

Hulp aan oorlogs- en andere geweldsgetroffenen: algemeen of specifiek?

F.A. Begemann* en H.M. van der Ploeg**

Inleiding

In ons land worden oorlogsgetroffenen, militaire geweldsslachtoffers en vluchtelingen en asielzoekers geholpen door zogenaamde specifieke instellingen, dat wil zeggen door instellingen die specifiek voor deze categorieën bedoeld zijn. Toch blijkt het *niet* zo te zijn dat deze categorieën geweldsslachtoffers alleen met specifieke hulpverleners te maken krijgen. Integendeel, zij komen voor in de praktijk van 'gewone' huisartsen; zij worden, indien nodig, in 'gewone' ziekenhuizen opgenomen; en aan het eind van hun leven komen ze in de bejaarden- of verzorgingshuizen waarin ook 'gewone' Nederlanders verblijven. En ook de Riagg's en AMW-instellingen spelen bij de hulp aan de geweldsslachtoffers een rol.

Tegen deze achtergrond zijn de volgende twee beleidsvragen te stellen:

1. Welke functie vervult de specifieke hulpverlening voor geweldsslachtoffers?
2. Hoe dienen de specifieke en algemene voorzieningen bij de hulp aan de geweldsslachtoffers samen te werken?

Het zijn deze twee vragen waarop wij in dit artikel zullen ingaan. Wij maken daarbij gebruik van enige recente theoretische inzichten, maar ook van de praktijkkennis van werkers binnen de specifieke hulpverlening.

In paragraaf 1 gaan we in op het sinds enige jaren door de American Psychiatric Association erkende diagnostische concept 'posttraumatische stress-stoornis'.

In paragraaf 2 behandelen we de door Brom en Kleber in aansluiting op de Amerikaanse psychiater Horowitz ontwikkelde psychologische visie op de gevolgen van geweld (Kleber, Brom en Defares 1986). Inzicht in de kenmerken van het verwerkingsproces - dat bij alle geweldsslachtoffers in grote lijnen gelijk blijkt te verlopen (Kleber en Brom 1988, p. 30) - is ook voor de beleidsbepaling essentieel.

Na deze behandeling van enige recente psychiatrische en psychologische inzichten geven we de visie van de mensen uit de praktijk. In paragraaf 3 komen deskundigen aan het woord die werkzaam zijn voor oorlogsgetroffenen, militaire slachtoffers, en voor vluchtelingen en asielzoekers. We zullen weergeven met welke vragen deze hulpverleners geconfronteerd worden, en hoe zij hun eigen rol in de hulpverlening opvatten.

In paragraaf 4 trachten we de theoretische en de praktische inzichten met elkaar te confronteren. We geven daar een analyse

* Drs. F. A. Begemann is als onderzoeksmedewerker verbonden aan de Stichting ICODO.

** Prof. dr. H. M. van der Ploeg is hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Leiden, met als leeropdrachten de theoretische en empirische aspecten van stress en angst in de medische situatie en de psychotraumatologie door oorlog en geweld.

van de *sociale dimensies* van het verwerkingsproces dat de geweldsslachtoffers doormaken. Alleen door rekening te houden met deze sociale dimensies kan men de rol van de specifieke hulpverlening begrijpen.

In paragraaf 5 zullen we dan, tenslotte, ingaan op de samenwerking tussen algemene en specifieke hulpverlening.

Dit artikel is een samenvatting van het onderzoeksrapport "Reacties op geweld" (Begemann 1987), dat werd vervaardigd ter ondersteuning van de werkzaamheden van de Projectgroep Behandeling Oorlogs- en Geweldsgetroffenen (PBOG). Het onderzoek vond plaats in opdracht van het Ministerie van WVC, en werd door dit Ministerie gefinancierd. De eerste auteur verrichtte het eigenlijke onderzoek; de tweede auteur had de supervisie over dit project.

1. Posttraumatische stress-stoornissen

In dit artikel zal het diagnostische concept 'posttraumatische stress-stoornissen' alleen summier behandeld worden. Voor nadere informatie wordt verwezen naar het artikel van Op den Velde (1988 zie ook 1989).^{*} Om de reikwijdte en de precieze betekenis van het begrip 'posttraumatische stress stoornis' (afgekort als PTSD, d.w.z. Posttraumatic Stress Disorder) te kunnen verduidelijken, moet eerst iets gezegd worden over de functie van het officiële handboek van de American Psychiatric Association, het 'Diagnostic and Statistical Manual' (DSM-III-R, 1987). Hoe is dit handboek opgezet, en hoe wordt het in de praktijk gebruikt?

DSM-III-R als meetinstrument

Het is de bedoeling dat DSM-III-R een psychiater of arts helpt om op een verantwoorde wijze tot een diagnose te komen. Het boek biedt hiertoe een groot aantal zeer expliciet geformuleerde *beslisregels*, die aangeven onder welke condities wel, en onder welke condities niet van een bepaald ziektebeeld sprake is. Het handboek fungeert dus vooral als meetinstrument: het wil geen uitputtende beschrijving, laat staan een verklaring, van de opgenomen ziektebeelden geven, maar alleen via zeer duidelijke regels de beslissingen van de artsen ondersteunen.

In de praktijk heeft het handboek bewezen deze functie op een goede wijze te kunnen vervullen. DSM III-R blijkt een *betrouwbaar* meetinstrument: artsen die in het gebruik ervan getraind zijn, bereiken bij hun diagnoses een grote mate van overeenstemming. Dat is een belangrijke verworvenheid: vóór de invoering van het handboek was het voor psychiatrische deskundigen veel moeilijker om het bij hun diagnoses eens te worden.

Posttraumatische stress-stoornissen

^{*} Dit artikel van Op den Velde is afgedrukt in de bundel 'De huisarts en de hulpverlening aan oorlogsgetroffenen' (1988), die voor hulpverleners zonder kosten bij de Stichting ICODO verkrijgbaar is.

Hoe DSM-III-R precies werkt, kan in dit artikel natuurlijk het beste aan het concept 'posttraumatische stress-stoornissen' (PTSD) verduidelijkt worden. Een arts mag alleen besluiten dat er bij een patiënt van een dergelijke stoornis sprake is als er aan vijf soorten eisen is voldaan:

1. *De aard van de traumatische ervaring.* Er moet sprake zijn van een gebeurtenis "die buiten het patroon van de gebruikelijke menselijke ervaringen ligt" en die "duidelijk leed zou veroorzaken bij vrijwel iedereen" (Koster van Groos 1988). Er moet dus sprake zijn van een extreem traumatische situatie.
2. *Herbeleven.* Uit de symptomen - bijvoorbeeld nachtmerries - moet blijken dat de slachtoffers hun traumatische ervaringen herbeleven.
3. *Vermijden.* Uit de symptomen - bijvoorbeeld het 'vergeten' of verdringen van bepaalde voorvallen moet blijken dat de slachtoffers hun herinneringen trachten te vermijden. Ook verschillende vormen van "afstomping van de algemene reactiviteit" (Koster van Groos 1988) worden door DSM-III-R in dit verband genoemd: bijvoorbeeld gevoelens van onthechting en vervreemding, of aantasting van het vermogen lief te hebben.
4. *Verhoogde prikkelbaarheid.* Het slachtoffer moet voortdurend last hebben van de bekende spanningsklachten, zoals slaap- en concentratieproblemen.
5. *De duur van de stoornis.* De symptomen moeten tenminste een maand duren. Er is sprake van een zogenaamd 'verlaat begin' als de symptomen zes maanden of later na afloop van het trauma optreden.

Voor een volledige opsomming van de diagnostische criteria verwijzen we naar DSM-III-R (1987).

Vraagtekens

Zoals gezegd is de betrouwbaarheid van DSM-III-R hoog. Maar een goed meetinstrument moet behalve betrouwbaar ook *valide* zijn: het moet meten wat het geacht wordt te meten. En wat dit betreft zijn er nog een aantal ingewikkelde theoretische problemen. (Zie bijvoorbeeld Breslau en Davis 1987.)

Voor de praktijk van de hulpverlening is vooral van belang of alle personen die wij in de Nederlandse situatie tot de geweldsslachtoffers rekenen, ook vallen onder de criteria van DSM-III-R. Iemand die bijvoorbeeld tijdens de oorlog Joden in huis had, heeft jarenlang aan spanningen blootgestaan, en kan daaraan klachten hebben overgehouden. Maar vallen zijn ervaringen onder het onder punt 1 genoemde?

Dezelfde vraag kan men stellen ten aanzien van vluchtelingen die niet gemarteld, maar 'alleen maar' met geweld bedreigd zijn. Hulpverleners weten dat langdurige bedreiging angstaanjagende fantasieën kan doen ontstaan, die ernstige klachten kunnen veroorzaken. Maar kan men bij deze slachtoffers spreken van een posttraumatische stress-stoornis? Bij vluchtelingen moet men daarenboven - dat blijkt in de praktijk - rekening houden met het feit dat onder invloed van culturele verschillen de geweldservaringen leiden tot symptomen die kunnen verschillen van die van cliënten uit onze cultuur; vaak lijken de door DSM-III-R genoemde criteria voor hen minder goed bruikbaar.

En wat moet men denken van de klachten van de partners en kinderen van geweldsslachtoffers: zij zijn tientallen jaren zeer direct bij het verwerken van het geweld betrokken geweest, en steeds meer deskundigen zijn van mening dat men ook hen tot

De betekenis van DSM-III-R voor de geweldsslachtoffers

de geweldsslachtoffers moet rekenen; maar zij vallen niet onmiddellijk onder de door DSM-III-R genoemde criteria.

Uit deze voorbeelden blijkt dat er problemen kunnen ontstaan als men de groep geweldsslachtoffers via de criteria van DSM-III-R zou willen afgrenzen. Hier liggen vragen waarmee beleidsmakers nauwkeurig rekening zullen moeten houden. Naar aanleiding van DSM-III-R kan men twee conclusies trekken:

1. Vrij algemeen is nu aanvaard dat geweld ook na een lange latentieperiode - een periode waarin niet of nauwelijks symptomen lijken voor te komen - nog tot klachten kan leiden.
2. Bovendien blijken vergelijkbare reacties niet alleen op te treden bij oorlogsgetroffenen, maar bij alle slachtoffers van geweld of van andere ernstige psychotraumata. Omdat DSM-III-R uitsluitend als diagnostisch handboek wil fungeren, beperkt het zich zoveel mogelijk tot een opsomming van de symptomen. Over het ontstaan van de posttraumatische stress-stoornissen en over de mechanismen die daarbij een rol spelen, wordt in dit handboek niets gezegd. Wie iets wil begrijpen van de achtergronden van de late gevolgen van geweld, moet andere literatuur raadplegen. Voor de Nederlandse situatie zijn de dissertaties van Brom (Brom, Kleber en Defares 1986) en Kleber (Kleber, Brom en Defares 1986) van belang (zie ook Kleber en Brom, 1988).*

2. Een psychologische visie op posttraumatische stress-stoornissen

Sinds de American Psychiatric Association het PTSD-concept heeft erkend, is er een stroom literatuur verschenen waarin theorieën over de gevolgen van geweld ontwikkeld worden, en waarin gezocht wordt naar mogelijkheden voor de hulpverlening. In Nederland is op dit gebied belangrijk werk verricht door de psychologen Brom en Kleber. Zij hebben verschillende behandelingsmethoden vergeleken (Brom, Kleber en Defares 1986) en daarnaast een theorie ontworpen over het verwerken van extreme traumata (Kleber, Brom en Defares 1986). Deze theorie sluit nauw aan bij de visie van de Amerikaanse psychiater Horowitz (1976). Het is belangrijk dit feit te vermelden, omdat Horowitz grote invloed heeft gehad op het formuleren van het PTSD-concept.

We zullen eerst beschrijven wat volgens Brom en Kleber de essentie is van een geweldservaring; vervolgens zullen we ingaan op wat volgens hen de kenmerkende eigenschappen van het verwerkingsproces zijn; en tenslotte zullen we aangeven welke voordelen hun benadering heeft voor de praktijk van de hulpverlening. De paginanummers verwijzen naar Kleber, Brom en Defares (1986).

Geweld

* Het artikel van Kleber en Brom is afgedrukt in de bundel 'Huisarts en gevolgen van geweld' (1988), die voor hulpverleners zonder kosten bij de Stichting ICODO verkrijgbaar is.

Volgens Brom en Kleber vertonen situaties waarin mensen slachtoffer worden van geweld twee belangrijke kenmerken:

1. Door het geweld lijden de slachtoffers *ingrijpende verliezen*, en dit heeft op hun levens een ontwrichtende invloed (p. 11; p. 250).

Wij hoeven hier niet aan te geven welke verliezen er tijdens de oorlogsjaren zijn veroorzaakt. Vergelijkbare verliezen hebben de vluchtelingen en asielzoekers geleden: hun familieleden en kameraden zijn gemarteld, geëxecuteerd of 'verdwenen'; en door de ballingschap moesten ze hun geboorteland achterlaten (wat dit betreft zijn er parallellen met de Indische categorie).

Het geweld leidt ook tot immateriële verliezen: ook de aantasting van iemands lichamelijke of seksuele of morele integriteit kan tot psychische schade leiden. Belangrijk is ook dat niet alleen het feitelijk ondergaan van geweld traumatiserend is, maar ook de (langdurige) geweldsdreiging.

2. De slachtoffers kennen steeds *onmacht* om zich tegen het geweld te verweren (p. 7; p. 179). De Duitse en Japanse overwinnaars heersten op basis van een militair overwicht. Tijdens de oorlogsjaren bleek gewapend verzet maar op heel beperkte schaal mogelijk; het overgrote deel van de verzetsdaden vond in het verborgene plaats, en de verzetsdeelnemers leefden onder een voortdurende dreiging van arrestatie en internering. Ook vluchtelingen en asielzoekers stonden meestal onmachtig tegenover het militair overwicht van het regime in hun land van herkomst. Het geweld is dus niet alleen traumatiserend omdat dit tot ontwrichtende verliezen leidt, maar ook omdat de slachtoffers onmachtig zijn om zich hiertegen te verweren.

Volgens DSM-III-R vertonen de geweldsslachtoffers een verhoogde waakzaamheid. De verklaring die Brom en Kleber voor dit verschijnsel geven is interessant omdat hierdoor een nieuw facet van de gewelds traumatisering naar voren komt (p. 179; p. 182). Geweld of dreiging met geweld heeft een ontwrichtende werking omdat de meeste mensen niet werkelijk kunnen geloven dat zij ooit slachtoffer zouden kunnen worden. Het is bekend dat er in Nederland en in het voormalig Nederlands-Indië nauwelijks rekening werd gehouden met de mogelijkheid van een bezetting; en ook na de inval had de overgrote meerderheid van de bevolking geen idee wat de gevolgen van de nederlaag zouden zijn. En ook nu, nu de historische feiten bekend zijn, blijft de werkelijkheid van de internerings- en de vernietigingskampen onvoorstelbaar. Ook voor militairen is de confrontatie met het geweld een schok: zelfs de meest langdurige en intensieve training kan iemand niet echt voorbereiden op de werkelijkheid van het gevecht. En ook de vluchtelingen en asielzoekers waren in meerderheid niet op het geweld voorbereid.

Verwerken

Omdat de werkelijkheid van het geweld zo onvoorstelbaar is, leidt het ondergaan ervan tot een radicale aantasting van de levensvisie van de slachtoffers. Onder normale omstandigheden bestaat er een soort psychisch pantser dat mensen afschermt van de mogelijkheid van het geweld. Bij de geweldsslachtoffers is dit pantser doorbroken, en dit maakt dat zij na hun geweldservaringen in een angstwekkende werkelijkheid leven. Volgens Brom en Kleber hebben de slachtoffers een aantal 'illusies' verloren bijvoorbeeld het geloof in de persoonlijke onkwetsbaarheid en in het vermogen zichzelf tegen geweld te beschermen. Het verloren

gaan van deze illusies leidt niet alleen tot een verhoogd angstniveau, maar maakt het voor de slachtoffers ook noodzakelijk om tot een nieuwe visie te komen op zichzelf en op de werkelijkheid. Als men begrijpt dat de geweldsslachtoffers na hun geweldservaring hun levensvisie moeten herzien, worden veel verschijnselen van het verwerkingsproces begrijpelijk. Dit is het centrale inzicht van Horowitz (1976), en het is de grote verdienste van deze auteur dat hij begrijpelijk heeft gemaakt dat het verwerkingsproces een eigen rationaliteit heeft.

Volgens Horowitz kunnen de slachtoffers alleen een nieuwe visie op hun leven opbouwen als zij stilstaan bij wat zij hebben doorstaan; maar tegelijkertijd moeten zij zich beschermen tegen de overweldigende emoties die verbonden zijn aan de herinneringen aan het geweld (p. 95). En dus kan men bij de slachtoffers twee tendenties waarnemen, die in tegengestelde richting werken (Kleber e.a., p. 169 e.v.). Aan de ene kant is er de zogenaamde 'voltooiingstendentie', die leidt tot het in de herinnering keer op keer opnieuw beleven van wat er gebeurd is. Aan de andere kant is er een tendentie gericht op het beschermen van het psychisch evenwicht: deze tendentie leidt periodiek tot het vermijden en verdringen van de herinneringen.

Horowitz (p. 100) benadrukt dat beide tendenties voor een goed verwerkingsproces noodzakelijk zijn. Het is dus niet zo dat herbeleven 'goed' en het vermijden of verdringen van de herinneringen 'slecht' zou zijn. Voor een geslaagd verwerkingsproces is een evenwicht tussen herinneren en vermijden nodig, en meestal weten de slachtoffers zelf het beste waar dit evenwicht ligt.

Twee functies van het verwerkingsproces

Volgens Brom en Kleber is dit wisselende patroon van herbeleven en vermijden kenmerkend voor elk verwerkingsproces. Volgens deze auteurs heeft het verwerkingsproces steeds twee functies:

1. De slachtoffers trachten op de eerste plaats hun gevoelens van onmacht te overwinnen (p. 172). Het is bekend dat de meeste oorlogsgetroffenen na de bevrijding snel weer aan het werk zijn gegaan. Gedeeltelijk kan dit verklaard worden uit de mentaliteit van de naoorlogse jaren: iedereen werd geacht aan de wederopbouw deel te nemen. Maar ook de slachtoffers zelf wilden meestal snel overgaan tot de orde van de dag: het leek de beste manier om hun gevoelens van onmacht te boven te komen. Hetzelfde patroon ziet men bij militairen: ook bij hen is de snelle aanpassing een resultaat van sociale pressie maar ook van een eigen behoefte om de onmacht tegenover het geweld te overwinnen. Wij weten nu dat deze snelle aanpassing in veel gevallen een schijnoverwinning is geweest: als na jaren de symptomen terugkomen, wordt duidelijk dat de slachtoffers het geweld niet echt te boven zijn gekomen. Bij de hulpverlening aan vluchtelingen en asielzoekers tracht men - wijzer geworden door de lessen van het verleden - door een goede opvang meteen na de aankomst in Nederland de gevolgen op langere termijn zoveel mogelijk te voorkomen.
2. Daarnaast trachten de slachtoffers aan hun ervaringen zin en betekenis te geven (p. 176 e.v.). Dit aspect komt vooral in de

latere fasen van het verwerkingsproces naar voren. Bij de oorlogsgetroffenen zien we bijvoorbeeld dat door de terugkeer van de herinneringen in de tweede levenshelft de behoefte groeit om over het verleden te vertellen. Er is een groeiende stroom van door oorlogsgetroffenen vervaardigde autobiografische geschriften. Daarnaast ziet men het gesprek tussen ouders en kinderen en in groepen van lotgenoten op gang komen.

Brom en Kleber en
DSM-III-R

Het is de verdienste van Brom en Kleber dat zij de door DSM-III-R genoemde symptomen in een zinvolle samenhang plaatsen. In navolging van Horowitz zien zij het verwerkingsproces bestaan uit een afwisseling van herbeleven en vermijden. Dit verklaart de in DSM-III-R onder punt 2 en 3 genoemde symptomen. De verhoogde waakzaamheid (punt 4) brengen zij in verband met het wegvallen van het geloof aan de eigen onkwetsbaarheid en almacht. Bij het specificeren van de stressor (punt 1) gaan Brom en Kleber verder dan DSM-III-R, omdat zij de essentie van de traumatiserende situaties trachten te omschrijven: volgens hen zijn het de alles ontwrichtende verliezen die het geweld aanricht en de onmacht om zich tegen dit geweld te verweren, die de slachtoffers psychisch beschadigen.

Wat de gevolgen op langere termijn betreft: evenals DSM-III-R geven Brom en Kleber aan dat geweld ook na een lange latentieperiode nog tot symptomen kan leiden. En ook uit het werk van deze auteurs blijkt dat late gevolgen niet alleen na oorlogsgeweld maar ook na andere psychotraumata kunnen optreden (p. 148).

Implicaties voor de praktijk

Tot slot van deze paragraaf dient gewezen te worden op twee elementen van de theorie van Brom en Kleber die met name voor de praktijk van de hulpverlening van belang zijn.

1. Brom en Kleber benadrukken dat alleen bij een minderheid van de slachtoffers de verwerking pathologisch verloopt. Weliswaar zullen bijna alle slachtoffers van geweld na afloop van de traumatisering klachten vertonen, maar deze klachten zijn een onvermijdelijk gevolg van het herbeleven van de ervaringen. En dit herbeleven is - dat is hierboven al aangegeven - voor het verwerkingsproces onmisbaar. Het is belangrijk dat Brom en Kleber hier met nadruk op wijzen, omdat voorkomen moet worden dat de slachtoffers van geweld onnodig *gemedicaliseerd* worden (p. 255). Natuurlijk zullen slachtoffers van extreem geweld relatief vaak naar professionele - en ook medische - hulpverleners verwezen moeten worden, maar het is een gevaarlijk misverstand te menen dat dit in alle gevallen noodzakelijk zou zijn. Gelukkig blijken zeer veel slachtoffers in staat om met steun van hun directe omgeving - hun partner, hun familieleden en vrienden, de huisarts - hun ervaringen te verwerken.

2. Brom en Kleber geven aan dat ook *sociale factoren* bij het verwerkingsproces een rol spelen (p. 221 e.v.). Zij denken daarbij op de eerste plaats aan culturele verschillen: we hebben al gezien dat het verwerkingsproces bij vluchtelingen en asielzoekers onder invloed van culturele factoren tot andere symptomen en klachten kan leiden. Daarnaast benadrukken Brom en Kleber dat de

directe omgeving bij het verwerkingsproces een belangrijke rol speelt. Op de rol van de omgeving van de slachtoffers zullen we nog uitgebreid terugkomen. Want uit de interviews met medewerkers van de specifieke hulpverlening waarop het rapport "Reacties op geweld" gebaseerd is, wordt overduidelijk dat de slachtoffers door de reacties uit de samenleving fundamenteel worden beïnvloed. En de specifieke hulpverlening is onderdeel van de samenleving, en speelt als zodanig een belangrijke rol bij het verwerkingsproces.

3. Over welke kennis beschikt de specifieke hulpverlening?

Bij het onderzoek voor "Reacties op geweld" werd uitgegaan van de hypothese dat de medewerkers van de specifieke hulpverlening beschikken over een gespecialiseerde *technische* kennis. Als deze hypothese zou kloppen, dus als men bij deze hulpverleners gespecialiseerde technische kennis zou aantreffen, dan zou men de verhouding tussen specifieke en algemene hulpverlening kunnen vergelijken met die tussen de medische specialisten en de huisartsen.

Geen technisch specialisme

Tijdens de interviews werd al snel duidelijk dat deze hypothese verworpen moest worden. Uit de gesprekken kwamen hiervoor twee argumenten naar voren:

1. Allereerst bleken de cliënten van de specifieke hulpverlening met veel meer problemen te kampen dan met de gevolgen van hun geweldservaring alleen: de hulpverleners worden geconfronteerd met een brede scala van klachten. Door de respondenten werd letterlijk gezegd dat alle klachten die bij de algemene hulpverlening voorkomen ook aan de specifieke hulpverleners gepresenteerd kunnen worden.

2. Om op dit brede scala van klachten te kunnen reageren, moeten de medewerkers van de specifieke hulpverlening een brede scala van technieken toepassen. Natuurlijk stellen zij zich op de eerste plaats open voor de verhalen van hun cliënten. Maar daarnaast passen zij hulpverleningsstrategieën toe die niet wezenlijk verschillen van die van algemene hulpverleners. Het is dus een misverstand te menen dat de specifieke hulpverleners tijdens hun werk een specifieke 'geweldsmethodiek' toepassen.

Deze twee argumenten tezamen zijn voor een goed begrip van het eigen karakter van de specifieke hulpverlening van wezenlijk belang. Wanneer men kijkt naar de *praktijk van de hulpverlening*, dan blijkt dat men noch vanuit de aard van de gepresenteerde klachten, noch vanuit de toegepaste hulpverleningsstrategieën de eigen functie van de specifieke hulpverlening kan omschrijven. De specifieke hulpverleners reageren met 'gewone' methodieken op 'gewone' problemen. Omdat de specifieke hulpverlening niet over gespecialiseerde *technische* kennis beschikt, kan men de verhouding tussen algemene en specifieke hulpverlening niet vergelijken met die tussen huisartsen en specialisten.

Betekent deze constatering nu dat de specifieke hulpverlening geen maatschappelijke functie heeft, en dat de door deze instellingen vervulde werkzaamheden zonder bezwaar door de algemene hulpverlening kunnen worden overgenomen? Nee, de specifieke hulpverlening blijkt voor de geweldsslachtoffers wel degelijk een essentiële rol te hebben, en om deze rol te kunnen vervullen dienen de hulpverleners bovendien over gespecialiseerde kennis te beschikken. Maar het gaat hierbij niet om technische kennis, maar om kennis van een principiële ander karakter. In deze paragraaf zullen wij dit nader toelichten. Wat is het bijzondere karakter van de kennis waarover de specifieke hulpverleners beschikken? Een eerste indicatie vormt de manier waarop deze hulpverleners de klachten van hun cliënten beschrijven. Een arts, werkzaam voor geïnvalideerde militairen, schildert de problemen van deze groep als volgt:

”De mensen hebben een lichamelijke handicap, dat kan van alles zijn. (...) De lichamelijke gevolgen van de verwonding moet men dragen met een lichaam dat verouderd en dat slijtageverschijnselen gaat vertonen... Ook de belastbaarheid van de mensen neemt af: men redt het meestal niet tot het pensioen. Maar dikwijls zie je de strijd om toch, ondanks alles, voor honderd procent te willen functioneren, het beeld dat bekend is van de oorlogsgetroffenen. De mensen beleven hun klachten tegen de achtergrond van het verleden: hun kwalen hangen ze op aan wat ze toen hebben meegemaakt.” (Begemann, 1987, p. 50)

Deze arts somt niet alleen de klachten op, maar hij geeft - en dat is essentieel - ook de *context* aan waarbinnen de cliënten deze klachten beleven. Hij schildert een geabstraheerde levenslijn van een gemiddeld dienstslachtoffer, en hij maakt duidelijk dat deze levenslijn *betekenis* geeft aan de lichamelijke klachten. Alle tijdens het onderzoek geïnterviewde hulpverleners beschrijven de klachten van hun cliënten op een vergelijkbare wijze. Een hulpverlener werkzaam voor vluchtelingen en asielzoekers zegt bijvoorbeeld:

”... we [merkten] dat de vluchtelingen na hun aankomst een soort honeymoon-fase beleven, ze zijn dan een beetje euforisch. Bovendien worden ze overspoeld met dingen die ze moeten doen: taallessen, een woning inrichten, etcetera. Na één of anderhalf jaar merken ze dat het toch niet zo mooi was als ze dachten: ze vinden geen werk, de taal blijkt moeilijker dan ze dachten. Als ze hun nieuwe situatie werkelijk gaan begrijpen, zie je opnieuw de klachten komen. Voor de asielzoekers zijn de spanningen rond de asielprocedure allesoverheersend.” (Begemann 1987, p. 51)

Ook deze hulpverlener brengt de klachten van de cliënten in relatie tot hun voorgeschiedenis, en weer is het de context die de

De rolopvatting van de specifieke hulpverleners

klachten betekenis geeft. Om de klachten zo te kunnen beschouwen, moeten de hulpverleners natuurlijk kennis hebben van de geschiedenis en achtergronden van de groep waarvoor zij werkzaam zijn.

Op zichzelf is het aandacht schenken aan de voorgeschiedenis en leefsituatie van de cliënt niet het monopolie van de specifieke hulpverlening: elke goede hulpverlener zal rekening houden met de context van de klachten die hem gepresenteerd worden. Wel kenmerkend voor de specifieke hulpverleners is dat zij de kennis van de historisch-maatschappelijke context gebruiken bij de definitie van de rol van de eigen organisatie en - in het verlengde hiervan - van hun eigen rol. Een hulpverlener werkzaam voor militaire slachtoffers zegt bijvoorbeeld:

"Vlak na de oorlog hebben de gewonde militairen zich georganiseerd in de Bond voor Nederlandse Militaire Oorlogsslachtoffers (later werd daar aan toegevoegd: Dienstsachtoffers). Het was een belangenvereniging ... op basis van lotsverbondenheid. (...) De cliënten beschouwen het Centrum als hun huis: "Dit is onze plek, een plek waar wij terecht kunnen." Eigenlijk zijn we helemaal niet zulke geschikte hulpverleners: we zijn jonger, we hebben het zelf niet meegemaakt, ik ben een vrouw. Maar voor de cliënten maakt het niets uit: wij zijn er voor hen, dit is hun Centrum." (Begemann 1987, p. 53)

Een hulpverlener werkzaam bij de Stichting 1940-1945 definieert zijn rol op precies dezelfde wijze:

"De Stichting is opgericht op basis van de onderlinge solidariteit van het verzet. De Stichting heeft getracht deze solidariteit gestalte te geven. De professionals hebben deze taak voor een deel overgenomen. Het is de taak van de beroepskrachten om vanuit dezelfde solidariteit te blijven werken: de verzetsmensen moeten voelen dat we door dik en dun achter ze staan." (Begemann 1987, p. 54)

Ook een medewerker die hulp verleent aan Joodse cliënten beschrijft de rol van zijn organisatie vanuit de historische context:

"Elk mens heeft een eigen huis nodig, een huis dat bij hem past. De Sinai-kliniek probeert voor Joodse mensen een Joods huis te zijn... (...) Dat is nodig vanuit de geschiedenis van het Joodse volk. Denk aan de diaspora, en de feestdagen die herdacht worden, denk aan het gezegde: volgend jaar in Jeruzalem. Voortdurend is de thematiek aanwezig: terug naar het beloofde land, naar de plek waar ik me veilig kan voelen en waar ik hoor. Het begrip huis past daarbij. Het geeft veiligheid, het sluit af voor een vijandige omgeving, en het staat toe volgens eigen regels en normen en waarden te leven." (Begemann 1987, p. 54)

Deze hulpverleners definiëren hun rol niet rechtstreeks vanuit de klachten en hulpvraag van de cliënt; maar zij volgen daarbij een omweg, waarbij tenminste drie stappen zijn te onderscheiden:

1. De hulpvraag van de cliënten wordt gezien tegen de achtergrond van de historische en situationele context.
2. Vanuit deze historische context wordt de functie omschreven die de eigen organisatie voor de cliënt heeft.
3. Vanuit de functie van de eigen organisatie kan de hulpverlener tenslotte zijn eigen rol invullen.

Kennis en attitude

Wij menen dat deze drie stappen essentieel zijn voor de rolopvatting van de medewerkers van de specifieke hulpverlening, en dat het op deze wijze omschrijven van de eigen rol het meest wezenlijke kenmerk is van deze vorm van hulpverlening. Natuurlijk is er specialistische kennis nodig om de eigen rol op deze wijze te kunnen invullen. Maar de hulpverlener heeft deze kennis niet nodig om (gespecialiseerde) hulpverleningsstrategieën toe te passen, maar om tegenover zijn cliënten een bepaalde houding te verwerven:

”Als je pas bij de Stichting werkt, ben je in het begin nog wat afstandelijk. Pas als je met de verzetsmensen in contact komt en hun verhalen te horen krijgt, raak je onder de indruk. Door het directe contact met de cliënten gaat de professionele hulp die je te bieden hebt beter aansluiten op de verwachtingen van de verzetsmensen. Je gaat ook de solidariteit meer voelen.” (Begemann 1987, p. 53)

Er bestaat een essentieel verschil tussen de technische kennis die een hulpverlener gebruikt om bepaalde methodieken te volgen, en de kennis van de historische en situationele context die hem helpt om tegenover de cliënt een goede attitude te verwerven:

”Een chirurg weet welke handelingen hij in welke volgorde voor een bepaalde operatie moet uitvoeren. Dat is een heel belangrijke vorm van kennis: het leven van de patiënt hangt er van af. Maar er is daarnaast een heel ander soort kennis. (...) [Denk aan een] Joodse man die de feestdagen en de holocaust herdenkt: ook dat is weten, weten van de geschiedenis, van wat er gebeurd is met de mensen waar je bij hoort. Het is duidelijk dat deze laatste vorm van weten van een heel andere orde is dan die van de chirurg.

Hulpverleners hebben, net als de chirurg, hun technische kennis: dat is vanzelfsprekend, daarom hebben de mensen die hier werken hun diploma van psycholoog, psychiater of maatschappelijk werker. Maar voor het werken in deze instelling is vooral die tweede soort van kennis nodig, en die kennis heeft een heel andere kwaliteit. Het is een weten dat doordrenkt is van emotie, doordrongen van hechting en van binding. Als een cliënt niet voelt dat dit soort kennis bij zijn hulpverlener aanwezig is, zal

hij niet met hem kunnen spreken.” (Begemann 1987, p. 56)

Technische en
communicatieve kennis

Het hier bedoelde onderscheid is nader te verduidelijken met een begrippenpaar dat is geïntroduceerd door Habermas (1968). Deze auteur onderscheidt twee fundamentele categorieën in het menselijk gedrag. Allereerst is er doelgericht handelen, handelen dat streeft naar een vastliggend doel. Dit handelen verloopt volgens *technische regels*, of regels die een rationele keuze mogelijk maken. Naast doelgericht handelen onderscheidt Habermas communicatief handelen. Dit handelen verloopt volgens *normen* die door ten minste twee mensen gedeeld moeten worden, en die tot gedeelde verwachtingen over het wederzijdse gedrag leiden.

Voor een goed begrip van de specialistische kennis van de specifieke hulpverleners is het door Habermas gemaakte onderscheid essentieel. Binnen de specifieke hulpverlening beschikt men niet over een bijzondere 'geweldsmethodiek': de technische kennis van de hulpverleners verschilt niet wezenlijk van die van hun collega's bij de algemene hulpverlening. Hun specialisme ligt op een ander terrein, namelijk op dat van het communicatief handelen. De hulpverleners beschikken over gespecialiseerde *communicatieve kennis*: zij kennen de geschiedenis van de groep waarvoor zij werken, zij weten onder welke condities hun cliënten hun ervaringen moeten verwerken, en zij hebben in de praktijk geleerd wat hun cliënten tijdens dit verwerkingsproces meemaken. In de volgende paragraaf zullen we ingaan op de vraag waarom de communicatieve kennis van de specifieke hulpverleners voor hun cliënten zo belangrijk is.

4. Het sociale isolement van de geweldsslachtoffers

Het ondergaan van geweld betekent voor alle slachtoffers - daar hebben Brom en Kleber op gewezen - een radicale ontwijking van het normale bestaan. Militairen worden bijvoorbeeld naar het slagveld getransporteerd en krijgen hun eerste ervaringen met de werkelijkheid van de oorlogsvoering. Onder druk van de vervolging moeten vluchtelingen en asielzoekers het ingrijpende besluit nemen om hun vaderland en hun familie en vrienden achter te laten. De burger-oorlogsgetroffenen raken door een bombardement opeens familie en bezittingen kwijt. En de vervolgingsslachtoffers worden door de deportatie en internering in een onvoorstelbare werkelijkheid geplaatst: alleen de aankomst in de kampen moet al een niet te verwerken ervaring zijn geweest.

Onuitwisbare herinneringen

In alle gevallen ondergaan de slachtoffers gebeurtenissen die niet alleen levensbedreigend zijn maar die ook radicaal verschillen van alles wat zij eerder hebben meegemaakt: ook voor de slachtoffers zelf is de werkelijkheid van het geweld onvoorstelbaar. En zolang het geweld voortduurt, verkeren velen van hen in een psychische schoktoestand: zij kunnen de door hun ervaringen opgeroepen emoties op geen enkele wijze toelaten. Maar

wel wordt de onvoorstelbare werkelijkheid die zij beleven met een onuitwisbare helderheid in hun geheugen gegrift. En als de alledaagse werkelijkheid zich weer hersteld heeft, blijven zij de beelden van wat er gebeurd is met zich meedragen.

Omdat de beelden en herinneringen bij de slachtoffers onuitwisbaar aanwezig blijven, groeit er met het verstrijken van de tijd een steeds grotere discrepantie tussen hun persoonlijke werkelijkheid 'binnen' en de sociale werkelijkheid 'buiten'. 'Van buiten' herstelt zich de alledaagse routine, en lijkt het gevaar geweken. Vluchtelingen worden, althans persoonlijk, na aankomst in Nederland niet langer bedreigd (maar de vervolging van hun familie en kameraden gaat door). Het geweld dat de oorlogsgetroffen en de meeste militaire slachtoffers geleden hebben, ligt inmiddels tientallen jaren achter ons: steeds minder mensen weten uit eigen ervaring wat oorlog is. Ook omdat in de sociale werkelijkheid 'buiten' het geweld niet meer aanwezig is, trachten de slachtoffers hun ervaringen te vergeten.

Maar wanneer dit vergeten niet lukt, of wanneer de herinneringen aan het geweld - vaak na een jarenlange latenteperiode - terugkeren, wordt duidelijk hoe diep de discrepantie is tussen de persoonlijke werkelijkheid van de slachtoffers en de sociale werkelijkheid om hen heen. Door het herbeleven vallen de geweldsslachtoffers terug in de tijd: hun angstwekkende ervaringen sluiten op geen enkele wijze meer aan bij de werkelijkheid van de mensen in hun omgeving. Het is, naast de heftigheid van de emoties, ook deze onoverbrugbaar lijkende afstand tussen 'binnen' en 'buiten' die het voor de slachtoffers zo moeilijk maakt om over hun ervaringen te vertellen. En dus ziet men dat velen van hen in een sociaal isolement terecht komen.

De sociale betekenis van symptomen

De symptomen bij de slachtoffers hangen voor een deel samen met dit sociale isolement. Symptomen wijzen immers op een verstoring niet alleen van het individueel-psychologische, maar ook van het sociale functioneren. Door de terugkeer van de herinneringen ervaren de slachtoffers zulke heftige emoties dat zij de greep op hun leven kwijtraken: dit controleverlies is een voorbeeld van een psychologisch effect van de herbeleving. Maar het controleverlies heeft ook sociale gevolgen. Als de slachtoffers door hun klachten moeten worden afgekeurd, ervaren zij bijvoorbeeld schaamtegevoelens: zij zien het als een capitulatie als het hun niet langer lukt om zich aan de sociale regels te houden. En omdat zij ervaringen hebben die zij met niemand denken te kunnen delen, trekken zij zich steeds verder terug in een maatschappelijk isolement.

Een man vertelde bijvoorbeeld dat hij tijdens verjaardagen soms last kreeg van beelden van de oorlog, en dat hij dan grappen maakte om deze beelden weg te dringen. Deze man was bang dat hij door zijn emoties overmand zou worden, en dat hij dan het feest in de war zou sturen. Door het maken van grappen trachtte hij dit te voorkomen. Het tragische is dat de familieleden alleen de grap-

pen zagen, en geen moment vermoedden wat deze man 'van binnen' beleefde.

Door de heftige emoties waarmee het herbeleven gepaard gaat, kunnen er allerlei secundaire klachten ontstaan, zoals concentratie- en slaapproblemen of psychosomatische klachten. De schaamtegevoelens kunnen zich ook tot deze klachten uitbreiden.

Dezelfde man vertelde dat hij niemand over zijn hoge bloeddruk durfde te vertellen, "want dat hangt met de oorlog samen".

Isolement

Het verhaal is voor de slachtoffers moeilijk te vertellen, maar het is voor de mensen in hun omgeving ook moeilijk te beluisteren. Er is meestal geen sprake van onwil en onverschilligheid. De omstanders zijn vooral bang voor de hevige emoties van de slachtoffers, en ze voelen zich onmachtig omdat ze niet weten hoe ze op het verhaal moeten reageren. Het zijn de angst en onmacht bij de slachtoffers en bij de mensen in hun omgeving die het praten over het geweld zo dikwijls bemoeilijken. Beide partijen willen het verhaal over de gruwelijke gebeurtenissen maar liever vermijden. Deze vermindering van twee kanten staat bekend als de 'conspiracy of silence'.

De met de tijd groeiende discrepantie tussen de persoonlijk beleefde werkelijkheid van de slachtoffers en de sociale werkelijkheid om hen heen, verklaart voor een belangrijk deel het isolement waarin zij zo vaak terecht komen. Het doorbreken van dit isolement dient een van de voornaamste doeleinden van de specifieke hulpverlening te zijn. En de communicatieve kennis van de specifieke hulpverleners speelt in dit verband een centrale rol. Door hun kennis van de geschiedenis en de bijzondere achtergronden van hun cliënten kunnen zij hen als het ware tegemoet komen, en zo voor hen de discrepantie tussen 'binnen' en 'buiten' verkleinen.

Het belang van communicatieve kennis

Alleen het feit al dat de cliënten weten dat de hulpverleners van hun achtergronden op de hoogte zijn, maakt het voor hen makkelijker hun zwijgen te doorbreken. Want ook wat alleen aangeduid kan worden kunnen de specifieke hulpverleners, op basis van hun voorkennis, aanvoelen en begrijpen. Deze voorkennis maakt het bovendien mogelijk om de klachten en symptomen - die voor de cliënten zelf vaak onverklaarbaar zijn - in een kader te plaatsen en zo voor een deel van hun angstwekkende lading te ontdoen. Want door hun kennis van de algemene kenmerken van het verwerkingsproces, maar ook van de bijzondere kenmerken die dit proces voor elke categorie weer anders maken, kunnen de specifieke hulpverleners de cliënten wijzen op de overeenkomsten tussen hun reacties en die van lotgenoten.

Omdat de specifieke hulpverleners beschikken over communicatieve kennis, hebben zij - in vergelijking met hun collega's van de algemene hulpverlening - makkelijker toegang tot de gewelds-

slachtoffers. Zij kunnen in contact komen met cliënten die voor de algemene hulpverleners onbereikbaar zijn geworden. Als men zich realiseert hoe extreem de traumatisering vaak is geweest, en hoe diep het isolement kan zijn dat rond de slachtoffers is gegroeid, dan begrijpt men dat dit voor de praktijk van de hulpverlening aan geweldsslachtoffers van essentieel belang is.

In de praktijk blijkt eveneens dat het voor de slachtoffers uitermate bevrijdend kan werken als zij te horen krijgen 'dat zij niet de enigen zijn': pas als zij merken dat hun lotgenoten vergelijkbare reacties vertonen, kunnen de slachtoffers geloven dat hun klachten niet wijzen op een persoonlijk falen maar dat ze - gegeven hun bijzondere voorgeschiedenis - begrijpelijk en verklaarbaar zijn. Ook kennis van de voorgeschiedenis en de context van het verwerkingsproces kan de hulpverleners helpen om de door Brom en Kleber bepleite demedicalisering te bereiken.

Wanneer de slachtoffers over hun ervaringen kunnen vertellen, en bovendien te horen krijgen dat zij niet de enigen zijn die nog lijden onder de gevolgen van het geweld, dan is er bij de hulpverlening een essentieel resultaat behaald. Maar voor het overwinnen van het isolement van de slachtoffers is dit nog niet voldoende. Dit isolement is immers een *sociaal probleem*: het wijst op een verstoorde relatie tussen de slachtoffers en de belangrijke figuren in hun omgeving.

Nieuwe aanzetten in de hulpverlening

Tegen deze achtergrond is het een goede zaak dat er de laatste tijd binnen de specifieke hulpverlening allerlei vormen van hulp tot ontwikkeling komen die gericht zijn op een verbetering van de relatie tussen de slachtoffers en hun omgeving. Partnergesprekken kunnen bijvoorbeeld de eenzaamheid van de cliënten zelf verlichten, maar ook die van hun partners; deze partners zijn door de klachten van het slachtoffer dikwijls zwaar belast. Gesprekken tussen ouders en kinderen blijken voor beide partijen zeer verrijkend; de problematiek van de naoorlogse generatie die op dit moment naar voren komt, zou erop kunnen wijzen dat in het verleden de hulp aan de oorlogsslachtoffers te veel op het individuele slachtoffer gericht is geweest, en dat de gezinsleden vaak te weinig aandacht hebben gekregen. Belangrijk zijn ook de vele vormen van lotgenotenhulp die men de laatste jaren ziet ontstaan (Schneiders 1985). Juist omdat herkenning en erkenning bij de hulpverlening zo'n centrale rol spelen, hebben de slachtoffers elkaar zeer veel te bieden.

De samenwerking tussen algemene en specifieke hulpverlening moet men tegen deze achtergrond zien. Het isolement van de slachtoffers wordt minder als zij met hun problemen ook bij de lokale voorzieningen terecht kunnen. Naar onze mening vormt het verruimen van de mogelijkheden hiertoe een van de essentiële taken van de specifieke hulpverlening.

5. De verhouding tussen algemene en specifieke hulpverlening

Nu we aan het eind van dit artikel zijn aangekomen, zullen we ingaan op de verhouding tussen de algemene en de specifieke hulpverlening. Onze stelling luidt dat bij de hulp aan geweldsslachtoffers algemene en specifieke hulpverleners elkaar nodig hebben, en dat er gezocht moet worden naar wegen om de samenwerking, die in de praktijk al bestaat, uit te breiden en te verbeteren.

Het aanvullende karakter van de specifieke hulpverlening

Het is een feit dat veel geweldsslachtoffers binnen de algemene hulpverlening goed worden opgevangen (s' Jacob 1989, p. 83). Natuurlijk zijn er ook minder positieve geluiden, maar in ieder geval is het een misvatting om te menen dat de geweldsslachtoffers alleen bij de specifieke hulpverlening terecht kunnen. De door deze instellingen verstrekte hulp kan, hoe waardevol ook, niet meer bieden dan een ondersteuning van en een aanvulling op de bestaande hulpverlening.

Dat blijkt op de eerste plaats uit de capaciteit van de specifieke instellingen: met de beschikbare menskracht kan aan de cliënten alleen een in tijd beperkte hulp aangeboden worden. Dat betekent dat alle geweldsslachtoffers hoe dan ook op de algemene voorzieningen moeten terugvallen.

Op de tweede plaats blijkt het aanvullende karakter van de specifieke hulpverlening uit het feit dat de hulpverleners daar niet gespecialiseerd zijn in technische maar in communicatieve kennis. Bij de specifieke instellingen ontvangen de cliënten geen specifieke 'geweldsbehandeling'. Het specialisme van deze instellingen is veeleer het winnen van het vertrouwen van cliënten die zo ernstig getraumatiseerd zijn dat zij voor de algemene hulpverleners onbereikbaar zijn geworden. Wanneer men zich voor ogen houdt hoe extreem de geweldstraumatisering vaak is geweest, dan zal duidelijk zijn dat dit geen geringe opgave is. Bij de specifieke hulpverlening kunnen daarnaast hulpverleningsprocessen die elders zijn vastgelopen, opnieuw op gang komen. Ook dit is, gezien de ernst van de geweldsproblematiek, een essentiële functie. Maar het is een illusie te menen dat de specifieke hulpverlening het zonder de algemene hulpverlening zou kunnen stellen. En dus zal er gezocht moeten worden naar wegen om de al bestaande samenwerking te handhaven en te verbeteren.

Groeiende samenwerking

Het blijkt gelukkig niet zo te zijn dat de algemene hulpverlening alle cliënten met geweldservaringen naar de specifieke hulpverlening doorverwijst. Wel zie je, en dat is een gunstige ontwikkeling, dat men steeds vaker bij de collega's van de specifieke instellingen om consultatie vraagt. Consultatie is een van de beste manieren om de communicatieve kennis van de specifieke instellingen naar de algemene hulpverlening door te geven. Informatieoverdracht blijkt vooral effectief als de ontvanger van de informatie een concreet probleem heeft en als de verstrekte informatie

op dit probleem aansluit - en deze condities zijn bij het vragen van consultatie aanwezig. Ook het verstrekken van informatie op het moment dat de cliënten uit de specifieke hulpverlening naar de lokale voorzieningen worden terugverwezen blijkt, om vergelijkbare redenen, goed te werken. Instellingen als het ICO-DO, het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen en VluchtelingenWerk Nederland houden zich daarnaast met de eveneens noodzakelijke algemene informatieoverdracht bezig.

Om niet een al te rooskleurig beeld te schetsen, willen wij ook op enige factoren wijzen die de samenwerking bemoeilijken. Deze factoren hangen samen met de voor de hulpverlening fundamentele spanning tussen distantie en betrokkenheid. De werkers in de specifieke hulpverlening lopen het risico dat ze te zeer bij hun cliënten betrokken raken. Bij de algemene hulpverleners lijkt het gevaar eerder te zijn dat men tegenover de geweldsslachtoffers een te grote afstand bewaart.

Weerstanden bij de algemene hulpverlening

Allereerst enige opmerkingen over de weerstanden bij de algemene hulpverlening. Op huisartsen, RIAGG's en maatschappelijk-werk-instellingen wordt een beroep gedaan door zeer veel categorieën cliënten, die allemaal van mening zijn dat de eigen problematiek uniek is en dat elke hulpverlener daarvan alles moet afweten. Ook van instellingen werkzaam voor oorlogsgetroffenen zijn in het verleden wel eens dit soort geluiden vernomen. Het is begrijpelijk dat de algemene hulpverleners deze claims afwijzen. Want het is natuurlijk ondoenlijk om van alle problemen en achtergronden op de hoogte te zijn.

Wat mogen de geweldsslachtoffers dan wel van de algemene hulpverlening verwachten? Het lijkt ons dat kennis van de post-traumatische stress-stoornissen en van het verwerkingsproces thuishoort binnen de opleiding van alle hulpverleners (waaronder wij ook huisartsen rekenen). Brom en Kleber hebben er terecht op gewezen dat het door hen geschilderde patroon zo algemeen is, dat het inzicht geeft in de effecten van een brede scala van "schokkende gebeurtenissen" (Kleber en Brom 1988, p. 30). Zelfs het verwerken van ingrijpende positieve ervaringen vertoont hetzelfde patroon. Anders is het gesteld met de kennis van de historische en culturele achtergronden van de verschillende categorieën slachtoffers. Wij menen dat men niet van de algemene hulpverleners kan verwachten dat zij zich tot in de details in deze zaken verdiepen. Natuurlijk wordt de hulpverlening vergemakkelijkt als de hulpverlener enig inzicht heeft in de achtergronden van de cliënt; maar in de praktijk blijkt de attitude van de hulpverlener belangrijker dan zijn kennis: het gaat er op de eerste plaats om of hij bereid is zich voor het bijzondere verhaal van de cliënt open te stellen, en of hij diens 'algemene' problematiek binnen de historische en maatschappelijke context wil beschouwen.

Het is voor hulpverleners niet altijd makkelijk om deze openheid op te brengen. De verhalen van de geweldsslachtoffers zijn vaak sterk emotioneel geladen, en kunnen de luisteraars fundamenteel onmachtig maken. De werkers binnen de specifieke

hulpverlening weten echter - en dit is een belangrijke boodschap voor hun collega's bij de algemene instellingen - dat het willen luisteren het meest waardevolle is dat de hulpverlener te bieden heeft, en dat de slachtoffers vooral aandacht en respect nodig hebben. De cliënten zelf beseffen vaak het beste dat de sporen van het geweld niet zijn uit te wissen; en ze verwachten zeker niet dat de hulpverleners hen op de een of andere manier zullen 'genezen'. Dat betekent natuurlijk niet dat hun situatie via het oplossen van praktische problemen niet zou zijn te verbeteren.

Weerstand bij de specifieke hulpverlening

De weerstanden bij de specifieke hulpverlening tegen de samenwerking met de algemene hulpverlening hebben, zoals gezegd, te maken met de sterke betrokkenheid die de specifieke hulpverleners jegens hun cliënten voelen. Van werkers in de specifieke sector wordt verwacht dat zij de moed kunnen opbrengen om zich in de verhalen van de slachtoffers te verdiepen. In de praktijk leidt dit dikwijls tot een sterke identificatie tussen hulpverlener en cliënt. Dit brengt twee risico's met zich mee. Hulpverleners kunnen besmet raken door de onmacht van hun cliënten, en dit kan na kortere of langere tijd bij de hulpverlening tot overbelasting leiden (Van der Ploeg 1981). Het tweede risico is dat de hulpverleners samen met hun cliënten in een maatschappelijk isolement terecht komen. Hierboven is al beschreven dat geweldsslachtoffers vaak jarenlang in een sociaal isolement verkeren. Vanuit dit isolement vertonen zij de neiging om de wereld in te delen in 'zij-die-er-niets-van-weten', en 'wij-die-het-zelf-hebben-meeemaakt-en-dus-weten-wat-het-is'. Wanneer zij een hulpverlener in vertrouwen nemen, gaat deze in hun beleving horen bij 'wij-die-weten-wat-het-is', en hier kan een sterk emotioneel appèl van uitgaan. De meeste specifieke hulpverleners hebben van hun cliënten te horen gekregen dat deze 'dit nog nooit aan iemand hebben kunnen vertellen'. Een dergelijke mededeling is strelend voor het zelfgevoel van de hulpverlener, maar kan deze ook in de mening bevestigen dat alleen binnen de specifieke hulpverlening de geweldsslachtoffers begrepen kunnen worden. Het is een misschien begrijpelijke, maar desondanks uitermate schadelijke reactie. Wanneer ook de hulpverlener gaat geloven dat 'alleen wij' de geweldsslachtoffers kunnen begrijpen, helpt hij zijn cliënt niet meer bij het overwinnen van diens isolement maar versterkt hij dit alleen nog maar. Hij wordt daarmee ontrouw aan een centrale doelstelling van de specifieke hulpverlening: het doorbreken van het maatschappelijke isolement van de slachtoffers.

Conclusie

Het is niet alleen voor de geweldsslachtoffers maar ook voor de specifieke hulpverlener zelf belangrijk om met de collega's uit de reguliere sector een regelmatig contact te onderhouden. In deze contacten wordt de specifieke hulpverlener aangesproken op zijn 'algemene' deskundigheid: hij zal bijvoorbeeld de problemen van zijn cliënten in de termen van zijn professionele kennis moeten analyseren. Dit kan hem helpen om ten opzichte van zijn cliënt de noodzakelijke afstand te behouden. Deze distantie is

niet alleen noodzakelijk om de gevoelens van onmacht te overwinnen, maar ook om niet te bezwijken voor de verleiding om samen met de cliënt voor het isolement te kiezen. Regelmatige contacten met de algemene hulpverlening herinneren de specifieke hulpverlener aan het feit dat hij bij de zorg voor de geweldsslachtoffers er niet alleen voor staat.

Literatuur

F.A. Begemann. Reacties op geweld: onderzoek naar de hulpvraag van oorlogsgetroffenen, militaire geweldsgetroffenen, gijzelingslachtoffers, vluchtelingen en asielzoekers. Stichting ICODO, Utrecht, 1987

N. Breslau en G.C. Davis. Posttraumatic stress disorder: the stressor criterion. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease* vol. 175 (1987), 5

D. Brom, R.J. Kleber en P.B. Defares. Traumatische ervaringen en psychotherapie. Swets en Zeitlinger, Lisse, 1986 (academisch proefschrift eerste auteur)

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third Edition - Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987

J. Habermas. Technik und Wissenschaft als 'Ideologie'. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1968

M.J. Horowitz. Stress response syndromes. Jason Aronson, San Francisco, 1976

R.R. s' Jacob. Hulpverlening aan oorlogsgetroffenen: ervaringen met de hulpverlening van mensen die moeten leven met de nadelige gevolgen van de Tweede Wereldoorlog. NIMAWO, 's-Gravenhage, 1989

R.J. Kleber, D. Brom en P.B. Defares. Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking. Swets en Zeitlinger, Lisse, 1986 (academisch proefschrift eerste auteur)

R.J. Kleber en D. Brom. De verwerking van geweldservaringen en het ontstaan van verwerkingsstoornissen: een integrale benadering. In: S.G. van der Veen en W.D. Visser (red.). Huisarts en gevolgen van geweld. Stichting ICODO, Utrecht, 1988

G.A.S. Koster van Groos (vertaling). Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM III-R. Swets en Zeitlinger, Lisse, 1988

H.M. van der Ploeg. De hulpverleners. In: J. Bastiaans e.a. Mensen bij gijzelingen: een psychologisch onderzoek bij slachtoffers van gijzelingen. A.W. Sijthof, Alphen aan den Rijn, 1981

E. Schneiders. Gespreksgroepen voor oorlogsgetroffenen, hun partners en hun kinderen. In: Het maatschappelijk werk en de hulpverlening aan oorlogsgetroffenen. Stichting ICODO, Utrecht, 1985

W. Op den Velde. De posttraumatische stress-stoornissen. In: S.G. van der Veen en W.D. Visser (red.). De huisarts en de hulpverlening aan oorlogsgetroffenen. Stichting ICODO, Utrecht, 1988

W. Op den Velde. Posttraumatische stress-stoornissen. In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde vol. 133 (1989), 32, p. 1586-93