

Psychische nood bij holocaust-overlevenden en hun kinderen in Israël, veertig jaar later

prof.dr. H. Dasberg¹

Inleiding

Israël viert dit jaar zijn veertigjarig bestaan en ik ben ervan overtuigd dat deze gelegenheid niet onopgemerkt zal blijven in Nederland, mijn land van herkomst. Als Israëliisch staatsburger (sinds bijna veertig jaar) voel ik mij zeer vereerd te zijn uitgenodigd om bij deze feestelijke gelegenheid de Israëliische psychiatrie te vertegenwoordigen.

Professor Bastiaans is een toonaangevende persoonlijkheid in de naoorlogse Europese psychiatrie; hij is dat altijd geweest en hij zal dat ook blijven. Hij heeft het leven van talloze slachtoffers van extreme onderdrukking gerehabiliteerd en gereorganiseerd. Zijn psychotherapeutische inzichten zijn overal ter wereld bekend en zijn zowel voor therapeuten als voor patiënten een lichtend voorbeeld. Op een bepaalde manier beschouw ik mij als zijn discipel.

Wij hebben elkaar voor het eerst ontmoet in 1970 tijdens een Internationaal Psychosomatisch Congres in Jeruzalem. Bij die gelegenheid vertelde professor Bastiaans zijn Israëliische toehoorders, waaronder ook ik mij bevond, over zijn behandeling van concentratiekampslachtoffers met behulp van LSD. Dat maakte grote indruk op mij en daarom heb ik zijn uitnodiging, in 1971, om voor een periode van drie maanden naar Leiden te komen aanvaard. Sinds die tijd heb ik een

¹ Prof.dr. Dasberg is 'Elie Wiesel Professor voor de studie van de psychosociale gevolgen van de holocaust', Bar-Ilan Universiteit, Ramat-Gan, Israël en directeur van het Latner Instituut voor 'Psychotherapie-Research' te Jeruzalem (geaffilieerd met de Hebreeuwse Universiteit te Jeruzalem).

groot deel van mijn klinische activiteiten gericht op de behandeling van posttraumatische stoornissen.

'Ver weg en toch dichtbij' is het thema van dit symposium. Ik neem aan dat dit betrekking heeft op de wreedheden van de Tweede Wereldoorlog en op zijn slachtoffers. Men moet hierbij echter niet vergeten dat er ook op dit moment op veel plaatsen in de wereld vervolgingen plaatsvinden, die vele slachtoffers eisen.

Volgens onlangs gepubliceerde statistieken (Harff en Gurr 1988) zijn sinds het einde van de Tweede Wereldoorlog op het slagveld van officieel geregistreerde oorlogen drieëneenhalf miljoen mensen omgekomen. Ten gevolge van andere rampen kwamen nog eens drieëneenhalf miljoen mensen om, en tengevolge van nieuwe politieke en volkerenmoorden zeveneneenhalf miljoen. En wie weet hoeveel miljoenen slachtoffers nu nog in leven zijn die lijden onder de late fysieke, psychische en sociale gevolgen van deze nieuwe wreedheden? Men kan hier slechts naar gissen.

Ik heb besloten om hier vandaag als jood en als Israëli te spreken over de joodse holocaust in Europa en over de late klinische gevolgen van de holocaust, vooral in Israël. Ik neem echter aan dat hetgeen ik hierover te zeggen heb ook van toepassing is op vele situaties elders in de wereld.

Er zijn mensen die de holocaust als een historisch onderwerp beschouwen, dat men ergens in de jaren 1939 tot 1945 kan plaatsen. Dat vindt men blijkbaar lang geleden: ver weg dus.

Vertaald in termen van tijd zou het thema van dit symposium als volgt luiden: 'Lang geleden, en toch altijd aanwezig, hier en nu'. En men zou er in de vorm van een vraag aan toe kunnen voegen: Hoe ziet de toekomst eruit? Zal de holocaust ook over een groot aantal jaren nog altijd bij ons zijn? Deze vraag geeft reden tot ongerustheid, maar het is een vraag die zowel gesteld als beantwoord moet worden, vooral door psychotherapeuten, door docenten van komende generaties psychotherapeuten en door beleids mensen die verantwoordelijk zijn voor de voorzieningen op het gebied van de volksgezondheid. Maar vormen de late gevolgen van de holocaust wel een groot probleem voor de volksgezondheid? Ook nog in onze tijd?

Een typisch joods antwoord zou zijn: hoe durf je zo'n vraag te stellen? Was de holocaust niet het grootste trauma in de geschiedenis van ons volk? Hoe durf je zelfs maar in twijfel te trekken dat de late psychi-

sche gevolgen nog wijdverbreid zijn? Het is pas veertig jaar geleden. Als jood zou ik door zo'n wedervraag tot zwijgen zijn gebracht. Maar als clinicus heb ik deugdelijk bewijsmateriaal nodig. Waar kan men dit bewijsmateriaal vinden?

Bij het bestuderen van de literatuur trof ik in de conclusies van een uitgebreid overzicht dat onlangs in Nederland is uitgekomen (Schudel en Peppinkhuizen 1987) het volgende aan: huidige stresssituaties, naoorlogse spanningen en vooroorlogse predisposities interacteren met oorlogstraumata, en wel op zo'n manier dat men in veel gevallen onmogelijk de feitelijke oorzaak van de huidige klinische problemen vast kan stellen (p. 186). Volgens deze Nederlandse auteurs is dit een kwestie van subjectieve interpretaties van clinicus en patiënt (p. 187). Als ik deze onwetenschappelijke conclusies laat voor wat ze zijn en me nu wend tot de psychotherapeuten, dan zullen deze zeggen: Wij *behandelen* patiënten, en iedere patiënt levert ons het onweerlegbare bewijs dat de holocaust in deze tijd nog altijd aanwezig is en de oorzaak is van vermindering van creativiteit, van heel veel lijden, van allerlei symptomen en ook van invaliditeit. *Objectieve* waarnemers zullen echter geen genoegen nemen met een generalisatie op grond van individuele gevalsbeschrijvingen. Psychotherapeuten zullen daartegenover zeggen: Wij beschikken over het soort kennis dat gebaseerd is op een intieme relatie met onze patiënten. Door hun en onze eigen directe emotionele ervaring en innerlijke overtuiging en inzicht hebben wij deze kennis verkregen. Echter, waarnemers die bij het ministerie van volksgezondheid met *objectieve* bewijzen moeten komen, zullen het pleidooi van psychotherapeuten niet accepteren.

De wereld van de hulpverlening is niet de enige plaats waar dit soort emotionele discussies plaatsheeft. Zij maken deel uit van een fundamentele ambivalentie in de relatie met holocaust-overlevenden die kenmerkend is voor de maatschappij als geheel (Dasberg 1987).

Ik wil ook een paar woorden wijden aan de ambivalentie die in Israël heerst. Van de hand van Dina Porat, een Israëliëse historica, is in 1986 een boek verschenen met de titel 'An entangled leadership'. Zij beschrijft daarin het gedrag van de leiders van de joodse gemeenschap in Palestina in de jaren 1940-1945. Voordat Rommel bij El-Alamein werd verslagen, hielden deze leiders rekening met de mogelijkheid dat hun gemeenschap in Palestina uitgeroeid zou worden. Na 1942 werden zij geconfronteerd met het feit dat de joodse bevolking in Europa inderdaad werd uitgeroeid; Europa dat toen nog de voedings-

bodem van de joodse cultuur was. De leiders bleken volslagen machteloos, zowel op politiek als op psychologisch niveau, toen zij met deze holocaust geconfronteerd werden. Op een aantal uitzonderingen na overheerste in Palestina in die jaren een gevoel van machteloosheid en hulpeloosheid. Dit had de gebruikelijke verdedigingsmechanismen van schuldgevoel, ontkenning, verdringing van de werkelijkheid en verkeerde beoordelingen tot gevolg.

De verhalen van de paar overlevenden die in de jaren 1942, 1943 en 1944 Palestina bereikten werden niet geloofd.

Na 1945 beschuldigde men de overlevenden ervan dat zij zich als vee naar de slachtbank hadden laten leiden. De heroïsche opstand in Warschau was de enige gebeurtenis waarover men in die eerste naoorlogse jaren wilde horen.

Toen brak in 1947 de volgende oorlog uit, waarbij het ging om de overleving van het jodendom, de Onafhankelijkheidsoorlog van Israël. En deze werd gewonnen.

Sindsdien heeft Israël herhaaldelijk oorlog moeten voeren en arriveerden er steeds weer nieuwe groepen immigranten die zich in het land vestigden. Holocaust-overlevenden bleven echter nog jarenlang ontkenning en zelfs psychologische afwijzing ervaren.

Overigens is het ook zo dat men in de Israëlische samenleving een veelheid van holocaust-thema's aantreft. Yad-Vashem, monumenten, gedenkdagen, processen tegen nazi's, openbare debatten en vakgroepen voor geschiedenis en maatschappelijk werk die cursussen op het gebied van de holocaust aanbieden, zijn daar voorbeelden van. Toch stellen psychotherapeuten die in Israël geboren zijn en daar ook hun opleiding hebben gehad, zich zeer terughoudend op ten opzichte van traumatische holocaust-ervaringen van hun cliënten (Robinson en Dasberg 1988).

Psychotherapeuten maken immers deel uit van de samenleving en vertonen dezelfde ambivalenties die de samenleving kenmerken. Bastiaans - in vele lezingen in Nederland - en Yael Danieli in de VS (1980) hebben de moeilijkheden waar psychotherapeuten mee te maken krijgen bij de behandeling van omvangrijke traumata, op heldere wijze uiteengezet.

We hebben naar mijn mening, naast meer en beter onderricht en supervisie, tevens behoefte aan een overzicht dat laat zien hoe groot de hoeveelheid late klinische gevolgen van de holocaust is. Ook psychotherapeuten die menen dat zij over een speciaal soort kennis

beschikken die niemand anders heeft, kunnen hun voordeel doen met de bevindingen die epidemiologische onderzoeken opleveren.

Op feiten, aantallen, berekeningen van symptomen en tellingen van anonieme patiënten die bij onderzoeken zijn betrokken, zal ik later in deze inleiding ingaan. Wanneer men deze optelsom van menselijk lijden bekeken heeft, komt men misschien in de verleiding ook mij van dehumaniserende activiteiten te beschuldigen. Ik wil daarom beginnen met een individuele gevalsbeschrijving, een klinisch probleem dat wij dagelijks in ons werk tegenkomen. Dit onderstreept wellicht de noodzaak om tot objectieve epidemiologische bevindingen te komen met betrekking tot het risico voor de geestelijke gezondheid na veertig jaar.

Een gevalsbeschrijving

Meneer Levi, 76 jaar, en mevrouw Levi, 78 jaar, kwamen bij mij voor een dringende consultatie. Zij wonen reeds 35 jaar in Israël, hebben drie getrouwde kinderen, kleinkinderen en een eigen huis, dat zij door hard werken hebben kunnen kopen. Mevrouw Levi is onlangs op straat verdwaald. Zij is daardoor in paniek geraakt en komt sindsdien haar huis niet meer uit, is teruggetrokken en depressief en denkt dat zij aan geheugenverlies lijdt.

Meneer Levi moet haar verzorgen en beschermen en daardoor raakt hij steeds meer zijn vrijheid kwijt. Hij was altijd een zeer vitale man met veel sociale contacten. Hij is boos op zijn vrouw en voelt zich daar vervolgens schuldig over. De geringste inspanning overdag maakt dat hij 's nachts niet slaapt. Hij heeft last van angstdromen waarin de nazi's hem achtervolgen.

Meneer Levi komt uit een arm joods gezin in Polen. Op 21-jarige leeftijd is hij uit Polen weggetrokken en heeft zich in een provinciestadje in Nederland gevestigd, waar hij een kleermakerszaak begon. In 1935, toen hij zowel in sociaal als in financieel opzicht succes had, ging hij naar Polen en kwam terug met een echtgenote. Ze kregen twee kinderen en vormden een gelukkig gezin. In 1940 vielen de Duitsers Nederland binnen. In 1942 kregen de Levi's het bevel zich naar het station te begeven om op transport naar Westerbork te worden gesteld en vandaar naar Polen.

Mevrouw Levi wilde niet terug naar Polen en kreeg onderweg naar het station een hysterische aanval. Zij werd naar de psychiatrische

inrichting in hun woonplaats gebracht, waar de artsen haar enkele dagen konden beschermen.

Omdat meneer Levi veel geld had, kon hij met behulp daarvan tijdens het oponthoud een uitweg organiseren voor zichzelf en zijn gezin. Zij kwamen echter, zoals weldra blijken zou, in handen van een verrader terecht. Zij sloegen op de vlucht, waren bijna al hun geld kwijt, en zwierven door bezet Nederland, van het ene dorp naar het andere, zich onder meer in hooibergen schuilhoudend. Bij sommige gezinnen vonden zij enkele dagen onderdak, bij andere enkele weken. Omdat alleen hij Nederlands sprak, moest meneer Levi daarbij ook voor zijn vrouw, die volkomen afhankelijk van hem was, het woord voeren. Na verloop van zeventien maanden werden zij van elkaar gescheiden en moesten op verschillende adressen onderduiken. Mevrouw Levi was bang dat zij haar kinderen zou verliezen, en in de zes maanden dat zij alleen ondergedoken zat stond zij vreselijke angsten uit en leed hevig onder alle spanningen.

Na de bevrijding werden zij herenigd. De familieleden in Polen evenals de joden in hun woonplaats waren omgekomen. In 1952 vertrokken zij naar Israël, waar zij de daaropvolgende 35 jaar een succesvol leven leidden, totdat mevrouw Levi verdwaalde en de huidige situatie ontstond. Een situatie die heel sterk aan het verleden doet denken.

De diagnose met betrekking tot mevrouw Levi was: depressie in de vorm van 'pseudo-dementie'; er was geen aanwijzing voor feitelijke dementie. De diagnose met betrekking tot haar man was: 'reactivering van posttraumatische stressstoornis' na veertig jaar. Hij vertoonde alle verschijnselen en symptomen die kenmerkend zijn voor een dergelijke stoornis. Daarbij had hij ook weer last van maagpijn. Na de oorlog had hij een gedeeltelijke maagverwijdering ondergaan wegens een bloedende maagzweer.

Ik heb hen naar de plaatselijke maatschappelijk werkster verwezen. Deze heeft alle voorzieningen en interventies getroffen die bij een dergelijke psychogeriatrische crisis nodig zijn. Zij weigerde echter aandacht te besteden aan de spanningen, herinneringen en onderdrukte agressie die met het verleden van het echtpaar verband hielden. Zij negeerde het schuldgevoel dat meneer Levi kwelde en kon niet uit de voeten met het oude, nu weer tot leven geroepen holocaust- en vervolgingstrauma. Zij beweerde dat het niet goed voor hen was dat oude wonden geopend werden en ik kon haar niet van het tegendeel overtuigen. Had zij gelijk of ongelijk? Hoe het ook zij, in ieder geval

besloot ik het echtpaar voor een tweede gesprek uit te nodigen. Ditmaal kwam meneer Levi alleen. In totaal heb ik hem vier keer gezien. Voor het eerst in zijn leven kreeg hij de kans over zijn ervaringen in de oorlog te vertellen in het bijzijn van een begripvolle deskundige die hem alle ruimte gaf. Hij was daar dankbaar voor en ervoer een gevoel van opluchting. Het vroegtijdig stopzetten van deze korte, te korte therapie was pijnlijk. Tijdens zijn laatste bezoek vertelde hij dat hij zich plotseling realiseerde dat toen hij mij voor het eerst bezocht, samen met zijn vrouw, hij een oude en reeds lang vergeten angst en hulpeloosheid had ervaren: dezelfde gevoelens die hij in een ver verleden ervaren had wanneer hij onbekende hulpverleners ontmoette in onbekende kamers. Hij hield deze hulpverleners dan nauwlettend in het oog, nam hun aarzeling waar en hoopte er het beste van. Ook verborg hij steeds zijn gevoel van hulpeloosheid om zijn potentiële hulpverleners niet te ontmoedigen.

Deze onverwachte onthulling in de overdracht van zijn onderdrukte angsten had een heel goed begin kunnen zijn voor verdere psychotherapie voor dit bejaarde echtpaar. Ik moest het hier echter bij laten, aangezien ik in het kader van een consultatie geen verdere stappen kon ondernemen.

De vraag dient zich nu aan, waarom wij in Israël naast de vele voorzieningen op maatschappelijk en sociaal gebied die er zijn, geen hulpverleners en adequate opleidingsinstituten hebben die in dit soort gevallen gespecialiseerd zijn. Waarom hebben wij geen beter opgeleide hulpverleners die oude traumata kunnen behandelen? Hoeveel van dit soort gevallen kunnen wij nog verwachten: mensen die in een crisissituatie terechtkomen waarin verlate, acute gevolgen van de vervolging in het verleden zich doen gelden? Zijn er hieromtrent betrouwbare berekeningen? We zijn hiermee op het punt beland waarop nieuwe onderzoeken naar epidemiologisch bewijsmateriaal uitgevoerd moeten worden.

Eerdere epidemiologische onderzoeken

Leo Eitinger (Eitinger en Strom 1963) heeft in de eerste jaren na de oorlog de frequentie en spreiding van late klinische gevolgen van vervolging bestudeerd. Bij de eerste groep van 228 Noorse ex-gevangenen die hij achtereenvolgens onderzocht, komt hij tot een beschrijving van een cluster van de elf meest voorkomende psychische symp-

tomen. In een later onderzoek beschrijft hij dertien van dergelijke symptomen. Hij stelde dat iemand die zes, zeven of acht van deze symptomen vertoonde, in meer of mindere mate aan het concentratiekampsyndroom leed. Op grond van deze gegevens kon men tot vergelijkende onderzoeken bij verschillende bevolkingsgroepen komen.

Het vaststellen van het aantal symptomen is de basis van psychiatrische epidemiologie en van psychiatrische diagnostiek. De DSM-III-diagnose PTSD is op hetzelfde principe van het tellen van symptomen gebaseerd.

Bastiaans is een van de belangrijkste Europese psychiaters die de psychodynamische dimensie hebben toegevoegd aan het inzicht in late klinische gevolgen bij ex-concentratiekampbewoners. In een verslag (1957) naar aanleiding van een onderzoek in het begin van de jaren vijftig bij leden van het verzet in Nederland heeft hij de psychodynamiek van de psychosomatische symptomen beschreven.

Hij heeft ook de vier stadia in de ontwikkeling van het KZ-syndroom toegelicht, zich baserend op de vier fasen van Selye's 'general adaptation syndrome', de zeven stadia van fixatie van agressie en de psychodynamiek van de interactie tussen therapeut en cliënt.

Aan het eind van de jaren vijftig en in de jaren zestig heeft de onderzoeksaandacht zich verplaatst naar Amerika (Krystal 1968), waar de meerderheid van degenen die op 'Wiedergutmachung' aanspraak konden maken, was gaan wonen. Daarop volgde een beschrijving van het zogenaamde 'overleverssyndroom', waartoe behalve de post-concentratiekampsymptomen ook schuldgevoel en chronische rouw gerekend werden. Men was van mening dat aan de manifestatie van het syndroom een latente fase voorafging. Men nam aan dat hiervoor een universele basis bestond: ook overlevenden uit Hiroshima en slachtoffers van de slavernij zouden aan een vorm van dit 'overleverssyndroom' lijden. Psychodynamisch en sociodynamisch inzicht in het syndroom nam toe, maar systematische tellingen van symptomen bij aselechte groepen van overlevenden vonden in deze periode niet plaats. Ook waren er geen controlegroepen beschikbaar. Men dacht dat alle overlevenden aan dezelfde verborgen psychodynamiek leden. Dit was indertijd een niet met bewijsmateriaal onderbouwde generalisatie.

Het werk van Hillel Klein in Israël illustreert de volgende fase in het onderzoek naar post-holocaust-psychopathologie. Hij was van mening dat men schuldgevoel en uitingen van chronische rouw bij mensen die omvangrijke traumata hebben ondergaan, moet zien als normatief

gedrag. Men mag zelfs geen poging wagen hen met andere groepen uit de bevolking te vergelijken. Gevoelens van schuld en voortdurende rouw geven een band tussen de slachtoffers en hun omgekomen familieleden en wijzen op het hebben van een taak die in de toekomst nog uitgevoerd moet worden, waardoor de continuïteit van het totaal aan levenservaring van overlevenden wordt gewaarborgd. Hillel Klein heeft onderzoek verricht naar niet gedecompenseerde overlevenden in de kibboets. Hij toonde aan dat het herintreden kort na de oorlog in een groep waarin men zich weet opgenomen, een gunstige invloed heeft op de situatie in latere jaren.

De volgende fase in het onderzoek naar late gevolgen van de holocaust betreft de tweede generatie. Er zijn veel casuïstische, klinische en vergelijkende onderzoeken van kleine selecte steekproeven bij de tweede generatie overlevenden, met zeer controversiële resultaten. Ik kom hier dadelijk op terug.

De laatste tijd besteedt men bij het onderzoek naar late psychologische aspecten van de holocaust veel aandacht aan de traumatische betekenis van de holocaust voor degenen die hem niet aan den lijve hebben ondervonden, zoals de jongere generaties hulpverleners, andere 'omstanders' en mensen die de holocaust bestuderen. Ik heb onderzocht hoe degenen die opgeleid worden tot maatschappelijk werker indirect contact, in afgezwakte vorm, met de holocaust verwerken. Ik dank hier zeer veel waardevolle inzichten aan, die ik kan gebruiken voor de therapie met overlevenden zelf. Dit zou een geschikt onderwerp voor een andere lezing zijn.

Na dit alles gezegd te hebben, moeten wij onze aandacht nu richten op de belangrijkste vraag, namelijk: hoe frequent komen *klinische* reacties bij overlevenden zelf nu na veertig jaar voor? Aangezien wij niet beschikken over een bestand van de totale bevolkingsgroep van overlevenden met dit risico, moeten we de methode van vergelijkend onderzoek tussen overlevenden en geschikte controlegroepen hantieren.

Het hier volgende korte overzicht betreft alleen Israëliëische dubbelblinde onderzoeken met controlegroepen. Bij deze onderzoeken is voornamelijk gebruik gemaakt van systematische symptoomtelling en van psychometrische metingen.

Overzicht van Israëlische onderzoeken

Shuval (1957) heeft vijf jaar na de oorlog een onderzoek gedaan naar Europese vluchtelingen in Israëlische vluchtelingenkampen. In 1950 constateerde hij dat concentratiekampoverlevenden, hoewel zij anhedonischer en pessimistischer waren dan andere Europese vluchtelingen, beter bestand waren tegen de dagelijkse spanningen van immigratie en aanpassing aan een andere cultuur. De andere Europese vluchtelingen waren optimistischer, maar reageerden boos, gespannen en steeds pessimistischer op iedere nieuwe spanning en teleurstelling. Shuval, socioloog, introduceerde een belangrijk sociologisch concept, namelijk: vluchtelingen die KZ-overlevenden waren, vertoonden het fenomeen 'verharding': zij waren *somber* maar *hard*. De anderen waren opgewekt maar lichtgeraakt, dat wil zeggen: bij tegenslagen decompenseerden zij herhaaldelijk, terwijl dit bij KZ-overlevenden niet het geval was.

Vijfentwintig jaar na de holocaust deden Antonovsky, Maoz et al. (1971) een onderzoek naar stress-verschijnselen in verband met de normale menopauze bij een grote groep vrouwen uit verschillende etnische groepen. Bij nader onderzoek van het verkregen materiaal ontdekten zij dat de vrouwen die een concentratiekamp hadden overleefd, minder gezond, minder aangepast en minder tevreden met hun leven waren dan de andere uit Europa geïmmigreerde vrouwen in de menopauze. Dit was een dubbelblind onderzoek: noch de onderzochte vrouwen, noch de onderzoekers waren er bij aanvang van het onderzoek op bedacht dat de gegevens voor dit bepaalde doel gebruikt zouden worden.

Dertig jaar na de holocaust vonden Shanan en Shahar (1983) in een dubbelblind onderzoek naar het verouderingsproces, dat concentratiekampoverlevenden en ex-õnderduikers in vergelijking met een controlegroep enerzijds meer cognitieve en intellectuele beschadigingen en amnesie vertoonden, maar anderzijds beter waren in actief omgaan met recente spanningen; hun aanpassingsvermogen week niet af van de controlegroep. Zij gaven de volgende interpretatie aan hun resultaten: 'Cognitieve beperkingen, ontkenning en afstandelijkheid resulteren in een goede manier van omgaan met kwetsbare afweermechanismen.' Wij zien hier opnieuw een voorbeeld van 'verharding'. Men blijft de prijs voor het overleven voortdurend betalen.

Levav en Abramson (1984) en Carmel en Carel (1986) maakten in grootschalige dubbelblinde onderzoeken, respectievelijk dertig en veertig jaar na de holocaust, gebruik van indicatoren van geestelijke ongezondheid uit de Cornell Medical Index. Holocaust-overlevenden, vooral vrouwelijke, scoorden in beide onderzoeken hoger dan anderen.

Bejar, Dasberg et al. deden veertig jaar na de holocaust een onderzoek onder chronisch depressieve patiënten die opgenomen waren en resistent waren gebleken tegen therapie. De holocaust-overlevenden binnen deze groep bleken meer tekenen van openlijke en verborgen agressie te vertonen.

Verschillen naar leeftijd

Ex-Nederlanders in Israël kunnen aanspraak maken op materiële bijstand op grond van de Nederlandse Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers 1940-1945 (WUV). Elzas bestudeerde de deskundigenrapporten over 1.712 uitkeringsaanvragers en telde de gemelde klachten (zie tabel 1). Hij vond, dat hoe lager de leeftijd was tijdens de vervolging, des te meer psychische klachten werden gemeld. Bij overlevenden, vooral mannen, die als kind ondergedoken waren geweest en van wie beide ouders waren omgekomen, was het aantal klachten het hoogst.

Tabel 1²

Primaire psychische klachten bij 1.712 WUV-aanvragers in Israël, dertig tot veertig jaar na de holocaust

Op indringende wijze optredende gedachten over het kamp	65
Suïcidale gedachten	32
Angsttoestand of angstaanvallen	219
Fobische klachten	49
Depressie	253
Diverse neurotische klachten	270
Paranoïdie, wantrouwen	27
Contactstoornis	87
Slaapstoornis	209
Hoofdpijn	158
Woede, agressie	60
Conflicten met autoriteiten	20
Andere klachten *	261

* *Eenzaamheid, laag gevoel van eigenwaarde, schuldgevoelens, alcoholmisbruik, hypochondrische klachten, concentratieproblemen etcetera.*

Behalve Elzas hebben ook Izaks (1984), Dasberg en Kaufman (1982) en Cohen (1987) meer psychiatrische klachten geconstateerd bij als kind vervolgd dan bij op latere leeftijd vervolgd. Hiermee bevestigen zij dus het belangrijke onderzoek dat Keilson (1979) vijfentwintig jaar na de holocaust deed naar late gevolgen bij hen die als kind de oorlog overleefden. Er is behoefte aan meer goed opgezette onderzoeken, met controlegroepen, naar overlevenden die toen kind waren.

De tweede generatie

Na de Libanon-oorlog in 1982 werden 382 soldaten met oorlogsreacties overgeplaatst. Zij werden behandeld en werden de eerste jaren daarna gevolgd. In deze groep bevonden zich ook kinderen van holocaust-overlevenden.

² Bron: J. Elzas. Netherlands Information Office. Assistance Scheme for Victims of Persecution 1940-1945. Jerusalem. Statistics on applicants for assistance. Not published

De onderzoeksafdeling van de psychiatrische tak van de medische dienst van het Israëlische leger heeft een longitudinaal onderzoek uitgevoerd bij een groep van 44 van deze tweede-generatie-soldaten en bij een controlegroep van 52 soldaten met niet getraumatiseerde Europese ouders (Solomon et al.). Allen leden aan chronische PTSD. Uiteraard leed niemand bij zijn opkomst in het leger aan PTSD. Drie jaar nadat zij ziek waren geworden, bleken de tweede-generatie-soldaten minder goed te herstellen dan de controlegroep.

Tabel 2³

Daling van PTSD onder Israëlische soldaten die in de Libanon-oorlog van 1982 wegens PTSD werden overgeplaatst

N	Subjecten	Percentage individuen met PTSD na behandeling gedurende:		
		1 jaar	2 jaar	3 jaar
44	Soldaten met ouders die de holocaust hadden overleefd	70	73	64
52	Soldaten met niet getraumatiseerde Europese ouders	60	52	39

In het verleden is uit individuele gevalsbeschrijvingen van kinderen van holocaust-overlevenden, zonder controlegroep, de gevolgtrekking gemaakt dat zij zieker zijn dan andere jongeren, maar groepsonderzoeken met controlegroepen brachten slechts weinig verschillen aan het licht die klinisch relevant waren (Solkoff 1981; Rieck 1983). Het onderzoek van Solomon et al. verschaft, indien het herbevestigd wordt, eindelijk het onweerlegbare bewijs dat kinderen van holocaust-overlevenden die blootgesteld worden aan extreme spanningen, op de lange duur minder goed herstellen dan andere jongeren die aanvankelijk op gelijke wijze op die spanningen reageren.

³ Bron: Solomon et al.

Het is bedroevend dat de huidige situatie in Israël ons de ideale omstandigheden verschaft voor dergelijke epidemiologische experimenten.

Samenvatting en conclusies

Onderzoeken die in het verleden hebben plaatsgevonden naar late klinische gevolgen van de holocaust, leveren - ondanks al hun klinische inzichten en sensitiviteit - niet in alle gevallen het objectieve bewijsmateriaal dat na veertig jaar noodzakelijk blijkt te zijn. Ik heb in deze lezing getracht de wijdverbreide foutieve beoordeling van en de onwetenschappelijke verklaringen voor die klinische gevolgen te weerleggen, door objectief epidemiologisch bewijsmateriaal te presenteren, dat gebaseerd is op recente Israëlische onderzoeken van hoge kwaliteit.

De voornaamste conclusies uit dit materiaal zijn de volgende.

1. Late klinische gevolgen van de holocaust komen in Israël veel voor.
2. De getroffen functioneren over het algemeen goed in hun dagelijks leven. Zij zijn doorsneeleden van de samenleving, werknemers die er aan de buitenkant gezond uitzien, ouderen die alles goed voor elkaar hebben, soldaten die door de medische keuring zijn gekomen, etcetera.
3. Zij hebben echter een verhoogd risico ten aanzien van hun geestelijke gezondheid. De symptomen kunnen zich manifesteren bij spanningen, bijvoorbeeld tijdens een psychogeriatrische crisis, zoals bij het echtpaar Levi; bij het bereiken van de middelbare leeftijd; bij spanning in militaire dienst, oorlogservaringen, hospitalisering, menopauze of andere spanningen die hun psychische weerstand overbelasten.
4. Het overleven van de holocaust gaat ten koste van de gezondheid. Dit is een prijs die overlevenden hun leven lang blijven betalen. Ook leden van de volgende generatie blijken veertig jaar later een prijs te moeten betalen. Dit is een objectief gegeven en geen subjectieve interpretatie van artsen en patiënten. Een overlevende is kwetsbaarder op het punt van de psychische gezondheid.

5. Er moeten meer gedegen onderzoeken, adequate opleidingsmogelijkheden voor therapeuten en een betere dienstverlening komen, om overlevenden te geven wat zij nodig hebben en wat zij tot nu toe ontbeerd hebben.

Ten slotte wil ik er de aandacht op vestigen, dat bij de enkele onderzoeken die ik hier besproken heb welgeteld ongeveer 4.000 overlevenden betrokken waren. Het totale aantal symptomen van alleen al deze personen loopt in de tienduizenden. Als psychotherapeut ben ik van mening dat achter elk van deze symptomen een verborgen verhaal schuilgaat dat op een luisterend oor wacht. Al met al lijkt dit een onmogelijke opgave. Een goedkoper alternatief om een deel van de te verwachten decompensatie te voorkomen is het treffen van meer financiële en sociale voorzieningen voor de overlevenden. Als derde alternatief kunnen we ervoor kiezen niets te doen. De klinische en epidemiologische feiten liggen echter voor ons en laten zich niet ontkennen.

De oplossing voor het holocaust-trauma lijkt nog heel ver weg te zijn. En tegelijkertijd kunnen we het wonder van de veerkracht en de innerlijke kracht van overlevenden dagelijks zien, heel dichtbij.

Literatuur

ANTONOWSKY, A. and B. Maoz. Twenty five years later: a limited study of sequelae of concentration camp experience. In: *Social psychiatry*, Vol. 6 (1971) No. 4, p. 186-193

BASTIAANS, J. Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en verzet. Noord Hollandse Uitgevers: Amsterdam, 1957

BEJAR, E., Dasberg, H. Demanding belligerent attitudes in hospitalized depressed concentration camp survivors: 40 years later. By E. Bejar, H. Dasberg. Manuscript (to be published)

CARMIL, D. and R.S. Carel. Emotional distress and satisfaction in life among holocaust survivors: a community study of survivors and controls. In: *Psychological medicine* Vol. 16 (1986) no. 1, p. 141-149

COHEN, M. An enquiry on needs for psychosocial help to Dutch victims of World War II living in Israel (in Dutch). Ramat Gan (Israel); Utrecht (the Netherlands): ELAH Foundation; ICODO, 1987

DANIELI, Y. On the achievement of integration in aging survivors of the Nazi holocaust. In: *Journal of geriatric psychiatry* Vol. 14 (1981) no. 1, p. 191-210

- DANIELI, Y. Countertransference in the treatment and study of Nazi holocaust survivors and their children. In: *Victimology*, vol. 5 (1980) no. 4, p. 335-367
- DASBERG, H. and R. Kaufman. "ELAH": a unique psychosocial mental help organisation for Dutch holocaust survivors in Israel. Abstract for the International conference on the holocaust and genocide, Tel Aviv, 1982
- DASBERG, H. Israeli society confronts trauma: the therapist vis-a-vis the survivors (Hebrew). In: *Israel journal of psychotherapy ("Sichoth")*, vol. 1 (1987) no. 2, p. 98-103
- EITINGER, L. and A. Storm. *Mortality and morbidity after excessive stress*. Oslo: Universitetsforlaget N.Y. Humanities press, 1963
- ELZAS, J. Netherlands information office: assistance scheme for victims of persecution 1940-1945. Jerusalem: Statistics on Applicants for Assistance. Not published.
- HARFF, B. and T.R. Gurr. Toward empirical theory of genocides and politicides: identification and measurement of cases since 1945. In: *International studies quarterly*. Vol. 32 (1988) no. 3, p. 359-371
- IZAKS, J. Effects of holocaust on Dutch Jewish victims, residents of Israel: 30 years afterwards. M.A. Thesis. Jerusalem: Bar Ilan University, 1984
- KEILSON, H. *Sequential traumatization in children*. (in German). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1979
- KLEIN, H. Problems of holocaust survivors in kibbutzim. In: *international psychiatry clinics*. Vol. 8 (1971) no. 1, p. 67-92
- LEVAV, I. and J.H. Abramson. Emotional distress among concentration camp survivors: a community study in Jerusalem. In: *Psychological medicine* vol. 14 (1984) No. 1, p.215-18
- MASSIVE Psychic Trauma. Ed. by H. Krystal. New York: International Universities Press, 1968
- PORAT, D. *An entangled leadership = Hanhagah Be' Milkud: the Yishuv and the holocaust, 1942-45*. Tel Aviv: Am Oved Publishers, 1986
- RIECK, M. Controlled psychodiagnostic studies of survivors of the holocaust and their children. In: *Israel journal of psychiatry* vol. 4 (1983) No. 4, p. 312-324
- ROBINSON, S. and H. Dasberg. Reactions of psychotherapists and patients to the Demjanjuk trial in Jerusalem. (Hebrew). In: *Israel journal of psychotherapy ("Sichoth")*, Vol. 3 (1988) no. 7, p. 21- 25
- SCHUDEL, W.J. and L. Peplinkhuizen. *Medical causality in war victims 1940-45: review of the literature* (in Dutch). Rijswijk: The Ministry of Welfare, Health and Culture, 1987

SHANAN, J. and O. Shahr. Cognitive and personality functioning of jewish holocaust survivors during the midlife transition (46-65) in Israel. In: *Archiv für Psychologie*, vol. 135 (1983) no. 4, p. 275-94

SHUVAL, J.T. Some persistent effects of trauma: five years after the Nazi concentration camps. In: *Social problems* vol. 5 (1957) no. 3, p. 230-43

SOLKOFF, N. Children of survivors of the Nazi holocaust: a critical review of the literature. In: *American journal of orthopsychiatry*, vol. 51 (1981) no. 1, p. 29-42

SOLOMON, Z.M. Kotler and M. Mikulincer. Combat related post traumatic stress disorder among the second generation of holocaust survivors: preliminary findings. In: *American journal of psychiatry* vol. 145 (1988) no. 6, p. 865-868.