

Psychotrauma bij oorlogs- en geweldsgetroffenen

Onderzoek en onderwijs

Freddy Begemann*

Met ingang van 1 september 1998 is dr. J.N. Schreuder benoemd tot bijzonder hoogleraar 'Transgenerationele oorlogsgevolgen' aan de faculteit der medische wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Per 1 december van datzelfde jaar is professor Schreuder eveneens bijzonder hoogleraar in de 'Psychotraumatologie, met bijzondere aandacht voor oorlogs- en geweldsgetroffenen' aan de Universiteit van Leiden. Wat zijn de plannen en waar zal het inhoudelijk over gaan? Freddy Begemann had een gesprek met de nieuwe hoogleraar.

U heeft binnen de muren van Centrum '45 jarenlang ervaring opgedaan met de behandeling van de eerste generatie, en sinds enige jaren ook de naoorlogse generatie oorlogsgetroffenen. Zijn er bepaalde thema's die u op grond van deze ervaring bij het onderwijs en onderzoek nader wilt uitwerken?

De leerstoel in Nijmegen is gericht op de gevolgen die kunnen optreden bij kinderen die zelf geweld hebben ondergaan, alsook bij kinderen die geleden hebben onder de traumatisering van hun ouders. Bij de Leidse leerstoel gaat het om de psychotraumatologie bij de eerste generatie. Natuurlijk speelt het feit dat we in Centrum '45 deze beide groepen zien een belangrijke rol.

Depressies?

Bij mijn promotie-onderzoek naar indringende herbelevingen bij oorlogsgetroffenen heb ik onder andere gemeten in hoeverre er bij de onderzoeksgroep sprake was van posttraumatische stressstoornissen (ptss) of van depressie. Uit de antwoorden op de vragenlijsten bleek, dat bijna alle patiënten klinisch depressief waren, depressies kwamen vaker voor dan ptss. Op zich is dat al een interessant resultaat. Want je ziet dat je in de psychotraumatologie niet tot de posttraumatische stress-stoornis kunt beperken. Na het ondergaan van geweld vertonen mensen een breed scala aan verschijnselen. Voor een deel vormen die een ziektebeeld zoals ptss, maar daarnaast zie je persoonlijkheidsveranderingen, aanpassingsstoornissen en dissociatieve stoornissen. Wat is bij al deze verschijnselen nu de gemeenschappelijke noemer? Dat is niet zo makkelijk aan te geven.

Ik vind het veelzeggend dat de door mij onderzochte groep zo vaak depressieve klachten vertoonde. Maar vraag je artsen of psychologen of deze patiënten nu echt depressief zijn, dan zou-

* Dr. F.A. Begemann is freelance onderzoeker.

den ze deze vraag niet zonder meer bevestigend beantwoorden. Een groot deel van de groep kwam zeker niet in aanmerking voor antidepressiva. Toch geven deze mensen aan depressieve klachten te hebben. Hoe kan dat, wat is er nu precies met hen aan de hand? Dat zou ik willen uitzoeken. Want ik ben in de loop der jaren steeds sterker gaan geloven, dat wat bij oorlogsgetroffenen een depressie lijkt, niet verklaard moet worden uit een pathologisch sombere stemming, zoals bij een echte depressie, maar eerder uit een verstoord wereldbeeld, uit een diepe desillusie met het leven.

Normaliter gaan mensen ervan uit, dat het leven redelijk veilig en voorspelbaar is en dat je je medemensen kunt vertrouwen. Dat vertrouwen is niet alleen maar een gevoel, maar dat heeft te maken met basale veronderstellingen of opvattingen. Door een psychotrauma worden deze opvattingen verstoord. Daar zijn in de literatuur verschillende termen voor: het geweld kan de cognities van de mensen beschadigen of leiden tot negatieve schemata. Hoe je het ook wilt noemen, het komt erop neer dat door gewelds-ervaringen het wereldbeeld van de slachtoffers fundamenteel wordt beschadigd. En dat leidt er weer toe, dat ze negatief en vol wantrouwen in de wereld komen te staan.

Dit is het thema dat voor mij de beide leerstoelen verbindt: geweld kan leiden tot de aantasting van basale veronderstellingen, zodat de slachtoffers negatieve schemata ontwikkelen. Zowel bij de eerste als de tweede generatie kun je dit proces waarnemen.

Verstoring van het symbolische denken

Laat ik beginnen bij de kinderen van oorlogsgetroffenen. In de literatuur worden hun klachten meestal in verband gebracht met gezinspatronen. Uit onderzoek is echter gebleken, dat veel patiënten uit de tweede generatie ook op een specifieke en voor deze groep typerende manier in de wereld staan. Je ziet het aan de relaties die ze aangaan, aan hun politieke idealen of aan het beroep dat ze kiezen: meer dan gemiddeld is deze groep in de helpende beroepen werkzaam.

De meeste mensen hebben in hun leven een fase, waarin ze met betekenisgeving bezig zijn. Meestal gaat die fase voorbij en krijgt je leven een soort vanzelfsprekendheid. De tweede generatie blijft echter met zingevingsvragen worstelen, ze kunnen die niet oplossen en raken daardoor van hun stuk. In hun wereldbeeld zit een kras, hun cognities zijn gestoord, daarom blijven ze meer dan hun leeftijdgenoten met die betekenisgeving bezig.

Vaak zie je bij de tweede generatie dat het vermogen tot symbolisch denken is aangetast. Het denken in symbolen of metaforen moet je je tijdens je ontwikkeling verwerven. Denk maar aan het spelen van een kind. Als vader of moeder ziek is, gaat het kind een speelgoedbeest verzorgen. Het kind weet al spelend best, dat dat pluchen beest niet echt ziek is. Al spelend heeft het een gedachtesprongetje gemaakt, het heeft een stap genomen uit de werkelijkheid, waarin vader of moeder echt ziek is, naar de fantasie waarin ze haar speelgoedbeest verzorgt. Aan die gedachtesprong zie je, dat het spel een vorm van metaforisch denken

is, een denken dat werkt met vergelijkingen. Door het speelgoed te vergelijken met de ouder, kan het kind al spelend een bedreigende situatie zo lang herhalen, als voor de verwerking nodig is.

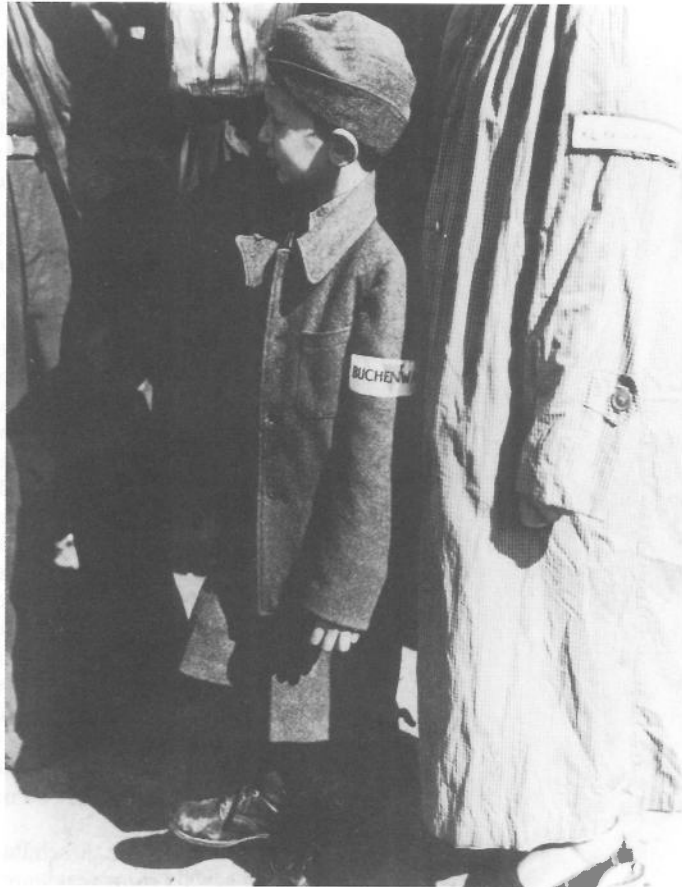
Er is een radicaal verschil met het herhalen bij de eerste-generatie. Daar zie je dat dezelfde film keer op keer wordt afgedraaid. Maar het spelende kind zet een cognitieve stap, die de situatie naar een metaforisch niveau tilt. Daarom werkt bij het kind herhalen genezend.

Dat bij de tweede generatie het vermogen tot symboliseren vaak is aangetast, blijkt onder meer uit het gegeven dat veel patiënten uit deze groep weinig ophebben met sprookjes of met andere verhalen die een beroep doen op hun fantasie. Ze zijn opgegroeid in gezinnen, waarin het psychotrauma van de ouders alles bepaalde. In zo'n gezin worden dikwijls geen fantasieverhalen verteld en blijft het vermogen tot symboliseren bij het kind dus onderontwikkeld. Sprookjes helpen een kind om zich los te maken uit de concrete werkelijkheid, waardoor het abstracte denken zich kan ontwikkelen. Maar in gezinnen waarin de tweede generatie opgroeide was er vaak geen ruimte voor fantasie, want alles wat er gebeurde werd afgezet tegen een onontkoombare realiteit, tegen dat concrete, alles bepalende feit van de oorlog.

In de literatuur kom je over deze gezinnen verhalen tegen, die laten zien hoe de vernietiging van het symbolisch denken bij het kind verloopt. Een kind krijgt bij het slapen gaan geen sprookje te horen, maar verhalen over het kamp, avond na avond, steeds maar weer, onder het motto: 'Daar word je sterk van, dan weet je hoe de wereld er werkelijk uitziet.' Zo wordt het kind betrokken bij het overlevingsgedrag van de ouders. Het is een extreem voorbeeld, maar het laat goed zien, hoe de levensvisie van de ouders het wereldbeeld van de kinderen kan besmetten.

Ik denk dat de depressie-achtige klachten bij de tweede generatie vaak deze achtergrond hebben: het vermogen tot symbolisch denken is aangetast. Maar als dat het geval is, weet je meteen, wat psychologisch gezien de betekenis is van de depressie-klachten bij hun ouders, de eerste generatie. Door vervolging, arrestatie, internering en bedreiging wordt een mens op de meest letterlijke manier in zijn vrijheid ingeperkt. Als dat gebeurt, wordt alle relativering onmogelijk. Dat was denk ik ook de bedoeling, de vervolging was erop gericht om bij de slachtoffers de intieme en eigen wereld van het symbolisch denken te vernietigen. In een concentratiekamp dringt de concrete werkelijkheid zich zo overweldigend op, dat het symbolisch denken onherstelbaar wordt aangetast. Op langere termijn leidt dat tot allerlei problemen bij de verwerking. Bij slachtoffers van eenzame opsluiting zie je, dat ze zich verweren door in hun cel met een extreme inspanning voor zichzelf een eigen denkbeeldige wereld te creëren. Ze proberen koste wat kost hun eigen fantasiewereld overeind te houden. Dat is nodig, als je niet alleen lichamelijk maar ook psychologisch wilt overleven.

Foto: Oorlogsdocumentatie,
Amsterdam



Negatieve schemata

Het inzicht dat bij de eerste en de tweede generatie het vermogen tot symbolisch denken is aangetast, helpt om de gevolgen op lange termijn te begrijpen. Maar hoe verklaar je het ontstaan van het negatieve, vaak moeilijk te veranderen wereld- of zelfbeeld, dat de levens van zoveel slachtoffers bemoeilijkt? Hoe komt het dat slachtoffers van geweld over de wereld en zichzelf vaak zo negatief denken? Mijn hypothese is dat negatieve schemata hierbij een rol spelen en dat deze schemata zijn ontstaan, omdat door het geweld bij de slachtoffers egogrenzen zijn geschonden.

Egogrenzen stellen je in staat om, als je dat wilt, je voor de prikkels uit de buiten- en binnenwereld af te sluiten. Als mensen starre egogrenzen hebben, vinden we dat meestal niet zo goed. Maar zwakke egogrenzen hebben ook hun nadelen, want dan kun je je aandacht niet meer zelf bepalen, maar ben je overgeleverd aan elke van buiten of van binnenkomende prikkel. Bij slachtoffers van geweld zijn vaak de lichamelijke of de psychologische egogrenzen aangetast. Dat zie je duidelijk bij slachtoffers van martelingen. Ik heb ergens geschreven, dat martelen een intieme ervaring is.

Dat wordt door velen nog wel eens vergeten. Psychologisch gezien is de huid van de mens een belangrijke grens. Bij het martelen wordt die grens overschreden en dat maakt het martelen, hoe afschuwelijk ook, tot een intiem gebeuren.

Wat de slachtoffers ondergaan is natuurlijk onvoorstelbaar. Maar enigszins is het toch wel na te voelen. In het leven van alledag merk je, dat mensen ten opzichte van elkaar afstand bewaren. We geven elkaar een hand, daar ligt de grens. Alleen de partner, de kinderen, de familie en misschien een enkele goede vriend mogen verdergaan en je aanraken en omhelzen. Bij het martelen wordt deze lichamelijke egogrens overschreden. Dat is niet alleen zo bij een verkrachting, maar ook bij slaan of schoppen, en zelfs al bij het alleen maar dreigen met geweld. De beul dringt bij het slachtoffer binnen en het is deze aantasting van de egogrenzen, die op lange termijn de meeste schade aanricht.

Want als de beul de psychologische grenzen van het slachtoffer overschrijdt, krijgt wat hij vervolgens doet een indringend effect, veel intenser dan je als buitenstaander zou verwachten. Ook dat is vanuit de alledaagse ervaring gedeeltelijk wel na te voelen. Bij het seksuele contact ontstaat door de lichamelijke sensaties een moment, waarop je in de ander opgaat, zodat de ander even een stukje wordt van jezelf. Psychologisch gezien gebeurt er bij het martelen iets vergelijkbaars, zij het in het negatieve. Het geweld is zo'n extreme ervaring, dat bij het slachtoffer de egogrenzen wegvallen, zodat het onderscheid tussen de ander en het zelf verdwijnt. Wat de ander dan tegen je zegt of met je doet, wordt dan beleefd als je eigen ervaring. Op de lange termijn kan dat een van de ernstigste gevolgen van martelen zijn: de beul kan zich binnen het slachtoffer nestelen en onderdeel worden van diens persoonlijkheid.

In de literatuur worden de schuldgevoelens van slachtoffers van seksueel geweld soms verklaard uit het feit, dat ze zouden hebben meegewerkt. Dat is een gevaarlijke verklaring, waarmee je de indruk wekt de verkrachting niet serieus te nemen. Toch is het onloochenbaar, dat bij seksueel geweld opwinding een rol kan spelen en dat het daardoor moeilijk kan worden om een onderscheid te maken tussen binnen en buiten, tussen je eigen ervaring en wat je wordt aangedaan. Daar ligt volgens mij de crux. Het gaat er niet om dat de slachtoffers zouden hebben meegewerkt, maar dat door het geweld de egogrenzen zijn geschonden.

Want als het onderscheid tussen binnen en buiten wegvalt, ligt de volgende stap voor de hand, namelijk dat je je schuldig gaat voelen, alsof je zelf verantwoordelijk zou zijn voor wat je wordt aangedaan. Die schuldgevoelens wijzen erop, dat de beul zich binnen het slachtoffer heeft genesteld en dat er een identificatie met de agressor is ontstaan. Vanuit dit mechanisme kun je begrijpen, dat mannen die tijdens hun jeugd zelf seksueel misbruikt zijn later anderen gaan misbruiken. Daarbij spelen natuurlijk ook allerlei andere factoren een rol. Dat de jongetjes in de vrouwenkampen zich soms met de mannelijke bewakers identificeerden, komt natuurlijk ook omdat hun vaders in de mannenkampen verdwenen waren.

Wat gebeurt er nu als de beul zich binnen de persoonlijkheid van het slachtoffer heeft genesteld? Dat de slachtoffers dan een desillusie met de wereld voelen, is veel te zwak uitgedrukt. Het gevoel is sterker, in hun beleving zijn ze van binnen verrot. Dat gevoel wijst erop, dat de cognities zijn verstoord. De slachtoffers kunnen niet meer in de spiegel kijken, ze zijn bang om hun eigen lichaam te zien. Als je jezelf zo beleeft, zul je daar somber, om niet te zeggen depressief van worden. Het lijkt dan of de slachtoffers een depressie hebben, maar er is wat anders aan de hand: door het geweld zijn in hun psyche schemata ontstaan, die hun waarneming negatief kleuren.

Hoe kun je tijdens een psychotherapie daar nu mee omgaan?

Het is moeilijk om daar in zijn algemeenheid iets over te zeggen. Bij de cognitieve gedragstherapie probeer je deze patiënten te laten zien, dat hun negatieve gevoelens samenhangen met een schema, een schema dat maakt dat ze ook allerlei gedrag gaan vermijden, bijvoorbeeld de omgang met anderen. Je moet bij deze benadering erg oppassen, dat je de cliënten niet indoctrineert. Vaak moet je al een eind met de therapie zijn gekomen, voor mensen kunnen herkennen dat dat gevoel van 'ik ben slecht' of 'ik ben verrot van binnen' samenhangt met een schema, en dat dat schema niet realistisch is.

Het idee dat je zelf aan het geweld hebt meegewerkt is zo onverdragelijk, dat de cliënten het op deze manier zelden zullen zeggen. Maar de variant 'ik ben rot van binnen' krijg je tijdens de psychotherapie vaak te horen. Je kunt proberen de cliënt te laten zien, dat dat idee toch niet helemaal past bij de werkelijkheid.

Je kunt iemand vragen waar die gevoelens vandaan komen. En je kunt iemand steeds maar weer zijn verhaal laten vertellen. Tot dat vertellen zijn lang niet alle cliënten in staat, maar als het lukt kun je zo'n verhaal steeds maar weer doornemen vanuit de vraag, wat nu precies de cliënt tot een slecht iemand zou maken. 'Wat is er nu eigenlijk zo slecht aan je? Je was een kind van zes, is het niet zo dat er eigenlijk alleen maar slechtheid op je toe is gekomen? Wat zou je ervan vinden als het je eigen kind was overkomen, zou je het dan ook slecht vinden?' Nou, dat vinden ze natuurlijk een belachelijk idee. Zo kun je stapje voor stapje proberen dat schema wat realistischer te krijgen.

Maar dan kunnen er complicaties optreden. Iemand zegt bijvoorbeeld: 'Mijn moeder heeft het me wel verweten.' Daar ligt een moeilijk punt, want het komt inderdaad nog wel eens voor, dat de ouders na het geweld niet de kant van het kind kiezen, maar uit onmacht boos worden. Dat leert de ervaring uit de kampen, maar ook tegenwoordig zie je het, nadat een kind verkracht is. Die boosheid komt bij het kind hard aan, omdat het toch al het gevoel heeft, zonder dat te kunnen uiten, door de ouders in de steek te zijn gelaten. Tijdens een therapie dien je goed uit elkaar te halen, wat er gebeurd is, wat de ouders het kind hebben verweten, maar ook wat het kind de ouders verwijt.

Wat heeft de cognitieve therapie in vergelijking tot de psychoanalyse voor nieuws te bieden?

De resultaten liggen niet zover uiteen, het verschil zit hem erin hoe je deze bereikt. Bij de cognitieve therapie werk je via de cognities, dus via de ideeën en opvattingen van de patiënt, terwijl de psychoanalyse bij de beleving van de patiënt begint. In een analyse wordt bijvoorbeeld besproken, dat de patiënt allerlei onderwerpen vermijdt. Als je dat aan de orde stelt, komen de weerstanden naar voren, die altijd ook in de relatie met de analyticus een rol spelen. Door te onderzoeken wat de patiënt in deze relatie beleeft, merk je bijvoorbeeld dat deze voortdurend het idee heeft dat de analyticus hem niets waard vindt. Als je dat gevoel dan weer nader bekijkt, kan blijken dat de patiënt de analyticus beleeft als dader of beul en zichzelf als slachtoffer. Het is een extreem voorbeeld, maar het geeft wel aan hoe je tijdens de psychoanalyse herhalingen op het spoor komt en hoe je daarin via de beleving correcties kunt aanbrengen. Als alles goed gaat, kan de patiënt uiteindelijk een ander verhaal vertellen.

In een cognitieve therapie bespreek je hoe de patiënt naar zichzelf kijkt. Dat kan subtiel gebeuren, daar zijn veel methoden voor. Je gaat na hoe elementen uit het denken de stemmingen en het gedrag van de cliënt beïnvloeden. Als je negatieve cognities kunt corrigeren, verandert niet alleen het wereldbeeld van de cliënt, maar ook diens verhaal. Dat is het punt waar de psychoanalyse en de cognitieve therapie samenkomen.

U zei eerder dat het wereldbeeld van de slachtoffers niet alleen is beschadigd door negatieve schemata, maar ook door een verstoring van hun vermogen tot symbolisch denken. Is aan dit laatste tijdens een psychotherapie iets te doen?

Mijn hypothese, namelijk dat een psychotrauma leidt tot een aantasting van het symbolisch denken, is relatief nieuw. In de psychotherapeutische literatuur worden interventies op dit niveau nog niet zo vaak beschreven. Wel wordt er bij de behandeling van geweldsslachtoffers vaak gebruik gemaakt van het verhaal, bijvoorbeeld om een politieke getuigenis af te leggen. En we weten dat het vertellen van je verhaal niet alleen tot catharsis leidt, maar ook tot een herstel van het symbolisch vermogen. Want je verhaal vertel je nu, het is onderdeel van het heden. Al vertellend construeer je een visie op je verleden, die past bij wie je nu bent. Door te vertellen, til je je ervaringen naar het metaforische niveau. Dat is iets waar we bij de psychotherapie de cliënten steeds op wijzen. Door te vertellen kunnen ze afstand nemen van het verleden.

Maar het symbolisch vermogen van de slachtoffers kan zo ernstig zijn aangetast, dat de constructie van een nieuw verhaal moeilijk wordt. Bij een verbale therapie ga je ervan uit, dat het symbolische denken aanwezig is. Als mensen dat vermogen missen, wordt het allemaal een stuk moeilijker. Daarom ben ik een groot voorstander van non-verbale therapieën, zoals creatieve

therapie en bewegingstherapie. Ik weet niet of de non-verbale therapeuten het zelf zo zien, maar volgens mij werken zij op een metaforisch niveau.

Ik heb hier op Centrum '45 samen met een bewegingspsychotherapeute een groep gedaan. Die therapie kende een motorisch en een cognitief gedeelte. Ik nam zelf het cognitieve gedeelte voor mijn rekening. Voor een stuk was het psycho-educatie, de cliënten uitleggen waar hun symptomen vandaan komen, zodat die wat minder vreemd en bedreigend worden. Ik gaf ook ruimte aan het verhaal, denk je eens in, mannen van zestig jaar die in die groep voor het eerst hun verhaal vertelden. En daarnaast heb ik met de deelnemers gewerkt aan afscheidsrituelen, ook dat kun je tot de cognitieve therapie rekenen.

Opvallend was dat de bewegingstherapeute in de zaal een niveau bereikte, waartoe ik via mijn verbale therapie geen toegang had. Zij kon bijvoorbeeld via bepaalde balspelen duidelijk maken wat er tussen de deelnemers speelde, ze liet letterlijk zien dat er tussen de deelnemers soms een niet te overbruggen afstand was, of dat het te bedreigend was als ze te dicht bij elkaar gingen staan. Het eenvoudigweg gooien van een bal naar een ander was soms al bedreigend, omdat het als agressie werd beleefd. Je zag in die balspelen dus voortdurend metaforen opduiken. Bij die patiënten had een verbale therapie alleen dat nooit kunnen opleveren. Bovendien zat er in die groep een duidelijke ontwikkeling. Aan het begin vonden de deelnemers zelfs zo'n gymzaal al te klein, ze voelden zich gedwongen te dicht op elkaar te staan. Maar aan het eind konden ze samen een vorm bedenken om aan de psychotherapeute te laten zien dat je elkaar kunt steunen door elkaar aan te raken. Het was mooi, zeker bij deze groep die zo angstig en weifelend was begonnen.

Maar in dezelfde groep zag je ook, waar de aantasting van het symbolisch vermogen toe leidt. Na afloop zei een aantal deelnemers emotioneel veel aan de groep gehad te hebben, maar niet goed te weten wat ze daar nu verder mee aan moesten. Bij deze deelnemers was volgens mij het symbolisch vermogen ernstig beschadigd. Dat maakt het voor hen moeilijk om via zo'n groep nieuwe mogelijkheden te ontdekken.

Onderzoek

Het is een mooi verhaal, maar ik zou het willen onderzoeken, om duidelijk te maken hoe zoiets nou precies werkt. Niet alleen de behandelaars, maar ook de cliënten zijn ervan overtuigd, dat bij het psychotrauma het metaforische niveau en de aantasting van het wereldbeeld een rol spelen. Daarom kom je er met een psychiatrische diagnose volgens DSM alleen niet uit. Zichtbaar maken wat er bij een psychotrauma op het symbolische niveau gebeurt, daar zou ik de Leidse en misschien ook een deel van de Nijmeegse leerstoel voor willen gebruiken.

De gevolgen van een kortdurende traumatisering kunnen met behulp van het schema van de ptss goed beschreven worden. Maar dat geldt niet voor de gevolgen van langdurig geweld. Dat blijkt alleen al uit het feit, dat na een langdurig trauma lang niet alle overlevenden een posttraumatische stress-stoornis hebben.

Hoe kan het bijvoorbeeld, dat een deel van de joodse overlevenden met relatief weinig schade de vervolging heeft overleefd? Niemand weet het, omdat op het terrein van de late gevolgen nog zoveel vragen open zijn. Het gaat in ieder geval om veel meer dan posttraumatische stress alleen. Ook de hormonale reacties op een trauma spelen een rol. En wat betreft de processen van betekenisgeving is ons inzicht nog helemaal beperkt.

Hoe leidt een psychotrauma tot een verstoring van de cognitieve schemata? Rond deze vraagstelling ben ik nu een onderzoeksprogramma aan het ontwikkelen. We zullen interviews gebruiken en vragenlijsten, maar dat zou ik willen koppelen aan biologische metingen, met name naar hormonale veranderingen. Op het biologisch niveau kun je die verstoorte cognities natuurlijk niet vinden, maar wel zou het zo kunnen zijn, dat aanhoudend verhoogde angst tot lichamelijke veranderingen leidt, die een indicatie kunnen zijn voor een verstoord wereldbeeld.

Zo'n onderzoek zou ook praktisch nut hebben. Want de resultaten kunnen mensen in het veld helpen om posttraumatische stress-reacties, depressie, dementie en dissociatie beter van elkaar te onderscheiden. Nu worden deze heterogene verschijnselen te vaak en te snel op de grote hoop van de ouderdomsdepressie gegooid. Maar met een antidepressivum, een behandeling gericht op een stemmingsstoornis, kom je er bij deze patiënten vaak niet uit. Daarom is het belangrijk om duidelijk te maken, tot welke cognitieve veranderingen een langdurig psychotrauma leidt. Want dat zal de hulpverleners stimuleren, om bij deze patiënten vaker aan cognitieve of psychoanalytische methodes denken.

Bij de Nijmeegse leerstoel gaat het vooral om de kinderen. Ik denk dat het nog niet goed duidelijk is, hoe kinderen last kunnen krijgen van de trauma's van hun ouders. Weliswaar is er vanuit de psychotherapie veel beschreven, maar op basis van empirisch onderzoek weten we niet veel meer dan dat er een kleine groep is die bijna dezelfde symptomen heeft als de ouders, alsof ze zelf getraumatiseerd zijn, terwijl er een grotere groep is, die zich vooral onderscheidt door een afwijkende attitude of een verstoord wereldbeeld.

Ik geloof dat het proefdierenonderzoek ons misschien verder kan helpen. Bij ratten zie je bijvoorbeeld, dat stress bij de ouders tot hormonale afwijkingen bij de kinderen leidt. Er is alleen geen peil op te trekken, bij welke ratjes deze afwijkingen wel of niet zullen optreden. Ook bij mensen geldt, dat kinderen van ouders met angststoornissen een meer dan gemiddelde kans lopen om zelf een angststoornis te ontwikkelen. Maar hoe verloopt de besmetting precies? Misschien fungeren deze ouders als model en nemen de kinderen de angst over via leerprocessen. Misschien is het een kwestie van erfelijkheid en zijn de kinderen kwetsbaar door genen van de ouders. Het is ook mogelijk, dat de kinderen via de opvoeding verhoogde stress-hormonen krijgen. Niemand weet nog precies hoe het zit, maar ik zou het graag willen uitzoeken.

Bij het onderzoek naar transgenerationale traumatisering zullen we nagaan, in hoeverre je bepaalde hormoonspiegels bij de ouders terugvindt bij hun kinderen. Maar we zullen ook andere

factoren moeten bekijken. Stel bijvoorbeeld dat een kind zich in het gezin wat introvert gedraagt, dan kan dat bij de moeder extra zorg en aandacht oproepen. Misschien is het kind daar helemaal niet van gediend en trekt het zich nog verder terug. Zo kunnen er vicieuze cirkels ontstaan, die de kinderen kunnen beschadigen. Dit type proces begrijpen we wel. Wat ik zou willen, is het beeld preciseren. Want misschien spelen deze processen een rol in een ontwikkelingsfase, waarin het kind zich het vermogen tot symbolisch denken moet verwerven. Als onderzoek dit vermoeden zou bevestigen, zouden we beter begrijpen hoe het trauma van de ouder het vermogen tot symbolisch denken van het kind kan beschadigen. Bij mijn onderzoek zal ik ook aandacht geven aan de hechtingspatronen tussen ouder en kind. Een kind dat zich veilig hecht zal in allerlei situaties met meer zelfvertrouwen reageren dan een kind met een angstige hechting. Want als de hechting goed is verlopen, kan het kind op zichzelf terugvallen en zal het de afwezige moeder opzoeken. Door een onveilige hechting kunnen er verschillende afwijkende patronen ontstaan. Een kind kan zich bijvoorbeeld van de verzorger afkeren en geruststelling afweren. Deze hechtingspatronen zijn al uitvoerig onderzocht, ook omdat er een standaard-testsituatie is ontwikkeld. Hechtingspatronen onderzoek je door na te gaan hoe een jong kind reageert als de moeder het een poosje alleen laat. Wat de kinderen in de afwezigheid en bij terugkomst van de moeder doen, wordt nauwkeurig en gestandaardiseerd vastgelegd. Door dit soort onderzoek zijn er bepaalde typen hechtingspatronen naar voren gekomen, die corresponderen met fasen in de object-relatietheorie. Dat is theoretisch gezien interessant, omdat langs deze weg psychoanalytische begrippen op een biologisch niveau geoperationaliseerd worden. Je zou transgenerationale traumatisering moeten bestuderen door de hechtingspatronen tussen getraumatiseerde ouders en hun kinderen te onderzoeken.

Zie ik het goed, dat Centrum '45 zich meer dan in het verleden met onderzoek gaat bezighouden?

Inderdaad, we hebben een hele ronde langs overheid, financiers en collega-instellingen in de gezondheidszorg achter de rug. En dat is uitgemond in een breed gedragen beleidswijziging, die samenhangt met de visie op de positie van Centrum '45 in de toekomst.

Tot nu toe had Centrum '45 bestaansrecht, omdat het slachtoffers behandelt uit de Tweede Wereldoorlog. Maar dat houdt een keer op. Er zijn nieuwe groepen, zoals de tweede generatie, misschien komt er een derde generatie. Je kunt de doelgroep verbreden door je te richten op de asielzoekers, maar die worden elders in het land al goed behandeld. Dan heb je het ongeveer gehad.

Tegen deze achtergrond hebben we gekozen voor een andere lijn. Ons bestaansrecht voor de toekomst is, dat we op het hoogste niveau kennis in huis hebben, waar je de reguliere zorg mee kunt voeden en ondersteunen. We willen bijvoorbeeld nieuwe behandelmethodes onderzoeken en aan de gewone hulpverlening ter



Bosnische vluchtelingen
(foto: Willem Middelkoop/Hollandse
Hoogte)

beschikking stellen. Maar om die functie in eigen land te kunnen vervullen, zul je internationaal mee moeten doen, je moet dan kunnen samenwerken met de centra waar de nieuwe ontwikkelingen plaatsvinden. Die internationale samenwerking proberen we op dit moment van de grond te krijgen. Ook in Nederland zoeken we samenwerking, met het ICODO en Pharos, met de Medische Faculteit van de Leidse Universiteit, en met de Nijmeegse Universiteit.

Voor Centrum '45 hebben we gekozen voor een top-referentiefunctie. Dat betekent dat we niet alleen aandacht zullen geven aan de behandeling, maar ook aan onderwijs en onderzoek. Meer dan vroeger zullen we aan onderwijs gaan doen en ook het onderzoek wordt een aparte poot van het Centrum. Tot nu toe werd onderzoek uitgevoerd door behandelaars, of in ieder geval in nauwe samenwerking met de behandelaars. Maar als je wilt werken op topniveau, zul je op projectbasis volwaardige onderzoekers in huis moeten hebben. Naast het onderzoek op Centrum '45 zal er ook in reguliere ziekenhuizen en onder de gewone bevolking onderzoek plaatsvinden.

We blijven ons richten op de diagnostiek en behandeling van het psychotrauma, met bijzondere aandacht voor de slachtoffers van oorlog en geweld. Want onze expertise ligt bij de gevolgen van georganiseerd geweld, en dan met name bij de late gevolgen. Andere vormen van geweld willen we echter niet uitsluiten. Er zal een zekere afstemming moeten plaatsvinden met het werk van Gersons, die zich met de gevolgen van acuut geweld bezighoudt, en met de leerstoel van Kleber, die zich ook op het gebied

van de psychotraumatologie beweegt en met wie we bij bepaalde onderzoeksprojecten zullen samenwerken.

Ter afsluiting wil ik graag nog wat gerichtere vragen stellen. Allereerst, wat betekent het nieuwe beleid voor de onderwijsfunctie van Centrum '45?

Op dit moment hebben we al een keuzestage voor assistent-psychiaters en een psychotherapie-opleiding voor psychologen in huis. Dat zullen we nog wat intensiveren. Daarnaast hebben we inmiddels vrij veel onderzoeksstagiaires in huis, voornamelijk psychologen en een enkele medische student. Dat zal nog iets toenemen, maar veel meer kan er niet bij.

Wordt er vanuit de leerstoelen ook kennis doorgegeven naar de eerste lijn, of richt u zich alleen op de specialisten?

Mijn tijd als hoogleraar is helaas beperkt, dus ik denk dat ik me tot de specialisten moet beperken. Het is nu al zo, dat ik de studenten pas laat in hun opleiding zie. In de bijscholing kun je natuurlijk de eerste lijn bereiken. Maar belangrijk is, dat er een goede afstemming komt met het ICODO, waarmee we in het verleden bij projecten voor de eerste lijn goed hebben samengewerkt.

Uw voorganger, professor De Levita, heeft zijn expertise ter beschikking gesteld aan hulpverleners die met kinderen werken in het voormalig Joegoslavië. Gaat u zich op een vergelijkbare manier op het buitenland richten?

We nemen nu al deel aan internationale projecten, bijvoorbeeld in Mozambique. Maar ik heb de neiging om me te concentreren op de actuele problemen in Nederland. Je merkt bijvoorbeeld bij onderzoek van kinderen in de polikliniek, dat er allerlei gegevens boven tafel komen die wijzen in de richting van een psychotrauma van de ouders. Maar ik durf er mijn hand voor in het vuur te steken, dat er zelden op die gegevens wordt doorgevraagd. Bij patiënten uit de naoorlogse generatie weet je al, dat de ouders getraumatiseerd zijn en vanuit die kennis kijk je vervolgens naar de kinderen. Maar we denken en vragen nog heel weinig de andere richting uit, vanuit de klachten van het kind naar het trauma van de ouders. Op dit moment ben ik vragenlijsten aan het ontwikkelen die hulpverleners in de polikliniek voor kinderen kan helpen om trauma's bij de ouders op het spoor te komen. Zo zou ik de actualiteit erbij willen halen.

Een actueel probleem in Nederland vind ik ook de opvang van jonge vluchtelingen en asielzoekers. Wat is er met die jongeren aan de hand? Natuurlijk is er sprake van gedwongen migratie, maar daarnaast zijn er verstoorde gezinsrelaties. Er zijn allerlei parallellen te trekken met de groep Indische kampkinderen. Onderzoek in het buitenland is nuttig en we zullen dergelijke projecten ook in overweging nemen, maar er is in Nederland nog veel te doen. En de tijd is natuurlijk beperkt.

Jacques Grishaver, voorzitter van het Auschwitz-Comité heeft ervoor gepleit de Wet Uitkeringen Vervolgingslachtoffers, die voor de naoorlogse generatie is gesloten, voor deze groep te heropenen. Heeft u in deze kwestie een standpunt?

Dat vind ik een buitengewoon moeilijk probleem. Als je de wet wilt heropenen, moet je daarvoor goede argumenten hebben, die er op dit moment volgens mij niet zijn. Aan de andere kant kan ik me wel voorstellen, dat de naoorlogse generatie vindt, dat er te weinig genoegdoening is. Ik weet alleen niet of je dat verbetert door de wet te heropenen. Ik weet ook niet, of dat zou stroken met de oorspronkelijke intenties van de wet. Ik dacht eigenlijk van niet. Maar als je zoiets zegt, moet je een alternatief hebben en dat heb ik niet. Als dokter, als behandelaar kan ik wel zeggen, dat erkenning heel belangrijk is, maar dat je voor deze groep met financiële erkenning niet zoveel opschiet. Ik zou niet weten, welke gegevens er voor pleiten dat die financiële erkenning er moet komen.

Ik denk dat het voor de naoorlogse generatie vooral moet gaan om maatschappelijke erkenning. Mensen zeggen dan al gauw: 'Wat heb ik eraan', maar maatschappelijke erkenning heeft voor veel groepen oorlogsgetroffenen goed gewerkt, ook als die helemaal losstond van financiële erkenning. Ik denk dan aan het oprichten van monumenten of het tot stand brengen van documentatiecentra. Mij persoonlijk spreekt het geven van erkenning met financiële middelen niet zo aan, daar zie ik als arts niet zulke goede resultaten van.

Er zijn nog groepen voor wie het met de erkenning bijzonder slecht gesteld is. Ik denk bijvoorbeeld aan de Sinti, de Roma en vergelijkbare groepen. De tweede generatie in deze groepen komt er in vergelijking met de andere groepen uit de naoorlogse generatie bijzonder slecht af. Dus misschien moet je eerst daar maar eens naar kijken.