

Die herinneringen dringen zich steeds indringender op

Interview met W.F. Schreuder

Michaël Boekstal*

De heer Schreuder is sinds 1978 als psychiater aan het Sinai-Centrum verbonden. Wilde oorspronkelijk zenuwarts worden, de combinatie van psychiatrie en neurologie. Maar een jaar Sinai-Centrum in het kader van z'n opleiding maakte hem duidelijk waar z'n grootste interesse lag. Wat hem het meest aantrok was de samenwerking met andere disciplines.

'In het begin was het alleen algemene psychiatrie. We kenden de term KZ-syndroom, maar wat dat nou inhoudelijk inhield, wisten we toen nog niet goed. Daar hadden we de patiënten ook niet naar. De patiënten die in die tijd werden opgenomen, pasten meer in de algemene psychiatrie. Psychotische patiënten, depressieve mensen, manisch-depressieven. We wisten toen al wat de kern van het probleem kon zijn, dat wat we nu psychotrauma noemen. Maar iemand met schizofrenie help je niet door naar de kern van het probleem te gaan. Net zo min als je mensen met een andere psychiatrische stoornis op die manier kan helpen. Het type patiënt was in die tijd niet gebaat geweest bij een dergelijke aanpak.'

'Daarbij hadden we toen een relatief grote groep bejaarden met psychogeriatrische problemen, dementie en zo. Van die mensen weet je dat de levensverwachting in neergaande lijn is. Dan moet je een afweging maken. Dan moet je je concentreren op het scheppen van een woon- en leefmilieu waarin die mensen naar hun oude waarden kunnen terugkeren. Het jodendom en de daarbij behorende rituelen. Daar was in die jaren op die afdeling het meest behoefte aan, dat leverde de grootste bijdrage aan het hervinden van een klein beetje geluk in de laatste fase van het leven.'

'Dat we in die tijd de problematiek nog niet zoals nu definieerden, betekent niet dat de problematiek er niet was. Mensen met wat we toen een KZ-syndroom noemden, zagen we niet hier intern, maar voornamelijk ambulante. En hier intern, binnen de klinische psychiatrie, zagen we het ook wel, maar versluierd, je moest er een oog voor ontwikkelen. Pas in een later stadium, toen er meer patiënten waren van wie de kernfuncties steviger waren, kon het onderwerp echt ter sprake worden gebracht. In eerste instantie werd er door de patiënten afwijzend gereageerd. Er mocht wel over het verleden gepraat worden, maar dan over de periode voor de oorlog. Niet over de oorlog zelf.'

* De heer M. Boekstal is copywriter.

'Pas eind jaren zeventig ontstond een groep patiënten bij wie de traumatische ervaringen duidelijk op de voorgrond stonden. Dat waren de eersten die er ook over wilden praten, waardoor voor ons het beeld steeds duidelijker werd. Toch wisten we er nog niet zo goed op te anticiperen. In die tijd waren de groepen tijdens therapie zeer divers van samenstelling. Patiënten die tijdens groepsgesprekken wilden praten over hun oorlogsverleden, werden ontmoedigd door patiënten die geen problematisch oorlogsverleden hadden. Toen zijn uiteindelijk een paar patiënten naar me toe gekomen en hebben me gevraagd of we één uur per week, facultatief, aan die problematiek konden besteden.'

'Dat die problematiek pas zo laat aan de orde kwam, kwam niet alleen door onze patiëntenopbouw. Dat kwam uiteraard ook door het uitsteleffect. Het overlevingsmechanisme dat z'n werk moet doen. Eerst werken, trouwen, kinderen krijgen, pas veel later is er ruimte om iets aan die problemen te doen. Volgens mij is dat het enige mechanisme dat werkt. Een normaal mechanisme. Als je eerst aan de psychische problemen was gaan werken, dan was het opbouwen van een nieuw leven nooit meer gelukt. Je ontwikkelt allerlei strategieën voor jezelf om te overleven. Tijdens de oorlog, maar ook daarna. Pas jaren later, als het overleven een minder grote rol speelt en je aan leven toekomt, merk je dat je op dat punt tekortschiet.'

'Voor mij is het duidelijk dat de getraumatiseerden buitenspel zijn gezet. Niet alleen tijdens de periode van oorlog en vervolgen, maar ook daarna. Om dergelijke trauma's te kunnen overleven moet je in staat zijn je autochtone gevoelens - dat zijn in principe je meest spontane gevoelens - uit te schakelen.

Gevoelens van vreugde, van verdriet, van creativiteit, van jezelf presenteren, jezelf belangrijk vinden ... die moet je uitschakelen. Immers, tijdens de oorlog kon elke spontane uiting een negatieve uitwerking op jezelf en op je directe omgeving hebben. De keuze om die gevoelens uit te schakelen is op dat moment volkomen terecht, maar is later niet meer functioneel. Dan zet het je buiten het leven. Je loopt vast in je relatie, of in je werk. Je merkt dat je jezelf buitenspel zet, ook sociaal.'

'Het is een enorme deceptie te moeten merken dat dat overlevingsmechanisme dat je jaren overeind heeft gehouden, niet meer werkt. Dat leidt vaak tot depressies of andere klachten, allerlei vluchtmechanismen. Het is in de therapie dan ook onvermijdelijk - hoe pijnlijk dat ook is, maar het moet - om de patiënt er op te wijzen dat zijn of haar eigen gedrag zelf mede schuldig is aan dat sociale isolement. Toch benadruk ik ook altijd dat mensen trots op zichzelf mogen zijn, dat ze iets gepresteerd hebben, iets ongehoorlijks gepresteerd hebben. Die keuze - en dat is dan een keuze tussen aanhalingstekens - die toen werd genomen, de keuze om te overleven, die werkt nu misschien niet meer. Maar dat neemt niet weg dat die keuze je in staat heeft gesteld om iets neer te zetten, om iets op te bouwen. En daar mag je niet te gering over denken.'

'De therapie is er op gericht het trauma een plaats te geven. Mensen worden onvrijwillig met het trauma geconfronteerd. Niet alleen op het moment zelf, we hebben het hier over de periode daarna. In nachtmerries komt het terug, het uit zich in slapeloosheid, in angst- en spanningstoestanden, in plotselinge associaties die schijnbaar zomaar bij een bepaalde gebeurtenis opkomen. De paniek die daaruit volgt. Die herinneringen dringen zich steeds indringender op. Tot je uiteindelijk het hier en nu als een oorlogstoestand beleeft. De kunst is nu om met behulp van therapie dat trauma weer in de geschiedenis te plaatsen. Om hier en nu weer ruimte en tijd te vinden. Ruimte en tijd waarin de gevoelens van hier en nu beleefd kunnen worden. Waarin de dagelijkse problemen van hier en nu weer kunnen worden opgelost. Want ook dat is vaak een kenmerkend aspect van mensen met een psychotraumatisch stress-syndroom. Het niet kunnen hanteren van problemen, machteloosheid. Het niet meer opgewassen zijn tegen problemen. Mensen hebben vaak constant het gevoel eigenlijk helemaal niets meer te voelen.'

'In de therapie spelen gesprekken een belangrijke rol. Groeps gesprekken waar je erkenning en herkenning vindt, waar je met lotgenoten kunt delen. Zaak is ook om vooral via non-verbale therapieën bepaalde dingen deels weer naar boven te laten komen, zodat de gebeurtenissen uit het verleden weer een chronologische plek gaan krijgen, zodat je verbanden gaat leggen. Zodat je bijvoorbeeld een nachtmerrie een plaats kunt geven. Niet een symbolische plaats, maar zodat je weet waarom je bepaalde nachtmerries hebt. Zodat je weet bij welke tijd, in welke periode die nachtmerrie hoort. Pas dan ben je in staat het verleden in ieder geval beter te accepteren en het ook in de verleden tijd te plaatsen.'

'Eén van de belangrijke dingen is dat je weer toekomt aan spontaniteit. En een groot onderdeel van spontaniteit is het creatief zijn. Creatief zijn betekent niet kunstenaar zijn.

Creatief bezig zijn is leren spontaan uiting te geven aan je gevoelens. Daar gaat het om. In het begin van de therapie leggen we dan ook veel nadruk op creatieve, non-verbale therapie, waarbij meestal blijkt dat mensen zich daarin kunnen uiten. Ook al moeten er in het begin heel veel weerstanden overwonnen worden, omdat het vaak doet denken aan school, of aan handenarbeid. Het is je taak om dat eerst te ontzenuwen. Bovendien moet je ervoor waken dat mensen zichzelf geen perfectionistische doelstellingen opleggen. Dat is juist één van de kenmerken van het overleven, hele hoge eisen aan zichzelf stellen. Je overleeft alleen maar als je perfect bent. En dat maakt de kans op teleurstellingen alleen maar groter als je dat niet lukt.'

'Perfectionisme, gebrek aan spontaniteit, machteloosheid, gevoelloosheid ..., het is een hele diversiteit aan uitingen, die door elkaar lopen en vaak versluierd zijn. Ondanks die diversiteit blijken er hoofdthema's te zijn, grootste gemene delers. Een gemeenschappelijk ervaren, een gevoel dat je bij alle mensen met

een posttraumatisch stress-syndroom tegenkomt. Eén van die hoofdthema's is het ervaren van een totale afwezigheid van bescherming.'

'Wellicht is het daarom dat ons specialisme zich juist in Nederland heeft kunnen ontwikkelen. Omdat ik denk dat het gevoel van volkomen onbeschermd te zijn bij de Nederlandse joden nog veel meer speelt dan bij joden uit andere landen. De Nederlandse joden zijn niet alleen gepakt door de Duitsers, maar ook verschrikkelijk in de steek gelaten door Nederland.

Nederland bood nauwelijks weerstand en was binnen een paar dagen bezet. Daarna onderging men de gevolgen van de perfecte Nederlandse bevolkingsregistratie. En de weinigen die terugkwamen, werden aan hun lot overgelaten. Misschien is het daarom dat we het in Nederland sneller en duidelijker hebben herkend dan in andere landen, omdat het onbeschermd zijn verder droeg en dus ook de gevolgen verder dragen.'

'Het is bitter te moeten constateren dat we het bestaansrecht van ons specialisme wellicht daaraan te danken hebben. Een bestaansrecht dat ook in de toekomst nog aanwezig zal zijn. Ondanks de leeftijdsopbouw van de doelgroep waaraan we ons specialisme ontleend hebben, want die doelgroep is er op een gegeven moment gewoonweg niet meer. Maar dat zal niet betekenen dat onze kennis alleen nog ontwikkeld zal worden vanuit de tweede generatie-oorlogsproblematiek. Er zijn meer groepen met een weliswaar andere achtergrond, maar met dezelfde problematiek.'

'Dan denk ik aan onze Indische oorlogsgetroffenen, die we hier ook behandelen. Ik denk voor de toekomst zeker ook aan de vluchtelingen die we in ons land opnemen. Wat dat betreft heeft de overheid weinig geleerd van de repatriëring van de Indische bevolkingsgroep, die vanuit een oorlogssituatie vaak nog lange tijd in tussenkampen in bijvoorbeeld Singapore moesten doorbrengen en hier vervolgens niet al te vriendelijk werden ontvangen. Een voortzetting in feite van de bedreigende situatie. En dat is precies hetzelfde wat we nu met een grenshospitium en dat soort dingen doen.'

'Een groep die we zeker ook niet mogen vergeten zijn de incest-slachtoffers. Als je het bijvoorbeeld over zo'n hoofdthema als de totale afwezigheid van bescherming hebt, of over het grote gezinsgeheim, dan zijn de parallellen evident. Helaas is er nog een grote toekomst voor de behandeling van het posttraumatisch stress-syndroom.'

Noot

Dit interview is eerder verschenen in: A.J. de Jong (red.), *Facetten van traumabehandeling*. Assen: Van Gorcum, 1996. (Sinai-Cahiers)