speelde, is mij toen gevraagd eens systematisch te verzamelen wat er eigenlijk bekend is over de gevolgen van gijzelingen. Ik heb die taak op me genomen en ontdekte al

snel dat er op wetenschappelijk gebied eigenlijk niets beschikbaar was. Maar er was wel veel bekend over de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog. Die literatuur ben ik gaan bestuderen en dat leidde natuurlijk tot de vraag: in hoeverre is het verantwoord de bestaande kennis over gevolgen van oorlogsgeweld als basis te nemen voor beleid ten behoeve van ex-gijzelaars? Naast dit literatuuronderzoek hebben we vanuit die CBOG ook de slachtoffers van een aantal gijzelingen enige jaren gevolgd; in 1979 verscheen ons eerste rapport over de gevolgen van gijzelingen op lange termijn. Eigenlijk was die termijn natuurlijk helemaal niet zo lang, weten wij nu: dergelijke ervaringen blijven veel langer doorwerken dan een paar jaar. Dat is wel gebleken toen we als CBOG in 1983 tot '85 dezelfde groep ex-gijzelaars opnieuw hebben onderzocht.

Zo is er geleidelijk heel wat kennis opgebouwd over de gevolgen van allerlei vormen van geweld. Ik begeleid bijvoorbeeld ook de promotieonderzoeken van twee mensen die zich richten op de medische klachten van vluchtelingen.”

Prof. Van der Ploeg heeft in publikaties een rubricering gegeven van vormen van geweld. Hij onderscheidt natuurgeweld, rampen en ongelukken, en geweld tussen mensen. De laatste categorie verdeelt hij dan weer in crimineel geweld, staatsgeweld en politiek geweld, en zo verder. Wij vroegen hem waarom hij zich in zijn werk beperkt tot oorlogsgeweld, vluchtelingen en gijzelaars en waarom hij zich niet bezig houdt met traumatisering door crimineel geweld, geweld binnen het gezin enzovoort; zijn daarvoor theoretische overwegingen of louter pragmatische? Het blijkt dat het laatste het geval is: de genoemde categorieën worden ook door de PBOG (Projectgroep Behandeling Oorlogs- en Geweldsgetroffenen) bij elkaar genomen, en je kunt bovendien nu eenmaal niet alles doen. Wel gaat hij ervan uit goede contacten te zullen kunnen opbouwen met deskundigen op verwante terreinen, zoals de binnenkort aan de Vrije Universiteit te benoemen hoogleraar geweld binnen het gezin.

Op onze vraag naar zijn opvattingen over de overeenkomsten en verschillen tussen de ervaringen van oorlogsgetroffenen, vluchtelingen en gijzelaars, verwijst prof. Van der Ploeg naar het artikel dat hij samen met F.A. Begemann voor dit nummer van ICODO-Info heeft geschreven.

Plannen

Na deze uitgebreide schets van zijn professionele levensloop vroegen wij prof. Van der Ploeg wat zijn plannen zijn als hoogleraar psychotraumatologie door oorlog en geweld.

”Ik ga mij voornamelijk richten op het onderwijs, vooral aan medicijnenstudenten hier in Leiden. Hopelijk kan ik dat later uitbreiden naar de sociale faculteit en misschien ook naar andere medische faculteiten in Nederland. In ieder geval heb ik ervoor gekozen mijn beperkte aanstelling niet te versnipperen over onderwijs, onderzoek en behandeling, maar echt prioriteit te geven aan het onderwijs.

Ik zou bijvoorbeeld een huisarts willen uitnodigen om de studenten iets te vertellen over geweldsslachtoffers in zijn praktijk: wat voor vragen stel je als je vermoedt dat er geweldservaringen in het spel zijn? Wanneer verwijst je, hoe, naar wie of wat? Er wordt vaak veel te snel verwezen; huisartsen kunnen in dit soort gevallen veel meer dan ze vaak denken. Maar het komt ook wel voor dat patiënten te lang worden vastgehouden, dat je zou willen zeggen: zorg nou toch liever voor een goede verwijzing naar een meer gespecialiseerde hulpverlener. Over dat soort dingen wil ik experts hun zegje laten doen.

Ook zou ik iemand willen hebben die ingaat op ethische aspecten. Neem nu eens het geval dat een journalist van een dagblad mij vraagt: wat zijn precies de kenmerken van geweldsslachtoffers, wat voor klachten hebben ze? Als ik die vraag beantwoord leest een slachtoffer dat in de krant en kan dat opvatten als mijn voorspelling over wat zijn klachten zullen zijn. En het is inderdaad voorgekomen dat mensen zich na die gijzelingen afvroegen: waar blijven nu die nachtmerries? Heb ik eigenlijk wel genoeg geleden? Of neem een andere kwestie: bestaat de tweede-generatieproblematiek? Ja, zonder enige twijfel. Maar aan de andere kant: als een oorlogsgetroffene van de eerste generatie tegen mij zegt: ik heb dingen meegemaakt waarvan ik nog steeds last heb; worden mijn kinderen nu ook slachtoffer?, dan moet ik duidelijk maken dat maar een deel van de tweede generatie, onder bepaalde omstandigheden, te maken zal krijgen met dat vreselijke lijstje stressstoornissen, omdat in ieder individueel geval ook allerlei andere factoren een rol spelen.

Ik wil de studenten leren dat ze een open oog moeten hebben voor de mogelijkheid dat bepaalde klachten van een patiënt te maken hebben met vroeger doorstaan geweld, zonder dat ze automatisch gaan denken: o, dat is een geweldsslachtoffer, dus depressief enzovoort. Dit lijkt mij iets waar in de opleiding interessante dingen over te zeggen zijn, en daar wil ik de aankomende dokters mee confronteren.”

Beleid

”Wat ik ook interessant vind is de vraag hoe ethisch de huidige wetgeving is ten opzichte van de geweldsslachtoffers. Wettelijk geregelde voorzieningen voor slachtoffers impliceren erkenning, en dat blijkt telkens weer heel belangrijk. Maar is het ook omgekeerd zo dat zonder wettelijke regelingen die erkenning niet mogelijk is? Ik vind dat mensen die arts worden, of therapeut, daar best eens over nagedacht mogen hebben, ook al zijn ze nog jong. En dan komt er vast wel een groepje uit zo'n heel studiejaar dat zich daar graag eens meer in verdiept, in de vorm van een avondcollege of een gespreksgroep of iets dergelijks. Ik zal proberen concreet te zijn. Een van de aanbevelingen van de PBOG, waarvan prof. Ben Polak voorzitter was en ik de laatste tijd waarnemend voorzitter, behelst het instellen van een aantal regionale steunpunten, een samenhangend netwerk van voorzieningen. Daarvan is nog niet zo vreselijk veel gerealiseerd, maar er zijn nu wel plannen in die richting. Ik heb het gevoel dat als het ministerie duidelijk laat zien dat er aan dergelijke steunpunten

gewerkt wordt, en als dat netwerk er inderdaad komt, de oorlogs- en geweldsgetroffenen de gedachte zullen hebben: áls ik nog eens van zoiets gebruik zou moeten maken, dan is het er tenminste.

Na de gijzelingen indertijd zijn bijvoorbeeld op een gegeven moment vrijwel alle slachtoffers bezocht vanuit de hulpverlening; die liet ook bij de mensen een adres achter en zei eigenlijk: als er iets is kun je ons bellen. En dan blijkt dat het weten dat er een persoon is met een telefoonnummer tot wie je je in geval van nood kunt wenden, voor veel mensen al voldoende was om een tijdlang gewoon goed te functioneren.

Het belang van zulk 'outreaching' optreden, actief hulp aanbieden, is erg groot. In ons onderzoek naar ex-gijzelaars hebben we een heel treffend gegeven gevonden: wie binnen een maand na de gijzeling door de huisarts thuis was bezocht, was er zo'n kleine tien jaar later duidelijk beter aan toe dan wie niet door zijn huisarts bezocht was. Alles wijst erop dat erkenning een voorwaarde is voor succesvolle verwerking."